

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS
SLAUGOS MAGISTRANTŪROS NEAKIVAIZDINĖ PROGRAMA

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Slaugos studijų programų komiteto
pirmininkė prof. D. Kalibatiene
Data:

Aušra Volodkaitė

KORONARINE ŠIRDIES LIGA SERGANČIŲ PACIENTŲ
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SLAUGOS POREIKIAI

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas:

Prof. habil. dr. D. Kalibatiene

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos
institutas

Darbo priėmimo data:

Vadovo parašas

VILNIUS, 2008

ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Koronarine širdies liga sergančių pacientų sveikatos priežiūros ir slaugos poreikiai“ atliktas 2006 – 2008 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute ir VšĮ Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje.

Darbo mokslinis vadovas – prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė, Vilniaus Universiteto Medicinos Fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas.

Darbas apsvarstytas Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto posėdyje 2008-06-d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzentai:

- 1.
- 2.

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Koronarine širdies liga sergančių pacientų sveikatos priežiūros ir slaugos poreikiai“ bus ginamas viešame Slaugos magistro darbų gynimo komiteto posėdyje, kuris įvyks 2008 m. birželio 09 d. 10 val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės salėje (Antakalnio 57). Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute.

TURINYS

SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA	5
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA	6
TEKSTE PANAUDOTŲ SUTRUMPINIMŲ PAAIŠKINIMAI	8
DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS	9
DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	11
1. ĮVADAS	13
2. LITERATŪROS APŽVALGA	16
2.1. KORONARINĖ ŠIRDIES LIGA	16
2.2. STATISTINIAI RODIKLIAI IR EKONOMINIAI ASPEKTAI	17
2.3. KŠL RIZIKOS FAKTORIAI	18
2.4. RŪKYMO PROBLEMA	20
2.5. VIRŠSVORIO PROBLEMA	22
2.6. ARTERINĖ HIPERTENZIJA	24
2.7. FIZINIO AKTYVUMO STOKA	25
2.8. CHOLESTEROLIO APYKAITOS ĮTAKA KŠL	26
2.9. MITYBA	28
2.10. CUKRINIS DIABETAS	30
2.11. KŠL PREVENCIJA	31
2.12. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ RIZIKOS ĮVERTINIMAS. PIRMINĖ PREVENCIJA (PSO rekomendacijų apžvalga)	32
2.13. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ ANTRINĖ PREVENCIJA (PSO rekomendacijų apžvalga)	39
2.14. SLAUGYTOJŲ VAIDMUO SVEIKATOS UGDYME	43
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	44
4. TYRIMO REZULTATAI	49
4.1. TIRIAMŲJŲ GRUPĖS APIBŪDINIMAS	49
4.2. PACIENTUS VEIKIANTYS RIZIKOS VEIKSNIAI	57
4.3. LIGONIŲ ŽINIŲ APIE RIZIKOS VEIKSNIUS ĮVERTINIMAS	69
4.4. ANTROPOMETRINIŲ MATAVIMŲ ĮVERTINIMAS	84
4.5.. HEMODINAMIKOS RODMENŲ ĮVERTINIMAS	87
4.6. LIPIDŲ APYKAITOS RODMENŲ ĮVERTINIMAS	89

4.7. PSICHOEMOCINĖS BŪKLĖS ĮVERTINIMAS	92
4.8. FIZINIO AKTYVUMO ĮVERTINIMAS	94
4.9. GYVENIMO KOKYBĖS, SUSIJUSIOS SU SVEIKATOS BŪKLE, ĮVERTINIMAS	95
5. REZULTATŲ APTARIMAS	98
6. IŠVADOS	111
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	112
8. LITERATŪRA	113
9. PRIEDAI	113
9.1 PRIEDAS. KORONARINĖS ŠIRDIES LIGOS RIZIKOS ĮVERTINIMO LENTELĖS (PSO)	116
9.2. PRIEDAS. PACIENTO APKLAUSOS ANKETA	119
9.3. PRIEDAS. HADS KLAUSIMYNAS	136
9.4. PRIEDAS. EUROQOL 5D KLAUSIMYNAS	137
9.5. PRIEDAS. SF-12 KLAUSIMYNAS	138
9.6. PRIEDAS. IPAQ KLAUSIMYNAS	140

SANTRAUKA

Vilniaus Universiteto Medicinos Fakultetas
Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas
Slaugos magistrantūros programa

KORONARINĖ ŠIRDIES LIGA SERGANČIŲ PACIENTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SLAUGOS POREIKIAI

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorė: Aušra Volodkaitė

Darbo vadovė: prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė

Vilnius, 2008 m.

Pagrindinės sąvokos: *Koronarinė (išeminė) širdies liga, pirminė ir antrinė koronarinės širdies ligos prevencija, pacientų sveikatos priežiūros, slaugos poreikiai.*

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, širdies ir kraujagyslių ligos yra dažniausia neįgalumo ir ankstyvos mirties priežastis pasaulyje. Modifikuojant rizikos faktorius galima sumažinti klinikinių atvejų bei ankstyvų mirčių skaičių. Prevenciją būtina taikyti žmonėms, kuriems jau diagnozuota koronarinė širdies liga, ir žmonėms, kuriems nustatyta širdies ir kraujagyslių ligų rizika.

Darbo tikslas: Koronarinė širdies liga persirgusių pacientų sveikatos priežiūros ir slaugos poreikių tyrimas. **Darbo uždaviniai:** Įvertinti rizikos veiksnius, veikiančius koronarinė širdies liga sergančius pacientus, ir nustatyti pacientų žinias apie rizikos veiksnių modifikavimo būtinumą; Ištirti koronarinė širdies liga sergančių pacientų biopsichoemocinę būklę; Išanalizuoti koronarinė širdies liga sergančių pacientų fizinį aktyvumą; Ištirti pacientų gyvenimo kokybę, susijusią su sveikatos būkle; Pasiūlyti galimus slaugytojo darbo su pacientais metodus, siekiant įgyvendinti širdies ir kraujagyslių ligų susirgimų prevenciją. **Medžiaga ir metodika:** Tyrimo objektas – koronarinė širdies liga sergančių pacientų žinios, sveikatos priežiūros ir slaugos poreikiai. Tyrimo populiacija - 100 pacientų, sergančių koronarinė širdies liga. Tyrimo metodas – koronarinė širdies liga sergančių pacientų apklausa (interviu) panaudojant standartizuotus klausimynus, ligos istorijų analizė, fizinių paciento duomenų matavimai.

Panaudoti klausimynai: Klausimynas, parengtas Europos kardiologų draugijos, skirtas ES šalių širdies ligų profilaktikos lygiui įvertinti; HADS klausimynas; EUROQOL klausimynas, skirtas

įvertinti sveikatos įtakotą gyvenimo kokybę; SF-12 klausimynas; IPAQ – Tarptautinis fizinio aktyvumo klausimynas.

Darbo rezultatai ir išvados. Daugumai koronarine širdies liga sergančių pacientų buvo suteiktos žinios apie rizikos faktorių korekcijos būtinybę, siekiant sumažinti pakartotinių susirgimų skaičių. Daugiau nei pusė pacientų kasdieniniame gyvenime pasinaudojo sveikos mitybos patarimais, tačiau prasta fizinės sveikatos būklė riboja galimybę pasinaudoti rekomendacijomis padidinti fizinį aktyvumą. Slaugytojo vaidmuo mokant pacientus ir konsultuojat juos KŠL profilaktikos klausimais yra nepakankamas. Pacientų sveikatos įtakojamos gyvenimo kokybės vertinimas yra pablogėjęs dėl blogos fizinės sveikatos būklės, tačiau psichinės bei emocinės sveikatos būklė yra pakankamai gera.

SUMMARY

Vilnius University, Faculty of Medicine
Rehabilitation, Sport Medicine and Nursing Institute
Nursing Master study program

HEALTHCARE AND NURSING NEEDS OF PATIENTS SUFFERING FROM CORONARY HEART DISEASE

Thesis on Master's Degree in Nursing

Thesis' Author: Aušra Volodkaitė

Supervisor: Prof. Danutė Kalibaitienė, Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of
Rehabilitation, Sport Medicine and Nursing

Vilnius, 2008

Keywords: *Coronary heart disease, primary and secondary prevention of coronary heart disease, healthcare and nursing needs on the patient with coronary heart disease*

Following the information by the World Health Organization (WHO) CHD is the leading cause of disability and early death all over the world. Modification of risk factors may reduce the number of clinical records and early deaths. Prevention measures need to be taken for individuals with already diagnosed CHD as well as those with risk factors for CHD.

Thesis objective: Investigation of healthcare and nursing needs of patients after CHD.
Thesis tasks: Assessment of risk factors affecting patients suffering from CHD and knowledge

possessed by patients suffering from CHD about the need for modification of the risk factors; Examination of biopsychosocial condition of patients suffering from CHD; Analysis of physical activity of patients suffering from CHD; Examination of health condition–related quality of life of patients suffering from CHD; Suggesting possible methods of nursing staff working with the patients aiming at CHD prevention. **Material and methodology:** Investigation target: Knowledge possessed by patients suffering from CHD; healthcare and nursing needs. Investigation method: interviewed patients suffering from CHD through applying standardized questionnaires; analysis of case records, measurements of physical data of patients. **Questionnaires used:** Questionnaire developed by the European Society of Cardiology, aimed to assess the level of knowledge on prophylaxis of CHD EU-wide; HADS Questionnaire – *Hospital Anxiety and Depression scale*; EUROQOL 5D *Questionnaire* aimed at measuring health-related quality of life; SF-12 Questionnaire – *Medical Outcomes, Study Short Form-12*; MOS – *SF-12*; IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*. The investigation has involved 100 patients.

Main conclusions: Most of advice pertaining to healthy life style is related with nutrition correction, though less attention is paid to enhancement of physical activity as well as reduction of weight and obesity, which most patients suffer from. Advice on wellness given by health care specialists to patients predetermined decisions the latter have taken: to quit smoking, adhere to proper nutrition mode or strive to enhance everyday physical activity. Most patients have sufficient and specific knowledge about blood pressure measurement, assessment and control, they know the target measure of artery blood pressure, however, have less information about indicators of laboratory tests (cholesterol, glucose concentration, etc.) and their reference values. Willing to enhance their physical activity patients prefer more intense regular physical actions rather than systematic sporting or exercise practice as they feel impact of restrictions caused by their worse health condition. Longer strolls compensate the lack of physical activity but they are insufficient for weight loss.

TEKSTE PANAUDOTŲ SUTRUMPINIMŲ PAAIŠKINIMAI

AKS – arterinis kraujo spaudimas

CD – cukrinis diabetas

DTL – didelio tankio lipoproteinai

EUROQOL 5D – Gyvenimo kokybės 5 dimensijų klausimynas

HADS – nerimo ir depresijos skalė

HbA1C – glikuotas hemoglobinas

IPAQ – tarptautinis fizinio aktyvumo klausimynas

IŠL – išeminė širdies liga

KMI – kūno masės indeksas

KŠL – koronarinė širdies liga

LMTL – labai mažo tankio lipoproteinai

LSIC – Lietuvos statistikos informacijos centras

MI – miokardo infarktas

MTL – mažo tankio lipoproteinai

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SF – 12 – gyvenimo kokybės klausimynas, trumpoji 12 klausimų forma

TG – trigliceridai

DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Širdies kraujagyslių ligų prevencijos rekomendacijos, taikomos asmenims, kuriuos veikia širdies kraujagyslių ligų rizikos faktoriai

2 lentelė. Širdies kraujagyslių ligų prevencijos rekomendacijos. Rūkymo nutraukimas

3 lentelė Kraujospūdį mažinantys vaistai

4 lentelė. Lipidų koncentracijos mažinimas

5 lentelė Trombocitų agregaciją slopinantys vaistai

6 lentelė Nerekomenduojami vaistai

7 lentelė Pakartotinių miokardo infarktų ir insultų prevencijos rekomendacijos (PSO)

8 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

9 lentelė. Apklaustųjų amžiaus vidurkis pagal lytį

10 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.

11 lentelė. Respondentų pasiektas išsimokslinimo lygis

12 lentelė. Respondentų hospitalizacijos priežastys

13 lentelė. Respondentų darbingumas iki susergant koronarine širdies liga

14 lentelė. Išėjimo į pensiją priežastys prieš susergant koronarine širdies liga

15 lentelė. Respondentų darbingumas susirgus koronarine širdies liga

16 lentelė. Širdies sveikatą prižiūrintys specialistai

17 lentelė. Įvykiai ir procedūros susirgus koronarine širdies liga

18 lentelė. Rūkančių pacientų pasiskirstymas pagal lytį

19 lentelė. Rūkančių pacientų pasiskirstymas pagal lytį

20 lentelė Respondentų rūkymas tyrimo metu

21 lentelė. Rūkančių respondentų ketinimas mesti rūkyti

22 lentelė. Respondentų, gavusių informaciją apie nesveikus maitinimosi įpročius, skaičius

23 lentelė. Viršsvorio problemos paplitimas respondentų tarpe

24 lentelė. Bandytas sumažinti kūno svorį per pastarąjį mėnesį

25 lentelė. Bandytas nepriaugti svorio per pastarąjį mėnesį

26 lentelė. Respondentai, išlaikę savo pageidaujamą kūno svorį

27 lentelė. Respondentai, susiduriantys su lėtine negalia

28 lentelė. Fizinis aktyvumas (vertina pats respondentas)

29 lentelė. Respondentų mankštinimosi įgūdžiai

30 lentelė Respondentai, kuriems būdingas padidėjęs kraujospūdis

- 31 lentelė. Respondentai, vartojantys vaistus, skirtus AKS sumažinti
- 32 lentelė. Respondentai, galintys pasimatuoti arterinį kraujospūdį namuose
- 33 lentelė Dietos laikymasis siekiant sumažinti arterinį kraujospūdį
- 34 lentelė Dietos laikymasis, siekiant mažinti cholesterolio koncentraciją
- 35 lentelė. Respondentų, sergančių cukriniu diabetu, skaičius
- 36 lentelė. Cukrinio diabeto gydymas
- 37 lentelė. Gliukozės koncentracijos vertinimo dažnis namuose
- 38 lentelė. Rizikos veiksnių vertinimas
- 39 lentelė. Patarimas mesti rūkyti (žodinis)
- 40 lentelė. Sveikos mitybos patarimai
- 41 lentelė. Patarimai, kaip sumažinti kūno svorį
- 42 lentelė. Patarimai, kaip padidinti fizinį aktyvumą
- 43 lentelė. Rūkymo rizikos faktoriaus modifikavimas
- 44 lentelė. Sveikos mitybos pokyčiai, kuriuos įgyvendino respondentai
- 45 lentelė. Įgyvendinti patarimai, siekiant sumažinti kūno svorį
- 46 lentelė. Patarimai, kaip padidinti fizinį aktyvumą
- 47 lentelė. Reabilitacijos programoje dalyvavusių asmenų pasiskirstymas
- 48 lentelė. Reabilitacijos programos nauda
- 49 lentelė. Reabilitacijos naudingumo įvertinimas
- 50 lentelė. Respondentų nurodyti vartojami vaistai, suskirstyti pagal grupes
- 51 lentelė. Vaistų vartojimas. Pamišta išgerti vaistus
- 52 lentelė . Vaistų vartojimas. Pakeičiama vaisto dozė
- 53 Lentelė. Respondentų liemens apimties įvertinimas pagal normatyvus
- 54 lentelė. Kūno masės indekso (KMI) vertinimas
- 55 lentelė. HADS vertinimo skalė. NERIMAS
- 56 lentelė. HADS vertinimo skalė. DEPRESIJA
- 57 lentelė. Kasdieninio fizinio aktyvumo vertinimas

DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių.
2. pav. Respondentų pasiskirstymas pagal mokymosi trukmę.
- 3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, kurio sulaukus pirmą kartą buvo diagnozuota koronarinė širdies liga.
- 4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal rūkymo trukmę.
- 5 pav. Respondentų amžius metant rūkyti.
- 6 pav. Rūkančių respondentų surūkomų cigarečių kiekis per dieną.
- 7 pav. Esamo sistolinio arterinio kraujospūdžio dydis. Respondentų pateikti duomenys.
- 8 pav. Esamo diastolinio arterinio kraujospūdžio dydis. Respondentų pateikti duomenys
- 9 pav. Tikslinis sistolinis arterinis kraujospūdis. Respondentų pateikti duomenys.
- 10 pav. Tikslinis diastolinis arterinis kraujospūdis. Respondentų pateikti duomenys.
- 11 pav. Bendrojo cholesterolio koncentracija kraujyje. Respondentų pateikti duomenys.
- 12 pav. Bendrojo cholesterolio tikslinė koncentracija kraujyje. Respondentų pateikti duomenys.
- 13 pav. Gliukozės koncentracija kraujyje. Respondentų pateikti duomenys.
- 14 pav. Tikslinė gliukozės koncentracija kraujyje. Respondentų pateikti duomenys.
- 15 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal ūgį.
- 16 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal kūno svorį.
- 17 pav. Respondentų liemens apimties įvertinimas.
- 18 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal kūno masės indeksą.
- 19 pav. Objektyviai įvertinto sistolinio arterinio kraujospūdžio pasiskirstymas.
- 20 pav. Objektyviai įvertinto diastolinio arterinio kraujospūdžio pasiskirstymas.
- 21 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pulso dažnį.
- 22 pav. Bendrojo cholesterolio koncentracija kraujyje.
- 23 pav. Mažo tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracijos kraujyje pasiskirstymas.
- 24 pav. Didelio tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracija kraujyje. Duomenų pasiskirstymas.
- 25 pav. Trigliceridų koncentracija kraujyje. Rezultatų pasiskirstymas.

- 26 pav. gliukozės koncentracija kraujyje. Glikemijos tyrimo įvertinimas.
- 27 pav. Nerimo įvertinimas balais pagal HADS skalę.
- 28 pav. Depresijos lygio vertinimas balais pagal HADS skalę.
- 29 pav. Gyvenimo kokybės vertinimas naudojantis EUROQOL 5D klausimynu.
- 30 pav. Sveikatos būklės vertinimas. Kaip vertina patys respondentai.
- 31 pav. Fizinės sveikatos būklės įtakotos gyvenimo kokybės vertinimas, SF – 12 klausimyno pagalba.
- 32 pav. Psichinės sveikatos būklės įtakotos gyvenimo kokybės vertinimas SF – 12 klausimyno pagalba.
- 33 pav. PSO parengtas rizikos numatymo grafikas, taikomas Europos regiono C grupės šalims.
- 34 pav. PSO parengtas rizikos numatymo grafikas, taikomas Europos regiono C grupės šalims (Grafikas naudojamas PSO Europos regiono C grupės šalims tose įstaigose, kur NEGALIMA pamatuoti cholesterolio koncentracijos kraujyje).

1. ĮVADAS

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, širdies ir kraujagyslių ligos yra dažniausia neįgalumo ir ankstyvos mirties priežastis pasaulyje. Šios ligos pasaulyje vadinamos industrializacijos ligomis, kadangi jų atsiradimui turi įtakos netinkama mityba, rūkymas, fizinio aktyvumo stoka.

Darbo aktualumas. Dažniausia širdies ir kraujagyslių patologijos priežastis yra aterosklerozė, kuri daugelį metų lėtai progresuoja ir dažniausiai pasireiškia kliniškai vidutiniame amžiuje. Ūminės širdies vainikinių arterijų ligos (infarktas) ir galvos smegenų kraujagyslių ligos (insultas) dažniausiai pasireiškia staiga ir, nespėjus laiku suteikti pagalbos, dažnai baigiasi mirtimi. Dažnai miršta darbingo amžiaus, energingi žmonės, didelė dalis susirgusiųjų tampa neįgalūs.

Epidemiologiniai tyrimai ir eksperimentiniai tyrimai (klinikiniai ir bendruomenės tyrimai) padėjo nustatyti rizikos faktorius, susijusius su koronarinės širdies ligos išsivystymu, kurie labiausiai pasitarnavo organizuojant prevenciją ir gydymo principus. Vienas iš svarbiausių visuomenės sveikatos apsaugos pasiekimų XX a. buvo su amžiumi susijusio pacientų mirtingumo nuo koronarinės širdies ligos sumažinimas [1].

Modifikuojant rizikos faktorius galima sumažinti klinikinių atvejų bei ankstyvų mirčių skaičių. Prevenciją būtina taikyti žmonėms, kuriems jau diagnozuota koronarinė širdies liga, ir žmonėms, kuriems nustatyta širdies ir kraujagyslių ligų rizika ir kuriuos veikia vienas ar daugiau rizikos faktorių).

Lietuvos gyventojų mirtingumas nuo koronarinės širdies ligos ir insulto – vienas didžiausių Europoje [2]. Todėl itin svarbu kovoti su rizikos veiksniais, siekiant pagerinti gyventojų sveikatos būklę, sumažinti mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Kitų šalių (JAV, Vakarų Europos šalių) patirtis rodo, kad galima apsisaugoti nuo šių ligų ir pailginti gyvenimą susirgusiems. Taigi, šio darbo tema vis dar aktuali mūsų šalyje, kadangi širdies ligų situacija Lietuvoje reikalauja didelio dėmesio ir specialių intervencijų, mažinant širdies kraujagyslių ligų riziką.

Sveikatos priežiūros specialistų, tarp jų ir slaugytojų, indėlis sveikatos ugdymui yra labai svarbus. PSO Europos Regiono biuro direktorius Dr. Marc Danzon interviu žurnalui „Tarptautinė slaugos apžvalga“ („International Nursing Review“) teigė: „Vis daugiau slaugytojų keičia požiūrį į visuomenės sveikatą ir jaučia atsakomybę už gyventojų sveikatos priežiūrą. Slaugytojos ateityje vis labiau plės savo įgūdžius konsultavimo, sveikatos ugdymo ir pagalbos šeimoms srityse, siekiant gerinti sveikatos priežiūrą [3].

Darbo tikslas: Koronarine širdies liga persirgusių pacientų sveikatos priežiūros ir slaugos poreikių tyrimas.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti rizikos veiksnius, veikiančius koronarine širdies liga sergančius pacientus, ir nustatyti pacientų žinias apie rizikos veiksnių modifikavimo būtinumą;
2. Ištirti koronarine širdies liga sergančių pacientų biopsichoemocinę būklę;
3. Išanalizuoti koronarine širdies liga sergančių pacientų fizinį aktyvumą;
4. Ištirti pacientų gyvenimo kokybę, susijusią su sveikatos būkle;
5. Pasiūlyti galimus slaugytojo darbo su pacientais metodus, siekiant įgyvendinti širdies ir kraujagyslių ligų susirgimų prevenciją.

Tyrimo hipotezė.

Pacientų žinios apie koronarinę širdies ligą įtakojančius veiksnius nepakankamos ir neužtikrina adekvačių širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos priemonių taikymo kasdieniniame gyvenime. Slaugytojų vaidmuo informuojant pacientus apie širdies ir kraujagyslių ligų rizikos faktorių modifikavimą ir konsultuojant juos koronarinės širdies ligos profilaktikos klausimais yra per mažas.

Darbo praktinė reikšmė.

Kadangi Lietuva priskiriama prie didelės širdies ir kraujagyslių ligų rizikos šalių, KŠL profilaktika turi būti optimizuojama visais sveikatos priežiūros lygiais. Tačiau už pacientų sveikatos išsaugojimą atsakingi ne vien tik sveikatos priežiūros specialistai, bet ir patys pacientai, kurie gali daug prisidėti prie savo sveikatos būklės pagerinimo. Visavertis, atkaklus rizikos veiksnių mažinimas pagerina išgyvenamumą, mažina pakartotinių įvykių skaičių, intervencinių procedūrų ir pakartotinių operacijų dažnį, gerina gyvenimo kokybę. Tačiau pirmiausia pacientai turi gauti pakankamai informacijos ir žinių, kuriomis galėtų pasinaudoti kasdieniniame gyvenime prižiūrint savo širdies sveikatą. Siekiant sveikatos gerinimo ir prevencijos tikslų įgyvendinimo, sveikatos priežiūros specialistai turėtų derinti paciento mokymą, šeimos narių mokymą, visos bendruomenės narių švietimo veiklą.

Įvertinus situaciją, kiek pacientai yra supažindinti su KŠL profilaktika, galima numatyti esamas pacientų mokymo spragas ir planuoti ateities veiksmus, kaip plėtoti KŠL sergančių pacientų priežiūrą, ypatingą dėmesį skiriant rizikos faktorių modifikavimui bei pakartotinių įvykių prevencijai.

Dabartinėje literatūroje, supažindinančioje su KŠL prevencija bei rizikos faktorių modifikavimu, mažai akcentuojamas slaugytojų vaidmuo. Tačiau profilaktikos priemonių įgyvendinimas ambulatorinėje priežiūroje glaudžiai siejasi su slaugytojų veikla, ypatingai pacietų

mokymo ir sveikatos ugdymo srityje. Todėl šiame darbe taip pat bus siekiama numatyti ir pagrįsti aktyvesnį slaugytojo dalyvavimą KŠL prevencijos įgyvendinime bei pateikti rekomendacijas tokios veiklos organizavimui ir vykdymui.

Darbo apibūdinimas. Tai taikomojo pobūdžio mokslo tiriamasis slaugos magistro baigiamasis darbas. Darbas yra 141 puslapio apimties, susideda iš 9 skyrių. Jį iliustruoja 57 lentelės, 34 paveikslai, 6 priedai. Literatūros sąrašą sudaro 35 šaltiniai.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1 KORONARINĖ ŠIRDIES LIGA

I XXI a. žmonija įžengė neįveikusi širdies ir kraujagyslių, visų pirma- koronarinės širdies ligos, epidemijos.

Koronarinė širdies liga (KŠL) – liga, apimanti širdį supančių ir ją krauju aprūpinančių kraujagyslių tinklą. Susiaurėjus kraujagyslėms blogėja širdies raumenį maitinančių vainikinių arterijų kraujotaka; progresuojant susirgimui gali ištikti miokardo infarktas ir staigi mirtis. Kraujagysles dažniausiai pažeidžia aterosklerozė. Kitos priežastys yra retos. Tai pvz. įgimtas nenormalus koronarinių arterijų atsišakojimas.

Aterosklerozė – lėtinė uždegiminio pobūdžio liga, kuomet dėl besikaupiančių lipidų pažeidžiamas vidinis stambių ir vidutinių kraujagyslių sluoksnis, čia susidarant opėjančioms ir randėjančioms aterominėms plokštelėms bei siaurėjant kraujagyslių spindžiui,- tai lemia vietinės ir bendros kraujotakos sutrikimą. Yra nustatyta beveik visi aterosklerozės rizikos faktorių genai

Laipsniška aterosklerozės raida vadinama aterogeneze. Tai ilgas ir sudėtingas procesas, prasidedantis jau antruoju- trečiuoju gyvenimo dešimtmečiu, tačiau pradžioje simptomai nepasireiškia [2]. Dažniausiai liga pasireiškia netikėtai, kai jau būna įsigalėjusi.

Aterosklerozės vystymąsi įtakoja kraujagyslių endotelio pažeidimas, kurį sukelia padidėjusi mažo tankio lipoproteinų koncentracija, cigarečių dūmų medžiagos, arterinė hipertenzija, hemodinamikos sutrikimas, to pasėkoje padidėjęs kraujagyslių sienelės pralaidumas.

Susidaro aterominės plokštelės, kadangi ląstelės, skatinamos augimo faktorių, mitotiškai dauginasi, daugėja jungiamojo audinio. Ilgainiui aterominės plokštelės kalcifikuojasi ir dėl padidėjusio trapumo išopėja. Formuojantis trombai, didėja trombembolijos komplikacijų rizika.

Vainikinių arterijų aterosklerozė sukelia miokardo infarktą ir krūtinės angina, smegenų arterijų aterosklerozė sukelia insultą, periferinių kraujagyslių aterosklerozė sąlygoja laikiną šlubavimą ir gangreną.

Krūtinės angina - KA – tai KŠL klinikinis variantas, pasireiškiantis miokardo išemijos priepuoliais, nesukeliančiais miokardo nekrozės. Šis sutrikimą sukelia santykinis ar absoliutus koronarinės kraujotakos nepakankamumas.

Stabili KA – tai KŠL klinikinis variantas, pasireiškiantis trumpais širdies raumens išemijos priepuoliais.

Nestabili KA - tai vienas ūminių koronarinių sindromų be ST segmento pakilimo. Nestabili KA gali būti:

- progresuojanti (buvusi įtampos KA tampa sunkesnė, ilgesnė, dažnesnė);

- naujai atsiradusi (dažnis - 1 mėn. laikotarpyje), kurią sukelia nedidelis fizinis krūvis arba ji dažna (3 epizodai per dieną);
- ramybės KA (pasireiškianti 1 sav. laikotarpiu);
- variantinė KA (Prinz Metall, sukelia kraujagyslių spazmas);
- KA, atsiradusi praėjus 24 val. po miokardo infarkto.

Miokardo infarktas – klinikinis koronarinės širdies ligos (KŠL) variantas, ūminis koronarinis sindromas, kurį sukelia staiga sutrikusi koronarinė kraujotaka (dėl ilgalaikio spazmo, trombozės embolijos) ir to pasėkoje pasireiškianti širdies sienelės dalies nekrozė bei audringas organizmo atsakas.

Aterosklerozę skatina įvairūs veiksniai, kurie kartu priartina koronarinę širdies ligą. Dauguma šių veiksnių yra netinkamos gyvensenos išdava. Daugumą rizikos veiksnių galima modifikuoti ir taip sustabdyti ligos progresavimą.

2.2 STATISTINIAI KORONARINĖS ŠIRDIES LIGOS RODIKLIAI IR EKONOMINIAI ASPEKTAI

Širdies ir kraujagyslių ligos yra sunki našta sveikatos priežiūros sistemoms tiek klinicine, tiek ekonomine prasme. Vertinant finansine išraiška, našta taip pat milžiniška: kasmet Europos Sąjungos išlaidos siekia 169 mlrd. eurų, 62 proc. šios sumos skiriama tiesiogiai sveikatos priežiūros paslaugų teikimui [4].

Lietuvoje kasmet širdies ir kraujagyslių sistemos ligos lemia daugiau negu pusę visų mirčių. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų 2006 m. Lietuvoje bendrai sudarė 54,3 proc. ir didžiausias buvo amžiaus grupėse nuo 45 – 64 m. ir virš 64 m. amžiaus (atitinkamai 35,5 ir 66,9 proc.).

Dažniausios mirties priežastis dėl kraujotakos sutrikimų - išeminės širdies ligos (39,2 proc. gyventojų amžiaus grupėje virš 64 m.), cerebravaskulinės ligos (17,0 proc.), ūmus miokardo infarktas (3,5 proc.).

Lietuvos gyventojų mirtingumas nuo koronarinės širdies ligos ir insulto – vienas didžiausių Europoje. Pavyzdžiui 2007 m. ES šalyse vyrų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis buvo 345,69 / 100 tūkst. gyventojų, moterų - 227,5 / 100 tūkst. gyventojų, o Lietuvoje tais pačiais metais šis rodiklis buvo dvigubai didesnis: vyrų - 740,61 / 100 tūkst. gyventojų, moterų - 439,84 / 100 tūkst. gyventojų.

Daugelyje pasaulio šalių jau užregistruoti širdies kraujagyslių ligų epidemijos mažėjimo požymiai, o Lietuvoje sergamumas šia liga bei jos sąlygotas mirtingumas toliau išlieka aukštas.

Teigiamos tendencijos Vakarų šalyse vyko ne tik dėl specialistų (kardiologų ir kardiochirurgų) taikyto tobulesnio gydymo (vaistai, kateteriai, chirurgija). Sergamumo ir mirtingumo teigiamas tendencijas nulėmė kita, ne mažiau svarbi – profilaktinė medicinos sritis.

Viena iš Lietuvoje egzistuojančios sveikatos apsaugos sistemos menko efektyvumo priežasčių yra jos orientacija į kovą su ligų pasekmėmis, o ne priežastimis. Tuo tarpu medicinos mokslas pakankamai sukaupęs faktų apie KŠL patologijos priežastis bei pademonstravęs būdus, kaip efektyviau su ja kovoti [5].

Širdies ir kraujagyslių ligų kaina yra labai įvairi ir kompleksiška: kaina asmeniui ir šeimai, sveikatos sistemai ir darbingumui; kaina Vyriausybei, kuri skiria finansavimą sveikatos sistemai ir kaina šaliai, kuomet ji netenka produktyviai dirbančio piliečio (PSO).

Galima bandyti įvertinti kai kuriuos šių kainų aspektus, tačiau žmogaus gyvybė yra neįkainojama vertingesnė už visus skaičiavimus.

PSO teigia, kad netgi mažas vidaus pajamas gaunanti šalis gali įdiegti bent vieną prevencinę programą, kuri padėtų sumažinti sergamumą širdies kraujagyslių ligomis.

2.3 KORONARINĖS ŠIRDIES LIGOS RIZIKOS FAKTORIAI

Framingham širdies studija (JAV), ištyrusi 5209 tyrime dalyvavusius asmenis, nustatė svarbiausias gaires identifikuojant KŠL rizikos faktorius ir kartu- prevencijos sritis. Šios studijos nustatyti faktai:

1960 m. nustatyta, kad rūkymas didina riziką sirgti širdies ligomis;

1961 m. nustatyta, kad širdies ligų riziką padidina cholesterolio koncentracijos kraujyje padidėjimas, padidėjęs kraujospūdis bei elektrokardiogramos pagalba nustatomi sutrikimai;

1967 m. nustatyta, kad fizinio aktyvumo didinimas mažina širdies ligų riziką, o nutukimas ją padidina.

1970 m. nustatyta, kad aukštas kraujospūdis didina insulto riziką;

1976 m. nustatyta, kad menopauzė moterims padidina širdies ligų riziką;

1878 m. nustatyta, kad sergamumą širdies ligomis įtakoja psichosocialiniai faktoriai

1988 m. nustatyta, kad didelio tankio lipoproteinų didesnė koncentracijos kraujyje plazmoje sumažina mirties riziką;

1994 m. išsiplėtęs kairysis širdies skilvelis padidina miokardo infarkto riziką;

1996 m. nustatytas progresavimas nuo hipertenzijos iki širdies nepakankamumo.

PSO duomenimis išskiriamos kelios širdies ligų rizikos faktorių grupės:

Pagrindiniai modifikuojami rizikos faktoriai

- Aukštas kraujospūdis – pagrindinis miokardo infarkto ir insulto rizikos faktorius.
- Kraujo plazmos lipidų sudėties ir koncentracijos pokyčiai – didelė bendro cholesterolio, mažo tankio lipoproteinų cholesterolio ir trigliceridų koncentracija kraujo plazmoje bei maža didelio tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracija plazmoje padidina koronarinės širdies ligos ir infarkto riziką.
- Tabako produktų vartojimas – padidina širdies ir kraujagyslių ligų riziką, ypač jei rūkoma nuo jaunų metų ir ilgą laiką bei gausiai; pasyvus rūkymas taip pat svarbus rizikos faktorius;
- Fizinio aktyvumo stoka – širdies ligų ir miokardo infarkto riziką padidina 50 proc. (PSO).
- Nutukimas – svarbus širdies ligų ir cukrinio diabeto rizikos faktorius.
- Nesveika mityba – mažas vaisių ir daržovių kiekis maiste gali sąlygoti iki 31 proc. širdies ligų ir 11 proc. infarktų pasaulyje (PSO). Sočiųjų riebalų rūgščių gausus vartojimas didina širdies ligų ir infarkto riziką dėl įtakos lipidų apykaitai ir trombozei.
- Cukrinis diabetas – išeminės širdies ligos ir miokardo infarkto rizikos faktorius.

Kiti modifikuojami rizikos faktoriai

- Žemas socialinis – ekonominis statusas – nuolatinis ryšys su širdies ligų paplitimu.
- Psichikos sveikatos ligos – koronarinės širdies ligos rizika glaudžiai susijusi su depresija.
- Psichosocialinis stresas – nuolatinis lėtinis stresas gyvenime, socialinė izoliacija ir nerimas didina širdies ligų ir insulto riziką.
- Alkoholio vartojimas – gausus alkoholinių gėrimų vartojimas didina širdies ligų riziką, tačiau tyrimai įrodė, kad 1-2 taurės alkoholinio gėrimo gali iki 30 proc. sumažinti širdies ligų riziką (PSO).
- Tam tikrų vaistų vartojimas – širdies ligų riziką padidina kai kurie peroraliai vartojami kontraceptikai bei hormonų pakaitinė terapija.
- Lipoproteinai – labai padidina širdies ligų riziką, ypač esant didelei mažo tankio lipoproteinų koncentracijai.
- Kairiojo širdies skilvelio hipertrofija – svarbus mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rizikos rodiklis.

Nemodifikuojami rizikos faktoriai

- Vyresnis amžius – svarbiausias nepriklausomas širdies ligų rizikos rodiklis; insulto rizika padidėja po 55 m. amžiaus ir kiekvienos dekados metu padvigubėja.

- Paveldėjimas, ligos atvejai šeimoje – padidėja rizika, jei pirmos eilės kraujo giminaitis susirgo koronarine širdies liga ar miokardo infarktu iki 55 m. amžiaus (vyriškos lyties giminaitis) arba 65m. amžiaus (moteriškos lyties giminaitis).
- Lytis – didesnis sergamumas koronarine širdies liga vyrų tarpe nei moterų (amžiuje iki menopauzės); infarkto rizika vyrų ir moterų tarpe panaši.
- Etninė grupė ar rasė – nustatyta didesnė rizika sirgti infarktu juodaodžių, kai kuriose ispanų-amerikiečių, kinų ir japonų populiacijose. Dažnesnis mirtingumas nuo širdies kraujagyslių ligų pastebėtas pietų azijiečių ir Amerikos juodaodžių tarpe, palyginus su baltaisiais.

„Nauji“ rizikos faktoriai

- Homocisteino perteklius kraujyje – didelė koncentracija gali padidinti širdies ir kraujagyslių ligų riziką.
- Uždegimas – kai kurie uždegimo rodikliai (markeriai) yra susiję su širdies kraujagyslių ligų rizika, pvz. C- reaktyvaus baltymo koncentracijos padidėjimas;
- Nenormali kraujo koaguliacija – padidėjusi fibrinogeno ir kitų kraujo krešumo faktorių koncentracija kraujyje padidina širdies ir kraujagyslių komplikacijų riziką.

Mokslinės žinios apie koronarinės širdies ligos prevenciją, diagnostiką ir terapiją nuolat plečiasi.

Širdies ir kraujagyslių ligos yra viena dažniausių mirties priežasčių daugelyje išsivysčiusių šalių. Mirtingumas nuo širdies ligų pasaulyje mažėja per paskutinius dešimtmečius, kadangi nustatomi ir koreguojami rizikos faktoriai: rūkymas, hipertenzija, hipercholesterolemija [6].

2.4 RŪKYMO PROBLEMA

Tabakas yra vadinamas „vienas iš letališkiausių žmonijai žinomų veiksnių“, - teigia Jungtinių Tautų Fundacija [7]. Rūkymas yra viena didžiausių globalių sveikatos problemų, su kuria susiduria sveikatos priežiūros darbuotojai.

Tarptautiniai duomenys rodo, kad rūkyti pradėdama vis jaunesniame amžiuje, daugėja rūkančių vaikų, ypač paauglystės metais. Daugelyje išsivysčiusių šalių rūkantys žmonės prisipažįsta, kad rūkyti pradėjo būdami jaunesni nei 18 metų.

Slaugytojai, kaip pirminės sveikatos priežiūros darbuotojai, dirbantys mokyklose bei kitose vaikų ir jaunuolių ugdymo institucijose, turi profesinę ir etinę pareigą dalyvauti intervencijose prieš rūkymą [7].

Visame pasaulyje nerimą keliančiais tempais didėja tabako produktų vartojimas moterų tarpe [8]. Nesiimant efektyvių priemonių, rūkančių moterų skaičius per artimiausius 30

metų beveik patrigubės [8]. Šiuo metu maždaug trečdalis rūkančių gyventojų išsivysčiusiose šalyse (pvz. Europoje, priskiriant ir buvusios TSRS šalis, Šiaurės Amerikoje, Australijoje, Japonijoje,) yra moterys, rūko viena moteris iš keturių. Besivystančiose šalyse vidutiniškai rūko viena iš aštuonių moterų.

Tabako vartojimas yra vienas iš svarbiausių širdies kraujagyslių ligų rizikos faktorių, šių ligų rizika didėja priklausomai nuo kasdien surūkomų cigarečių skaičiaus ir rūkymo trukmės. Moterys, kurios vartoja peroralinius kontraceptikus ir rūko- rizikuoja susirgti koronarine širdies liga 20-40 kartų dažniau, kurios nevalo nei vieno iš šių produktų [8].

Ypatingai pavojingas vadinamas pasyvus rūkymas. Kvėpavimas tabako dūmais patalpose šiuo metu traktuojamas kaip viena iš mirtingumo priežasčių, kurios galima išvengti (PSO, 1998). Be kvėpavimo takų ligų, pasyvus rūkymas susijęs su didesniu širdies kraujagyslių susirgimų dažniu. Daugelyje besivystančių šalių, kur nėra įdiegta darbo vietų saugumo politika, darbuotojai priversti taikstyti su kolegų rūkymu, šeimos nariai - su namiškių rūkymu namuose [8].

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, nuo 1994 m. rūkymo paplitimas tarp Lietuvos moterų didėjo. Per dvylika metų kasdien rūkančių moterų skaičius išaugo nuo 6 proc. iki 15 proc. Tarp vyrų rūkymo paplitimas didėjo iki 2000 m., vėliau ėmė mažėti. 2006 m. rūkė 43 proc. vyrų. Didžiausi rūkymo paplitimo pokyčiai nustatyti jauniausiose amžiaus grupėse.

Išsivysčiusiose šalyse su rūkymu siejama 25% visų mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Visos rūkymo sukeltos ligos sąlygoja 16% bendro mirtingumo [2].

Savalaikis rūkymo nutraukimas yra vienintelis tikras rūkančiųjų sveikatos pagerinimo būdas, pavyzdžiui, pakartotinio infarkto rizika sumažėja pusiau per dvejus metus po rūkymo nutraukimo [2].

Rūkymo įtaka KŠL:

- Kasdien surūkant pakelį cigarečių MI rizika padvigubėja. Dar didesnis surūkomų cigarečių kiekis riziką padidina trigubai;
- Rūkantiems asmenims MI dažniau baigiasi mirtimi ir didesnė pakartotinio MI tikimybė;
- Rūkantiems labai anksti pažeidžiamas kraujagyslių endotelis, ima vystytis aterosklerozė.
- Nikotinas sukelia kraujagyslių spazmus, neigiamai veikia lipidų apykaitą, didina MTL ir TG cholesterolio kiekį, mažina DTL cholesterolio kiekį;
- Rūkymas didina kraujo krešėjimą;

- Anglies monoksidas mažina kraujo oksigenaciją;
- Rūkymas blogina plaučių funkciją, dėl to apsunksta širdies veikla.

Svarbiausia sėkmingo rūkymo nutraukimo sąlyga yra motyvuotas noras mesti rūkyti. Pradinė intervencija turėtų apsiriboti patarimu mesti rūkyti; jis kartojamas kiekviena proga. Metimas rūkyti tik iš šalies atrodo paprastas dalykas. Tai dažniausiai rimtas išbandymas ir svarbus gyvenimo įvykis, nuo kurio gali priklausyti sveikata, psichologinė gerovė ir kiti dalykai, lemiantys gyvenimo kokybę. Todėl, netgi negalint kuo nors konkrečiai padėti, reikėtų metantįjį rūkyti bent atjausti ir įvertinti jo pastangas, paremti psichologiškai.

Mūsų sąlygomis, kai nėra organizuotos ir kvalifikuotos pagalbos rūkantiesiems, praktiškai visi metusieji rūkyti tai yra atlikę savarankiškai. Jie sudaro apie 25% visų vidutinio amžiaus vyrų, arba trečdalį visų rūkusiųjų [9]. Tačiau nepakanka tik nutraukti rūkymą. Reikia išmokyti apsieiti be cigaretės visose gyvenimo situacijose, kuriose buvo įprasta jos griebtis. Norint tapti nerūkančiu, reikia pakeisti gyvenimą, kai kuriuos jos požūrius, dalį senų įpročių pakeisti naujais.

2.5 VIRŠSVORIO PROBLEMA

Padidėjęs kūno svoris kelia vieną iš rimtų XXI amžiaus visuomenės sveikatos problemų, kurios įgyja vis daugiau nerimą keliančias apimtis kai kuriose pasaulio dalyse, prie kurių priskiriamas ir Europos regionas. Aukštesnis nei optimalus kūno masės indeksas (KMI) - 21 kg/m^2 – yra vienas iš penkių globaliai pripažintų rizikos faktorių, artimai susijęs su mityba ir fiziniu aktyvumu. Šie globaliai pripažinti rizikos faktoriai yra: aukštas kraujospūdis, aukšta cholesterolio koncentracija kraujyje, aukšta KMI, mažas vartojimas vaisių ir daržovių ir fizinio aktyvumo stoka [10].

Viršsvoris ir nutukimas turi ženklia įtaką gyventojų mirtingumui ir prisideda prie daugelio ligų išsivystymo PSO Europos regione [10]. Nutukimas yra sparčiai didėjanti problema, kuri šiuo metu jau pasiekė epidemijos apimtis, kadangi daugiau nei su trečdaliai populiacijos nėra pakankamai fiziškai aktyvūs. Pilvinio tipo nutukimas susijęs su padidėjusia miokardo infarkto rizika – tai įrodė daugelis įvairiose šalyje atliktų tyrimų [4].

Apie 80 proc. vyresnių nei 30m suaugusių žmonių II tipo cukrinio diabeto atvejų yra aiškintini padidintu kūno svoriu: viršsvoris ir nutukimas taip pat sąlygoja apie 55 proc. hipertenzinės ligos atvejų, 35 proc. visų išeminės širdies ligos ir išeminio insulto atvejų ir apie ketvirtį visų osteoartrito atvejų. Vis plačiau naudojamas terminas „metabolinis sindromas“, kuris apibūdina grupę rizikos faktorių: pilvinio tipo nutukimas, hipertenzija, dislipidemija ir insulino rezistentiškumo sutrikimai; Ši problema būdinga 20-30 proc. Europos Regiono populiacijos [10].

Metabolinio sindromo atsiradimą įtakoja ir psichologiniai faktoriai bei sėslus gyvenimo būdas. Jis yra susijęs su padidėjusia širdies kraujagyslių ligų rizika [3, 11], ypač vyrams [12].

Vaikų nutukimo įtaka sveikatos būklei mažiau iširta, bet sisteminiai tyrimai parodo, kad nutukimas vaikystės periodu yra stipriai susijęs su širdies kraujagyslių ligų ir diabeto rizika [10]. Pernelyg didelis KMI paauglystės metais nulemia padidėjusį mirtingumą vyresniame amžiuje bei sergamumą širdies kraujagyslių ligomis, netgi tuo atveju, jei vėliau kūno svoris pasiekia normalų lygį.

LSIC duomenimis, Lietuvoje antsvorio ir nutukimo paplitimas skirtingai kito tarp vyrų ir moterų. Nutukusių vyrų ($KMI > 30 \text{ kg/m}^2$) dalis padidėjo nuo 11 proc. 1994 m. iki 21 proc. 2006 m., o antsvorio ($KMI > 25 \text{ kg/m}^2$) paplitimas išaugo atitinkamai nuo 47 proc. iki 56 proc. Tarp moterų nutukimo ir antsvorio paplitimas beveik nepakito. 2006 m. buvo nutukusios 19 proc. moterų ir 49 proc. moterų turėjo antsvorį.

Labiau nutukę buvo aukštesnio išsilavinimo vyrai ir žemesnio išsilavinimo moterys bei kaimo moterys palyginti su miesto.

Nutukimo įtaka KŠL:

- Nutukimas sunkina širdies veiklą, ji sunkiau pumpuoja kraują;
- Kraujyje sutrinka lipoproteinų apykaita, greičiau progresuoja aterosklerozė;
- Viršsvorį turintys žmonės labai dažnai skundžiasi padidintu kraujospūdžiu;
- II tipo CD susijęs su nutukimu;
- Nutukimas sutrikdo kepenų, plaučių, sąnarių funkcijas, padidintina onkologinių susirgimų riziką, sukelia psichologinį diskomfortą.

Svorio mažinimas turi būti nuoseklus, laipsniškas procesas. Svarbu nesistengti svorio sumažinti staiga, geriausia pasirinkti individualią svorio mažinimo programą. Reikia derinti mitybą ir mankštos pratimus. Sergant kitomis ligomis svorio mažinimą turi prižiūrėti specialistas. Negalima mažinti svorį badaujant, vartojant vidurius paleidžiančius vaistus, diuretikus, nes jie gali sukelti komplikacijas.

Gyvenimo būdo pokyčiai, kuriuos inicijuoja sveikatos priežiūros darbuotojai, konsultuodami pacientus mitybos ir fizinio aktyvumo klausimais, gali prieinama kaina sumažinti kūno svorį [10].

2.6 ARTERINĖ HIPERTENZIJA

Hipertenzija serga daugiau nei ketvirtadalis pasaulio suaugusiųjų gyventojų populiacijos ir greičiausiai iki 2025 m. išaugs iki 29 proc. Šis skaičius labiausiai padidės besivystančių šalių gyventojų sąskaita [4, 13].

Kuo didesnis arterinis kraujo spaudimas (AKS), tuo didesnė tikimybė susirgti KŠL. Pavojus padidėja, jei kartu yra dar ir kitų rizikos veiksnių. Nustatyta, kad arterinį kraujospūdį didina gausus valgomosios druskos, alkoholio vartojimas, paveldėjimas, reikšminga streso įtaka. Net ir nedidelis viršsvoris metams bėgant gali turėti reikšmingos įtakos hipertenzijos atsiradimui. Kraujospūdžio dydis priežastiniais ryšiais tiesiogiai yra susijęs su kūno masės indekso reikšme [13].

Kiekvienas, sulaukęs 35 metų ir daugiau, bent kartą per metus turi pasitikrinti arterinį kraujospūdį. Nustačius jo padidėjimą, patartina įsigyti matavimo aparatą ir rytą bei vakare pasimatuoti pačiam [2].

Labai svarbu koreguoti AKS vaistais ir kitomis priemonėmis: efektyvus hipertenzijos gydymas padeda sumažinti širdies kraujagyslių ir insulto riziką atitinkamai 25 ir 40 proc. [1, 14, 15]. Taigi, vienas iš KŠL profilaktikos tikslų – siekti, kad AKS būtų kuo artimesnis rekomenduojam AKS dydžiui. Tai ypač svarbu ypač vyresniems žmonėms.

Suaugusiųjų kraujospūdžio klasifikacija (pagal Europos hipertenzijos draugijos ir Europos kardiologų draugijos arterinės hipertenzijos gydymo rekomendacijas) [2].

Kategorija	Sistolinis AKS mmHg	Diastolinis AKS mmHg
Geriausias	<120	<80
Normalus	120-129	80-84
Didžiausias normalus	130-139	85-89
I laipsnio hipertenzija	140-159	90-99
II laipsnio hipertenzija	160-179	100-109
III laipsnio hipertenzija	>180	>110

Izoliuota sistolinė hipertenzija >140

<90

Dauguma žmonių, kuriuos vargina aukštas kraujospūdis, gydomi ambulatoriškai. Šiuo atveju ypatingai svarbus slaugytojų vaidmuo pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Jos sumažina pacientų apsilankymų pas gydytojus dažnį [14]. Moksliniai tyrimai taip pat įrodė, kad slaugytojos efektyviai prisideda prie hipertenzijos problemų valdymo stacionarinėse gydymo įstaigose [14].

Pacientams, kurių AKS yra padidėjęs, reikia patarti:

- mažinti kūno masę;
- mesti rūkyti;
- reguliariai mankštintis;
- mėsos patiekalus pakeisti žuvimi;
- sumažinti druskos ir sočiųjų (gyvulinės kilmės) riebalų kiekį maiste;
- valgyti daug žalių daržovių, vaisių, ypač turtingų kalio;
- atsisakyti alkoholio ar jį labai ribojant;
- išmokti atsipalaiduoti, pailsėti, nepulti į paniką stresinėse situacijose;
- reguliariai vartoti gydytojo paskirtus vaistus, skirtus reguliuoti AKS.

2.7. FIZINIO AKTYVUMO STOKA

Nejudra yra vienas svarbiausių KŠL rizikos veiksnių. Daugiau nei 70% suaugusių žmonių juda nepakankamai. Daugumoje profesijų vyrauja protinis darbas, stresinės situacijos, o fiziniam aktyvumui laiko visai nelieta. Įrodyta, kad fiziškai neaktyvūs žmonės 2 kartus dažniau serga širdies ligomis, žymiai didesnis jų mirštamumas. Tyrimais nustatytas minimalus fizinis aktyvumas, saugantis nuo KŠL: bent 20 minučių aerobinių pratimų mažiausiai tris kartus per savaitę. Saikingi pratimai po persirgto miokardo infarkto sumažina nusiskundimus, pagerina bendrą būklę, sumažina pakartotinio infarkto bei mirties riziką [2].

Lietuvoje laisvalaikio besimankštinančių žmonių daugėja. 2006 m. 23 proc. vyrų ir moterų atsakė, kad jie mankština bent keturis kartus per savaitę 30 min. ir ilgiau taip, kad pagreitėtų kvėpavimas ir padidėtų širdies susitraukimų dažnis. 1994 m. taip mankštinosi 16 proc. vyrų ir 14 proc. moterų (LSIC).

Svarbu nuo jaunų dienų skatinti rinktis sveikatos nežalojantį gyvenimo būdą, skatinti rinktis aktyvų laisvalaikio praleidimo būdą. Labai svarbus slaugytojų vaidmuo šioje

sirtyje, ne tik klinikinėje praktikoje, bet ir ugdymo srityje, skatinant keisti mitybos ir fizinio aktyvumo įpročius [1].

Nutarusiems mankštintis reikėtų patarti:

- pradėti nuo mažiausių krūvių, laipsniškai didinti intensyvumą, trukmę ir dažnį;
- mažiausias krūvis tai mankštintis 4-5 kartus per savaitę 20 - 40 min;
- didžiausias rekomenduojamas krūvis- 5- 6 val. per savaitę;
- būtinas nors 5 minučių apšilimas prieš mankštą ir 5 minučių laipsniškas atvėsimas mankštos pabaigoje.
- pratimų rūšis turi tikti paciento amžiui, pajėgumui, mankšta turi būti saugi ir netraumuojanti;
- po persirgto miokardo infarkto ar kitos širdies ligos turi būti sudaryta speciali fizinio aktyvumo programa;
- padidinti kasdieninį aktyvumą galima nustojus naudotis liftu, bent dalį kelio iki darbo einant pėsčiomis, darbe pasimankštinant per pertraukėles, pietų pertrauką, pėsčiomis einant į parduotuvę, dirbujantis gryname ore, sode, išeinant pasivaikščioti vakarais.

Fizinis aktyvumas veiksmingas tik tada, kai jis yra reguliarus, pakankamo intensyvumo, dažnio ir trukmės. Geriausia judėti įtraukiant kuo daugiau raumenų grupių, mankštinimąsi derinti su hipolipidemine dieta bei kūno masės mažinimu.

2.8. CHOLESTEROLIO APYKAITOS ĮTAKA KORONARINEI ŠIRDIES LIGAI

Cholesterolis – vienas iš svarbiausių aterosklerozės progresavimo veiksnių. Dislipidemija- būklė, kai kraujyje yra sutrikęs lipidų santykis.

Nustatyta, kad cholesterolio kiekiui kraujyje padidėjus vienu proc., MI rizika padidėja 2 proc.

Cholesterolį kraujyje perneša lipoproteinai – riebalų ir baltymų dariniai. Jie skirstomi priklausomai nuo tankio:

- chilomikronai;
- labai mažo tankio lipoproteinai – LMTL;
- mažo tankio lipoproteinai – MTL;
- didelio tankio lipoproteinai – DTL.

Mažo tankio lipoproteinų cholesterolis – aterogeniškas cholesterolis, spartinantis aterosklerozės procesus.

Didelio tankio lipoproteinų cholesterolis padeda mažinti organizme MTL cholesterolio kiekį, pastarąjį surišdamas, nunešdamas į kepenis, kur jis pašalinamas su tulžimi per žarnyną. Svarbu, kad kraujyje būtų pakankama DTL cholesterolio koncentracija.

Trigliceridai- skatina aterosklerozę, ypač jei pacientas serga cukriniu diabetu ar jam būdingas metabolinis sindromas.

Atlikus kraujo tyrimus galima nustatyti kraujo lipidų rodiklius (bendrojo cholesterolio, MTL, DTL cholesterolio, trigliceridų koncentraciją kraujyje).

Nesergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis ar diabetu asmenims numatytos siektinos kraujo lipidų koncentracijos (pagal Europos širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos draugijų rekomendacijas) [2]:

Bendrojo cholesterolio		< 5 mmol/l
MTL cholesterolio		< 3 mmol/l
DTL cholesterolio	Vyrams	> 1,0 mmol/l
	Moterims	> 1,2 mmol/l
Trigliceridų		< 1,7 mmol/l

Sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis ar diabetu

- Bendrojo cholesterolio < 4,5 mmol/l
- MTL cholesterolio < 2,5 mmol/l
- DTL cholesterolio Vyrams > 1,0 mmol/l
Moterims > 1,2 mmol/l
- Trigliceridų < 1,7 mmol/l

Ypač didelė širdies ir kraujagyslių ligų rizika yra tuomet, kai bendrojo cholesterolio koncentracija >8 mmol/l, o MTL cholesterolio koncentracija > 6 mmol/l.

JAV nacionalinė cholesterolio mokymo programa pasiūlė suaugusiųjų bendrojo cholesterolio ir MTL cholesterolio kiekį skirstyti į lygius:

MTL cholesterolis:

- Geriausias < 2,6 mmol/l
- Pageidaujamas 2,6 – 3,3 mmol/l
- Saikingai padidėjęs 3,3 – 4,1 mmol/l
- Padidėjęs 4,1 – 4,9 mmol/l

- Ryškiai padidėjęs > 4,9 mmol/l
Bendras cholesterolis
- Pageidaujamas < 5,2 mmol/l
- Saikingai padidėjęs 5,3 – 6,2 mmol/l
- Padidėjęs >6,2 mmol/l

MTL ir DTL cholesterolio santykis neturi būti didesnis kaip 3; bendrojo ir DTL cholesterolio – 5. kuo šie skaičiai didesni, tuo pavojingesnė dislipidemija ir aterosklerozės progresavimo rizika.

Nesergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis ar diabetu, lipidų kiekį pradedama mažinti be vaistų: taikoma dieta, siekiama sumažinti kūno svorį, skatinama reguliariai mankštintis. Jei šios priemonės nepadeda pasiekti laukiamo efekto per tris mėnesius- skiriamas medikamentinis gydymas. Vartojant vaistus taip pat būtina laikytis paskirtos dietos.

Tačiau tuo pat metu nereikia pamiršti kitų rizikos faktorių modifikavimo būtinumo. Nors lipidų apykaitos sutrikimų gydymas dieta, vaistais ir kitomis priemonėmis yra pagrįstai taikomi pirminės ir antrinės KŠL prevencijos programose, vien tik dislipidemijos korekcija neužtikrins pageidaujamo ilgalaikio efekto [4].

2.9 MITYBA

Lietuvos gyventojai mitybos įpročiai keičiasi. Maistui gaminti dažniau pradėtas vartoti aliejus. Vyrų, vartojančių augalinį aliejų, dalis padidėjo nuo 31 proc. 1994 m. iki 85 proc. 2006 m., moterų - nuo 48 proc. iki 90 proc. atitinkamai Sumažėjo žmonių, vartojančių sviestą, dalis. 1994 m. 71 proc. vyrų ir 66 proc. moterų atsakė, kad dažniausiai ant duonos tepa sviestą. 2006 m. sviestą ir tepų riebalų mišinį ant duonos tepė 55 proc. vyrų ir 58 proc. moterų. Gyventojai dažniau pradėjo valgyti šviežias daržoves. 1996 m. bent 3 dienas per savaitę šviežių daržovių valgė 18 proc. vyrų ir 25 proc. moterų, o 2006 m. – 48 proc. vyrų ir 61 proc. moterų. Bent tris dienas per savaitę šviežių vaisių ir uogų valgė 28 proc. vyrų ir 42 proc. moterų. (LSIC).

Aukštojo išsilavinimo žmonių dauguma mitybos įpročių buvo sveikesni negu nebaigto vidurinio išsimokslinimo. Kaimo gyventojų mitybos įpročiai labiau skyrėsi nuo sveikos mitybos rekomendacijų nei miesto (LSIC).

Stiprių alkoholinių gėrimų vartojimo dažnis tarp vyrų ir moterų beveik nepakito. 2006 m. bent kartą per savaitę juos gėrė kas trečias vyras ir kas dešimta moteris. Alaus vartojimo dažnis didėjo. Vyrų, bent kartą per savaitę geriančių alaus, dalis padidėjo nuo 44 proc. 1994 m. iki 56 proc. 2006 m., o moterų atitinkamai nuo 7 proc. iki 18 proc.

Riebalai. Riebalų kiekis, riebalų rūšis, cholesterolis ir daugelis kitų mitybos faktorių įtakoja lipidų ir lipoproteinų apykaitą organizme.

Pagal cheminę sandarą skiriamos riebalų rūšys – cholesterolis ir trigliceridai.

Cholesterolis, esantis maiste, didina kraujo lipidų kiekį ir skatina aterosklerozę. Aterogeniškai veikia oksiduotas cholesterolis.

Riebalų rūgštys (RR) skirstomis į tris rūšis: sočiąsias, polinesočiąsias ir mononesočiąsias.

- Sočiosios RR ypač pavojingos kraujagyslėms, nes didina MTL cholesterolio kiekį kraujyje. Jo daugiausia yra gyvulinės kilmės produktuose.
- Nesočiosios RR nedidina kraujo cholesterolio kiekio, neskatina aterosklerozės. Jos daugiausia yra augalinės kilmės. Jomis dera pakeisti didesnę dalį sočiųjų RR.
- Polinesočiųjų RR gausu augaliniuose aliejuose.

Omega – 3 RR – ypatinga polinesočiųjų RR rūšis. Jų gausu šaltųjų jūrų žuvyse. Ji gerai saugo kraujagysles nuo aterosklerozės, mažina kraujo trigliceridų kiekį, saugo nuo trombų susidarymo, todėl bent tris kartus per savaitę reikėtų valgyti žuvies. Šios rūgštys gali sumažinti AKS, palankiai modifikuoti kraujagyslių endotelio funkciją, todėl mažina širdies ir kraujagyslių ligų riziką [16].

Omega – 6 RR - polinesočiųjų RR rūšis, mažinanti MTL cholesterolio kiekį. Šios rūgštys yra augaliniuose aliejuose. Blogai, kad šios RR linkę oksiduotis ir tada tampa pavojingomis.

- Mononesočiųjų RR gausu augaliniuose aliejuose, riešutuose. Joms taip pat būdingi greiti oksidacijos procesai.

Trans – riebalų rūgštys – žalingi junginiai, susidarantys pramoninių skystųjų augalinių riebalų perdirbimo metu. Taip gaminamas kietasis margarinas, todėl jo vartoti nepatartina.

Vaisiai ir daržovės: Gausus vaisių ir daržovių vartojimas susijęs su KŠL prevencija. Su šiais produktais į organizmą patenka daugiau kalio ir antioksidantų, kurie mažina koronarinės širdies ligos, insulto, hipertenzijos ir bendrai širdies kraujagyslių ligų riziką [17].

Druska: labai gerai nustatytas ryšys tarp druskos vartojimo ir hipertenzijos pasireiškimo dažnio, taip pat dauguma tyrimų nurodo, kad nenuosaikus druskos vartojimas didina širdies kraujagyslių susirgimų riziką. 1985 m. PSO, pirmiausia siekdama KŠL prevencijos visose populiacijose, rekomendavo, kad druskos vartojimas turi būti mažinamas iki 5 g. per dieną ar mažiau [18, 19].

Mitybos patarimai:

- Mažiau vartoti cukraus, pakeisti jį medumi arba saldikliu;
- Vartoti daugiau produktų, kuriuose gausu kalio (bananai, abrikosai, pomidorai, razinos, riešutai, česnakai, rudieji ryžiai, mielės);
- Vartoti produktus, kuriuose gausu magnio (pieno produktai, žuvis, obuoliai, bananai, rudi ryžiai, žalios lapinės daržovės);
- Mažinti valgomosios druskos kiekį. Papildomai visai nesūdyti maisto arba sūdyti kuo mažiau.
- Gerti pakankamai skysčių – 1,5 – 2,2 l. per parą. Riboti skysčius sergant hipertenzija ir širdies nepakankamumu;
- Vartoti vitaminų E, C, A ir beta karotino turinčius maisto produktus arba specifinius papildus. Taip pat seleno, jodo preparatus.
- Neseniai išaiškintas folio rūgšties ir vitamino B12 aterosklerozę stabdantis poveikis; šios medžiagos mažina homocisteino perteklių kraujyje, kuris yra vienas iš KŠL rizikos veiksnių.
- Rekomenduojami jūros produktai – jūros kopūstai, dumbliai, moliuskai, žuvies produktai.
- Riboti alkoholinių gėrimų vartojimą.

2.10 CUKRINIS DIABETAS

Cukrinis diabetas – CD – tai liga, kurios pasėkoje sutrinka normali gliukozės apykaita organizme. Gliukozės koncentracija kraujyje padidėja, sutrinka medžiagų apykaitos procesai organizme. Yra skiriami I ir II tipo cukrinis diabetas. I tipo CD prasideda jauniems žmonėms, gydomas insulino preparatais. II tipo cukrinis diabetas pasireiškia vyresniame amžiuje, gydomas koreguojant mityba ir skiriant pirmiausia gydymą vaistais, o jei toks gydymas neefektyvus- tada pereinama prie gydymo insulinu.

CD yra vienas pavojingiausių širdies ir kraujagyslių ligos rizikos veiksnių. Sergantiems šia liga asmenims greičiau pasireiškia ateroskleroziniai kraujagyslių pažeidimai, KŠL, MI, periferinės kraujotakos sutrikimas. Sergant II tipo CD, miokardo infarkto ar insulto rizika padidėja 2 – 3 kartus, o bendras mirtingumas padvigubėja [4]. Situacija pablogėja, jei prisideda kiti rizikos faktoriai – didelė cholesterolio koncentracija kraujyje, sistolinė hipertenzija ir rūkymas – KŠL rizika padidėja keliolika kartų [4, 20].

II tipo CD pasaulyje įgauna epidemijos mastą. Jo atsiradimą ypač lemia nutukimas, netinkama mityba, hipodinamija, lipidų apykaitos sutrikimai. Metabolinis sindromas net tris kartus padidina riziką sirgti II tipo cukriniu diabetu [11, 16].

Įrodyta, kad pakeitus gyvenimą, galima apsaugoti nuo II tipo CD, o juo susirgus – sumažinti kraujagyslių pažeidimo riziką. Svarbu laikytis anksčiau pateiktų rekomendacijų, padedančių koreguoti kitus rizikos faktorius, palaikyti normalią gliukozės koncentraciją kraujyje.

Labai svarbu išmokti gyventi su šia liga - kontroliuoti glikemiją, kad sergantysis galėtų būti kuo labiau savarankiškas ir galėtų užsiimti įprasta veikla. Svarbu tinkamai pasirinkti mitybą, įsisavinti insulino vartojimo principus, kitų žalingų faktorių (rūkymo, alkoholio vartojimo) eliminavimo būtinumą, adekvatų fizinį aktyvumą. Dabartinais laikais pacientai turi galimybę matuoti ir vertinti gliukozės koncentraciją namuose, tai padeda padidinti savarankiškumą, užtikrina glikemijos kontrolę.

2..11. KORONARINĖS ŠIRDIES LIGOS PREVENCIJA

Dar 1978 m. PSO pabrėžė sveikatos ugdymo ir ligų prevencijos svarbą, esminį darbą paskiriant pirminei sveikatos priežiūros grandžiai.

KŠL yra viena iš ligų, kurių gydymo efektyvumo negalima užtikrinti tik terapinėmis priemonėmis. Jos nebus pakankamai efektyvios, jei nebus derinamos su prevencinėmis priemonėmis. [6, 21].

Pirminėje sveikatos priežiūroje dirbantys specialistai gali derinti paciento mokymą su šeimos narių mokymu ir visos bendruomenės narių švietimo veikla.

Mokslinių tyrimų pagrindu yra parengtos gairės, kuriomis vadovaujantis galima sumažinti pirminių KŠL, smegenų kraujotakos sutrikimais ir periferinės kraujotakos sutrikimais pasireiškiančių klinikinių atvejų skaičių bei pasikartojančių atvejų skaičių dvejoms žmonių kategorijoms [22]:

- Asmenims, kuriuos veikia rizikos faktoriai, tačiau kuriems dar nepasireiškia klinikiniai širdies kraujagyslių ligos simptomai (pirminė prevencija).
- Asmenys, kuriems patvirtinta KŠL, centrinės ar periferinės kraujotakos sutrikimų diagnozė (antrinė prevencija).

Šie tikslai siekiami įgyvendinti visais lygiais: pradedant nuo pirminės sveikatos priežiūros įstaigų.

Tam reikalingi pagrindiniai resursai (pagal PSO rekomendacijas):

- Žmonių resursai: medicinos personalas, gydytojas ar slaugytoja, taip pat kiti sveikatos priežiūros darbuotojai.
- Įranga: stetosfonendoskopas, tikslus kraujospūdžio matavimo aparatas, matavimo juosta ir ūgio matavimo skalė, įranga nustatyti gliukozės ir albumino koncentracijai šlapime, įranga įvertinti gliukozės ir cholesterolio koncentraciją kraujo bandiniuose.
- Vaistai: tiazido grupės diuretikai, beta blokatoriai, AKF inhibitoriai, kalcio kanalų blokatoriai, aspirinas, metforminas, insulinas, statinai.
- Kita įranga: medicininių įrašų fiksavimo ir kaupimo sistema, pagalbinės informacinės priemonės.

Rekomendacijų tikslas - pacientui padėti:

- Nustoti rūkyti ar kitaip naudoti tabako gaminius, arba sumažinti rūkalų kiekį, arba iš viso neišsiugdyti įpročio rūkyti;
- Rinktis sveiką maistą;
- Rinktis fiziškai aktyvų gyvenimo būdą;
- Sumažinti kūno masės indeksą, liemens – klubų matmenų proporciją, liemens apimtis;
- Sumažinti kraujospūdį;
- Sumažinti cholesterolio kiekį kraujyje ir mažo tankio lipoproteinų cholesterolio kiekį;
- Kontroliuoti glikemiją;
- Vartoti terapines priemones, kurios sumažina kraujo klampumą, kuomet reikia.

Ir šių priemonių dėka sumažinti širdies kraujagyslių riziką.

Tai prevencinės priemonės, taikomos pirmiausia ambulatoriškai. Specifinės pagalbos, kurią gali suteikti specialistai, prireikia:

- Ūmių būklių atveju: ištikus miokardo infarktui, krūtinės anginos priepuoliui, širdies nepakankamumui, aritmijoms, insultui, tranzitinei išeminei atakai,
- Esant antrinei hipertenzijai, piktybinei hipertenzijai.
- Naujai diagnozavus cukrinį diabetą, arba jei ši liga nėra lengvai ir tinkamai kontroliuojama.
- Nustatyta naujai širdies kraujagyslių liga (neseniai diagnozuota, arba atsitiktinai aptikta darant tyrimus).

Kuomet aukščiau išvardintoms kategorijoms priskirti asmenys yra apžiūrimi ir jų situacija stabilizuojasi, juos galima gydyti ambulatoriškai pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, remiantis toliau pateikiamomis rekomendacijomis. Tačiau jų sveikatos būklė periodiškai stebima specialisto.

2.12 ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ RIZIKOS ĮVERTINIMAS.

PIRMINĖ PREVENCIJA (PSO rekomendacijų apžvalga)

PSO nustatė rizikos grupes sirgti KŠL skirtingose Europos regiono šalyse, atsižvelgiant į rizikos faktorių paplitimą. Rizikos skalės numato tikimybę, kad pacientui pasireikš sunkus širdies veiklos ar kraujotakos sutrikimas (miokardo infarktas arba insultas) 10 metų laikotarpiu. Rizika įvertinama atsižvelgiant į tokius faktorius: amžių, lytį, kraujospūdį, rūkymą / nerūkymą, bendrą cholesterolio koncentraciją kraujo plazmoje, sirgimą cukriniu diabetu arba jo nebuvimą. Visi duomenys įvertinti ir paskirstyti 14 PSO epidemiologinių sub- regionų [22, 23].

1 priede pateikiami C sub- regiono, kuriam priklauso ir Lietuva, duomenys. Be Lietuvos, šiai grupei priklauso Baltarusija, Estija, Vengrija, Kazachstanas, Latvija, Moldovos Respublika, Rusijos Federacija, Ukraina.

Duomenys pateikiami diagramų pavidalu, 1 pav. diagramoje be kitų parametrų atsižvelgiama ir į bendrą cholesterolio koncentraciją kraujo plazmoje. Nesant galimybės įvertinti pastarojo rodiklio, situacija atspindi 2 pav. pavaizduotos diagramos.

Diagramose pateikiama apytikslė širdies kraujagyslių ligų rizikos tikimybė asmenims, kuriems nediagnozuota KŠL, insultas ar kita aterosklerozės sukelta liga. Jos naudojamos rizikos įvertinimui, motyvuojant pacientų elgesį, ypač skatinant juos keisti gyvenimą ir, kuomet reikia, padeda nuspręsti dėl antihipertenzinio gydymo, lipidus mažinančių vaistų vartojimo, aspirino terapijos tikslingumo.

KŠL Rizika vertinama tokia metodika:

- pasirenkama diagrama priklausomai nuo to, ar pacientas serga cukriniu diabetu, ar ne;
- pasirenkama diagramos dalis pagal paciento lytį (vyrams ir moterims numatytos skirtingos diagramos dalys);
- pasirenkama diagramos dalis atsižvelgiant į tai, ar pacientas rūko, ar nerūko.
- Pasirenkama amžiaus grupė (jei 50-59 m. pasirenkama 50 m., jei amžius 60-69 m.- pasirenkama 60 m. ir t.t.).
- Šios diagramos dalies ribose surandama artimiausia paciento AKS reikšmė (mmHg) ir cholesterolio koncentracijos kraujyje artimiausia reikšmė (mmol/l), bei šių reikšmių susikirtimo taške esantis langelis. Įvertinama šio langelio spalva, kuri nusako 10 metų širdies kraujagyslių susirgimų riziką (procentais).

Pastabos: reikia atsižvelgti, kad širdies kraujagyslių ligų rizika gali būti didesnė, nei parodo diagramos, ypač jei yra papildomi faktoriai:

- Jau taikoma AKS mažinanti terapija;
- Ankstyva menopauzė;
- Nutukimas (taip pat ir centrinio tipo nutukimas);
- Sėslus gyvenimo būdas;
- Ankstyvos širdies kraujagyslių ligos atvejai šeimos istorijoje (jei pasireiškia pirmos eilės giminaičiams, vyrams – mažiau nei 55 m., moterims – mažiau nei 65 m. amžiaus).
- Padidėjusi trigliceridų koncentracija (daugiau nei 2,0 mmol/l arba 180 mg/dl);
- Maža DTL cholesterolio koncentracija (mažiau nei 1 mmol/l arba 40 mg/dl vyrams, mažiau nei 1,3 mmol/l arba 50 mg/dl moterims)
- Padidėjusi C- reaktyvaus baltymo, fibrinogeno, homocisteino, apolipoproteino B arba Lp(a) koncentracija, aukšta glikemija ją vertinant nevalgius, pablogėjusi gliukozės tolerancija;
- Mikroalbuminurija (padidina diabeto riziką 5 metų laikotarpiu 5 %);
- Padažnėjęs pulsas;
- Bloga socialinės ekonominė situacija.

1 lentelė. Širdies kraujagyslių ligų prevencijos rekomendacijos, taikomos asmenims, kuriuos veikia širdies kraujagyslių ligų rizikos faktoriai (atsižvelgiant į individualią bendrąją riziką). (žr. priedą Nr 9.1).

Rizika susirgti KŠL per 10 metų <10 proc. Nuo 10 iki <20 proc. Nuo 20 iki <30 proc. ≥30 proc.	
Jei yra riboti sveikatos priežiūros sistemos resursai, reikia numatyti konsultavimo ir prevencijos prioritetus, atsižvelgiant į KŠL rizikos laipsnį.	
Rizika < 10proc.	Šiai kategorijai priklauso asmenys, kuriems būdinga maža rizika. Maža rizika- nereiškia, kad rizikos „nėra“. Siūloma konservatyvus stebėjimas ir gyvenimo būdo pokyčių skatinimas.
Rizika nuo 10 iki <20 proc.	Šios grupės asmenims būdinga vidutinė mirtinų ir nemirtingų kraujagyslinių sutrikimų rizika. Siūlomas rizikos faktorių stebėjimas ir vertinimas kas 6-12 mėn.
Rizika nuo 20 iki <30 proc.	Šios grupės asmenims būdinga didelė mirtinų ir nemirtingų kraujagyslinių sutrikimų rizika. Siūlomas rizikos faktorių stebėjimas ir vertinimas kas 3-6 mėn.
Rizika ≥30 proc.	Šios grupės asmenims būdinga labai didelė mirtinų ir nemirtingų kraujagyslinių sutrikimų rizika. Siūlomas rizikos faktorių stebėjimas ir vertinimas kas 3-6 mėn.

2 lentelė. Širdies kraujagyslių ligų prevencijos rekomendacijos. Rūkymo nutraukimas

Visi nerūkantys asmenys skatinami nepradėti rūkyti Visiems rūkantiems asmenims patariama nustoti rūkyti, teikiama sveikatos priežiūros specialisto pagalba ir taip pat individuali parama, skatinant paciento apsisprendimą atsakyti rūkymo. Taip pat patariama atsisakyti kitų tabako vartojimo būdų, jei asmuo vartoja nerūkomąją tabako formą.	
Rizika nuo 20 iki	Jei neveiksmingas patarimas atsisakyti rūkymo, bet pacientas

<30 proc.	motyvuotai nori atsisakyti rūkymo, taikoma nikotino pakaitinė terapija ir / arba nortriptilinas ar amfebutamonas (bupropionas).
Rizika ≥30 proc.	Jei neveiksmingas patarimas atsisakyti rūkymo, bet pacientas motyvuotai nori atsisakyti rūkymo, taikoma nikotino pakaitinė terapija ir / arba nortriptilinas ar amfebutamonas (bupropionas).

Širdies kraujagyslių ligų prevencijos rekomendacijos. **Mitybos pokyčiai:** Visiems pacientams patariama sumažinti riebalų ir sočiųjų riebiųjų rūgščių vartojimą su maistu.

Bendras riebalų suvartojimas turi būti sumažintas iki 30 proc. bendro paros kaloražo, sočiųjų riebiųjų rūgščių kiekis turi būti sumažintas iki 10 proc. kalorijų, tarpinių riebiųjų rūgščių vartojimas turi būti kiek galima labiau sumažintas ar visiškai nutrauktas, ir daugiausia su maistu gaunamų riebalų turi sudaryti polinesočiosios riebiosios rūgštys (iki 10 proc. kalorijų) arba mononesočiosios riebiosios rūgštys (10-15 proc. kalorijų).

Visiems asmenims reikia patarti sumažinti druskos kasdieninį vartojimą bent jau vienu trečdaliu įprasto kiekio ir, jei įmanoma, mažiau nei 5 g ar < nei 90 mmol per dieną.

Visiems asmenims reikia patarti kasdien suvalgyti bent 400g. įvairių vaisių ir daržovių, taip pat nesmulkintų grūdų ir ankštinių daržovių.

Fizinis aktyvumas: Visiems asmenims reikia patarti bent 30 min. per dieną padidinti fizinį aktyvumą iki vidutinio lygio (pvz. intensyvus ėjimas), taip pat skatinti laisvalaikio aktyvumą, aktyvumą atliekant kasdieninius darbus ir buitines reikalus.

Svorio kontrolė: Visi asmenys, kuriems būdingas viršsvoris ar nutukimas, skatinami sumažinti kūno svorį derinant mažesnio kaloringumo dietą ir didinant fizinį aktyvumą.

Alkoholio vartojimas: Asmenims, kurie vartoja daugiau nei 3 vienetus alkoholio per dieną reikia patarti sumažinti alkoholio vartojimą. (1 alkoholio vienetas – vienas bokalas alaus ar kito silpno gėrimo (5 proc. alkoholio), 100 ml. vyno (10 proc. alkoholio), 25 ml. spirituoto gėrimo (40 proc. alkoholio)).

Kraujospūdį mažinantys vaistai: Visiems asmenims, kurių kraujo spaudimas yra 160/100 mmHg arba mažesnio laipsnio padidintas kraujospūdis kartu esant nustatytiems vidaus organų pažeidimams, turi būti skiriami vaistai ir suteikiami specifiniai gyvenimo būdo koregavimo patarimai, kurių pagalba galima sumažinti kraujo spaudimą ir KŠL riziką.

<p>Visi asmenys, kurių kraujospūdis žemesnis nei 160/100 mmHg arba kartu nėra nustatyti vidaus organų pažeidimai, turi būti stebimi atsižvelgiant į širdies kraujagyslių ligų riziką (Rizika susirgti KŠL per 10 metų <10 proc., nuo 10 iki <20 proc., nuo 20 iki <30 proc., ≥30 proc.)</p>	
Rizika < 10proc.	<p>Asmenys, kurių kraujospūdis nuolat yra ≥140/90 mmHg turi pakeisti gyvenimo būdą ir laikytis nustatyto režimo, kuris padėtų sumažinti kraujospūdį bei <u>kas 2-5 metus</u>, priklausomai nuo klinikinių aplinkybių ir galimų sveikatos sistemos resursų, apsilankyti pas specialistą, kuris įvertintų AKS pokyčius ir KŠL riziką.</p>
Rizika nuo 10 iki <20 proc.	<p>Asmenys, kurių kraujospūdis nuolat būna ≥140/90 mmHg turi pakeisti gyvenimo būdą ir laikytis nustatyto režimo, kuris padėtų sumažinti kraujospūdį bei <u>kasmet</u>, priklausomai nuo klinikinių aplinkybių ir galimų sveikatos sistemos resursų, apsilankyti pas specialistą, kuris įvertintų AKS pokyčius ir KŠL riziką.</p>
Rizika nuo 20 iki <30 proc.	<p>Asmenims, kurių kraujospūdis nuolat būna ≥140/90 mmHg, kurie negali jo sumažinti pakeitus gyvenimo būdą, su profesionalia pagalba per 4-6 mėn. turi būti paskirti vieni iš šių vaistų, kurie sumažintų kraujospūdį: tiazidų grupės diuretikai, AKF inhibitoriai, kalcio kanalų blokatoriai, Beta-adrenoblokatoriai.</p> <p>Rekomenduojama pirmiausia taikyti nedidelių dozių tiazido grupės diuretikų, AKF inhibitorių arba kalcio kanalų blokatorių terapiją.</p>
Rizika ≥30 proc.	<p>Asmenims, kurių kraujospūdis nuolat būna ≥130/80 mmHg reikia skirti vienus iš paminėtų vaistų, kurie sumažintų kraujospūdį ir KŠL riziką: tiazidų grupės diuretikų, AKF inhibitorių, kalcio kanalų blokatorių, Beta- adrenoblokatorių.</p> <p>Rekomenduojama pirmiausia taikyti nedidelių dozių tiazido grupės diuretikų, AKF inhibitorių arba kalcio kanalų blokatorių terapiją.</p>

Lipidų apykaitą reguliuojantys vaistai (statinai): Visiems asmenims, kurių bendra cholesterolio koncentracija yra 8 mmol/l (320mg/dl) ir didesnė, reikia patarti laikytis lipidus mažinančios dietos ir paskirti vartoti statinus, kurie sumažintų KŠL riziką.

4 lentelė. Lipidų koncentracijos mažinimas

Visi kiti asmenys turi būti stebimi atsižvelgiant į širdies kraujagyslių ligų riziką (Rizika susirgti KŠL per 10 metų <10 proc., nuo 10 iki <20 proc., nuo 20 iki <30 proc., ≥30 proc.)	
Rizika < 10proc.	Patarti laikytis lipidų koncentraciją mažinančios dietos;
Rizika nuo 10 iki <20 proc.	Patarti laikytis lipidų koncentraciją mažinančios dietos;
Rizika nuo 20 iki <30 proc.	Asmenims, vyresniems nei 40 metų, kuriems nuolat būna padidintas cholesterolio kiekis kraujo serume (> 5.0 mmol/l) ir/ arba MTL cholesterolio koncentracija - > 3.0 mmol/ l, be lipidus mažinančios dietos, turi vartoti ir statinus.
Rizika ≥30 proc.	Šiai rizikos grupei priklausantiems asmenims reikia patarti laikytis lipidų koncentraciją mažinančios dietos ir vartoti statinus. Cholesterolio koncentracija serume turi būti sumažinta iki mažesnės nei 5.0 mmol/l (MTL cholesterolio koncentracija turi būti mažesnė nei 3.0 mmol/l) arba 25-iais procentais (MTL cholesterolis - 30-čia proc.), atsižvelgiant į pradinę koncentraciją.

Glikemiją mažinantys vaistai: Asmenims, kuriems nevalgius nuolat nustatoma kraujo gliukozės koncentracija didesnė nei 6 mmol/ l, be mitybos apribojimų ir kontrolės turi būti skiriamas metforminas.

5 lentelė Trombocitų agregaciją slopinantys vaistai

Rizika < 10proc.	Šiai rizikos grupei priklausantiems asmenims gydymo aspirinu sukelta žala viršija tikėtiną naudą. Taigi, šiai mažos rizikos grupei aspirinas <u>neskiriamas</u> .
Rizika nuo 10 iki <20 proc.	Šiai rizikos grupei priklausantiems asmenims gydymo aspirinu nauda ir žala yra subalansuotos.

	Taigi, šiai rizikos grupei aspirinas <u>neskiriamas</u>
Rizika nuo 20 iki <30 proc.	Šiai rizikos grupei priklausantiems asmenims gydymo aspirinu nauda ir sukelta žala nėra visiškai aiški. Taigi, šiai rizikos grupei aspirino greičiausia <u>skirti nereikėtų</u> .
Rizika ≥30 proc.	Šiai rizikos grupei priklausantiems asmenims reikia skirti mažas aspirino dozes.

Apibendrinant galima teigti, kad ekonomiškai naudingiausias prevencinis gydymas yra aspirinas ir pirminis antihipertenzinis gydymas (mažos tiazido dozės). Intensyvus antihipertenzinis gydymas pasekmių gydymas yra mažiau efektyvus. Esant ribotiems sveikatos sistemų resursams, atsiperkanti ir ekonomiškai naudinga, visoms rizikos grupėms taikoma prevencijos strategija būtų aspirino terapijos taikymas ir pirminės hipertenzijos gydymas prieš paskiriant intensyvų antihipertenzinį gydymą ir statinus.

6 lentelė Nerekomenduojami vaistai

Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos sumažinimui nerekomenduojama: hormonų pakaitinė terapija, vitaminai B, C, E bei filinės rūgšties papildai
--

2.13 ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ ANTRINĖ PREVENCIJA (PSO rekomendacijų apžvalga)

Asmenims, kuriems diagnozuota širdies kraujagyslių liga (krūtinės angina, koronarinė širdies liga, miokardo infarktas, tranzitorinė išeminė ataka, smegenų kraujagyslių liga ar periferinių kraujagyslių liga, taip pat asmenims po širdies vainikinių kraujagyslių kraujotakos atstatymo arba miego arterijos kraujotakos atstatymo) būdinga labai didelė pasikartojančių širdies ir kraujagyslių sutrikimų rizika. Nereikalingi papildomi suminių rizikos faktorių vertinimai, norint parinkti gydymo būdus.

Prevencijos ir pateikiamų rekomendacijų tikslas - išvengti pasikartojančių širdies ir kraujagyslių ligų atvejų sumažinto rizikos faktorių poveikio dėka.

7 lentelė Pakartotinių miokardo infarktų ir insultų prevencijos rekomendacijos (PSO)

Gyvenimo būdo koregavimas
Kartu su gydymu vaistais teikiami nuolatiniai patarimai, kaip pakeiti gyvenimo būdą.
Rūkymo nutraukimas

Visiems asmenims, kurie išgyveno miokardo infarktą ar insultą, sveikatos priežiūros specialistas turi rekomenduoti atsisakyti rūkymo ir paskatinti bei paremti pacientų pastangas tai įgyvendinant.

Taip pat rekomenduojama atsisakyti kitų tabako gaminių vartojimo formų.

Asmenims, kurie ir toliau rūko bent 10 cigarečių per dieną ir daugiau, kurie greičiausiai yra priklausomi nuo nikotino, reikia pasiūlyti taikyti pakaitinę nikotino terapiją. Pacientams, išgyvenusiems miokardo infarktą ar insultą nerekomenduojama taikyti antidepresantų terapiją, kuri padėtų atsisakyti priklausomybės nuo rūkymo.

Nerūkantiems pacientams patariama nepradėti rūkyti bei kuo griežčiau vengti būti prirūkytose patalpose.

Mitybos pokyčiai

Visiems asmenims, išgyvenusiems miokardo infarktą ar insultą, reikia patarti pasirinkti mitybą, kuri padėtų sumažinti pakartotinių susirgimų širdies kraujagyslių ligomis riziką.

Bendras riebalų kiekis maiste turi būti sumažintas iki <30 proc. bendro kalorijų kiekio, sočiųjų riebiųjų rūgščių kiekis- iki <10 proc. bendro kalorijų kiekio tarpinių riebiųjų rūgščių kiekį reikia sumažinti kiek galima labiau arba visai jų atsisakyti; daugiausia riebalų maiste turi būti polinesočiųjų riebiųjų rūgščių pavidalu (iki 10 proc. bendro kalorijų kiekio) arba mononesočiųjų riebiųjų rūgščių pavidalu (10-15 proc. bendro kalorijų kiekio).

Visiems asmenims reikia patarti ir juos paskatinti sumažinti kasdieninį druskos vartojimą bent jau vienu trečdaliu įprastai vartojamo kiekio, ir, jei įmanoma, iki <5 g. arba <90 mmol per dieną.

Visiems asmenims reikia patarti suvalgyti bent jau 400 g. per dieną įvairių vaisių ir daržovių, taip pat nesmulkintų grūdų ir ankštinių kultūrų.

Fizinis aktyvumas

Visiems asmenims, išgyvenusiems miokardo infarktą ar insultą (taip pat ko širdies vainikinių arterijų kraujotakos atstatymo), sveikimo periodu rekomenduojamas lengvas arba vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas (pratimai).

Kur įmanoma, pacientams, sveikstantiems po miokardo infarkto ar insulto, pasiūlomos specialisto prižiūrimos mankštos programos.

Svorio kontrolė

Širdies kraujagyslių ligomis sergantiems pacientams, kurie turi viršsvorio arba yra

nutukę, rekomenduojama sumažinti kūno svorį pasirenkant mažesnės energijos dietą bei padidinant fizinį aktyvumą.

Alkoholio vartojimas

Asmenims, kurie vartoja daugiau nei 3 vienetus alkoholio per dieną reikia patarti sumažinti alkoholio vartojimą. (1 alkoholio vienetas – vienas bokalas alaus ar kito silpno gėrimo (5 proc. alkoholio), 100 ml. vyno (10 proc. alkoholio), 25 ml. spirituoto gėrimo (40 proc. alkoholio)).

Kraujospūdį mažinantys vaistai

Visiems, KŠL sergantiems pacientams, turi būti skiriamas dėmesys kraujospūdžio sumažinimui, ypač pacientams, kurių kraujospūdis viršija 140/90 mmHg. Pirmiausia koreguojami gyvenimo būdo faktoriai (ypač gausus alkoholio vartojimas), jei tai nepadedą ir kraujospūdis būna didesnis nei 140/90 mmHg, skiriama gydymas vaistais. Kuomet negalima skirti beta adrenoblokatorių ir AKF inhibitorių, arba tais atvejais, jei vis tiek išlieka aukštas kraujospūdis, taikomas gydymas tiazido grupės diuretikais, kurie sumažina pasikartojančių širdies kraujagyslių susirgimų riziką. Numatomas tikslinis kraujospūdis – 130/ 80 – 85 mm Hg. Kraujospūdžio mažinimas labai sverbus visiems pacientams, kurie persirgo insultu ar anamnezėje minima tranzitinė išeminė ataka, jų tikslinis kraujospūdis numatomas <130/ <80 – 85 mm Hg.

Lipidų koncentraciją mažinantys vaistai

Visiems, KŠL sergantiems pacientams rekomenduojamas gydymas statiniais. Gydymas tęsiamas ilgą laiką, galbūt netgi visą gyvenimą. Pacientams, kuriems būdinga nuolatinė rizika, toks gydymas yra naudingas. Smegenų kraujotakos sutrikimais sergantiems pacientams taip pat taikomas gydymas statiniais, ypač jei šiems pacientams kartu nustatyta ir KŠL. Cholesterolio koncentracijos kraujyje stebėjimas nėra privalomas. Pageidautini tikslai: bendro cholesterolio koncentracija mažesnė nei 4.0 mmol/l (152 mg/dl) ir MTL- cholesterolio koncentracija mažesnė nei 2.0 mmol/l (77mg/dl) arba bendro cholesterolio koncentracijos sumažinimas 25 procentais ir MTL cholesterolio koncentracijos sumažinimas 30 procentų, taip pasiekiant absoliučios mažiausios rizikos lygį. Kitos lipidų koncentraciją mažinančios priemonės nerekomenduojamos- nei kaip alternatyva statinams, nei kaip papildomas gydymas.

Glikemiją mažinantys vaistai
Antrinė KŠL, centrinės ir periferinės kraujotakos sutrikimų prevencija yra ypač svarbi I ir II tipo cukriniu diabetu sergantiems pacientams. Asmenims, kuriems esant nevalgius gliukozės koncentracija kraujyje yra > 6 mmol/l papildomai su mitybos kontrole reikia skirti metforminą ir / arba insuliną, jei reikia.
Krešėjimą slopinantys vaistai
Visiems KŠL sergantiems pacientams reikia reguliariai skirti aspiriną, jei nėra aiškių kontraindikacijų. Gydytą reikia pradėti anksti ir tęsti visą gyvenimą. Visiems pacientams, kuriems dėl galvos smegenų išemijos yra buvę tranzitorinė išeminė ataka arba insultas, arba infarktas, reikia skirti ilgalaikį gydymą aspirinu (greičiausiai visą gyvenimą), jei nėra aiškių kontraindikacijų.
AKFI naudojimas po miokardo infarkto
AKFI rekomenduojami visiems miokardo infarktu persirgusiems pacientams, gydymas turi būti pradėtas kuo anksčiau ir tęstis kuo ilgiau, greičiausiai visą gyvenimą. Gydyto nuda daugeliu atvejų yra labai naudinga, ypač pacientams, kuriems pakenkta širdies kairiojo skilvelio funkcija.
Beta blokatorių naudojimas po miokardo infarkto
Gydymas beta blokatoriais yra rekomenduojama visiems pacientams, kurie patyrė miokardo infarktą ir tiems, kuriuos vargina KŠL, kuriems pasireiškia ryškus kairiojo skilvelio funkcijos nepakankamumas, kurio pasėkoje gali vystyti širdies nepakankamumas. Gydymas tęsiamas ne mažiau kaip vienerius ar dvejus metus po miokardo infarkto o galbūt ir visą gyvenimą, jei tik nepasireiškia rimti šalutinio poveikio reiškiniai. Beta blokatoriai yra labiausiai efektyvūs pacientams, sergantiems krūtinės angina, nors dar trūksta tyrimų, kurie galutinai tai patvirtintų.
Krešėjimą slopinantis gydymas
Pacientams, kurie išgyveno insultą ar tranzitorinę išeminę ataką nerekomenduojamas ilgalaikis krešėjimą slopinantis gydymas, kuriems būdingas minusinis širdies ritmas. Rekomenduojamas ilgalaikis antikoaguliacinis gydymas pacientams, kurie išgyveno insultą ar tranzitorinę išeminę ataką, kuriems būdingas prieširdžių virpėjimas, esant mažai kraujavimų rizikai ir tiems, kuriems galima saugiau stebėti gydymo antikoaguliantais rezultatus. Tais atvejais, kuomet neįmanoma stebėti antikoaguliantų poveikio, arba jei pacientas negali jų vartoti, reikia pasiūlyti gydymą aspirinu.

Širdies vainikinių arterijų kraujotakos atstatymas
Koronarinių arterijų praeinamumo atstatymas chirurginiu būdu papildomai atliekamas kartu su optimaliu medicininu gydymu vaistais – aspirinu, lipidų koncentraciją mažinančiais vaistais, AKF inhibitoriais ir beta blokatoriais – tiems pacientams, kuriems būdinga vidutinė ar didelė rizika ir galimas kairiosios pagrindinės arterijos srovės sumažėjimas arba trigubų kraujagyslių patologija. Perkutaninė koronarinė angioplastika taikoma norint sumažinti krūtinės anginos simptomus pacientams, kuriems pasireiškia atspari krūtinės angina, kuriems jau buvo taikomas optimalus gydymas medikamentais.
Miego arterijų angioplastika
Miego arterijų angioplastika sumažina pasikartojančių insultų ir mirčių riziką pacientams, kuriems anksčiau buvo tranzitorinė išeminė ataka ar insultas, nesukėlęs neįgalumo, pacientams, kuriems nustatyta sunki ipsilateralinė miego arterijų stenozė (70 – 90 proc.) ir greičiausiai pacientams, kuriems yra vidutinio laipsnio stenozė (50 – 96 proc.) tačiau ne mažesnio laipsnio stenozės atveju.
Nerekomenduojami vaistai
Pagal turimus naujausius duomenis, gydymas I tipo antiaritminiais vaistais, kalcio kanalų blokatoriais, vitaminais antioksidantais, foline rūgštimi, hormonų pakaitinės terapijos taikymas yra nerekomenduojama pacientams, persirgusiems miokardo infarktu ar galvos smegenų kraujotakos sutrikimais.

2.14 SLAUGYTOJŲ VAIDMUO SVEIKATOS UGDYME

Pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje labai svarbi slaugytojų darbas. Jų veiklos sąrašas apima: sveikatos priežiūrą mokyklose, konsultacijas telefonu, darbą poliklinikose, sveikatos centruose, rizikos grupių atranką, tėvų ir artimųjų mokymą, imunizaciją, alkoholio ir tabako vartojimo prevenciją, prievartos namuose prevenciją, žinių suteikimą sveikatos klausimais, sveikatos ugdymą, sveikos gyvensenos skatinimą, paliatyviąją priežiūrą, pagyvenusių žmonių priežiūrą, lytiniu būdu plintančių ligų prevenciją bei alergijų kontrolę. Kitos veiklos sritys, kur svarbus slaugytojų indėlis yra lėtinėmis ligomis sergančių pacientų ir neįgalių pacientų slauga ilgalaikės priežiūros įstaigose ir slauga namuose [24]. Svarbu holistinė slaugos samprata sveikatos ugdymo sistemoje.

Sveikatos ugdymą įgyvendinti padeda suplanuoti slaugytojo veiksmai, kurie atitinka atskiro asmens, šeimos ar bendruomenės poreikius, siekiant prisiderinti prie sveikatos sutrikimų su kuriais pacientai susiduria kasdieniniame gyvenime ir kurie gali pasireikšti ateityje. Holistinės slaugos tikslas yra suteikti paramą žmonėms, kai jiems reikia žinių ir pasiūlyti praktinę pagalbą siekiant prisiderinti prie ligos ir negalios įtakotos būklės ir taip paskatinti sveiką gyvenseną [25].

Sveikatos ugdymas traktuojamas kaip svarbi slaugos dalis ir viena svarbiausių holistinės slaugos vertybių. Slaugytoja gali padėti pacientams suformuoti požiūrį į ligą vadovaudama ir paaiškindama situaciją, o tai pacientui padeda atgauti fizinę ir dvasinę pusiausvyrą. Holistinės slaugos tikslas yra ne tik palengvinti kentėjimą ir užtikrinti gyvybinių poreikių patenkinimą, bet taip pat suteikti svarbių žinių, atsižvelgti į paciento jausmus, užtikrinti pagarbą pacientui ir rūpintis jo gerove [25]. Tarptautinės slaugytojų tarybos patvirtintas Slaugytojų etikos kodeksas teigia, kad slaugytojos turi vykdyti keturis fundamentalius įsipareigojimus: ugdyti sveikatą, padėti išvengti ligų, padėti atgauti sveikatą po ligos ir palengvinti kentėjimus bei negalią [26].

Pacientų mokymas sveikos gyvensenos pagrindų, ligų prevencijos tikslais yra svarbu veiklos sritis, prisidedanti prie gyventojų sveikatos būklės gerinimo.

3. MEDŽIAGA IR METODAI

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Koronarine širdies liga sergančių pacientų sveikatos priežiūros ir slaugos poreikiai“ atliktas 2006 – 2008 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute ir VšĮ Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje.

Darbą sudarė užsienio ir šalies mokslinės literatūros nagrinėjama tema studijavimas, savarankiškas pacientų tyrimas ir gautų rezultatų analizė.

Tyrimo objektas – koronarine širdies liga sergančių pacientų žinios, sveikatos priežiūros ir slaugos poreikiai.

Tyrimo populiacija – 100 pacientų, sirgusių koronarine širdies liga ir 2006 - 2008 m. gydytų Vilniaus miesto universitetinės ligoninės kardiologijos ir terapijos skyriuose.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- Paciento ligos istorijoje nurodyta diagnozė – koronarinė širdies liga; hospitalizacijos priežastis – miokardo infarktas arba ūmi miokardo išemija;
- Pacientas serga KŠL ne mažiau kaip 6 mėnesius;
- Pacientas sutinka dalyvauti apklausoje;

Tyrimo metodai. Koronarine širdies liga sergančių pacientų apklausa (interviu) panaudojant standartizuotus klausimynus, ligos istorijų analizė, fizinių paciento duomenų matavimai.

Apklausiai panaudoti tarptautiniai standartizuoti klausimynai:

- Paciento, sergančio KŠL, apklausos klausimynas, skirtas įvertinti koronarinės širdies ligos antrinės ir pirminės prevencijos veiksmus, siekiant sumažinti pakartotinių įvykių dažnį. Klausimynas adaptuotas slaugos įvertinimui;
- HADS klausimynas – Nerimo ir depresijos skalė (angl. *Hospital Anxiety and Depression scale*);
- EUROQOL 5D klausimynas, skirtas įvertinti sveikatos įtakotą gyvenimo kokybę
- SF-12 klausimynas – Gyvenimo kokybės klausimynas (angl. *Medical Outcomes Study Short Form-12; MOS – SF-12*)
- IPAQ – Tarptautinis fizinio aktyvumo klausimynas (angl. *International Physical Activity Questionnaire*).

Tyrimo eiga

Gavus gydymo įstaigos vadovo sutikimą, naudojantis struktūrizuotu klausimynu, interviu metodu buvo apklausta 100 pacientų. Įvertintas pacientų ūgis, svoris, liemens apimtis, apskaičiuotas kūno masės indeksas, pamatuotas arterinis kraujo spaudimas, suskaičiuotas pulsas.

Iš ligos istorijos gauti duomenys: Cholesterolio koncentracija kraujyje (bendrojo cholesterolio, mažo tankio lipoproteinų, didelio tankio lipoproteinų, trigliceridų), gliukozės koncentracija kraujyje, rizikos faktorių poveikio trukmė.

Klausimynų apibūdinimas

Paciento, sergančio KŠL, apklausos klausimynas, skirtas įvertinti koronarinės širdies ligos antrinės ir pirminės prevencijos veiksmus, siekiant sumažinti pakartotinių įvykių dažnį (9.2 priedas). Standartinis klausimynas, parengtas Europos kardiologų draugijos, skirtas taikyti ES šalyse narėse širdies ligų pirminės ir antrinės profilaktikos lygio įvertinimui. Klausimyną sudaro 41 uždaras klausimas, kai kurie klausimai detalizuoti smulkiau. Pagrindinės klausimyno dalys:

- Pasinė dalis;

- Klausimai apie KŠL ir jos eigą;
- Rūkymas;
- Mityba ir kūno svoris;
- Fizinis aktyvumas;
- Kraujo spaudimas;
- Cholesterolis;
- Diabetas;
- Rizikos veiksnių žinojimas ir tikslai;
- Gyvenimo būdo pokyčiai;
- KŠL prevencija ir rehabilitacija;
- Vartojami medikamentai;
- Fizinių matavimų dalis;
- Dalis, pildoma iš ligos istorijos (laboratorinių tyrimų duomenys bei rizikos faktorių trukmė).

HADS klausimynas (9.3 priedas)

HADS klausimyną sudaro 14 klausimų: 7 klausimai skirti įvertinti nerimui (HADS A) ir 7 klausimai – depresijai (HADS D). Atsakymai įvertinami balais (nuo 0 iki 4, priklausomai nuo teiginiuose nurodomų faktų lygio), kurie sumuojami atitinkamai HADS A ir HADS D dalyse. 0-7 balai traktuojami kaip normali būseną, 8-10 balų – lengvas sutrikimas, 11-14 balų – vidutinio sunkumo sutrikimas, 15 - 21 balas – sunkus sutrikimas.

EUROQOL 5D klausimynas (9.4 priedas)

Tai standartizuotas klausimynas, skirtas įvertinti gyvenimo kokybę, kuria nulemia sveikatos būklė. Klausimyno pagalba vertinamos 5 dimensijos: tiriamojo mobilumas, savirūpa, įprastinė veikla, skausmas/ diskomfortas bei nerimas/ depresija. Kiekviena dimensija vertinama balais (1- problemų nėra, 2- vidutinio lygio problema, 3 – didelės apimties problema). Pagal galutinius įvertinimo balus, specifinių vertinimo lentelių pagalba nustatomas EQ-5D įvertinimo balas. Geriausia sveikatos būklė vertinama 1.000, blogiausia - minus 0,594. Balai pasiskirsto priklausomai nuo respondentų atsakymų intervale tarp geriausio ir blogiausio įvertinimo.

Antrojo klausimyno dalis skirta nustatyti, kaip pats pacientas vertina savo esamą sveikatos būklę. Vizualinėje analoginėje skalėje (VAS), suskirstytoje į lygias padalas nuo 0 iki

100, paciento prašoma balais įvertinti savo sveikatos būklę interviu metu. Įvertinimo balas-skaičius intervale nuo 0 iki 100- vadinamas EQ- VAS indeksu [27].

SF-12 klausimynas (9.5 priedas)

SF-12 Gyvenimo kokybės klausimynas sudarytas iš 12 klausimų, kurie įvertina fizinę ir psichinę sveikatą. Fizinei sveikatai vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, bendro sveikatos vertinimo sritys. Veiklos apribojimo dėl emocinės būklės, socialinių ryšių, energingumo ir gyvybingumo sritys skirtos psichinei sveikatai vertinti. Atsakymai į klausimus vertinami balais. Gyvenimo kokybės įverčiai balais analizuotoms sritims buvo apskaičiuoti naudojant specialų skaičiavimo algoritmą, kurio bandomoji versija prieinama naudojimui adresu <http://www.sf-36.org/demos/SF-12v2.html> . Apskaičiuojami PCS ir MCS indeksai, kurie numato atitinkamai fizinės ir psichinės sveikatos balą. Didesnis suminis balas reiškia geresnę gyvenimo kokybę.

IPAQ klausimynas (6 priedas)

IPAQ – Tarptautinis fizinio aktyvumo klausimynas, skirtas populiacijos kasdieninio fizinio aktyvumo tyrimams, taikomas suaugusiems žmonėms. Apklausiamųjų prašoma įvertinti aktyviai praleistą laiką per paskutines 7 dienas iki apklausos. Klausimyną sudaro 7 klausimai, skirti įvertinti sunkios, vidutinio intensyvumo bei lengvos fizinės veiklos trukmę, pasivaikščiojimo trukmę bei laiką, kurį apklausiamas asmuo praleidžia sėdėdamas.

Pagal tyrimo rezultatus nustatomas lengvas, vidutinio intensyvumo ir didelio intensyvumo fizinio aktyvumo lygiai.

Galutinis rezultatas – aktyvumo skaitinis rodiklis - nustatomas specialaus skaičiavimo algoritmo pagalba.

Tyrimais nustatyti specifiniai kiekvienai veiklai MET koeficientai (standartiškai apskaičiuoti ir numatyti visiems skaičiavimams), kurie panaudojami skaičiavimuose. Koeficientai dauginami iš atitinkamo intensyvumo veiklai sugaišto laiko (minutėmis) bei dienų skaičiaus, kuriomis buvo užsiimama ta ar kita veikla (nuo 0 iki 7 dienų). Vaikščiojimui taikomas MET koeficientas 3,3, vidutinio intensyvumo veiklai – 4,0, sunkiai fizinei veiklai – 8,0.

Skaičiavimų ir vertinimo metodika:

Vaikščiojimas – 3,3 MET x vaikščiojimo trukmė x dienų skaičiaus (kiek kartų per savaitę teko vaikščioti);

Vidutinio intensyvumo fizinė veikla 4,0 MET x veiklos trukmė x dienų skaičius
Sunki fizinė veikla 8,0 MET x veiklos trukmė x dienų skaičius

Galutinis fizinio aktyvumo koeficientas gaunamas sudėjus visas savaitines fizinio aktyvumo trukmes (vaikščiojimo, vidutinio intensyvumo fizinės veiklos, sunkios fizinės veiklos).

Pagal galutinius rezultatus išskiriami trys fizinio aktyvumo lygiai:

Mažas fizinis aktyvumas, kuomet

- Nenurodoma jokia fizinė veikla;
- Nurodoma fizinė veikla, kuri yra mažesnė, nei reikalauja 2 ir 3

kategorijos.

Vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas, kuomet galioja bet kuris iš 3 žemiau pateiktų kriterijų:

- 3 ar daugiau dienų, per kurias teko užsiimti sunkia fizine veikla ne trumpiau, kaip 20 min. ARBA
- 5 ar daugiau dienų, per kurias teko užsiimti vidutinio intensyvumo fizine veikla ir / arba vaikščioti ne trumpiau, kaip 30 min. ARBA
- 5 ar daugiau dienų, per kurias teko bet kaip derinti vaikščiojimą, vidutinio intensyvumo arba sunkią fizinę veiklą, pasiekiant ne mažiau kaip 600MET minučių per savaitę.

Didelis fizinis aktyvumas, kuomet galioja bet kuris iš 2 žemiau pateiktų kriterijų:

- Sunki fizinė veikla ne mažiau, kaip 3 dienas per savaitę, pasiekiant ne mažiau kaip 1500 MET minučių per savaitę ARBA
- 7 ar daugiau dienų, per kurias teko bet kaip derinti vaikščiojimą, vidutinio intensyvumo arba sunkią fizinę veiklą, pasiekiant ne mažiau kaip 3000 MET minučių per savaitę.

Pastaba: klausimyne įvertintas laikas, praleistas sėdint, nėra naudojamas fizinio aktyvumo koeficiento apskaičiavime. Yra per mažai duomenų apie sėdėjimo veiklos įtaką kategorizuojant fizinio aktyvumo lygius [28].

Matavimai

Įvertintas pacientų AKS, liemens apimtis, ūgis, svoris (nesant galimybės įvertinti pastarųjų rodiklių, jie paimti iš ligos istorijos). Apskaičiuos kūno masės indeksas KMI

$$\text{KMI} = \frac{\text{kūno soris}}{\text{ūgis}^2}$$

Vertinant duomenis taikyta KMI klasifikacija:

< 18,5	sumažėjęs kūno svoris
18,5 – 24,9	normalus kūno svoris
25,0 – 29,9	viršsvoris
30,0 – 34,9	I laipsnio nutukimas
35,0 – 39,9	II laipsnio nutukimas
> 40,0	III laipsnio nutukimas

Statistinė duomenų analizė. Statistinė visų tyrimo metu gautų duomenų analizė atlikta SPSS 16.0 for Windows (release 16.0.1) programos pagalba. Apskaičiuoti aprašomosios statistikos rodikliai: atskaymų pasiskirstymas realiai skaičiais ir procentais, skaitinių rodiklių vidurkiai bei pasikliautinieji intervalai, koreliacijos tarp faktorių koeficientai, patikimumo rodikliai, vertinant parametrinių duomenų skirtumus. Pavaizduoti kai kurių rodiklių pasiskirstymai grafiškai.

4. TYRIMO REZULTATAI

4.1. TIRIAMŪJŲ GRUPĖS APIBŪDINIMAS

Iš viso apklausta 100 pacientų, sergančių koronarine širdies liga, kurie KŠL serga ne trumpiau, kaip 6 mėnesius. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį pateiktas 8 lentelėje. Tyrime dalyvavo 44 moterys ir 56 vyrai.

8 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Tiriamųjų skaičius	%
Moteris	44	44
Vyras	56	56

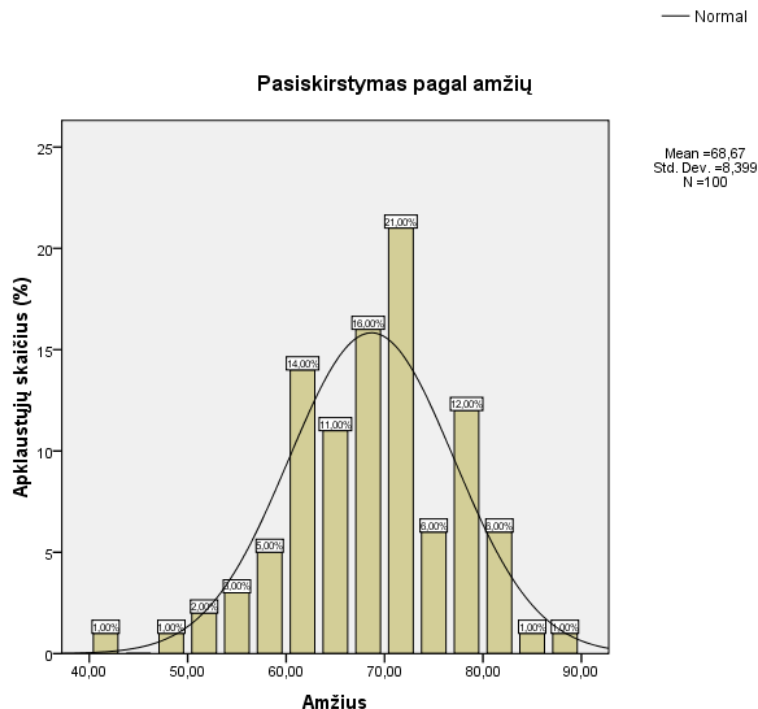
Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių pavaizduotas grafiškai (1 pav.). Daugiausia apklaustųjų (80 proc.) priklauso amžiaus intervalui nuo 60 iki 80 metų. Grafiko ir lentelės duomenys parodo, kad 16 proc. apklaustųjų jaunesni nei 60m. amžiaus. 6 proc. vyresni nei 80 m. Tiriamųjų amžiaus vidurkis - 68,67 m. (= / - 8,4m.).

KŠL susergama vyresniame amžiuje, tačiau esant paveldimumui, ilgalaikiam rizikos faktorių poveikiui liga gali pasireikšti sątykinai jauname amžiuje. Ypač svarbi streso įtaka širdies ligų pasireiškimui.

Įvertintas apklaustųjų amžiaus vidurkis pagal lytį. Apklaustų moterų amžiaus vidurkis – 71,6 m (+/- 7,6), vyrų – 66,4 m (+/- 8,4). (9 lentelė).

9 lentelė. Apklaustųjų amžiaus vidurkis pagal lytį

Lytis	Vidurkis	Atvejų skaičius	SD
Moteris	71,59	44	7,577
Vyras	66,38	56	8,361
Iš viso	68,67	100	8,399



1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių.

Suskirsčius tiriamuosius į amžiaus grupes kas 10 metų, nustatyta, kiek tiriamųjų priklauso skirtingoms amžiaus grupėms: iki 50m., nuo 51 iki 60m, nuo 61- iki 70m, nuo 71 iki 80m, nuo 81 iki 90 m amžiaus. Duomenys pateikti 10 lentelėje. Daugiausia respondentų priklauso amžiaus grupėms nuo 61 iki 70 (44 proc.) ir nuo 71 iki 80 m. (34 proc.) amžiaus. Taigi, tyrimo duomenys reprezentuoja dažniausiai KŠL sergančios amžiaus grupės sveikatos priežiūros poreikius.

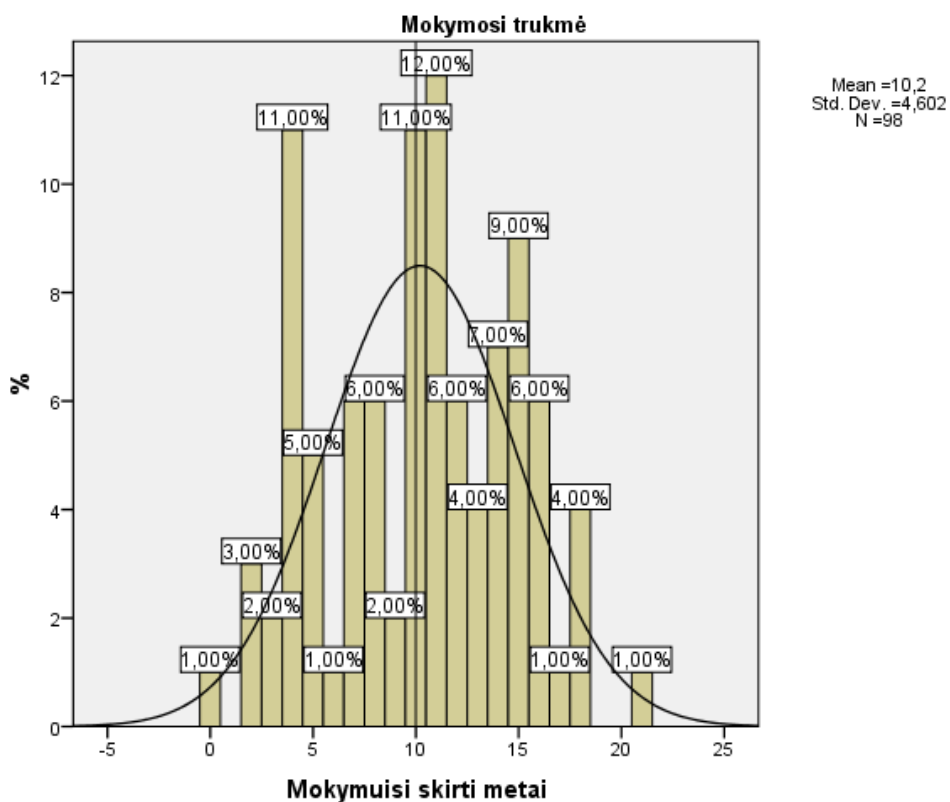
10 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.

Amžiaus grupė	Atvejų skaičius	Procentinė išraiška	Kumuliuotas procentas
iki 50m	3	3,0	3,0
51-60m	13	13,0	16,0
61-70m	44	44,0	60,0
71-80m	34	34,0	94,0
81-90m	6	6,0	100,0
Iš viso	100	100,0	

Apklaustų pacientų išsilavinimas įvairus. Apklaustos grupės pacientų mokymosi trukmės vidurkis – 10 metų (+/- 5m.). Detalesni mokymuisi skirto laiko duomenys pavaizduoti grafiškai (2 pav.).

Trečdalis apklaustųjų (32 proc.) yra įgiję aukštąjį išsilavinimą (universitete) arba baigę mokslus technikume. 17 proc. apklaustųjų baigė tik vidurinę mokyklą, 18 proc. – tik pagrindinę mokyklą ir pradėjo dirbti. 16 proc. turėjo galimybę baigti tik pradinę mokyklą, 10 proc. nebaigė netgi pradinės mokyklos ar nesimokė išvis. Podiplomines studijas tęsė 6 proc. apklaustųjų. (duomenys pateikti 11 lentelėje).

Išsimokslinimo lygis turi įtakos pacientų domėjimuisi su liga susijusia informacija, siekimu pateisinti dalyvauti sveikatos priežiūros procese. Tačiau aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys dirba daugiau sėslų darbą, būna mažiau fiziškai aktyvūs arba, prisitaikydami prie spartėjančio gyvenimo tempo, visą savo dėmesį skiria darbui, nepaiso poreikio pailsėti ir atgauti jėgas.



2. pav. Respondentų pasiskirstymas pagal mokymosi trukmę.

11 lentelė. Respondentų pasiektas išsimokslinimo lygis.

Pasiektas išsilavinimo lygis	Atvejų skaičius	%	Kumuliuotas %
Nėra mokyklinio išsilavinimo	1	1,0	1,0
Žemesnis nei pradinis	9	9,0	10,0
Baigtas pradinis	16	16,0	26,0
Baigta pagrindinė mokykla	18	18,0	44,0
Baigta vidurinė mokykla	17	17,0	61,0
Universitetinis / profesinis išsilavinimas	32	32,0	93,0
Podiplominės studijos	6	6,0	99,0
Nepakanka duomenų	1	1,0	100,0
Iš viso	100	100,0	

Pagrindinė apklaustų pacientų hospitalizacijos priežastis - miokardo infarktas – dėl šios priežasties ligoninėje gydomi 45 proc. apklaustųjų, 55 proc. apklaustųjų į ligoninę pateko dėl ūmios miokardo išemijos (12 Lentelė).

KŠL sergantys pacientai gydomi ambulatoriškai, turi būti reguliariai tikrinama jų sveikatos būklė, gydymo efektyvumas.

Esant pablogėjimui – nuolat kartojantis krūtinės anginos priepuoliams, ištikus ūmiai miokardo infarktui, miokardo išemijai, pacientai gydomi stacionaro slygomis. Paciento hospitalizacija netiesiogiai parodo, kad liga progresuoja, galbūt dėl nepakankamo dėmesio profilaktinių priemonių įgyvendinimui.

12 lentelė. Respondentų hospitalizacijos priežastys.

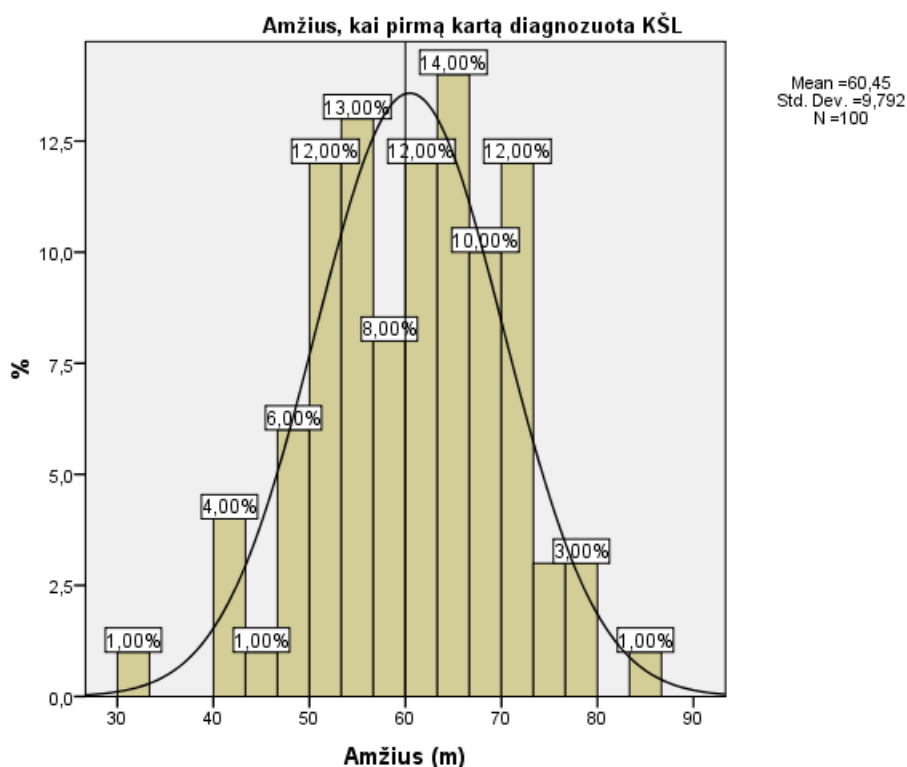
Priežastis	Atvejų skaičius	%	Kumuliuotas %
MI	45	45,0	45,0
Ūmi miokardo išemija	55	55,0	100,0
Iš viso	100	100,0	

Įvertinta, ar apklausiamų pacientų artimieji sirgo KŠL. Daugiau nei pusės pacientų (59 proc.). artimųjų tarpe buvo sergančių KŠL pirmos eilės giminaičių – tėvai, broliai, seserys, vaikai.

Tikslinga turėti tokią informaciją ir siekti, kad kuo anksčiau būtų įdiegiamos profilaktikos priemonės, jei šeimoje yra sergančių širdies ligomis artimųjų, kadangi yra didelė rizika sirgti giminaičiams.

Sergant artimam giminaičiui, artimieji turi būti stebimi sveikatos priežiūros specialisto, vertinama jų širdies sveikatos būklė. Skatinama įdiegti prevencines priemones – mažinti svorį, didinti fizinį aktyvumą, reguliuoti mitybą, skatinti atsisakyti žalingų įpročių.

Apklaustųjų amžiaus, kuomet pirmą kartą buvo diagnozuota koronarinė širdies liga, vidurkis siekia 60 metų (+/-10m.). 30 proc. apklaustųjų KŠL susirgo iki 55m, amžiaus – t.y. santykinai jauname amžiuje (3 pav.).



3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, kurio sulaukus pirmą kartą buvo diagnozuota koronarinė širdies liga.

Įvertinus pacientų darbą iki susergant KŠL matome, kad daugiau nei pusė pacientų susirgo būdami darbingo amžiaus, net 57% iš jų dirbo visą darbo dieną. 34 % apklaustųjų buvo pensijinio amžiaus nedirbantys asmenys (13 lenetelė).

13 lenetelė. Respondentų darbingumas iki susergant koronarine širdies liga.

Darbas	Apklaustųjų kiekis (%)
Darbas visą darbo dieną	57,0
Darbas nepilną darbo dieną	6,0
Bedarbis	1,0
Darbas namuose	1,0
Pensininkas	34,0
Total	99,0
Nepakanka duomenų	1,0

Darbas	Apklaustųjų kiekis (%)
Darbas visą darbo dieną	57,0
Darbas nepilną darbo dieną	6,0
Bedarbis	1,0
Darbas namuose	1,0
Pensininkas	34,0
Total	99,0
Nepakanka duomenų	1,0
Iš viso	100,0

Vertintos priežastys, kodėl apklaustieji asmenys išėjo į pensiją. Dėl vyresnio amžiaus 58 proc. apklaustųjų nutarė nedirbti, 8,8 proc. buvo priversti pasitraukti dėl širdies ligos, 26,5 proc. pasitraukė dėl kitos ligos ar neįgalumo, 5,9 patys savanoriškai pasirinko pasitraukti iš darbo (14 lentelė). Taigi 3 proc. respondentų buvo nedarbingi dėl širdies veiklos sutrikimų. Įvertinus darbingumą situaciją po susirgimo KŠL paaiškėjo, kad dėl ši liga įtakojo tam tikros respondentų dalies pasitraukimą iš darbo rinkos.

14 lentelė. Išėjimo į pensiją priežastys prieš susergant koronarine širdies liga

Išėjimo į pensiją priežastis	Apklaustųjų skaičius	%
Dėl amžiaus	20	58,8
Dėl širdies ligos	3	8,8
Dėl kitos ligos	9	26,5
Dėl asmeninio pasirinkimo	2	5,9
Iš viso	34	100,0

Iki susergant KŠL dirbo net 64 proc. apklaustųjų (dirbo visą darbo dieną ar tik dalį darbo laiko, taip pat namuose). Susirgus KŠL situacija pasikeitė. 18 proc. ir toliau dirbo pilną darbo dieną, tačiau dalis apklaustųjų sumažino savo darbo krūvį iki dalinio užimtumo (12 proc. apklaustųjų). 60 proc. apklaustųjų susirgus KŠL pasitraukė į pensiją dėl ligos, vyresnio amžiaus ar neįgalumo negalėdami dirbti įprastame darbe (15 lentelė).

15 lentelė. Respondentų darbingumas susirgus koronarine širdies liga

Darbas susirgus KŠL	Atvejų skaičius	%	% (atsakiusiuju)
Darbas visą darbo dieną	18	18,0	18,6
Darbas ne visą darbo dieną	12	12,0	12,4
Bedarbystė	5	5,0	5,2
Darbas namuose	2	2,0	2,1
Pensininkas	60	60,0	61,9
Iš viso	97	97,0	100,0
Nepateikė duomenų	3	3,0	
Iš viso	100	100,0	

Kadangi KŠL yra lėtinė liga, svarbu, kad pacientai reguliariai tikrintųsi pas sveikatos priežiūros specialistą, kuris įvertintų sveikatos būklę, paskirtų adekvatų medikamentinį gydymą, suteiktų visą reikalingą informaciją bei rekomendacijas, kaip rūpintis širdies sveikata.

Tuo tikslu pacientams užduotas klausimas apie tai, kuris specialistas prižiūri širdies sveikatos būklę. Daugiausia pacientų atsakė, kad sveikatą prižiūri bendrosios praktikos gydytojas, terapeutas, kardiologas. 10 proc. respondentų teigė, kad sveikatos būklės niekas neprižiūri, į jokių specialistus jie nesikreipia (16 lentelė). Kiti atsakymų variantai – slaugytoja, diabetologas/endokrinologas, darbo medicinos gydytojas ar kt. specialistai – respondentų nebuvo paminėti.

16 lentelė. Širdies sveikatą prižiūrintys specialistai

Sveikatos priežiūros specialistas	Atvejų skaičius	%	Kumuliuotas %
Kardiologas	21	21,0	21,0
Terapeutas	32	32,0	53,0
Bendrosios praktikos gydytojas	37	37,0	90,0
Niekas	10	10,0	100,0
Iš viso	100	100,0	

Įvykiai nuo susirgimo koronarine širdies liga iki tyrimo datos

KŠL yra lėtinė liga, kurios pagrindinė priežastis- aterosklerozė. Aterosklerozė gali pažeisti ne tik širdies, bei ir kitų organų kraujotaką bei funkcijas. Esant ženkliam vainikinių kraujagyslių praeinamumo sumažėjimui kartais prireikia atlikti chirurgines intervencijas ir jų pagalba atstatyti kraujotaką. Respondentams buvo užduota grupė klausimų apie įvykius ir susirgimus, su kuriais teko susidurti susirgus KŠL.

Tai širdies kraujotakos atstatymo operacijos – aortos koronarinių jungčių operacija, perkutaninė translumalinė koronarinė angioplastika (pacientui nesugebėjus tiksliai įvardinti operacijos pavadinimo ar pobūdžio – duomenys tikslinti ligos istorijoje).

Be to užduoti klausimai ar pacientas sirgo miokardo infarktu, ar pasitaikė ūmios miokardo išemijos atveju, ar vargina krūtinės angina, insultas, tranzitorinė išeminė ataka, periferinių arterijų liga. Šios būklės netiesiogiai rodo aterosklerozės išplitimą, būtinybę įgyvendinti profilaktikos priemones, kurios sumažintų pažeidimus ir pakartotinių susirgimų riziką.

Visi pasitaikę gydymo įvykiai (operacijos), bei ligos progresavimo įvykiai (infarktas, insultas, krūtinės anginos priepuoliais) pateikti 17 lentelėje.

17 lentelė. Įvykiai ir procedūros susirgus koronarine širdies liga

Įvykis / sveikatos būklė	Taip (%)	Ne (%)	Iš viso
Koronarinių jungčių operacija	13	87	100
Perkutaninė translumalinė angioplastika	7	92	99,0
Miokardo infarktas	38	60	98
Miokardo išemija	17	75	92
Krūtinės angina	64	23	87
Insultas	27	73	100
Tranzitorinė išeminė ataka	19	78	97
Periferinių arterijų liga	22	69	91

13 proc. apklaustųjų buvo atlikta koronarinių jungčių operacija. 7 proc. apklaustųjų buvo atlikta Perkutaninė translumalinė koronarinė angioplastika. Miokardo infarktu persirgo daugiau kaip 1/3 visų apklaustųjų – 38 proc. 17 proc. apklaustųjų teko gydytis dėl miokardo išemijos. Krūtinės angina sirgo 2/3 apklaustųjų – 64 proc. Insultu persirgo beveik trečdalis apklaustųjų – 27 proc. apklaustųjų patvirtino, kad buvo diagnozuotas insultas. 19 proc. apklaustųjų tvirtino, kad yra išgyvenę tranzitorinę išeminę ataką.

Insultas, TIA epizodai rodo galvos smegenų kraujotakos pakenkimą, kuris, greičiausiai, kaip ir KŠL, yra dėl progresuojančios aterosklerozės. Dėl tos pačios priežasties nukenčia ir periferinė kraujotaka. 22 proc. apklaustųjų teigė, kad serga periferinių arterijų liga, skundžiasi apsunkinta kraujotaka galūnėse, trofinėmis opomis, tromboze.

Įvertinus koreliacijas, nustatytas teigiamas koreliacinis ryšys tarp patirto insulto ir infarkto atvejų ($p=0,01$). Pažeidžiama kartu širdies ir galvos smegenų kraujotaka, todėl pacientams būdingos abi ligos. Teigiamas koreliacinis ryšys tarp miokardo išemijos atvejų ir koronarinių jungčių operacijų atvejų dažnio ($p=0,01$). Pasireiškusi miokardo išemija padidina koronarinių jungčių operacijų dažnį.

4.2. PACIENTUS VEIKIANTYS RIZIKOS VEIKSNIAI

Rūkymas. Rūkymas yra vienas svarbiausių KŠL rizikos faktorių. Pacientų rūkymo įpročiai ir trukmė gali būti labai skirtingi. Siekta išsiaiškinti, ar tiriamieji asmenys kada nors gyvenime yra rūkę, ar rūko pastaruoju metu, kokie jo rūkymo įpročiai ir patirtis. Gyvenimo bėgyje rūkė 44 proc. apklaustųjų. Kaip pateikta 18 lentelėje, iš apklaustų 44 moterų yra rūkę tik 2, o iš 56 apklaustų vyrų yra rūkę net 42 respondentai.

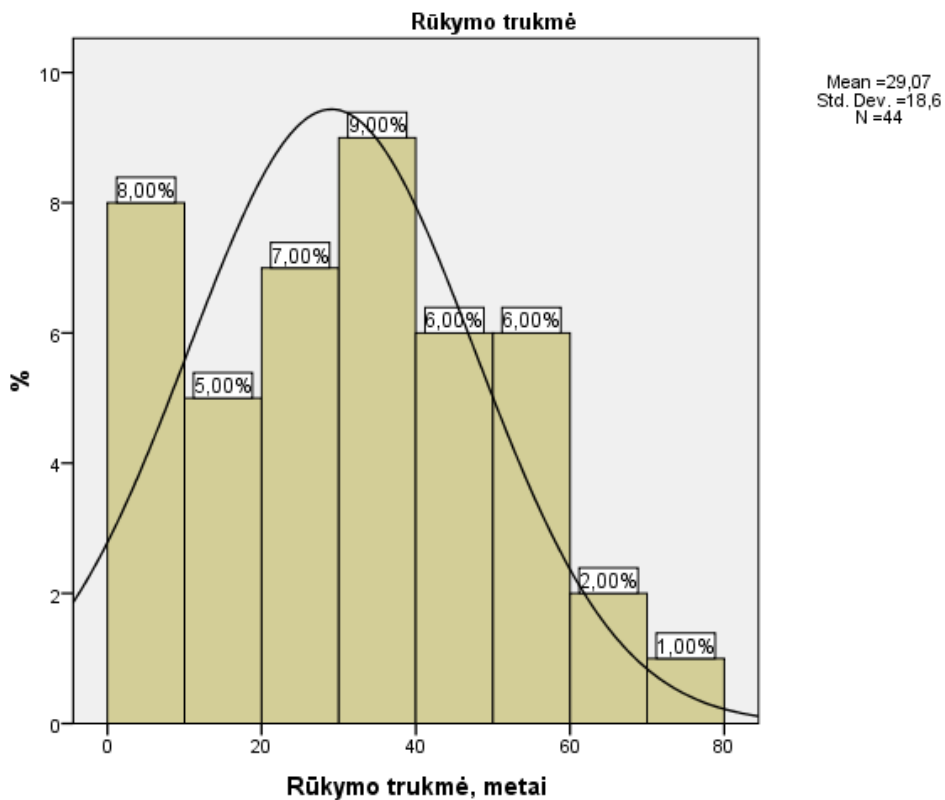
18 lentelė. Rūkančių pacientų pasiskirstymas pagal lytį

Lytis	Rūkymas		
	Taip	Ne	Iš viso
Moteris	2	42	44
Vyras	42	14	56
Iš viso	44	56	100

Kaip nustatyta iš detalesnės analizės (19 lentelė), 95,5 proc. rūkusių respondentų buvo vyrai, 4,5- moterys. 4,5 proc. apklaustų moterų ir 75 proc. apklaustų vyrų kuriuo nors gyvenimo laikotarpiu rūkė. 19 lentelė.

19 lentelė. Rūkančių pacientų pasiskirstymas pagal lytį.

Respondentai			Rūkymas		
			Taip	Ne	Iš viso
Lytis	moteris	Skaičius	2	42	44
		% atsižvelgiant į lytį	4,5%	95,5%	100,0%
		% atsižvelgiant į rūkymą	4,5%	75,0%	44,0%
		% iš viso	2,0%	42,0%	44,0%
vyras	Skaičius	Skaičius	42	14	56
		% atsižvelgiant į lytį	75,0%	25,0%	100,0%
		% atsižvelgiant į rūkymą	95,5%	25,0%	56,0%
		% iš viso	42,0%	14,0%	56,0%



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal rūkymo trukmę.

Vidutinė rūkymo trukmė – 29 metai (+/- 18 m.), tačiau duomenų išbarstymas labai įvairus (4 pav.).

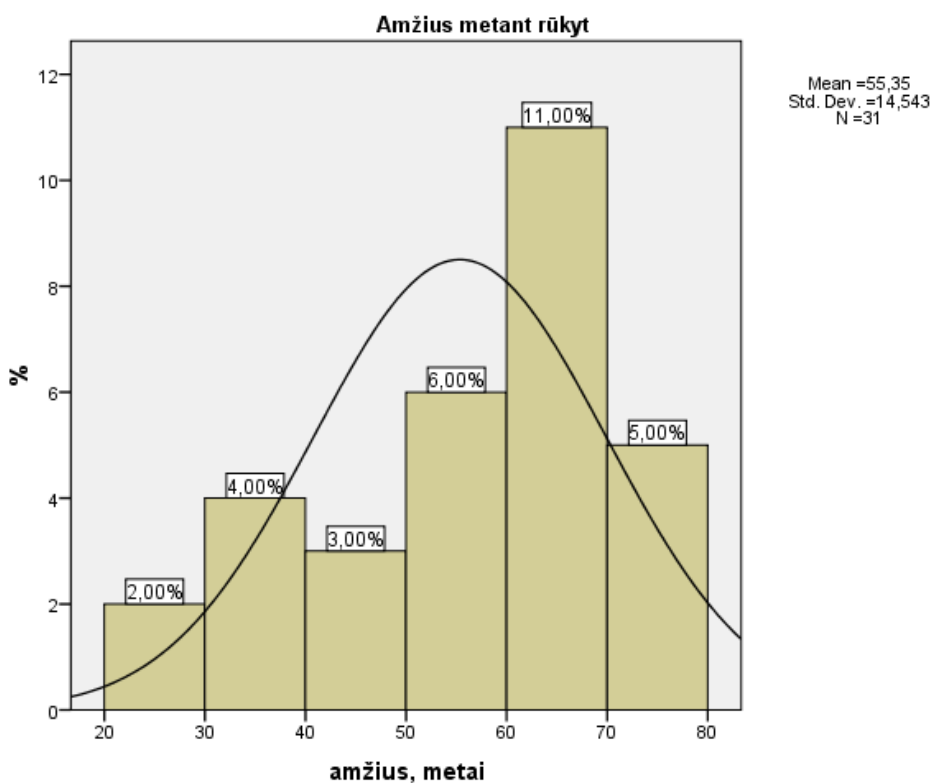
20 lentelė Respondentų rūkymas tyrimo metu.

Rūkymas	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	12	12,0	27,3	27,3
Ne	32	32,0	72,7	100,0
Total	44	44,0	100,0	
Nėra ats.*	56	56,0		
Iš viso	100	100,0		

*Pastaba: į klausimą „Ar dabar rūkote“ nebuvo prašoma atsakyti, jei pacientas atsakė neigiamai į klausimą, ar kada nors teko rūkyti. Todėl jų atsakymai neanalizuojami.

Tyrimo metu vis dar rūko 12 respondentų. Rūkymo įpročio neatsisakė tik vyrai. Išanalizavus apklausos duomenis nustatyta, kad mėnesį prieš patenkant į ligoninę, kuomet buvo atliktas tyrimas, vis dar rūkė 17 respondentų.

30 rūkusių pacientų metė rūkyti anksčiau nei per 6 mėnesius prieš patekdami į ligoninę, kuomet buvo įtraukti į apklausą. Jų ligos trukmė ilgesnė nei pusė metų, todėl sprendimą atsisakyti rūkymo jie priėmė anksčiau.



5 pav. Respondentų amžius metant rūkyti.

Kada nors gyvenime rūkę pacientai atsisakė šio įpročio skirtingu amžiaus laikotarpiu (5pav.). Amžiaus, kuomet pacientai metė rūkyti vidurkis yra 55,4 metai (+/- 14,5 m). Daugiausia respondentų metė rūkyti nuo 50 iki 70m. amžiaus. Tai gali būti siejama su KŠL susirgimu, kadangi daugelis pacientų įspėjami apie būtinybę atsisakyti rūkymo.

Netgi nuolat rūkantys pacientai bando atsisakyti šio įpročio. Respondentų paklausus kiek kartų rūkantieji per pastaruosius metus bandė nerūkyti bent 24 val., sužinota, kad respondentai nuo 1 karto (5 respondentai) iki 10 kartų (1 respondentas) per metus bandė atsisakyti rūkymo. 4 respondentai bandė mesti rūkyti 2 kartus per paskutinius metus, 2 respondentai nurodė, kad bandė nerūkyti bent parą 3 kartus.

Vis dar rūkantys pacientai taip pat turi planų mesti rūkyti, taip atsakė 7 asmenys, nurodydami skirtingą laikotarpį, per kurį žada atsisakyti šio žalingo įpročio (nuo 1 iki 6 mėn. laikotarpiu). Tačiau atsisakyti rūkymo neketina vienas respondentas, o 4 dar abejoja, ar sugebės atsisakyti rūkymo.

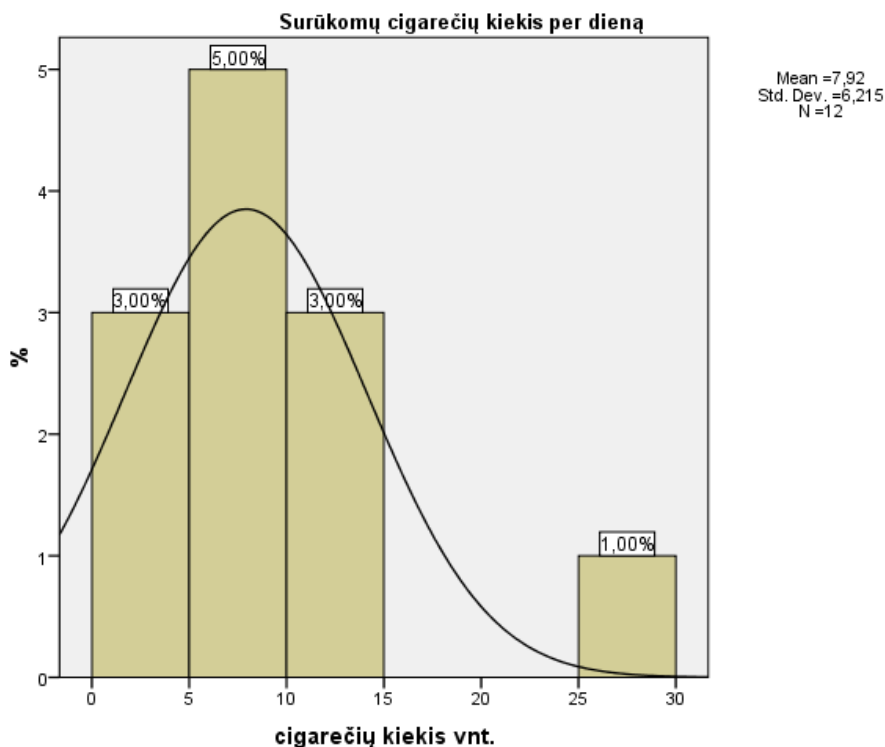
21 lentelė. Rūkančių respondentų ketinimas mesti rūkyti.

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip, per 30 d.	1	1,0	8,3	8,3
Taip, per 6 mėn.	6	6,0	50,0	58,3
Ne, neketinu mesti	1	1,0	8,3	66,7
Nežinau	4	4,0	33,3	100,0
Iš viso	12	12,0	100,0	
Nėra atsakymų	88	88,0		
Iš viso	100	100,0		

Netgi aktyviai nerūkantys asmenys kartais būna priversti dienos ar nakties metu kvėpuoti tabako dūmais prirūkytose patalpose būnant darbe, namuose, kitose vietose. Todėl respondentams buvo užduoti klausimai apie vadinamąjį „pasyvų“ rūkymo būdą, kuris yra ne mažiau žalingas, nei aktyvus. Iš respondentų atsakymų nustatyta, kad darbe tenka kvėpuoti tabako dūmais 9 proc. apklaustųjų, 22 proc. su tuo susiduria savo namuose, 15 proc. – kitose vietose – namo laiptinėje, gatvėje, svečiuose

Tyrimo metu teigiamai atsakė, kad vis dar rūko 12 vyriškos lyties respondentų. Jie surūko vidutiniškai 8 cigaretes per dieną, (+/-6), tačiau duomenų išbarstymas pakankamai didelis,

nes kai kurie respondentai teigia, kad surūko tik po vieną cigaretę per dieną, tik vienu atveju pacientas surūko 25 cigaretes per dieną (6 pav. diagrama).



6 pav. Rūkančių respondentų surūkomų cigarečių kiekis per dieną.

Pypkės respondentai nerūko, kitų tabako produktų nevartoja.

Mitybos įpročiai. Labai svarbu įvertinti mitybos įpročius, kadangi mityba susijusi su tokiais svarbiais rizikos faktoriais kaip nutukimas, cholesterolio apykaitos sutrikimai, cukrinis diabetas. Daugiau nei pusei (53 proc.) respondentų sveikatos priežiūros specialistai yra pasakę, kad jų mityba nėra sveika (22 lentelė).

22 lentelė. Respondentų, gavusių informaciją apie nesveikus maitinimosi įpročius, skaičius.

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Naip	53	53,0	53,0	53,0
Ne	40	40,0	40,0	93,0
Neaišku	7	7,0	7,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Daugiau nei trečdalis respondentų susiduria su viršsvorio problema, kurią jiems nurodė sveikatos priežiūros specialistai (23 lentelė).

23 lentelė. Viršsvorio problemos paplitimas respondentų tarpe

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	38	38,0	38,0	38,0
Ne	60	60,0	60,0	98,0
Neaišku	2	2,0	2,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Tik 12 iš visų apklaustų respondentų per pastarąjį mėnesį iki apklausos yra mėginę sumažinti savo kūno svorį aktyviai sportuojant, didinant kasdieninį fizinį aktyvumą (24 lentelė).

24 lentelė. Bandytas sumažinti kūno svorį per pastarąjį mėnesį

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	12	12,0	12,0	12,0
Ne	86	86,0	86,0	98,0
Neaišku	2	2,0	2,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Šiek tiek daugiau respondentų (beveik trečdalis) pastarąjį mėnesį iki susirgimo bandė reguliuoti nepriaugti svorio (25 lentelė) - reguliuoti mitybą, mažinti kalorijų kiekį. Tai būdinga grupei respondentų, kurie ligos metu jaučiasi nepajėgūs aktyviai sportuoti.

25 lentelė. Bandytas nepriaugti svorio per pastarąjį mėnesį

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	29	29,0	29,0	29,0
Ne	67	67,0	67,0	96,0
Neaišku	4	4,0	4,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Penktadalis repondentų vis dėlto planuoja bandyti sumažinti kūno svorį per ateinantį mėnesį, kuomet atsigaus nuo ligos ir pasijus geriau. Tačiau 74 proc. respondentų abejoja, ar sugebės po ligos atgauti jėgas 1 mėnesio laikotarpiu ir imtis mažinti svorį aktyviai sportuojant. 6 proc. respondentų nesvarstė galimybės sumažinti kūno svorį.

25 proc. apklaustųjų tikisi, kad sugebės atsigausti ir sustiprėti po ligos bei imtis priemonių sumažinti savo kūno svoriui per sekančius šešis mėnesius. Tačiau 70 proc. respondentų nesiruošia bandyti pakeisti kūno svorį būsimo pusmečio bėgyje.

Savo dabartiniu kūno svoriu jaučiasi patenkinti 47 proc. apklaustųjų. Jie mano, kad svoris yra normalus ir nesukelia pavojaus sveikatos būklei (26 lentelė).

26 lentelė. Respondentai, išlaikę savo pageidaujama kūno svorį

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	47	47,0	47,0	47,0
Ne	43	43,0	43,0	90,0
Neaišku	10	10,0	10,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Fizinis aktyvumas: Labai svarbus reguliarus ir atitinkamo intensyvumo fizinis aktyvumas, kuris padeda reguliuoti kūno svorį, gerina, kraujotaką, širdies veiklą bei savijautą. Daugelis KŠL sergančių pacientų susiduria su sunkumais ir negali reguliariai mankštintis, pakankamai judėti. Daugelį vargina dusulys, širdies skausmas, kraujotakos galūnėse sutrikimai, koordinacijos sutrikimai, judėjimo aparato ligos.

Daugiau nei pusė – 54 proc. – respondentų teigė, kad susiduria su lėtine negalia, kuri apsunkina kasdieninę veiklą tam tikrą laiko tarpą. (27 lentelė).

27 lentelė. Respondentai, susiduriantys su lėtine negalia

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	54	54,0	54,0	54,0
Ne	46	46,0	46,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Daugiau kaip pusė respondentų, į prašymą įvertinti savo kasdieninį fizinį aktyvumą ne darbo metu, teigė, kad jiems būdingas tik lengvas fizinis aktyvumas. (28 lentelė) Jokio fizinio aktyvumo netoleruoja 5 proc. apklaustųjų, nes jų sveikatos būklė yra sunki. Intensyvus fizinis aktyvumas 2-3 kartus per savaitę būdingas 35 proc. respondentų, 6 proc. respondentų intensyvių fizinį aktyvumą propaguoja 3 kartus per savaitę ir dažniau. Intensyvus fizinis aktyvumas šiuo atveju apibūdinamas kaip fizinė veikla, trunkanti ne trumpiau kaip 20 min. ir kaip jos pasekmė padažnėja kvėpavimas, pulsas, atsiranda prakaitavimas.

28 lentelė. Fizinis aktyvumas (vertina pats respondentas)

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Jokio kas savaitinio fizinio aktyvumo	5	5,0	5,0	5,0
Tik lengvas fizinis aktyvumas	54	54,0	54,0	59,0
Intensyvus fizinis aktyvumas 1-2 kartus per savaitę	35	35,0	35,0	94,0
Intensyvus fizinis aktyvumas 3 kartus per savaitę ar dažniau	6	6,0	6,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Respondentai taip pat turėjo nurodyti, ar jie mankštinasi reguliariai t.y. 3 - 5 kartus per savaitę, 20 - 60 minučių, intensyviai. Ar tokia mankšta yra propaguojama ilgesnį laiko tarpą, ar yra planuose numatyta mankštintis, jei tas nebuvo daroma iki šiol. Atsakymai pateikti 29 lentelėje. Mankštinasi beveik trečdalis apklaustųjų, 15 proc. iš jų intensyviai šia veikla užsiima daugiau, nei 6 mėnesius, 14 proc. mankštinasi mažiau, nei 6 mėnesius. Ketina pradėti 9 proc. apklaustųjų (per ilgesnį ar trumpesnį laiko tarpą). Visiškai neketina mankštintis 34 proc. respondentų, 28 proc. nežino, ar sugebės ir ar tai reikalinga. Pagrindinė priežastis be abejo yra sunki sveikatos būklė, bloga savijauta, lėtinė negalia.

29 lentelė. Respondentų mankštinimosi įgūdžiai

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip. daugiau nei 6 mėn.	15	15,0	15,0	15,0
Taip, mažiau nei 6 mėn.	14	14,0	14,0	29,0
Ne, bet ketinu per mėnesį pradėti	8	8,0	8,0	37,0
Ketinu pradėti per kitus 6 mėn.	1	1,0	1,0	38,0
Ne, ir neketinu pradėti per 6 mėn.	34	34,0	34,0	72,0
Neaišku	28	28,0	28,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Koreliacija: koreliuoja pageidautino svorio išlaikymas ir mankštos pasirinkimas – besimankštinantys žmonės yra labiau patenkinti savo esamu kūno svoriu ($p=0.05$).

Hipertenzija: Hipertenzija - vienas iš svarbių KŠL rizikos faktorių, kuris ypač pavojingas, jei pacientas kartu rūko, serga cukriniu diabetu, jei kartu yra padidinta cholesterolio koncentracija kraujyje. Todėl būtina nuolat kontroliuoti AKS, jei jis padidėjęs- gydyti vaistai ir kitomis priemonėmis- mažinant svorį, koreguojant mitybą. Kaip matyti iš respondentų atsakymų (30 lentelė) – padidėjęs AKS vargina 68 proc. respondentų.

30 lentelė Respondentai, kuriems būdingas padidėjęs kraujospūdis

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	68	68,0	68,0	68,0
Ne	31	31,0	31,0	99,0
Neaišku	1	1,0	1,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Beveik visi respondentai, 64 proc. (31 lentelė) atsakė teigiamai į klausimą apie padidintą AKS, teigė, kad pastarąsias dvi savaites vartoja specialiai gydytojo paskirtus vaistus AKS mažinti.

31 lentelė. Respondentai, vartojantys vaistus, skirtus AKS sumažinti

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	64	64,0	64,0	64,0
Ne	35	35,0	35,0	99,0
Neaišku	1	1,0	1,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Daugelis pacientų turi galimybę patys pasimatuoti ir įvertinti savo AKS namuose (32 lentelė). Net 73 proc. respondentų teigė, kad turi tokią galimybę – namuose yra įsigiję kraujospūdžio aparatą ir juo naudojami patys arba paprašo namiškių pagalbos. Teigiamai atsakė netgi tie respondentai, kurie nesiskundžia padidintu kraujospūdžiu.

32 lentelė. Respondentai, galintys pasimatuoti arterinį kraujospūdį namuose

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	73	73,0	73,0	73,0
Ne	27	27,0	27,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Dietos, skirtos AKS sumažinimui, laikosi 22 proc. apklaustųjų (33 lentelė). Ją paskiria ir su pagrindiniais principais supažindina gydytojas ar kitas sveikatos priežiūros specialistas. Beveik trečdalis pacientų nėra susipažinę apie tokios dietos egzistavimą, todėl abejoja, ar mityba pakoreguota būtent pagal AKS mažinančios dietos reikalavimus.

33 lentelė Dietos laikymasis siekiant sumažinti arterinį kraujospūdį

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	22	22,0	22,0	22,0
Ne	50	50,0	50,0	72,0
Neaišku	28	28,0	28,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Cholesterolis. Beveik pusė respondentų (47 proc.) teigia, kad gydytojas ar kitas specialistas yra nurodęs, kad jo (paciento) cholesterolio koncentracija kraujyje yra padidėjusi. 34 proc. respondentų teigė negavę informacijos, todėl mano, kad šios problemos nėra. 19 proc. neturi duomenų apie cholesterolio koncentraciją ir dėl tikslesnių duomenų siūlo patikslinti ligos istorijoje.

Trečdalis pacientų susipažinę su mitybos korekcija, kuri būtina, siekiant sumažinti cholesterolio koncentraciją kraujyje (34 lentelė) ir laikosi šios dietos nurodymų.

34 lentelė Dietos laikymasis, siekiant mažinti cholesterolio koncentraciją

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Valid Taip	31	31,0	31,0	31,0
Ne	45	45,0	45,0	76,0
Neaišku	24	24,0	24,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Cukrinis diabetas: Be kitų ligų, trečdalis respondentų – 30 proc. – serga cukriniu diabetu (35 lentelė) ir turi papildomai rūpintis šios ligos gydymu, mitybos koregavimu, savo būklės stebėjimu ir kontrole. 7 proc. Apklaustųjų negali atsakyti, ar serga cukriniu diabetu, tik žino, kad susiduria su angliavandenių apykaitos sutrikimais, tačiau negali patikslinti diabeto diagnozės.

35 lentelė. Respondentų, sergančių cukriniu diabetu, skaičius

CD	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	30	30,0	30,3	30,3
Ne	62	62,0	62,6	92,9
Neaišku	7	7,0	7,1	100,0
Iš viso	99	99,0	100,0	
Nera duomenų	1	1,0		
Iš viso	100	100,0		

Sergantys CD respondentai skirtingai gydomi nuo diabeto (lentelė). 6 proc. apklaustųjų gydosi tik dieta, ribojant angliavandenių kiekį maiste. 15 proc. vartoja gydytojo paskirtus geriamuosius vaistus nuo diabeto, 13 proc. gydomi insulinu (36 lentelė).

36 lentelė. Cukrinio diabeto gydymas

Gydymo būdas	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Dieta	6	6,0	17,6	17,6
Geriamieji vaistai nuo CD	15	15,0	44,1	61,8
Insulinu	13	13,0	38,2	100,0
Iš viso	34	34,0	100,0	
Nėra duomenų	66	66,0		
Iš viso	100	100,0		

Sergantieji CD pacientai turi galimybę pasimatuoti gliukozės koncentraciją kraujyje ir pagal gautus rezultatus kontroliuoti savo gydymo efektyvumą, derinti mitybą, gydymą. 18 proc. apklaustųjų naudojami galimybė namuose įvertinti gliukozės koncentraciją, 16 proc. – nesinaudoja (neturi galimybės).

Visi 18 proc. apklaustųjų, kurie turi galimybę namuose pasimatuoti gliukozės koncentraciją, ją matuoti tik kraujyje. Gliukozės koncentracijos šlapime savarankiškai nematuoja nei vienas respondentas, sergantis diabetu.

Namuose gliukozės koncentraciją respondentai, sergantys diabetu, matuoja viena (15 proc.) arba du (3 proc.) kartus per dieną (37 lentelė). Dažniau matuoti nėra galimybės, kadangi juostelių, naudojamų aparatuose, skirtuose gliukozės koncentracijai matuoti, skaičius nėra pakankamas, todėl pacientai jas taupo.

37 lentelė. Gliukozės koncentracijos vertinimo dažnis namuose

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
1 kartą/d.	15	15,0	83,3	83,3
2kartus/d.	3	3,0	16,7	100,0
Iš viso	18	18,0	100,0	
Nėra duomenų	82	82,0		
Iš viso	100	100,0		

Visi, sergantys CD ir gydomi insulino injekcijomis, turėtų būti apmokyti jį vartoti savarankiškai. Tokią informaciją gavo ir buvo apmokyti 13 respondentų, 2 respondentai nebuvo apmokyti ir pasikliauja ligoninės personalu ir savo giminaičių išmanymu namuose.

4.3. LIGONIŲ ŽINIŲ APIE RIZIKOS VEIKSNIUS ĮVERTINIMAS

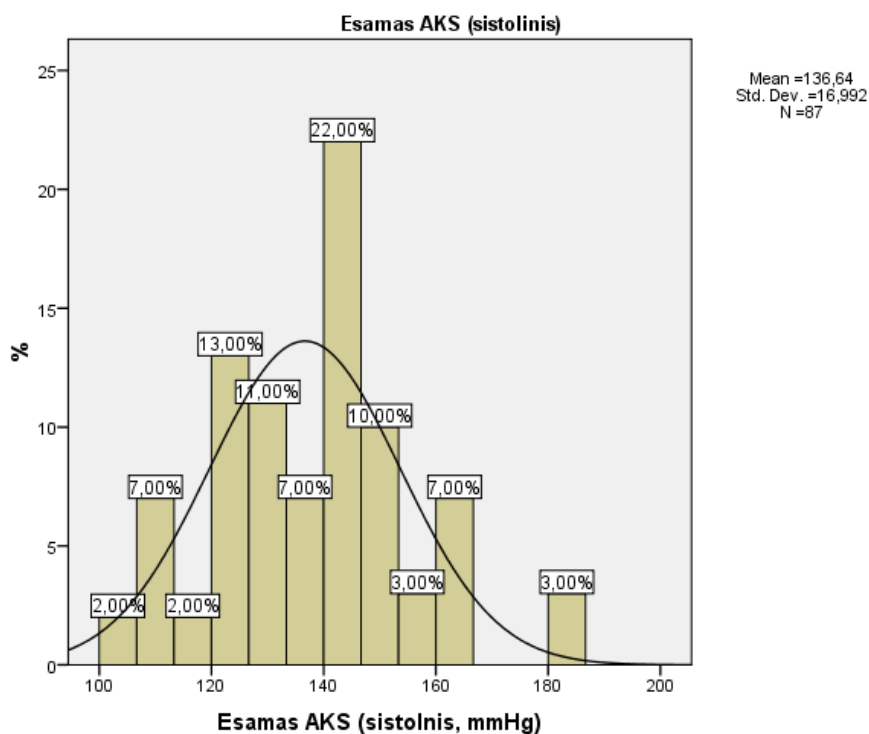
Siekiant įvertinti pacientų žinias apie rizikos veiksnius, į apklausą buvo įtraukti klausimai apie sveikatos būklės vertinimą sveikatos priežiūros įstaigoje. Ar susirgus KŠL buvo reguliariai matuojamas AKS, cholesterolio, gliukozės koncentracija kraujyje, ar sergantieji cukriniu diabetu atliktas glikozilinto hemoglobino lygio įvertinimas. Arterinis kraujospūdis ir cholesterolio koncentracija įvertinama dažniau, gliukozės koncentracija ir gliukoto hemoglobino (HbA1C) lygis rečiau, tačiau žinotini, jei pacientas serga cukriniu diabetu. (38 lentelė).

38 lentelė. Rizikos veiksnių vertinimas

Įvertinimas	Taip %	Ne %	Neaišku %	Iš viso
Matuojamas AKS	84	16		100
Matuojama cholesterolio koncentracija	74	20	6	100
Matuojama gliukozės koncentracija	64	31	5	100
Matuojamas HbA1C lygis	13	60	27	100

Siekiant įvertinti pacientų turimas žinias apie savo sveikatos būklę, užduoti klausimai, koks pastaruoju metu yra jų AKS, gliukozės, cholesterolio koncentracija kraujyje, bei HbA1C hemoglobino lygis. Taip pat po to užduota antra grupė klausimų, kur prašoma nurodyti, ar pacientai žino, koks yra tikslinis AKS, kuris užtikrintų gerą savijautą ir susilpnintų KŠL progresavimą, taip pat kokie yra tiksliniai cholesterolio koncentracijos, gliukozės koncentracijos rodikliai. Tai padeda įvertinti faktą, kad pacientams buvo suteikta informacija ir ar ta informacija buvo tinkamai įsisavinta.

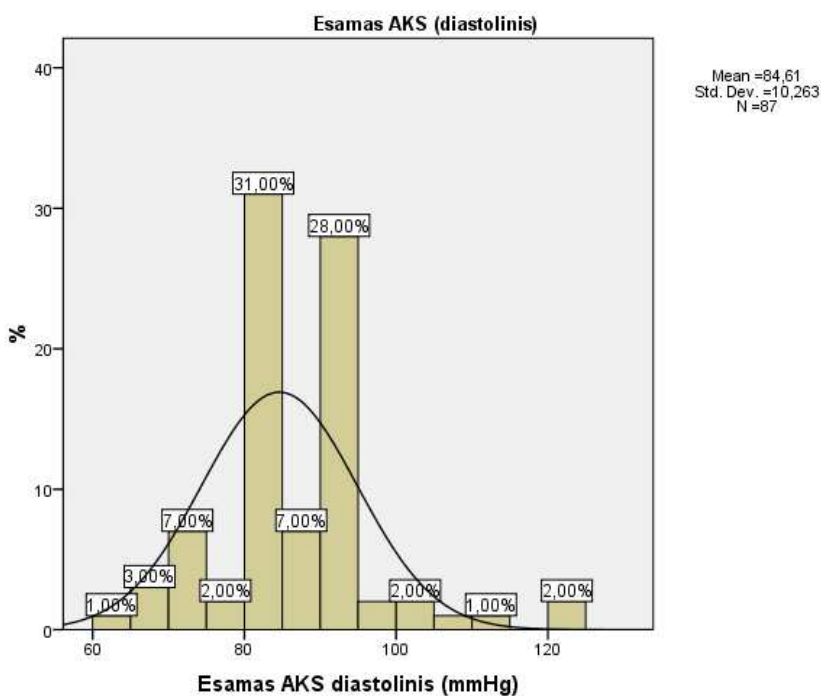
Rezultatai pateikti diagramose (7 - 14 pav.).



7 pav. Esamo sistolinio arterinio kraujospūdžio dydis. Respondentų pateikti duomenys.

Respondentų nurodyto esamo sistolinio AKS vidurkis 136,64 mmHg (+/- 17). Nurodyto esamo AKS lygio pasiskirstymas pavaizduotas diagramoje (7 pav.).

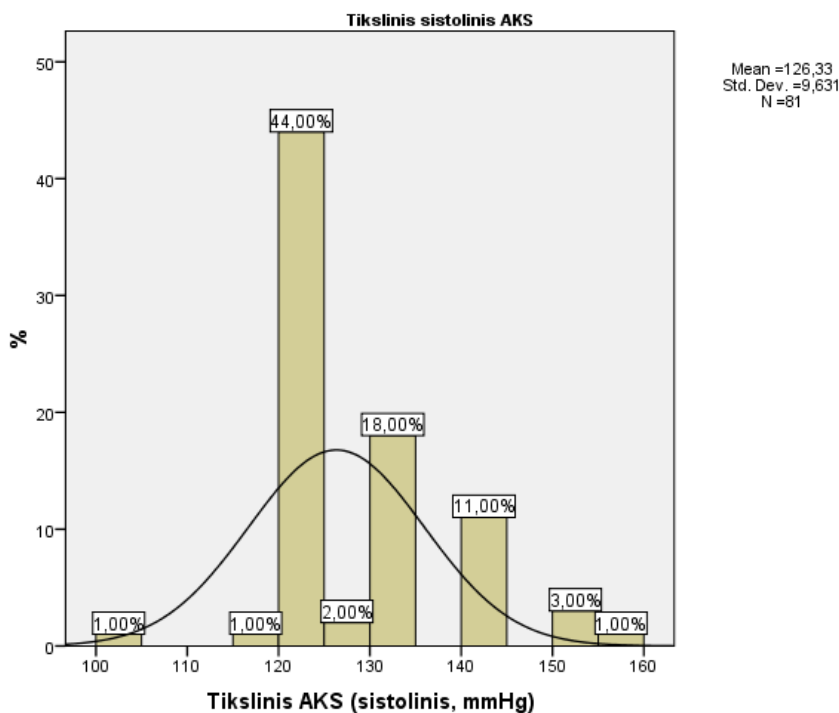
AKS galėjo nurodyti 87 proc. respondentų, 13 proc. respondentų negalėjo pasakyti, koks yra jų sistolinis AKS pastaruoju metu.



8 pav. Esamo diastolinio arterinio kraujospūdžio dydis. Respondentų pateikti duomenys

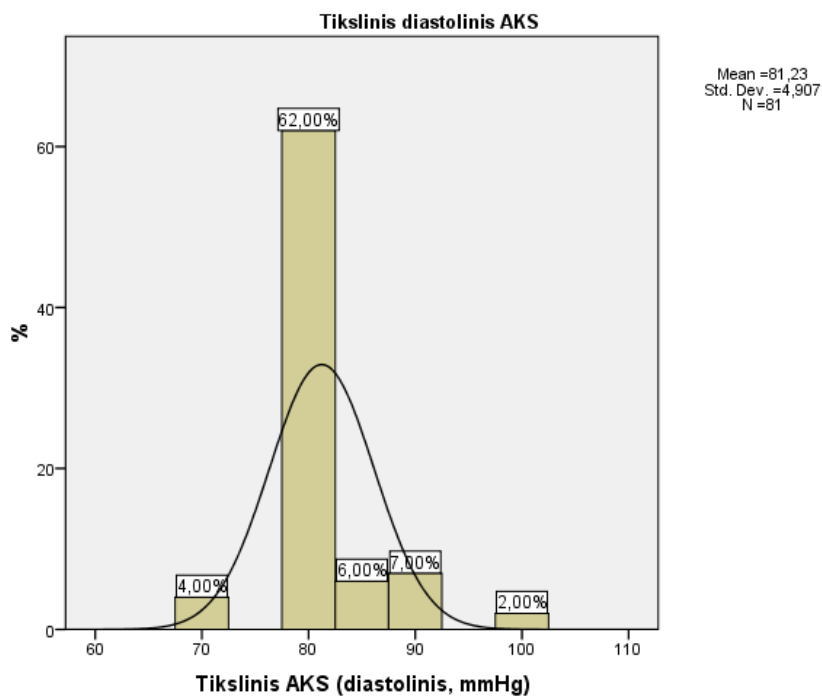
87 proc. respondentų atsakė, koks yra jų diastolinis AKS, 13 proc. tokių duomenų nežinojo. Atsakymų pasiskirstymas pavaizduotas diagramoje (8 pav.). Diastolinio AKS vidurkis – 84.6 mmHg (+/- 10).

Respondentų paprašius nurodyti, ar jie žino koks turėtų būti jų tikslinis sistolinis ir diastolinis kraujospūdis, kuris atitiktų jų amžių ir užtikrintų gerą savijautą, atsakymus pateikė 81 proc. respondentų, 19 proc. respondentų atsakė, kad negali nurodyti tikslinio AKS lygio. Gautų atsakymų pasiskirstymas pavaizduotas diagramose. (atitinkamai 9 ir 10 diagramos).



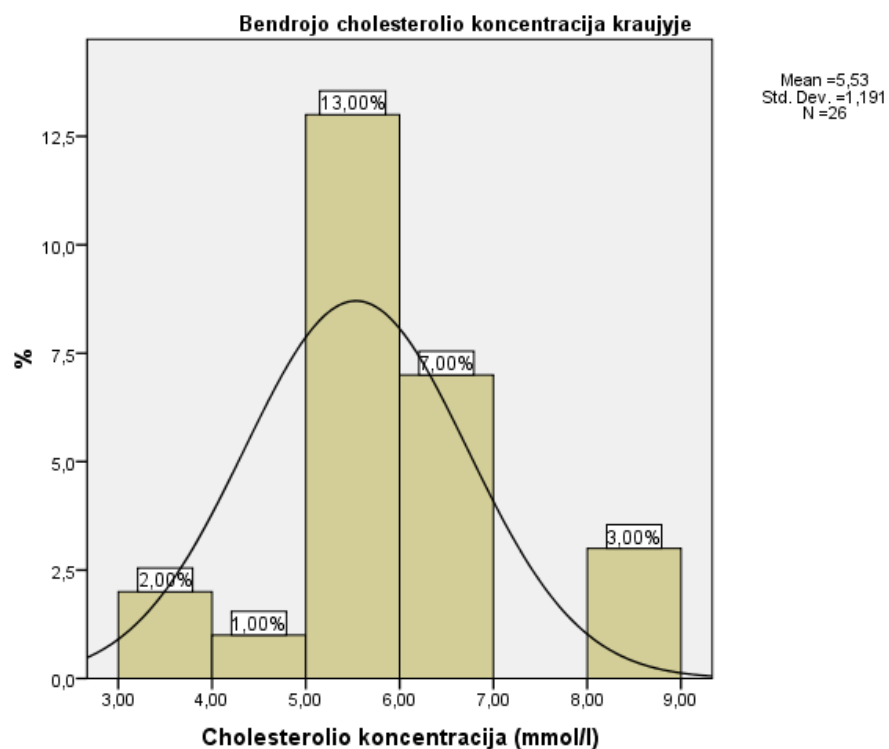
9 pav. Tikslinis sistolinis arterinis kraujospūdis. Respondentų pateikti duomenys.

Dažniausiai nurodytas tikslinis sistolinis AKS buvo 120 mm Hg – tai idealus AKS. Respondentų nurodyto tikslinio sistolinio AKS vidurkis – 126 mmHg (+/- 9,6mmHg) 9 pav.



10 pav. Tikslinis diastolinis arterinis kraujospūdis. Respondentų pateikti duomenys.

Dažniausiai nurodytas tikslinis diastolinis AKS (10 pav.) buvo 80 mm Hg – tai idealus AKS. Respondentų nurodyto tiksulinio diastolinio AKS vidurkis – 81,2 mmHg (+/- 4,9mmHg).

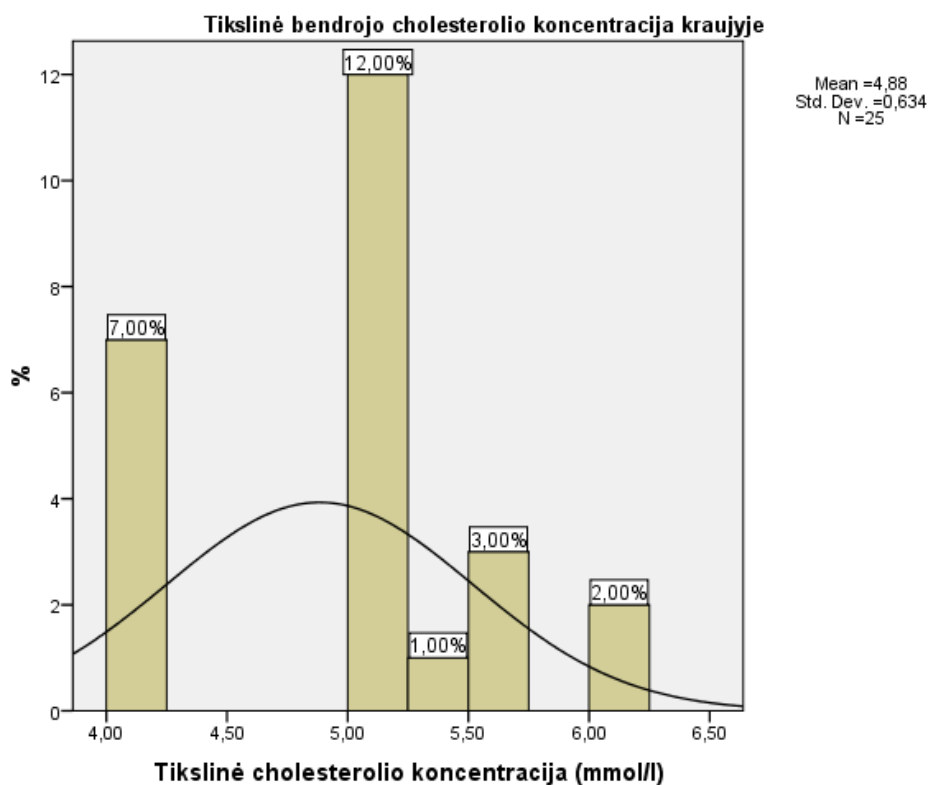


11 pav. Bendrojo cholesterolio koncentracija kraujyje. Respondentų pateikti duomenys.

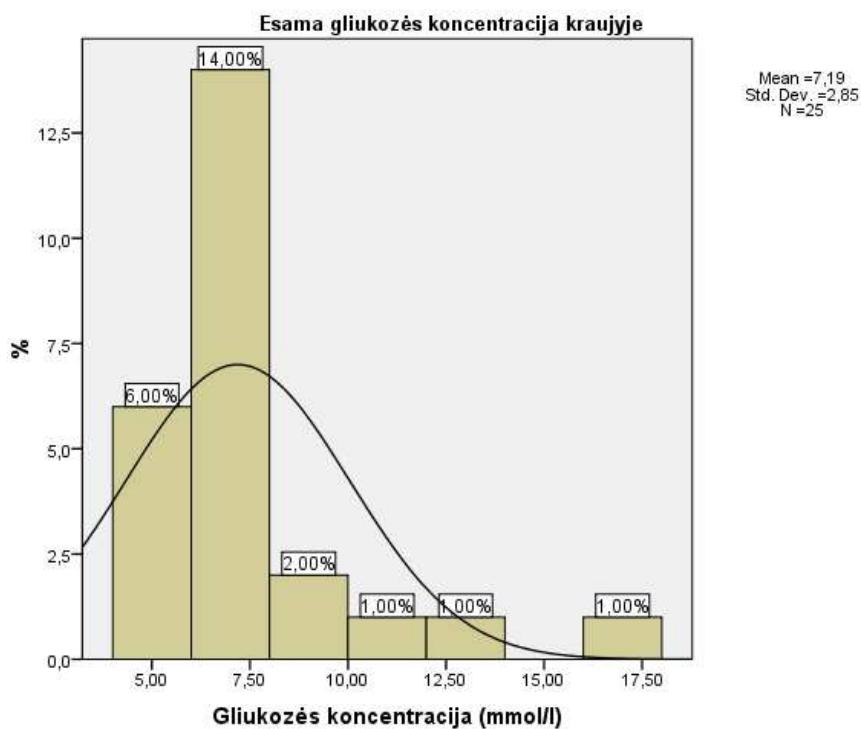
Esamą cholesterolio koncentraciją kraujyje žinojo ir galėjo nurodyti tik 26 proc. apklaustųjų. Jų duomenų pasiskirstymas pateiktas diagramoje (11 pav.). Nurodytų reikšmių vidurkis – 5,53 mmol/l (+/- 1,2 mmol/l).

Tikslinę cholesterolio koncentraciją nurodė tik ketvirtadalis (25 proc.) respondentų. Jų pateikti duomenys pateikti diagramoje (12 pav.).

Nurodyto tikslinio cholesterolio vidurkis – 4,88 mmol/l (+/- 0,63mmol/l).



12 pav. Bendrojo cholesterolio tikslinė koncentracija kraujyje. Respondentų pateikti duomenys.

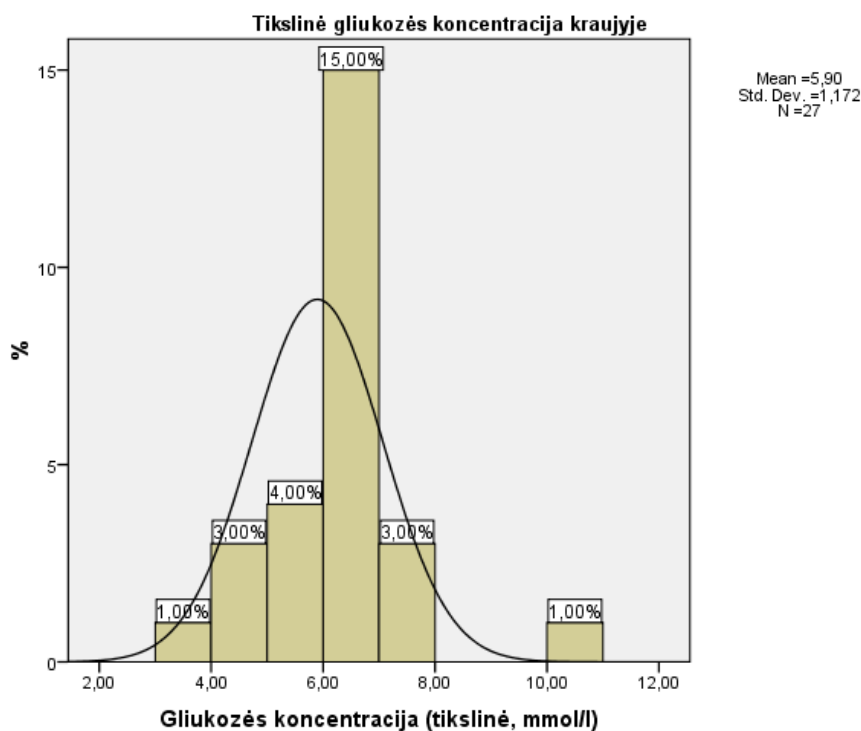


13 pav. Gliukozės koncentracija kraujyje. Respondentų pateikti duomenys.

Esamą gliukozės koncentraciją kraujyje žinojo ir galėjo nurodyti tik 25 proc. apklaustųjų. Jų duomenų pasiskirstymas pateiktas diagramoje (13 pav.). Nurodytų reikšmių vidurkis – 7,2 mmol/l (+/- 2,85 mmol/l).

Tikslinę gliukozės koncentraciją nurodė 27 proc. respondentų. Jų pateikti duomenys pateikti diagramoje (14 pav.).

Nurodyto tikslinės gliukozės koncentracijos vidurkis – 5,9 mmol/l (+/- 1,2 mmol/l).



14 pav. Tikslinė gliukozės koncentracija kraujyje. Respondentų pateikti duomenys.

Apie gliukuoto hemoglobino - HbA1C - rodiklį informacijos negalėjo nurodyti nei vienas pacientas, nei koks esamas lygis šiuo metu, nei koks turėtų būti tikslinis dydis.

Gyvenimo būdo pokyčiai: Apklaustos metu įvertinti sveikatos priežiūros darbuotojų patarimai, kurie turėtų padėti pacientams atsisakyti įpročio rūkyti, pasirinkti sveiką mitybą, sumažinti kūno svorį, didinti fizinį aktyvumą.

Analizuojant duomenis siekta išsiaiškinti, ar visiems rūkantiems pacientams buvo patarta atsisakyti šio žalingo įpročio. Atsakymai pateikti 39 lentelėje.

39 lentelė. Patarimas mesti rūkyti (žodinis)

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip	35	35,0	68,6	68,6
Ne	13	13,0	25,5	94,1
Neaišku	3	3,0	5,9	100,0
Iš viso	51	51,0	100,0	
Trūksta duomenų	49	49,0		
Iš viso	100	100,0		

2/3 rūkančių pacientų buvo patarta atsisakyti rūkymo žodžiu, rašytinė medžiaga su informacija apie rūkymo žalą ir būtinybę jo atsisakyti įteikta tik 1 proc. apklaustųjų (dar 3 proc. apklaustųjų negali prisiminti, ar gavo rašytinę medžiagą, kuri padėtų pasirinkti gyvenimo būdą be rūkymo). Kiti būdai padėti atsisakyti rūkymo kaip nutraukimo klinika, bupropiono pakaitinė terapija nebuvo taikomi. Nebuvo taikoma ir nikotino pakaitinė terapija.

Sveika mityba. Įvertinti praktiniai patarimai, kurių derėtų laikytis, norint įdiegti sveikos mitybos būdus. Bandyta išsiaiškinti, ar pacientai gavo patarimus mažiau sūdyti maistą, atsisakyti riebaus maisto, rinktis aliejų maisto gamybai atsisakant kitų riebalų rūšių, mažinti kalorijų kiekį pasirenkant mažiau kaloringus produktus, daugiau vartoti vaisių ir daržovių, žuvies produktų, ypač riebios žuvies, mažinti cukraus vartojimą bei atsisakyti piktnaudžiavimo alkoholiniais gėrimais. Rezultatai pateikti 40 lentelėje:

40 lentelė. Sveikos mitybos patarimai.

Patarimas	Taip (%)	Ne (%)	Neaišku (%)	Iš viso (%)
Patarimas vartoti mažiau druskos	67	23	10	100
Patarimas mažiau vartoti riebalų	75	19	6	100
Patarimas keisti riebalų tipą	60	31	9	100
Patarimas mažinti kalorijų kiekį	56	31	13	100
Patarimas valgyti daugiau vaisių ir daržovių	65	25	10	100
Patarimas valgyti daugiau žuvies	56	31	13	100
Patarimas valgyti daugiau riebios žuvies	49	36	15	100
Patarimas vartoti mažiau cukraus	71	21	8	100
Patarimas vartoti mažiau alkoholio	75	15	10	100

Įvertinti patarimai, susiję su kūno svorio mažinimu (41 lentelė): laikytis dietos rekomendacijų, reguliariai mankštintis, vartoti svorį mažinančius vaistus, kitus metodus. Rezultatai pateikti lentelėse.

41 lentelė. Patarimai, kaip sumažinti kūno svorį.

Patarimas	Taip (%)	Ne (%)	Neaišku (%)	Iš viso (%)
Patarimas laikytis dietos rekomendacijų	48	41	11	100
Patarimas reguliariai mankštintis	28	57	15	100
Patarimas vartoti svorį mažinančius vaistus	5	82	13	100

Taip pat įvertinti patarimai, kurie padėtų padidinti fizinį aktyvumą, kuris svarbus ne tik siekiant sumažinti kūno svorį, bet ir pagerina širdies veiklą, padeda įveikti stresą, saugo nuo aterosklerozės [2].

Tai patarimai daryti specialius mankštos pratimus, lankyti sporto klubą, didinti fizinį aktyvumą, prisijungti prie pasivaikščiavimo grupės (42 lentelė).

42 lentelė. Patarimai, kaip padidinti fizinį aktyvumą.

Patarimas	Taip (%)	Ne (%)	Neaišku (%)	Iš viso (%)
Patarimas daryti specialius mankštos pratimus	41	50	9	100
Patarimas lankyti sporto klube	5	83	12	100
Patarimas didinti kasdieninį fizinį aktyvumą	40	50	10	100
Patarimas prisijungti prie pasivaikščiavimo grupės	5	83	12	100

Kita grupė klausimų buvo skirta įvertinti, *kuriuos iš patarimų pacientas panaudojo kasdieninėje praktikoje*. Ar patarimai jam padėjo apsispręsti atsisakyti rūkymo, imtis sveikiau maitintis, mažinti svorį, būti fiziškai aktyviam (43 lentelė).

43 lentelė. Rūkymo rizikos faktoriaus modifikavimas.

Įgyvendintas patarimas	Taip (%)	Ne (%)	Neaišku (%)	Iš viso (%)
Rūkymo atsisakymas – abstinencija	32	12		44
Rūkymo sumažinimas (cigarečių skaičiaus ir dažnio)	12	31		43

Iš 44 proc. rūkančiųjų, 32 proc. atsisakė įpročio rūkyti visiškai, 12 proc. pasirinko galimybę rūkyti mažiau nei prieš ligą. Tikėtina, kad ilgainiui jie šio įpročio visiškai atsisakys.

Mitybos įpročių įdiegimas. Įvertinta, kokius sveikos mitybos patarimus pacientai panaudojo praktikoje (44 lentelė).

44 lentelė. Sveikos mitybos pokyčiai, kuriuos įgyvendino respondentai.

Įgyvendintas patarimas	Taip (%)	Ne (%)	Neaišku (%)	Iš viso (%)
Vartoja mažiau druskos	79	17	4	100
Mažiau vartoja riebalų	82	17	1	100
Pakeitė riebalų tipą	58	38	4	100
Sumažino kalorijų kiekį	59	33	8	100
Valgo daugiau vaisių ir daržovių	73	22	5	100
Valgo daugiau žuvies	64	34	2	100
Valgo daugiau riebios žuvies	47	49	4	100
Vartoja mažiau cukraus	77	19	4	100
Vartoja mažiau alkoholio	87	9	4	100

Svorio mažinimas patarimai, kuriais pasinaudojo respondentai, pateikti. 45 lentelėje.

45 lentelė. Įgyvendinti patarimai, siekiant sumažinti kūno svorį.

Įgyvendintas patarimas	Taip (%)	Ne (%)	Neaišku (%)	Iš viso (%)
Laikosi dietos rekomendacijų	44	55	1	100
Reguliariai mankština	24	74	2	100
Vartoja svorį mažinančius vaistus	1	97	2	100

Fizinio aktyvumo padidėjimo patarimai patarimai, kuriais pasinaudojo respondentai, pateikti. 46 lentelėje.

46 lentelė. Patarimai, kaip padidinti fizinį aktyvumą.

Įgyvendintas patarimas	Taip (%)	Ne (%)	Neaišku (%)	Iš viso (%)
Atlieka specialius specialius mankštos pratimus	24	73	2	99
Lankosi sporto klube	1	97	2	100
Padidino kasdieninį fizinį aktyvumą	48	50	2	100
Prisijungė prie pasivaikščiavimo grupės	4	94	2	100

Nustatyti statistiškai patikimi ryšiai tarp suteikiamų mitybos koregavimo patarimų ($p=0,01$). Tai rodo, kad mokymas vyksta kompleksiškai ir taip geriau įsisavinamos žinios.

Dauguma mitybos patarimų respondentams suprantami, priimtini, jų laikomasi gyvenime. Tačiau fizinio aktyvumo padidėjimas ir svorio mažinimas kitais būdais išskyrus mitybos koregimą nėra labai populiarūs ir neįdiegti praktikoje.

Daugiausia patarimų sveikos gyvensenos klausimais suteikia sveikatos priežiūros specialistai:

Daugiausia patarimų respondentai sulaukia iš bendrosios praktikos gydytojo. Net 53 proc. apklaustųjų nurodė jį, kaip vieną pagrindinių informacijos šaltinių. Kardiologo patarimų sulaukia 15 proc. apklaustųjų, terapeuto - 10 proc., endokrinologo - 9 proc. apklaustųjų. Dietologą, kaip informacijos šaltinį paminėjo – 1 proc., mankštos specialistą taip pat 1 proc. apklaustųjų.

Iš slaugytojos informaciją gauna 5 proc. respondentų.

Nemaža dalis apklaustųjų patys domisi sveikos gyvensenos patarimais arba klauso namiškių nurodymų. Visiems prieinama vieša informacija savo žinių gilinimui naudojami 34 proc. apklaustų pacientų.

Reabilitacija. Didelę naudą sergantiems KŠL turi reabilitacija. Jos metu pacientas atgauna jėgas, turi galimybę adaptuotis prie naujos būklės, išmokti gyventi su liga, koreguoti rizikos faktorius.

Reabilitacijoje buvo patarta dalyvauti 56 proc. apklaustųjų. 44 proc. respondentų nebuvo nukreipti dalyvauti reabilitacijos programoje (47 lentelė).

47 lentelė. Reabilitacijos programoje dalyvavusių asmenų pasiskirstymas

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusių %	Kumuliuotas %
Nedalyvavo	2	2,0	3,6	3,6
Dalyvavo mažiau nei pusėj programos	6	6,0	10,7	14,3
Baigė daugiau nei pusė programos	1	1,0	1,8	16,1
Pilnai dalyvavo	47	47,0	83,9	100,0
Iš viso	56	56,0	100,0	
Trūksta duomenų	44	44,0		
Iš viso	100	100,0		

46 pacientai iš 54 dalyvavusių reabilitacijos programoje pripažino, kad tai buvo naudinga. 3 apklaustieji mano, kas realios naudos reabilitacija nesuteikė, 5 proc. negali patvirtinti ar paneigti, kad tai buvo naudinga (48 lentelė).

48 lentelė. Reabilitacijos programos nauda

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Taip, naudinga	46	46,0	88,5	88,5
Ne	3	3,0	5,8	94,2
Neaišku	5	5,0		100,0
Iš viso	52	52,0	100,0	
Trūksta duomenų	48	48,0		
Iš viso	100	100,0		

Paprašyti apibūdinti realią naudą, ką suteikė reabilitacijos programa, respondentai įvertino naudą skirtingais aspektais: ar buvo naudinga rytinės mokomosios mankštos programa, mokymo programa, metimo rūkyti pagalba, dietos modifikavimas ir svorio mažinimas, specialisto prižiūrima mankštos programa ir jos mokymas, streso modifikacija ir relaksacija bei kita nauda, kurią nurodė patys respondentai. Duomenys pateikiami 49 lentelėje.

49 lentelė. Reabilitacijos naudingumo įvertinimas

Nauda	Taip (%)	Ne (%)	Neaišku (%)	Iš viso (%)
Rytinė mokomoji mankšta	19	31	1	51
Mokymo programa sergantiems KŠL	26	24	1	51
Pagalba metantiems rūkyti	3	47	1	51
Dietos modifikavimas/ svorio mažinimas	23	27	1	51
Specialisto prižiūrima mankštos programa	36	14	1	51
Streso modifikavimas ir relaksacija	22	28	1	51
Kita nauda	12	38	1	51

Iš kitų naudingų dalykų, kuriuos suteikė reabilitacija, respondentai paminėjo masažus, vandens procedūras, kurie teigiamai paveikė sveikatos būklę bei bendrą savijautą atsigaunant po ligos.

Daugiausia naudos respondentams suteikė mitybos koregavimo galimybės, mankštos programos, streso modifikavimas ir relaksacija. Mokymo programos naudą paminėjo 50 proc. dalyvavusių reabilitacijoje respondentų.

Vaistų vartojimas. KŠL sergantys pacientai turi nuolat vartoti vaistus, gerinančius savijautą, užtikrinančius adekvačią širdies veiklą, kraujotakos pagerinimą, trombų susidarymo profilaktiką, taip pat padedančius kontroliuoti papildomas ligas - CD, hipertenziją, lipidų apykaitą.

Šiame skyriuje nustatyta ir aprašyta, kokius vaistus vartoja pacientai, su kokiomis problemomis jie susiduria. 97 proc. Apklaustųjų vartoja gydytojo paskirtus vaistus nors vaistus (50 lentelė).

50 lentelė. Respondentų nurodyti vartojami vaistai, suskirstyti pagal grupes.

Vaistų grupė	Respondentai, vartojantys šios grupės vaistus (%)
Aspirinas/ kiti antitrombocitiniai vaistai	49
Betadrenoblokatoriai - BAB	80
AKFI	20
Angiotenzino receptorių antagonistai	66
Ca antagonistai	11
IF inhibitoriai	10
K kanalų atvėrėjai	2
Nitratai	69
Diuretikai	41
Kiti antihipertenziniai vaistai	21
ŠVG	5
Antiaritmikai	26
Statinai	15
Fibratai	2
Insulinas	13
Geriamieji vaistai nuo CD	19
Antikoagulantai	49
Kiti vaistai	18

Gausus vaistų vartojimas sukelia nemaža problemų. Vartojant didesnę vaistų kiekį didėja šalutinio poveikio rizika. Be to vyresniems žmonėms sunkiau prisiminti kada ir kokius vaistus gerti, kokios jų dozės.

Respondentai atsakė, kaip dažnai pamiršta išgerti vaistus. (51 lentelė). Retkarčiais pamiršta išgerti vaistus beveik pusė respondentų.

51 lentelė. Vaistų vartojimas. Pamiršta išgerti vaistus

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Niekada	44	44,0	44,0	44,0
Retai	45	45,0	45,0	89,0
Dažnai	10	10,0	10,0	99,0
Neaišku	1	1,0	1,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Kartais pacientai savarankiškai pakeičia vaistų dozes. Pvz. esant gerai savijautai vienu ar kitų vaistų nutaria negerti, išgerti mažiau. Esant blogai savijautai dozes padidina. Lentelėje pateikti atsakymai apie gydytojo numatytų vaistų dozių keitimą paties paciento iniciatyva. Vaistų dozes retai pakeičia trečdalis respondentų (52 lentelė).

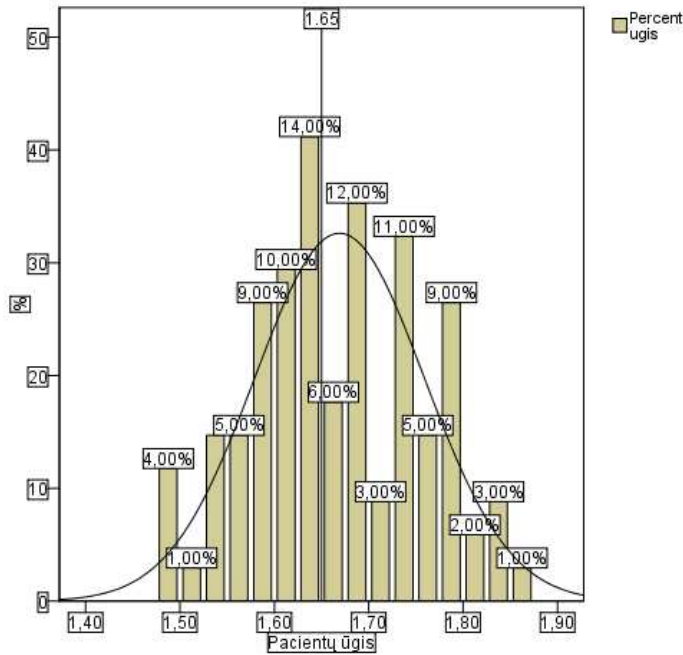
52 lentelė . Vaistų vartojimas. Pakeičiama vaisto dozė

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Niekada	57	57,0	57,0	57,0
Retai	35	35,0	35,0	92,0
Dažnai	7	7,0	7,0	99,0
Neaišku	1	1,0	1,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

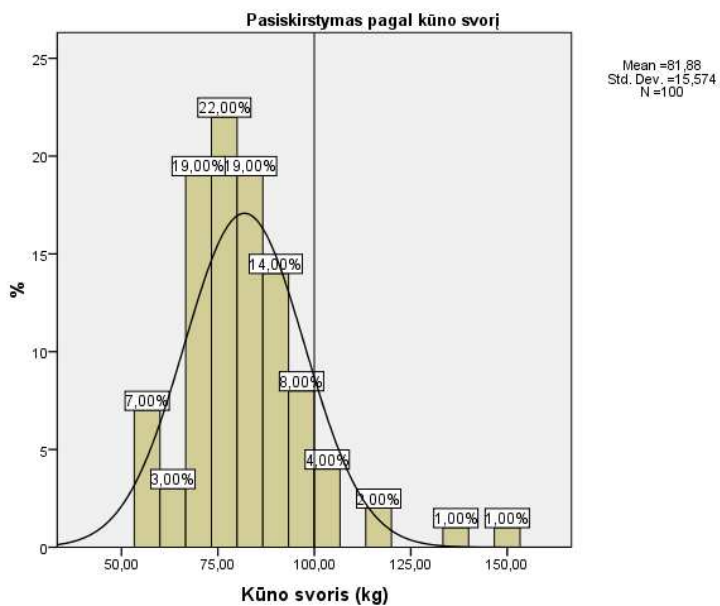
4.4. ANTROPOMETRINIŲ MATAVIMŲ ĮVERTINIMAS

Visiems pacientams ištirtas ūgis, svoris, kūno masės indeksas, liemens apimtis. Respondentų ūgio vidurkis 1,67 m. (+/- 0,09 m.) – 15 pav. Ūgis pats savaime mažai informatyvus rodiklis, tačiau jis reikalingas apskaičiuojant kūno masės indeksą.

Pacientų pasiskirstymas pagal ūgį

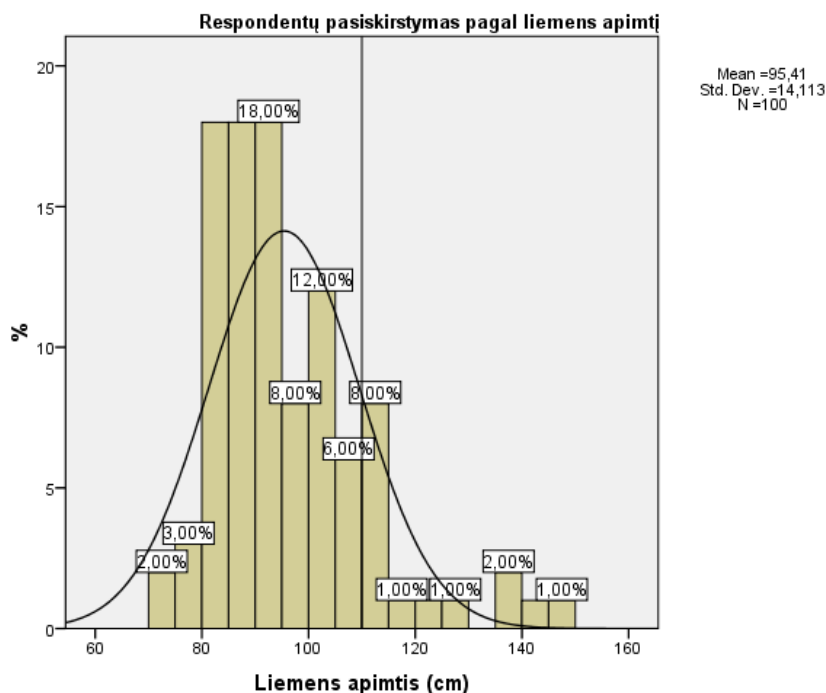


15 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal ūgį.



16 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal kūno svorį.

Respondentų kūno svorio pasiskirstymas pateikiamas diagramoje (16 pav.). Kūno svorio vidurkis – 81,9 kg (+/- 15,5). 8 proc. respondentų kūno svoris viršija 100 kg. tai rodo padidintą kūno svorį, tačiau objektyviau jį galima įvertinti apskaičiavus kūno masės indeksą.



17 pav. Respondentų liemens apimties įvertinimas.

Respondentų liemens apimties vidurkis yra 95,4 cm (+/- 14,1 cm). Tai rodo polinkį į pilvinį nutukimą. Pagal pasiskirstymą 17 pav. diagramoje matome, kad tik 5 proc. atvejų liemens apimtis yra mažesnė nei 80 cm. Didesni liemens apimties dydžiai jau rodo riebalų kaupimąsi liemens srityje.

Idealu, kad vyro liemens apimtis būtų ne didesnė, kaip 94cm, o moters – 80cm. Ypač didelis pavojus kyla vyrams, kurių liemens apimtis didesnė kaip 102 cm ir moterims, kurių liemens apimtis 88 cm ir daugiau, nes tai jau pilvinio nutukimo požymis (12). Liemens apimties įvertinimas pagal paminėtus normatyvus pateiktas 53 lentelėje.

53 Lentelė. Respondentų liemens apimties įvertinimas pagal normatyvus

Lytis	Liemens apimtis		
	Iki 80 cm	80 – 88 cm	88 cm ir >
Moterys			
Respondentų skaičius	15	4	25
Vyras			
Respondentų skaičius	25	7	24

Taigi apibendrinant galima teigti, kad ideali liemens apimtis būdinga 40 proc. respondentų, 11 proc. respondentų viršija nustatytas liemens apimties ribas, 49 proc. atvejų būdingas rizikingas pilvinio tipo nutukimas.

Kūno masės indekso vertinimas

Objektyviai kūno svorio ir ūgio santykį bei galimą nutukimą apibūdina kūno masės indeksu vadinamas rodiklis.

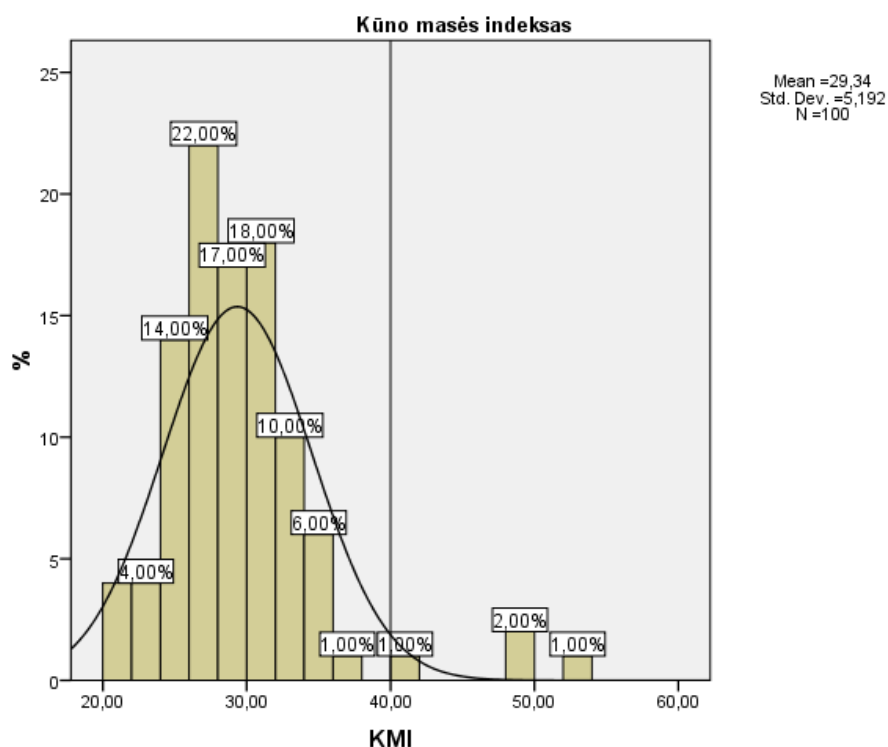
Nustatytas respondentų KMI vidurkis – 29,34 kg/m² (+/- 5,2). Tik 12 proc. apklaustųjų svoris yra normalus, 49 proc. apklaustųjų būdingas viršsvoris, 32 proc. apklaustųjų – I laipsnio nutukimas, 3 ir 4 proc. apklaustųjų atitinkamai būdingas II ir III laipsnio nutukimas. (54 lentelė)

54 lentelė. Kūno masės indekso (KMI) vertinimas

KMI	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
18,5 – 24,9	12	12,0	12,0	12,0
25,0 – 29,9	49	49,0	49,0	61,0
30,0 – 34,9	32	32,0	32,0	93,0
35,0 – 39,9	3	3,0	3,0	96,0
> 40,0	4	4,0	4,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Kūno masės indekso pasiskirstymas pavaizduotas diagramoje (18 pav.).

Galima stebėti labai didelį duomenų išbarstymą, kadangi kai kurios KMI reikšmės labai nutolę nuo vidutinės reikšmės.



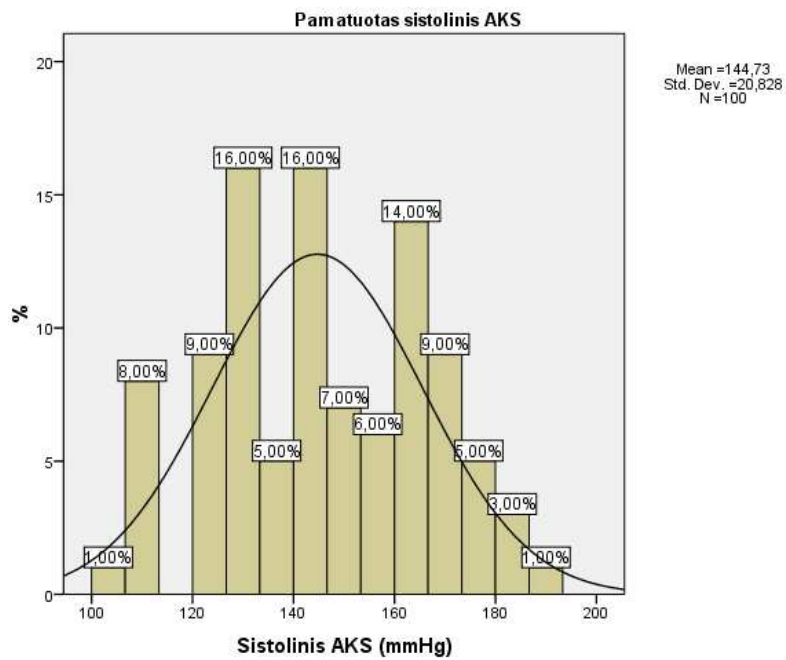
18 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal kūno masės indeksą.

Kaip rodo koreliacijos metodai, nutukimas nepriklauso nuo lyties, jis daugiau susijęs su netinkama mityba ir sėsliu gyvenimo būdu.

4.5.. HEMODINAMIKOS RODMENŲ ĮVERTINIMAS

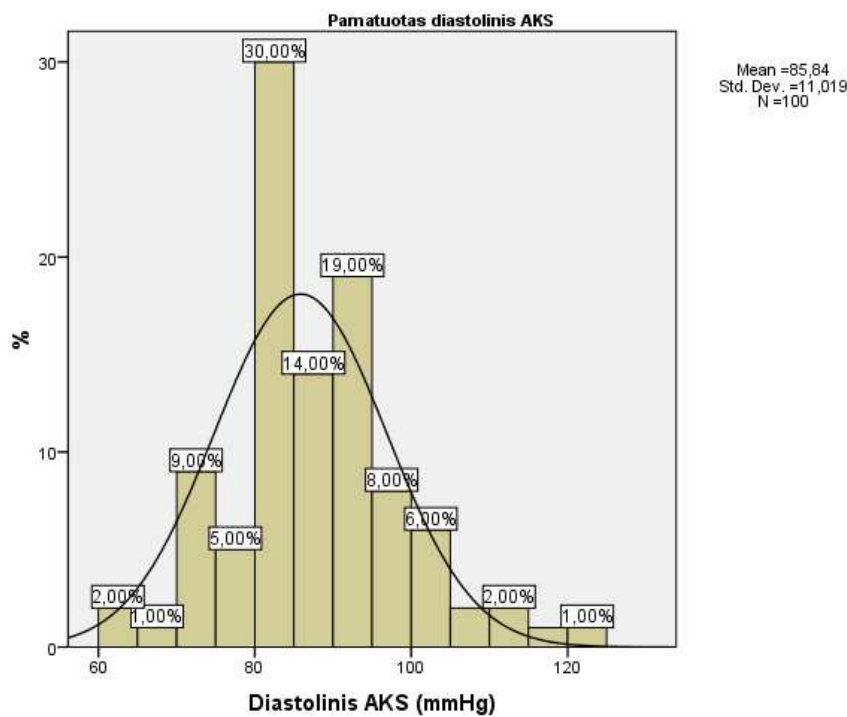
Iš hemodinamikos rodmenų visiems pacientams buvo ištirtas arterinis kraujo spaudimas (AKS) ir pulsas (P).

AKS matavimai. Įvertinus respondentų sistolinį AKS, nustatytas jo vidurkis 144,7 mmHg, (+/- 20,8mmHg) – 19 pav. diagrama. 39 proc. atvejų sistolinis AKS yra mažesnis nei 140 mmHg.

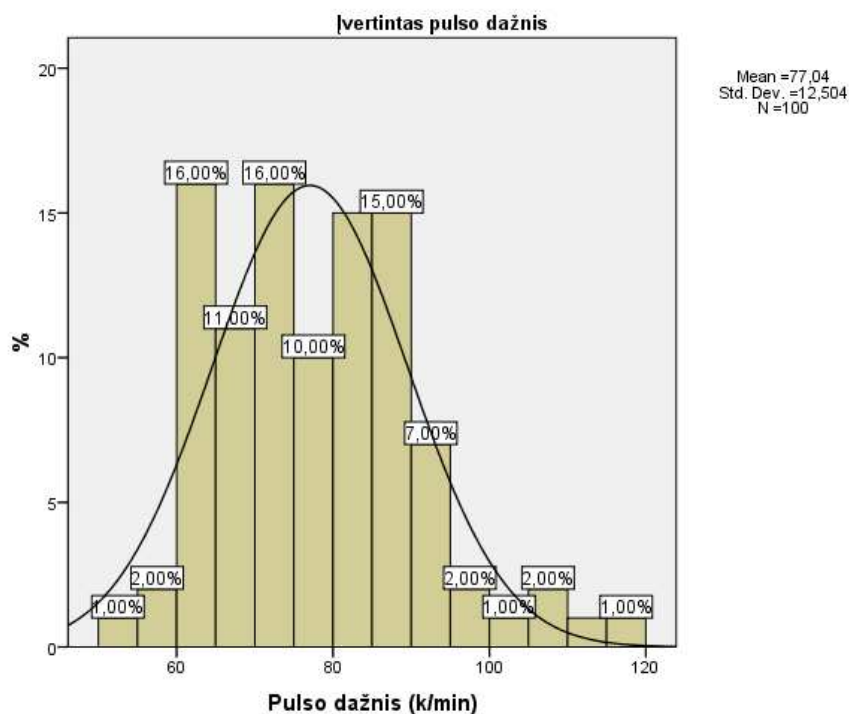


19 pav. Objektyviai įvertinto sistolinio arterinio kraujospūdžio pasiskirstymas.

Pamatuotas diastolinis AKS pavaizduotas grafiškai. Jo vidurkis – 85,84 mmHg (+/- 11mmHg). 61 proc. atvejų jis mažesnis nei 90 mmHg (20 pav.).



20 pav. Objektyviai įvertinto diastolinio arterinio kraujospūdžio pasiskirstymas.



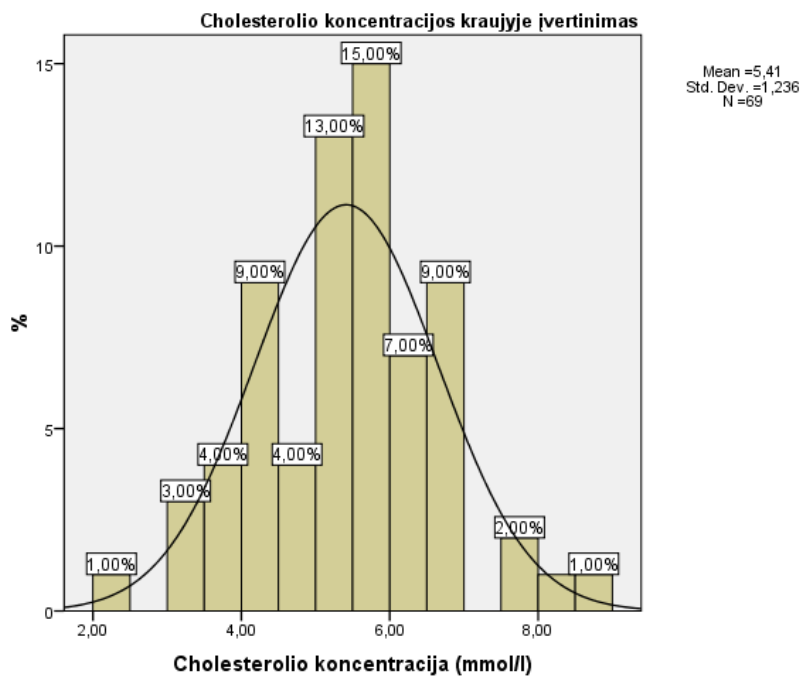
21 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pulso dažnį.

Įvertintas pulso dažnis, kurio vidurkis – 77 k/min (+/- 12,5 k/min.). 53 proc. Atvejų jis yra nuo 60 iki 80 k/min, t.y. normalus. Pasiskirstymas pavaizduotas diagramoje (21 pav.). 43 proc. tiriamųjų vargina tachikardija.

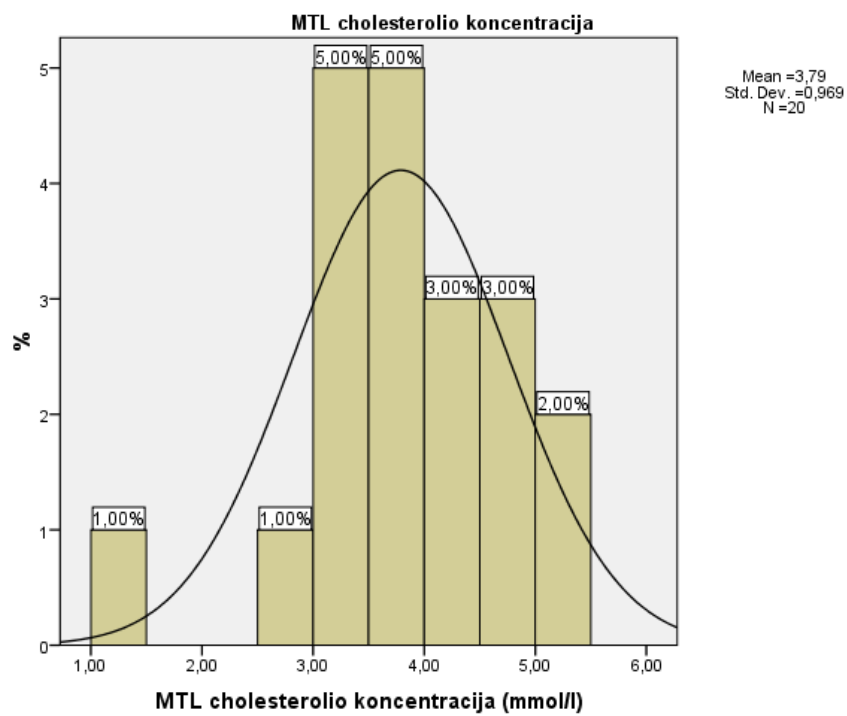
4.6. LIPIDŲ APYKAITOS RODMENŲ ĮVERTINIMAS

Cholesterolio ir jo frakcijų koncentracijos kraujyje įvertinimas. Duomenys gauti iš paciento ligos istorijos laboratorinių tyrimų duomenų. Cholesterolio – bendrojo cholesterolio, mažo tankio lipoproteinų cholesterolio (MTL), didelio tankio lipoproteinų (DTL) cholesterolio bei trigliceridų (TG) koncentracijų pasiskirstymai pavaizduoti diagramose (22 – 25 pav.).

Bendrojo cholesterolio koncentracijos kraujyje vidurkis – 5,41 mmol/l (+/- 1,24 mmol/l). šis tyrimas buvo atliktas 69 proc. tiriamųjų.

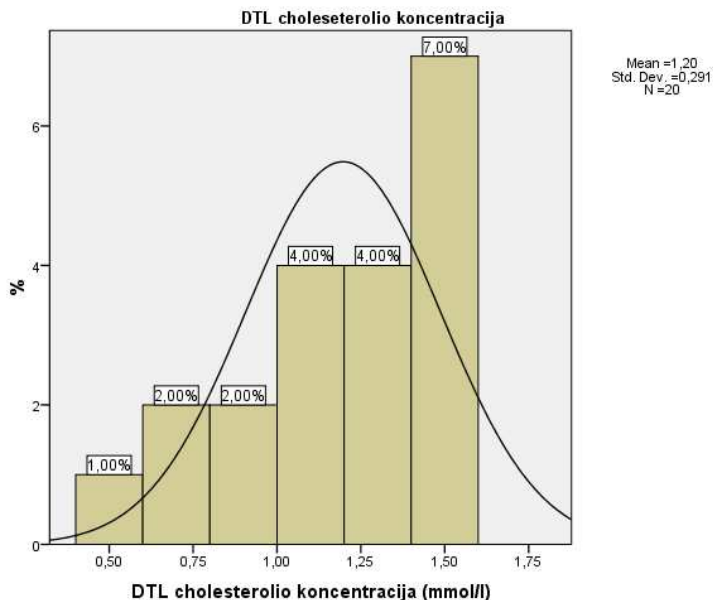


22 pav. Bendrojo cholesterolio koncentracija kraujyje.



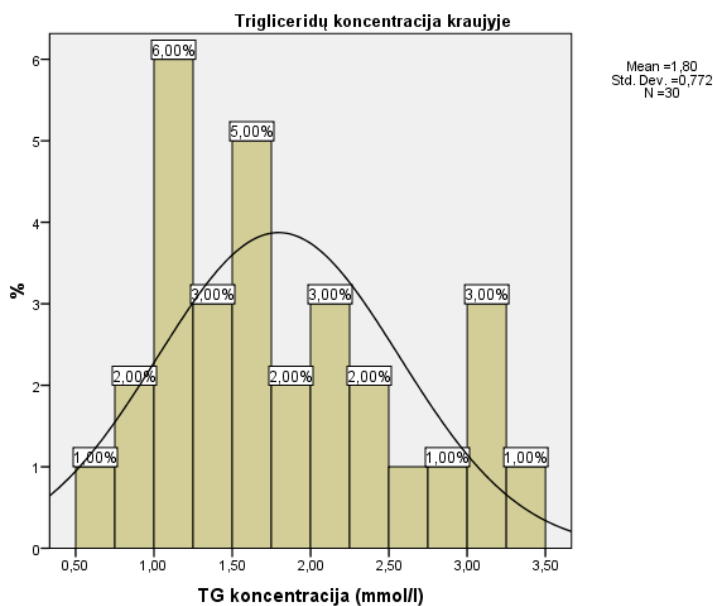
23 pav. Mažo tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracijos kraujyje pasiskirstymas.

MTL („blogojo“) cholesterolio koncentracija įvertinta tik 20 proc. tiriamųjų. Jos pasiskirstymas pavaizduotas diagramoje. MTL cholesterolio koncentracijos vidurkis - 3,79 mmol/l (+/- 0,97 mmol/l).



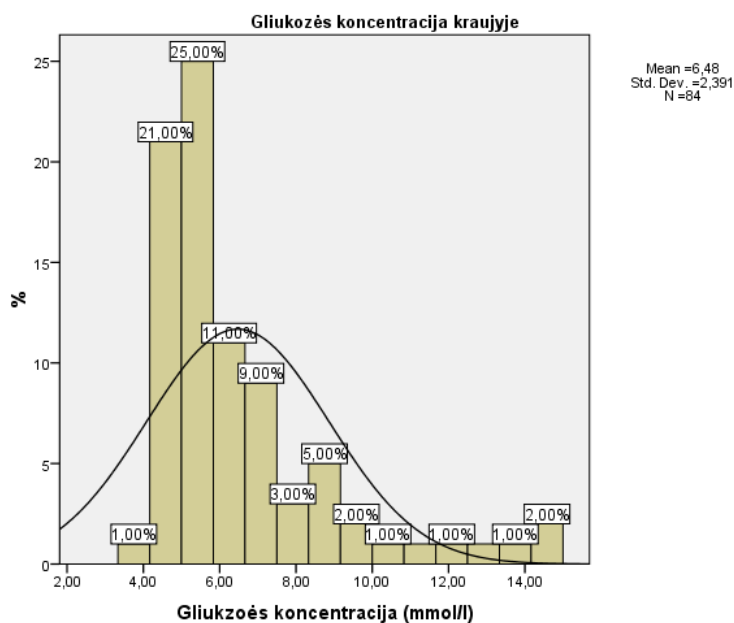
24 pav. Didelio tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracija kraujyje. Duomenų pasiskirstymas.

DTL („gerojo“) cholesterolio koncentracija buvo įvertinta tik 20 proc. tiriamųjų. Jos vidurkis - 1,20 mmol/l (+/- 0,3 mmol/l).



25 pav. Trigliceridų koncentracija kraujyje. Rezultatų pasiskirstymas.

Trigliceridų koncentracija nustatyta 30 proc. tiriamųjų, jos vidurkis – 1,80 mmol/l (+/- 0,77 mmol/l).



26 pav. gliukožės koncentracija kraujyje. Glikemijos tyrimo įvertinimas.

Gliukožės koncentracija kraujo plazmoje nustatyta 84 proc. tiriamųjų, jos vidurkis - 6,48 mmol/l (+/- 2,4 mmol/l).

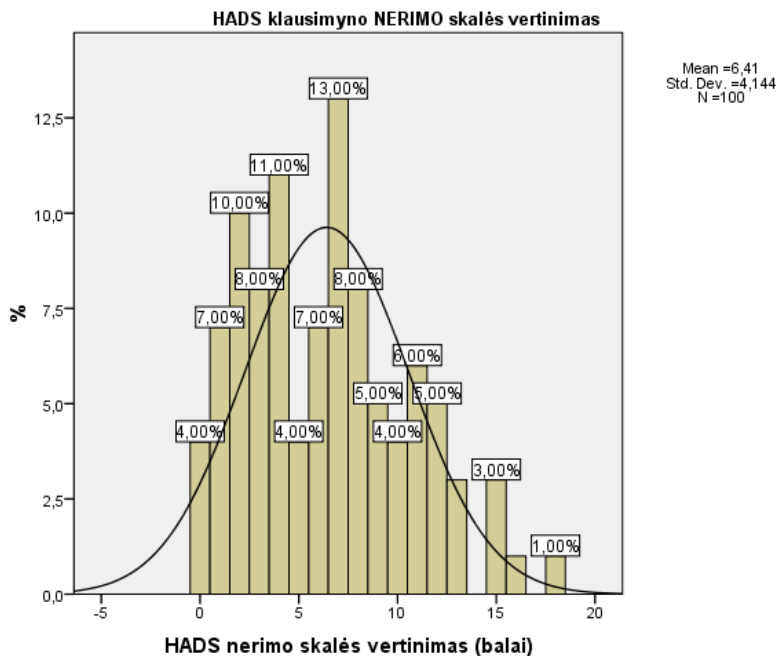
4.7. PSICHOEMOCINĖS BŪKLĖS ĮVERTINIMAS

Panaudojus HADS skalę, ligoniai ištirti dėl nerimo ir depresijos (55 ir 56 lentelės).

55 lentelė. HADS vertinimo skalė. NERIMAS

Balai	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
0-7 Norma	64	64,0	64,0	64,0
8-10 Lengvas sutrikimas	17	17,0	17,0	81,0
11-14 Vidutinio lygio sutrikimas	14	14,0	14,0	95,0
15-21 Sunkus sutrikimas	5	5,0	5,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

64 proc. respondentų nejaučia nerimo, 17 proc. išgyvena lengvą nerimą, 14 proc. – vidutinio lygio nerimą, 5 proc. sunkų nerimo sutrikimą. Vertinimo balų pasiskirstymas pavaizduotas diagramoje (27 pav.). Vertinimo balų vidurkis 6,41 (+/- 4,14 balo).

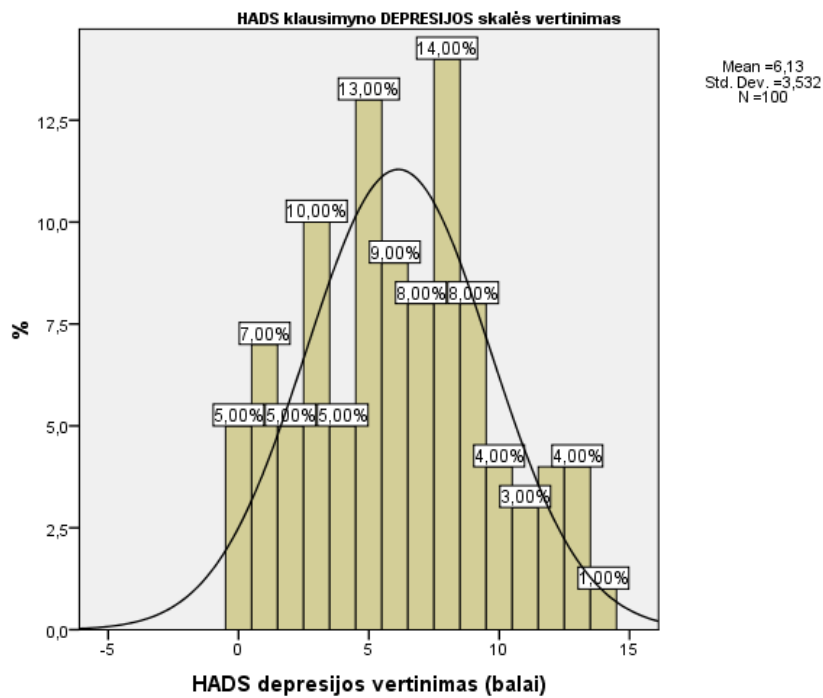


27 pav. Nerimo įvertinimas balais pagal HADS skalę.

56 lentelė. HADS vertinimo skalė. DEPRESIJA

	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
0-7 Norma	62	62,0	62,0	62,0
8-10 Lengvas sutrikimas	26	26,0	26,0	88,0
11-14 Vidutinio lygio sutrikimas	12	12,0	12,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Vertinant išgyvenamos depresijos lygį, 62 proc. respondentų nejaučia depresijos, 26 proc. išgyvena lengvą depresiją, 12 proc. – vidutinio lygio depresiją. Vertinimo balų pasiskirstymas pavaizduotas diagramoje (28 pav.). Vertinimo balų vidurkis 6,13 (+/- 3,53 balo).



28 pav. Depresijos lygio vertinimas balais pagal HADS skalę.

4.8. PACIENTŲ FIZINIO AKTYVUMO ĮVERTINIMAS

Objektyviai įvertinto kasdieninio fizinis aktyvumo lygis pateiktas 57 lentelėje.

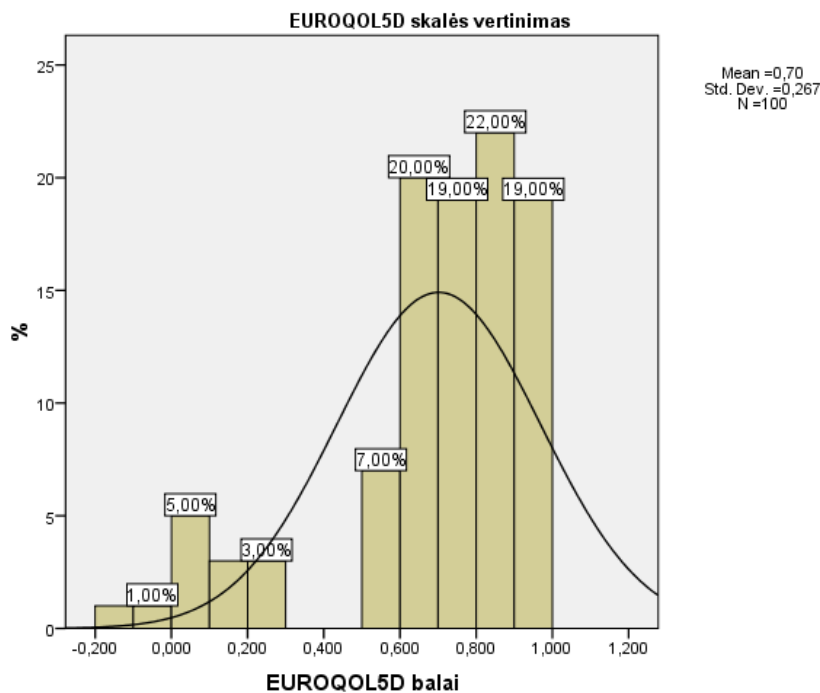
57 lentelė. Kasdieninio fizinio aktyvumo vertinimas

Aktyvumas	Atsakymų skaičius	%	Atsakiusiųjų %	Kumuliuotas %
Mažas fizinis aktyvumas	23	23,0	23,0	23,0
Vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas	51	51,0	51,0	74,0
Didelis fizinis aktyvumas	26	26,0	26,0	100,0
Iš viso	100	100,0	100,0	

Neužtenka paklausti respondentų, kaip jie patys vertina savo kasdieninį aktyvumą, tačiau svarbu objektyviai įvertinti realų aktyvumo lygį. Tuo tikslu buvo panaudota tarptautinė fizinio aktyvumo įvertinimo IPAQ klausimynas.

Mažas fizinis aktyvumas būdingas 23 proc., vidutiniškai aktyvūs pusė (51 proc.) respondentų, didelis fizinis aktyvumas būdingas 26 proc. respondentų.

4.9. PACIENTŲ GYVENIMO KOKYBĖS ĮVERTINIMAS

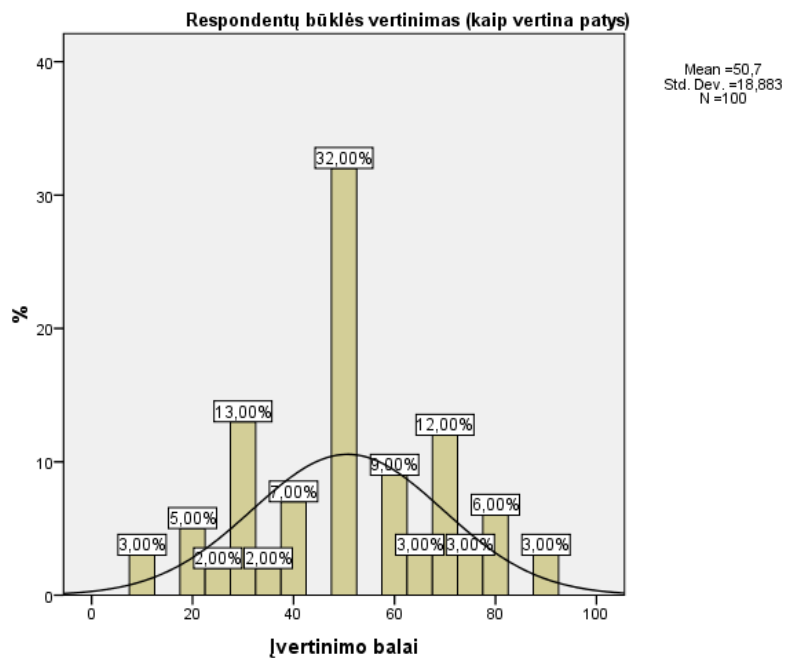


29 pav. Gyvenimo kokybės vertinimas naudojantis EUROQOL 5D klausimynu.

EUROQOL5D klausimyno, skirto įvertinti gyvenimo kokybę, kuria nulemia sveikatos būklė, duomenys pavaizduoti grafiškai. Įvertinimo vidurkis 0,70 (+/-0,27). Tai geras bendras įvertinimo vidurkis, kadangi jis artimas vienetui.

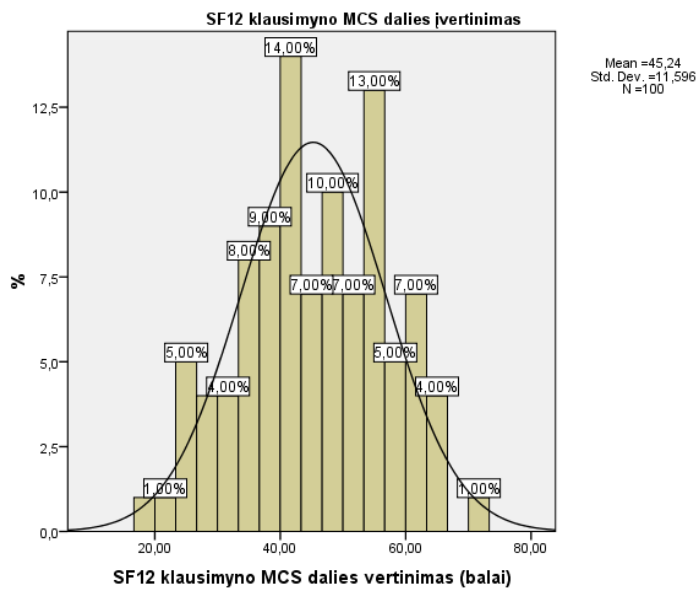
Antroji šio klausimyno dalis- kaip patys respondentai vertina savo sveikatos būklę. Rezultatai pateikiami grafiškai. Vertinimo vidurkis – 50,7 (+/- 18,8). Dauguma pacientų savo būklę vertina 50 balų, t.y. mano, kad yra tik pusiau sveiki, nei buvo prieš susirgdami KŠL.

Tarpusavyje koreliuoja abiejų klausimyno dalių rezultatai (p=0,01).

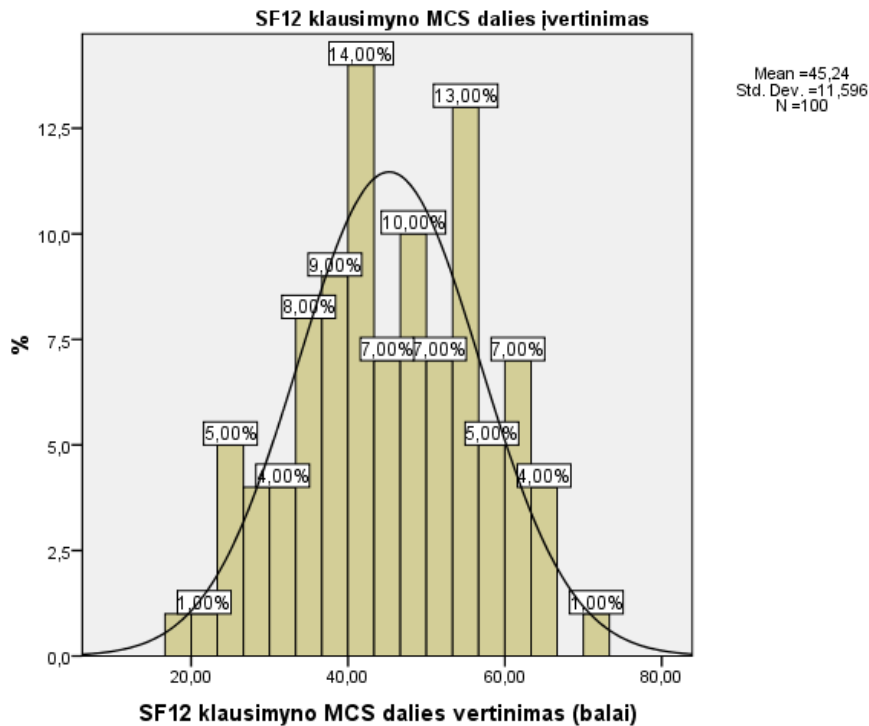


30 pav. Sveikatos būklės vertinimas. Kaip vertina patys respondentai.

SF-12 klausimynas gyvenimo kokybės klausimynas įvertintas dviem atskirom skalėm – PSC ir MSC - kurios vertina atitinkamai fizinės ir psichinės respondentų sveikatos būklės įtakotą gyvenimo kokybę. Duomenys pateikiami grafiškai. Fizinės sveikatos būklės vertinimo balo vidurkis – 35,2 (+/- 10,3) balo. Psichinės sveikatos būklės vertinimo balo vidurkis – 45,24 (+/- 11,6) balo.



31 pav. Fizinės sveikatos būklės įtakotos gyvenimo kokybės vertinimas, SF – 12 klausimyno pagalba.



32 pav. Psichinės sveikatos būklės įtakotos gyvenimo kokybės vertinimas SF – 12 klausimyno pagalba.

Apskaičiuavus koreliacijos koeficientus galima įvertinti, kad HADS, SF-12 bei EUROQL klausimynai gerai atspindi respondentų būseną, kadangi jų rezultatai tarpusavyje koreliuoja ir patvirtina vienas kito duomenis.

Koreliuoja SF-12 PSC ir MSC dalys bei EUROQL klausimyno duomenys ($p=0,01$).

Būdingas HADS depresijos ir nerimo skalių duomenys koreliuoja su SF-12 duomenimis (atvirkščias ryšys – kuo didesnės nerimo ir depresijos lygį rodančių balų vertės, tuo mažesnis SF-12 klausimyno abiejų dalių balai, kurių mažos vertės rodo blogesnį gyvenimo kokybės vertinimą. ($p=0,01$). Taip pat HADS klausimyno abiejų dalių balų vertės koreliuoja su EUROQL klausimyno vertinimo balais (atvirkščias ryšys, koreliacija su HADS D duomenimis - $p=0,01$, su HADS A - $p=0,05$)

SF-12 klausimyno PSC ir MSC dalių balai taip pat koreliuoja tarpusavyje ($p=0,01$).

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Daugelio pasaulio šalių sveikatos apsaugos sistemos teikia plačios apimties sveikatos priežiūros paslaugas, kurios apima sveikatos priežiūrą namuose, asmens sveikatos priežiūrą bei socialines paslaugas. Lietuvoje senėjanti populiacijos tendencijos iškelia būtinybę padaryti ilgalaikės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą prioritetine sritimi ir organizuoti paslaugų tinklą, nepaisant žemo šalies vidaus pajamų lygio [30].

Labai svarbios sveikatos priežiūros paslaugos yra patarimai ir konsultacijos, ypač akcentuojant mokymo ir sveikatos ugdymo funkcijas ambulatorinėje grandyje. [22, 23]. Ne farmakologinės intervencijos ir rizikos faktorių modifikavimas yra efektyvios ir ekonomiškai naudingos priemonės, padedančios gerinti populiacijų sveikatą [21].

Šio darbo tiksluose buvo numatyta įvertinti koronarine širdies liga sergančių pacientų žinias apie rizikos faktorius, jų modifikavimo būtinumą bei įvertinti pacientus veikiančius rizikos veiksnius ir slaugytojų įtaką jų modifikavimui bei pakartotinių susirgimų prevencijai.

Profilaktinių priemonių įgyvendinimas – ilgai trunkantis procesas, kurio metu būtina nuolat mokyti pacientą, vertinti jo įsisavintas žinias, siekti, kad jos būtų įgyvendinamos praktiškai.

KŠL serga daugiausia vyresnio amžiaus žmonės. Rizikingas amžius – vyrams daugiau kaip 45 m., moterims – daugiau kaip 55 m. [2]. Tyrime tokių santykinai jauno amžiaus žmonių dalyvavo mažuma (~5 proc. visos imties). Jų sveikatos priežiūrai ir profilaktinių priemonių įdiegimui turi būti skiriamas ypatingas dėmesys, norint išsaugoti jų darbingumą, savirūpos įgūdžius, pilnavertį gyvenimą, išvengti ankstyvo neįgalumo ir nedarbo.

Iki susergant KŠL, 63 proc. respondentų dirbo, susirgus KŠL, į darbą sugrįžo tik trečdalis dirbusiųjų. Kiti pasirinko senatvės arba neįgalumo pašalpą (60 proc. apklaustųjų), nedarbą (5 proc.), darbą namuose (2 proc.). Psichologiniai testai parodo, kad dauguma respondentų, sergančių KŠL, blogiau vertina gyvenimo kokybę, kurią sąlygoja fizinės sveikatos sutrikimas. Negiamas savo gyvenimo kokybės vertinimas galėjo turėti įtakos pasirenkant nedarbą, taip siekiant apsaugoti savo sveikatą.

Be to pasirinkimą nedirbti sąlygojo pablogėjusi sveikatos būklė persirgus MI (38 proc.), išgyventos koronarinių jungčių operacijos (13 proc.), krūtinės anginos priepuoliai (64 proc.), taip pat aterosklerozės pasėkoje pažeistos smegenų kraujotakos pasekmės – insultas (27 proc.), tranzitorinė išeminė ataka (19 proc.) bei periferinės kraujotakos sutrikimai (22 proc.). Širdies ir smegenų kraujotakos sutrikimus sąlygoja tapatūs rizikos faktoriai ir bendra etiologija, diagnozės

persidengia. Visi šie įvykiai reikalauja papildomo dėmesio gydymo ir prevencijos priemonių įdiegimui siekiant išvengti šių įvykių pasikartojimo [4].

59 proc. respondentų artimųjų pirmos eilės giminaičių tarpe (tėvų, brolių, seserų) yra susidūrę su KŠL, MI atvejais. 20 proc. respondentų nėra įsitikinę, ar tokių atvejų buvo, nes negali pasakyti, kokiomis ligomis sirgo tėvai. Tokiems asmenims, kurių tėvai sirgo KŠL ar mirė dėl insulto, infarkto, galimas ligos paveldėjimas, todėl būtina gyvenimo eigoje priminti, kad reikia rūpintis širdies sveikata, atsisakyti žalingų įpročių, kurie gali skatinti KŠL progresavimą. Ypač jei giminaičiams KŠL pasireiškė santykinai jauname amžiuje (vyrams – iki 55m, moterims- iki 65m. amžiaus). Laiku pradėtas mokymas apie KŠL riziką ir profilaktiką galbūt būtų padėjęs išvengti ligos, ilgiau išlikti darbingiems.

Rizikos faktoriai. Žalingų faktorių paplitimo tiriamųjų tarpe įvertinimas rodo, kad **rūkymas** susirgus KŠL sumažėjo, tačiau ne visi rūkantieji atsisakė šio įpročio.

Mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad ilgą laiką rūkę (rūkiusieji respondentai nurodė rūkymo laiką, kurio vidurkis – 29 m. (+/- 18m.)) ir gausiai rūkę asmenys keleriopai padidina širdies ligų riziką. Todėl viena iš pagrindinių profilaktikos priemonių – atsisakyti rūkymo.

Dauguma pacientų serga KŠL daugiau nei 6 mėn. ir rūkyti metė anksčiau nei prieš 6 mėnesius. Amžiaus vidurkis metant rūkyti - 55 metai. Tikėtina, kad pirmieji širdies veiklos ir kraujotakos sutrikimai padėjo apsispręsti sumažinti rūkymą ir visiškai jo atsisakyti.

Nors sveikatos priežiūros darbuotojai suteikė žodinę informaciją apie kenksmingą tabako produktų poveikį širdies sveikatai, ne visi pacientai į ją atsižvelgė. Nebuvo panaudoti kiti pagalbos metančiam rūkyti metodai- rašytinės medžiagos apie rūkymo žalą ir galimas pagalbos priemonės įteikimas, nikotino pakaitinė terapija, psichologinės pagalbos priemonės, bupropiono terapija.

22 proc. apklaustųjų susiduria su rūkymo problema namuose. Vis daugiau tyrimų stengiasi išsiaiškinti lėtinio pasyvaus rūkymo problemos apimtis ir pabrėžia pasyvaus rūkymo žalą sveikatai [8]. Įdiegiamos priemonės, siekiant apsaugoti žmones nuo tabako dūmų poveikio viešose vietose. Tačiau namuose tenka taikytis su artimųjų įpročiais.

Slaugytojos skatinamos teikti informaciją apie tabako žalą ir taikyti strategijas, kurios padeda mažinti tabako vartojimą. Slaugytojos savo kasdieninėje praktikoje turi taikyti lyčiai, etinėms grupėms ir kultūroms adaptuotas specifines tabako vartojimo prevencijos ir nutraukimo intervencijas, [8]. Pasaulinė patirtis rodo, kad tabako vartojimo plitimo stabdymui labai svarbų vaidmenį atlieka slaugytojos, dirbančios pirminės sveikatos priežiūros srityje. Lietuvoje jų potencialas lieka pilnai nepanaudotas.

Mityba yra labai svarbus faktorius, įtakojantis organizmo kraujagyslių būklę, susijęs su svorio pokyčiais, lipidų apykaita.

Respondentai yra gavę daug ir įvairios informacijos apie reikiamus mitybos pokyčius sergant KŠL. Apie netinkamą mitybą buvo išpėti 53 proc. respondentų. Apie viršsvorį informaciją ir išpėjimus gavo 38 proc. respondentų. Kaip paaiškės žinių aptariant respondentų žinių įvertinimą, sveikos mitybos principai išdėstyti daugiau nei pusei respondentų ir jais pacientai vadovaujasi.

Savo esamu kūno svoriu patenkinti 47 proc. apklaustųjų. Tačiau Kūno masės indekso įvertinimas rodo, kad šis skaičius turėtų būti gerokai mažesnis, nes, atsižvelgiant į KMI rodiklio dydžius, apskaičiuotus nustačius realų tiriamųjų ūgį ir svorį, normalus kūno svoris būdingas tik 12 proc. respondentų, net 49 proc. respondentų turi viršsvorį, 41 proc. respondentų yra nutukę.

Taip pat viršsvorio problemą netiesiogiai rodo liemens apimties įvertinimo rodikliai: riebalų kaupimasis pilvo srityje padidina pilvo liemens apimtį. Nors griežtai apibrėžtų šio rodiklio normų nėra, tačiau pagal literatūros duomenis [2] apibendrinat galima teigti, kad idealią atitinkanti liemens apimtis būdinga 40 proc. respondentų, 11 proc. respondentų viršija nustatytas liemens apimties ribas, 49 proc. atvejų būdingas rizikingas pilvinio tipo nutukimas. Gerai nustatytas tokio tipo nutukimo ryšys su hipertenzine liga [13], kuri vargina ir daugumą šio tyrimo respondentų (68 proc.).

Nustatytas respondentų kūno svorio vidurkis 82 kg (+/- 15) 8 proc. respondentų sveria daugiau nei 100 kg. didelis kūno svoris sukelia ne tik širdies, kraujotakos sutrikimus, bet ir judamojo aparato, sąnarių ligas.

Būtina pacientams teikti informaciją apie kūno svorio mažinimo būtinybę, metodus, mokyti juos rinktis sveiką mitybą (mažiau kalorijų turinti dieta, mažiau druskos, mažinti alkoholio vartojimą), derinti ją su fiziniu aktyvumu, kai tai įmanoma dėl sveikatos būklės.

Apklaustos metu respondentų teigė, kad bando sumažinti kūno svorį (12 proc. respondentų) arba nepriaugti svorio (29 proc. respondentų) koreguodami mitybą. 45 proc. respondentų žada tai daryti kai pagerės sveikatos būklė (1 – 6 mėn laikotarpiu).

Sunkumas tinkamai ir efektyviai koreguoti kūno svorį yra susijęs su **fizinio aktyvumo** stoka. 54 proc. respondentų teigė, kad susiduria su lėtine negalia, kuri riboja jų aktyvumo lygį. Tačiau žemo lygio labia ribotas fizinis aktyvumas ir fizinio krūvio ribotas toleravimas būdingas tik 5 proc. respondentų. Realus fizinio aktyvumo įvertinimas parodė, kad mažas fizinis aktyvumas būdingas 23 proc. respondentų, 51 proc. būdingas vidutinio, o 26 proc. – aukšto intensyvumo fizinis aktyvumas.

Greičiausiai respondentai fizinį aktyvumą asocijuoja su sportu, sunkiu fiziniu darbu, neatsižvelgdami, kad ilgesnės trukmės pasivaikščiojimas taip pat prisideda prie aktyvumo padidinimo, todėl apibūdindami fizinio aktyvumo lygį įvertina jį kaip mažesni, negu yra iš tikrųjų. Tačiau tokio fizinio aktyvumo lygio nepakanka sumažinti viršsvoriui. Respondentai, kurių kūno

svoris viršija 100 kg., būtent dėl nutukimo negali būti pakankamai aktyvūs ir jaučia nepasitenkinimą savo būkle.

Aktyvumo toleranciją sumažina sunki fizinė būklė- sveikimas po insulto, miokardo infarkto, lėtinė negalia, sanarių, judėjimo aparato ligos, dusulys, krūtinės anginos priepuoliai, neįgalumas. Taip pat psichologinė būklė- nerimas, depresija, apatija, baimė blogai pasijusti išėjus iš namų.

Patarimus mankštintis 41 proc. apklaustųjų gavo informaciją apie mankštos pratimus ir jų naudą, 40 proc. apklaustųjų teigia, kad buvo informuoti apie aktyvios kasdieninės veiklos naudą.

Ilgesnį ar trumpesnį laiko tarpą mankština trečdalis respondentų.

Kaip rodo mokymo dalies vertinimas, daugelis pacientų renkasi ne konkrečius mankštos ar sporto metodus, o padidina kasdieninį fizinį aktyvumą daugiau vaikščiodami, aktyviau dirbdami įvairius sodo, buities darbus.

Reguliari mankšta, atliekama 3 - 5 kartus per savaitę ne trumpesnė, nei 20 min ir pakankamai intensyvi, - greitinanti kvėpavimą ir širdies darbą- yra naudinga ir rekomenduojama [2, 21].. Tokia mankšta propaguoja beveik trečdalis apklaustųjų, 15 proc. iš jų intensyviai šia veikla užsiima daugiau, nei 6 mėnesius, 14 proc. mankština trumpiau, nei 6 mėnesius. Ketina pradėti 9 proc. apklaustųjų. Visiškai neketina mankštintis 34 proc. respondentų, 28 proc. nežino, ar sugebės dėl savo sveikatos būklės ir ar tai reikalinga.

68 proc. respondentų atsakė, kad juos vargina **padidintas kraujospūdis**. Tai reikšmingas rizikos faktorius, kurį reikia stengtis pakoreguoti ir kontroliuoti, taikant vaistines ir nemedikamentines priemones.

Gydytojo paskirtus vaistus, skirtus kontroliuoti hipertenzijai, vartoja 64 proc. respondentų, tačiau tik 22 proc. respondentų žino, kad AKS korekcijai labai svarbu tinkamai maitintis ir sumažinti kūno svorį.

Teigiamai vertintinas faktas, kad dauguma pacientų, net ir nesiskundžiančių padidintu AKS, turi galimybę patys pasimatuoti ir įvertinti kraujospūdį namuose. Gali numatyti, kiek efektyvus gydymas, kada reikia kreiptis pagalbos.

Geresnė situacija įvertinus cholesterolio apykaitos sutrikimus. Iš 47 **cholesterolio** apykaitos sutrikimus patiriančių pacientų, 31 proc. respondentų žino, kad reikia koreguoti mitybos įpročius atsisakant riebaus maisto ir taip pagerinti lipidų apykaitos sutrikimų korekciją.

Cukriniu diabetu serga 30 proc. respondentų. Jo gydymas labai įvairus – nuo insulino vartojimo iki gydymo dieta, geriamaisiais vaistais. CD sergančių asmenų priežiūrai turi būti skiriamas ypatingas dėmesys, kadangi be tinkamos pagalbos ir pačių pacientų apmokymo, nebūtų galimybės tinamai kontroliuoti pacientų glikemiją ir grėstų pavojus jų sveikatai.

CD sergatyti respondentai turi galimybę namuose pasimatuoti gliukozės koncentraciją kraujyje, tačiau tai daro tik kartą per dieną ar net rečiau.

Įvertinus koreliacijas tarp mokymo taisyklingai maitintis ir sergamumo CD nenustatyta patikimų ryšių. Visi KŠL sergatyti pacientai mokomi rinktis sveiką mitybą ir sergantieji CD - ne išimtis.

Insulinu besigydantys pacientai apmokyti juo naudotis, išskyrus keletą vyresnio amžiaus žmonių, kurie pasikliauja namiškių pagalba.

Rizikos veiksnių žinojimas ir tikslai. Sergantys KŠL asmenys turi lankyti sveikatos priežiūros specialistų konsultacijas, kur būtų įvertinta jų sveikatos būklė ir gydymo efektyvumas, esant poreikiui- pakoreguoti gydymo ir profilaktikos metodai, patikslintas priežiūros planas.

Respondentų širdies sveikatos būklę ambulatoriškai dažniausiai vertina ir prižiūri bendrosios praktikos gydytojas (37 proc.), terapeutas (32 proc.), kardiologas (21proc.). 10 proc. respondentų iš viso nesilanko pas sveikatos priežiūros specialistus. Respondentų teigimu, lankantis pas gydytoją, jiems atliekami tyrimai, padedantys įvertinti pagrindinius rodiklius: AKS, cholesterolio, gliukozės, gliukuoto hemoglobino (sergantiems cukriniu diabetu) įvertinimas.

Svarbu, kad pacientai ne tik žinotų, kokie pastaruoju metu atliktų tyrimų duomenys, bet ir būtų supažindinti su tiksliniais dydžiais- koks turėtų būti siekiamas AKS, cholesterolio lygis, gliukozės koncentracija. Tikslų žinojimas padeda efektyviau naudotis profilaktikos priemonėmis, vartoti gydytojo paskirtus vaistus, sekančio apsilankymo pas gydytoją metu įvertinti rezultatus.

AKS nuolat tikrinama 84 proc. respondentų, cholesterolio koncentracija -74 proc., gliukozės koncentracija – 64 proc., gliukuoto hemoglobino (HbA1C) – 13 proc. respondentų.

Paprašius nurodyti, kokio dydžio išvardinti rodikliai buvo nustatyti paskutinio sveikatos priežiūros specialisto atlikto ištyrimo metu, savo AKS nurodė 87 proc. respondentų. Turėdami galimybę patys pasimatuoti AKS, dauguma respondentų žino savo kraujospūdį. Tačiau duomenis apie esamą cholesterolio ir gliukozės koncentraciją kraujyje pateikė tik ketvirtis respondentų – atitinkamai 26 proc. respondentų pateikė duomenis apie cholesterolio koncentraciją, 25 proc. žinojo gliukozės koncentraciją kraujyje. Pastarąją ypač svarbu žinoti sergantiems cukriniu diabetu. Sergantiems CD pacientams taip pat svarbu žinoti gliukuoto hemoglobino procentinį dydį. Tačiau šio rodiklio dydžio negalėjo pasakyti nei vienas respondentas.

Pacientų pateikti duomenys rodo jų žinias ir domėjimąsi savo sveikatos būkle. Kraujospūdžio rodiklis yra daugeliui žinomas ir suprantamas interpretuoti, tačiau savo laboratorinių tyrimų duomenų respondentai pasakyti ar pakomentuoti neturi pakankamai žinių, nes negauna pakankamai informacijos arba isimena tik bendrus teiginius apie gerus arba pablogėjusius tyrimo rezultatus, neįvardijant konkrečių dydžių.

Tikslinius AKS ir laboratorinių tyrimų dydžius nurodė panašus kiekis pacientų. Galima daryti išvadą, kad turintys informaciją apie tyrimų rezultatus pacientai žino, kaip rezultatus interpretuoti, kokių tikslų siekti, kad būklė gerėtų.

Tikslinį AKS nurodė 81 proc. respondentų, 25 proc. nurodė, koks yra jų siekiamas cholesterolio lygis, 27 proc. nurodė, kokia gliukozės koncentracija užtikrintų gerą jų savijautą.

15 proc. respondentų nurodė, kad siektinas jų sistolinis AKS – 140 mmHg ir didesnis. Tai nėra teisinga nuostata, tokį AKS būtina siekti sumažinti. Dauguma respondentai kaip tikslinį AKS nurodė idealų AKS lygį (120/80 mmHg), kuris ne visada lengvai pasiekiamas ypač vyresniame amžiuje.

Visų respondentų nurodyto tikslinio sistolinio AKS vidurkis 126,3 mmHg (+/-9,6) yra optimalus dydis. Tikslinis diastolinio AKS vidurkis, apskaičiuotas pagal respondentų atsakymus, yra 81,2 mmHg (+/-4,9). Tai taip pat optimalus dydis. Taigi, dauguma pacientų, kurie žino tikslinį AKS lygį, siekia normalaus kraujospūdžio.

Esamą cholesterolio lygį nurodę respondentai susiduria su lipidų apykaitos sutrikimais. Bendrojo cholesterolio koncentracijos vidurkis - 5,53 mmol/l (+/- 1,2).

Respondentų nurodytos tikslinės cholesterolio koncentracijos vidurkis – 4,88mmol/l (+/- 0,63). Normali cholesterolio koncentracija – mažesnė nei 5 mmol/l, taigi nurodyta teisinga tikslinė koncentracija. Tačiau atsakiusių respondentų skaičius labai mažas (tik ketvirtadalis apklaustųjų), todėl rezultatų patikimumas nėra griežtas.

Tikslinės gliukozės koncentracijos vidurkis, kurį nurodė respondentai - 5,9 mmol/l (+/- 1,2). Tai optimalus siekis, kuris užtikrintų CD kompensavimą bei normalią angliavandenių apykaitą.

Apibendrinant galima teigti, kad dauguma respondentų žino tikslinį AKS, tačiau tik nedaugelis žino laboratorinių rodiklių tikslinius dydžius. Tačiau respondentai, pateikę informaciją apie savo sveikatos rodiklių tikslinius dydžius, juos nurodė teisingai.

Gyvenimo būdo pokyčiai. Profilaktinių priemonių taikymas KŠL sergantiems pacientams numatytas Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintoje Krūtinės anginos diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikoje. Pacientui privaloma suteikti informaciją apie mitybos korekciją, kūno svorio sumažinimą, fizinio aktyvumo didinimą.

Patarimai keisti mitybą ir rašytinė medžiaga ta tema padeda pacientams pakeisti savo mitybos įpročius, domėtis sveikos mitybos principais. Sveika mityba padeda sumažinti kūno svorį, sumažinti cholesterolio koncentraciją kraujyje, mažinti AKS. Taisyklingos mitybos įpročių derinimas su fizinio aktyvumo padidinimu yra veiksmingiausios CD ir metabolinio sindromo profilaktikos priemonės [12, 32, 33].

Tyrimo metu užduoti klausimai apie konkrečius nurodymus, ką reiktų keisti mityboje.

Respondentai teigė, kad sulaukė patarimų sumažinti vartojamos druskos kiekį (mažiau sūdyti maistą ar visai jo papildomai nesūdyti), sumažinti riebaus maisto vartojimą (mažiau valgyti riebios mėsos, pasirinkti neriebius pieno produktus, troškinti maistą garuose, be ne kepti), pakeisti vartojamų riebalų tipą (maisto ruošimui vartoti aliejus, kurie yra polinešiočiųjų riebalų rūgščių šaltinis), sumažinti kalorijų kiekį (valgyti mažiau bei vengti kaloringo maisto- mažiau riebalų, saldžių produktų), daugiau valgyti daržovių ir vaisių (kuriuose gausu vitaminų, skaidulinių medžiagų, ląstelienos), daugiau valgyti žuvies ypač riebios (omega polinesočiųjų riebiųjų rūgščių šaltinis), mažinti cukraus ir alkoholio kiekį.

Dauguma respondentų (50 – 75 proc.) buvo informuoti apie tokių mitybos pakeitimų būtinybę, nes tai padėtų pagerinti sveikatos būklę ir savijautą. Daugiausia apklaustųjų žinojo, kad būtina mažiau vartoti riebalų, druskos, keisti riebalų tipą, mažiau vartoti cukraus (daugiau nei 60 proc. respondentų teigė gavę tokias žinias). Šiek tiek mažiau nei pusė respondentų žinojo, kad reikia valgyti žuvies (56 proc.), ypač riebios (49 proc.). Pacientai geriau išsiminė draudžiamus produktus, nei rekomenduotinus, išskyrus rekomendaciją valgyti daugiau vaisių ir daržovių.

Svorio mažinimo problemai skirta mažiau dėmesio: apie svorio mažinimo būdus informuota mažiau pacientų: 48 proc. respondentų buvo patarta laikytis dietos rekomendacijų, siekiant sumažinti svorį, 28 proc. buvo informuoti apie mankštos pratimų naudą, 5 paskirti svorį mažinantys vaistai. Mitybos korekcija buvo vertinama ankstesnių klausimų grupės.

Fizinio aktyvumo padidrinimo problema spręsta patariant daryti mankštą namuose (41 proc. apklaustųjų), didinti kasdieninį aktyvumą (40 proc.), lankytis sporto klube (5 proc.), prisijungti prie bendruomenės pasivaikščiavimo grupės (5 proc.). Daugiau dėmesio skiriama fizinio aktyvumo didinimui namuose, negu kitose įstaigose – klube ar bendruomenės grupėje. Namuose, įprastoje aplinkoje lengva atlikti pratimus, pavargus pailsėti. Kita vertus bendruomenės grupė būtų naudinga tarpusavio bendravimui, pasidalinimui patirtimi, jei kartu aktyvia fizine veikla užsiima grupė žmonių, kurie susiduria su ta pačia sveikatos problema. Be to bendravimas padeda žmonėms nesijausti vienišiams, išvengti nerimo ir depresijos epizodų. Sunkumas tas, kad bendruomenės slauga nėra tinkamai organizuota, todėl nėra pakankamai iniciatyvų organizuoti tokius žmonių grupių renginius.

Respondentai, ypač dalyvavę reabilitacijos programoje sveikstant po ligos ūmaus periodo yra supažindinti su kasdieninės mankštos pratimais ir įgudę juos daryti namuose. Taip pat aktyvi kasdieninė veikla atliekant buitinius darbus namuose, ilgesni pasivaikščiavimai prisideda prie fizinio aktyvumo padidrinimo ir taip užtikrina aktyvią gyvenimą.

Neužtenka vien tik gauti patarimus iš sveikatos priežiūros specialistų. Reikia noro ir galimybių juos pritaikyti namuose kasdieniniame gyvenime, juos įgyvendinti nuolat ir aktyviai, kad būtų užtikrintas norimas rezultatas.

Jau buvo aptartas pacientų metimo rūkyti pasirinkimas, susirgę KŠL pacientai atsisakė rūkymo (32 proc.) arba sumažino jo apimtį (12 proc. visų respondentų) - sumažino cigarečių kiekį ir tikisi, kad pavyks visai atsisakyti šio įpročio.

Mitybos įpročius pagal gautus praktinius nurodymus pakoregavo: druskos, alkoholio ir riebalų vartojimą sumažino 80 proc. respondentų, riebalų tipą pakeitė ir kalorijų kiekį sumažino beveik 60 proc., daugiau vaisių vartoja 70 proc., daugiau žuvies vartoja 64 proc. respondentų, 47 proc. vartoja daugiau riebios žuvies, 77 proc. sumažino vartojamo cukraus kiekį.

Didžioji dauguma respondentų (visais atvejais - daugiau kaip 50 proc.) pasinaudojo sveikos mitybos patarimais ir sėkmingai juos įgyvendina kasdieninėj veikloj. Šie tiek mažiau nei 50 proc. respondentų vartoja riebios žuvies, galbūt todėl, kad tai nėra labai įprastas produktas mūsų šalyje, kuriuo nauda nėra plačiai akcentuojama.

Svorio mažinimo tikslu dietos laikosi 44 proc. respondentų (jie labiau linkę pabrėžti, kad mitybos pokyčiai siekia pagerinti širdies būklę, mažinti cholesterolio koncentraciją kraujyje, bet ne mažinti svorį) 24 proc. reguliariai stengiasi palaikyti aktyvų gyvenimo būdą, 1 proc. vartoja gydytojo paskirtus vaistus svoriui mažinti.

Fizinio aktyvumo didinimui 48 proc. respondentų mano, kad pakankamas fizinis aktyvumas namuose ir kitose vietose padeda sporto ir mankštos pratimų poreikį, todėl papildomai nesportuoja, tik užsiima buitine, sodo darbais. 24 proc. respondentų reguliariai mankštinaisi taikydami specifinius išmokus pratimus, 1 proc. lankosi klube ir ten sportuoja, 4 proc. pasirenka ilgesnės trukmės pasivaikščiojimus.

Fizinis aktyvumas šiek tiek mažiau populiarus respondentų tarpe, nei mitybos korekcija, tačiau norintys padidinti fizinį aktyvumą gali surasti alternatyvių būdų tai padaryti.

Kiti komentuoja literatūros šaltiniai, daugelyje šalių yra tokia situacija- teorinės žinios ir praktika yra šiek tiek nutolusios, t.y. gavę patarimus pacientai ne visuomet jais pasinaudoja [17]. Tą lemia seni įpročiai, kurių sunku atsisakyti, ribotas imlumas ir suvokimas naujos informacijos svarbos, sunki fizinė būklė, ekonominiai sunkumai, socialinė izoliacija. Tačiau šio tyrimo atveju dauguma pacientų ne tik gauna sveikatos priežiūros specialistų patarimus, bet ir patys domisi gyvenimo pokyčiais, todėl ne visada yra atitrūkimas tarp gaunamų ir panaudojamų praktiškai žinių.

Patarimus sveikos gyvenimo klausimas daugiausia suteikia BPG - 53 proc. apklaustųjų tai patvirtino.

34 proc. apklausojų dalyvavusių asmenų nurodė, kad sveikos gyvensenos klausimais domisi patys- skaitos knygas, žurnalus, žiūri TV, klauso artimųjų patarimų. Iš terapeuto informacijos sulaukia 10 proc. apklaustųjų. Endokrinologas pataria 9 proc. apklaustųjų, sergančių diabetu. Slaugytojos informaciją suteikė 5 proc. respondentų. Dalinai dėl to, kad nėra plačiai organizuota bendruomenės slauga, nukenčia slaugytojo kaip mokytojo ir profilaktikos įgūdžių ugdytojo vaidmuo.

Kiti autoriai taip pat pabrėžia slaugytojų vaidmenį vykdant ligų prevenciją pirminės sveikatos priežiūros grandyje [4, 17], ypač vertinant pacientų mitybos įpročius ir teikiant konsultacijas prevencijos klausimais. Tai yra ekonomiškai naudingas profilaktikos būdas, tačiau jo efektyvumą riboja laikas, kurį slaugytoja skiria mitybos įvertinimui, kadangi konkrečiam įvertinimui trumpo vien pokabio neužtenka [17].

47 proc. respondentų dalyvavo reabilitacijos programoje ir turėjo galimybę pasinaudoti jos teikiama sveikatinimo programa. 88 proc. dalyvavusiųjų teigia, kad tai buvo naudinga ir svarbu sveikatos gerinimui bei mokymui, kaip adaptuotis gyventi su širdies liga ir kontroliuoti rizikos faktorius.

37 proc. respondentų patvirtino, kad naudinga buvo rytinė mokomoji mankšta, kadangi rytinis fizinis aktyvumas padidina tonusą, pagerina nuotaiką. 51 proc. respondentų buvo naudingos mokomosios sesijos / sveikatos skatinimo programa. Šios programos pasėkoje 5,9 proc. respondentų sugebėjo mesti rūkyti, dietos modifikavimas / svorio mažinimas padėjo sumažinti svorį 45 proc. respondentų ir suteikė žinių. Net 70 proc. dalyvavusiųjų reabilitacijoje pripažino, kad naudinga buvo specialisto prižiūrima mankštos programa, kuri padėjo atstatyti fizinio aktyvumo lygį. 43 proc. respondentų naudinga buvo streso modifikavimas, relaksacija, psichologinės pagarbos seansai, kurių metu išmokstama atsipalaiduoti, nusiraminti, teigiamai vertinti gyvenimo įvykius. 23 proc. respondentų nurodė kitą naudą – tai vandens procedūras, masažus, kurie pagerino bendrą savijautą.

Reabilitacijos programoj dalyvavo tik 56 proc. respondentų, ji buvo naudinga 88 proc. dalyvavusiųjų. Mokymo programa modifikuoti rizikos faktorius, mankšta, psichologinė pagalba neabejotinai pagerino savijautą, suteikė pakankamai žinių ir galimybes jomis pasinaudoti kasdieniniame gyvenime.

Vaistų vartojimas ligos pasekmių gydymui ir profilaktikai labai svarbus.

97 proc. respondentų vartoja gydytojo paskirtus vaistus KŠL antrinei profilaktikai. Yra 4 pagrindinės vaistų grupės, rekomenduojamos antrinei širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikai: beta adrenoblokatoriai, angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriai, antitromboziniai vaistai, statinai [31].

Įvertinus apklausos duomenis, galima teigti, kad beta adrenoblokatoriai (juos vartojo 80 proc respondentų), angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriai (66 proc.) ir antitromboziniai vaistai (49 proc.) yra dažnai vartojami sergančių KŠL, derinant tarpusavyje ir su kitais vaistais (skirtais mažinti AKS, gydyti cukraligei, aritmijai ir kt.). Statinų vartojimas nėra paplitęs, remiantis tyrimų duomenimis [31], jie vartojami nepakankamai. Šiuo atveju juos vartojo 15 proc. respondentų.

Vartojant didesnę kiekį vaistų kyla ne tik šalutinio jų poveikio dažnesnis pavojus, bet taip pat tikimybė vaistus pamiršti išgerti ar netinkamai pasirinkti jų dozę.

Net 45 proc. respondentų pamiršta išgerti vaistus, nors tai būna reti užmiršimo atvejai. 10 proc. respondentų tai pasitaiko dažnai dažnai. Jiems pagalbą suteikia namiškiai ar kita priminimo priemonė (užrašai, vaistų dėžutės), primenanti laiku išgerti reikiamus vaistus.

35 proc. respondentų linkę retkarčiais pakoreguoti vaistų dozes – geriau pasijutus gerti vaistų mažiau, esant blogai savijautai – kiekį padidinti. 7 proc. respondentų tai daro dažnai.

Tai nėra gera praktika, nes tik nuolatinis gydytojo paskirtų vaistų vartojimas nurodytomis dozėmis užtikrina reikiamą terapinį efektą ir duoda rezultatus. Svarbu pacientus mokyti tinkamai vartoti paskirtus vaistus, aiškiai paaiškinti kaip ir kokius vaistus gerti, įteikti raštišką atmintinę, ypač jei tenka vartoti didesnę vaistų kiekį.

Objektyvūs matavimai: kūno masės indekso įvertinimas aptartas prie mitybos įvertinimo. Apibendrinant galima konstatuoti, kad normalus kūno svoris būdingas tik 12 proc. respondentų. 49 proc. respondentų vargina viršsvoris, o 39 proc. – skirtingo laipsnio nutukimas. Norint pasiekti gerų gydymo ir prevencijos rezultatų būtina stengtis sumažinti kūno svorį, ypač esant I, II ir III laipsnio nutukimui.

Kraujospūdžio matavimas ir apskaičiuota vidutinė AKS reikšmė (144,7 mmHg (+/-20,8)) parodė, kad daugumą tiriamųjų vargina arterinė hipertenzija. Vidutinis apskaičiuotas dydis atitinka I laipsnio hipertenziją. Tačiau duomenų išbarstymas gana didelis, nes nustatytas AKS įvairus. 39 proc. respondentų jis mažesnis, nei 140mmHg, tačiau kitais atvejais jis viršija 140 mmHg. Išmatuoto diastolinio kraujospūdžio vidurkis - 85,8mmHg (+/- 11) – pagal leistinus normatyvus atitinka didžiausią leistiną normą. 36 proc. atvejų jis viršija aukščiausią leistiną 90 mmHg ribą.

Taigi įvertinus esamą AKS dydį galima daryti išvadą, kad tiriamuosius vargina arterinė hipertenzija. Reikalingas tinkamas gydymas bei kitos priemonės, kurios padeda mažinti AKS-tinkama mityba, adekvatus fizinis aktyvumas, paskirtų vaistų vartojimas, nuolatinė sveikatos priežiūros specialisto priežiūra ir kontrolė.

Palyginus respondentų nurodytą AKS lygį, kurį jie pateikė apklausos metu ir pamatavus realų AKS matosi akivaizdus vidurkių skirtumas. Įvertinus statistiniais metodais (Studento kriterijus)

matoma, kad yra patikimas skirtumas tarp nurodyto ir įvertinto sistolinio AKS lygio, o diastolinis AKS skiriasi nereikšmingai.

Respondentai pateikė netikslius duomenis apie AKS dydį arba tyrimo metu buvo jautė nerimą ir įtampą, todėl sistolinis AKS padidėjo. Kitų literatūros šaltinių duomenys nevienareikšmiški. AKS tyrimo metu priklauso nuo daugelio skirtingų faktorių: paciento fizinės ir psichologinės būsenos, paros laiko, aplinkos, kurioje yra pacientas faktorių. Galimi įvairūs AKS svyravimai, todėl siekiant juo eliminuoti, tyrimo metu būtina AKS matavimo procesą kaip galima labiau standartizuoti [34].

Įvertinus lipidų apykaitos rodiklių duomenis ir apskaičiavus jų vidurkius galima įvertinti esamus lipidų apykaitos sutrikimus ir reikiamų intervencijų sritis.

Bendrojo cholesterolio koncentracijos kraujyje vidurkis – 5,41 mmol/l (+/- 1,24);

MTL cholesterolio 3,79 mmol/l (+/- 0,97);

DTL cholesterolio 1,2 mmol/l (+/- 0,3);

TG 1,8 mmol/l (+/- 0,77).

Nustatyta bendrojo cholesterolio koncentracija artimai atitinka pacientų nurodytų duomenų vidurkį. Bendrojo cholesterolio koncentracija padidėjusi. Sergantiems širdies bei kraujagyslių ligomis ir diabetu bendrojo cholesterolio koncentracija turėtų būti mažesnė nei 4,5 mmol/l.

Nustatyta MTL cholesterolio koncentracija taip pat padidėjusi - sergantiems širdies bei kraujagyslių ligomis ir diabetu bendrojo cholesterolio koncentracija turėtų būti mažesnė nei 2,5 mmol/l.

DTL cholesterolio koncentracija atitinka normos ribas (daugiau nei 1,0 mmol/l (vyrams) ir 1,2 mmol/l (moterims)). Tačiau tai ribinė normali vertė, kuri optimaliai geriau būtų didesnė.

TG koncentracija nežymiai padidėjusi, nes normali TG koncentracija sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis bei diabetu turėtų būti mažesnė nei 1,7 mmol/l.

Taigi lipidų apykaita yra koreguotina keičiant gyvenimo būdo įpročius, vartojant gydytojo paskirtus vaistus lipidų apykaitos sutrikimams šalinti.

Įvertinta gliukozės koncentracija kraujyje ir jos vidurkis – 6,48 mmol/l (+/- 2,4). Tai normali gliukozės koncentracija, CD sergančiųjų gliukozės apykaita kompensuota ir stabili, nors apklaustųjų tarpe nustatyti ir hiperglikemijos atvejai.

Įvertinta gliukozės koncentracija nedaug skiriasi nuo respondentų nurodyto dydžio, tačiau skirtumas nėra statistiškai patikimas.

Labai svarbi respondentų **psichologinė** būklė, kuri tyrimo metu vertinta HADS skalės pagalba.

Širdies ligomis dažniau serga įsitempę, konfliktiški, skubantys, stresus patiriantys žmonės. Nervinė įtampa skatina streso hormonų išsiskyrimą, trikdo kraujotaką, širdies veiklą. Depresija viena iš KŠL rizikos faktorių. Jos varginamiems žmonėms dažniau įvyksta miokardo infarktas ir netgi staigi mirtis [2].

Kaip rodo HADS klausimyno nerimą vertinančios dalies rezultatų pasiskirstymas, 64 proc. respondentų nerimo nejaučia ar jaučia nežymų nerimą, adekvatų jų būklei, kuris vertinamas kaip norma; 17 proc. išgyvena lengvą lygio nerimą, o 14 ir 5 proc. respondentų vargina atitinkamai vidutinio lygio ir sunkus nerimas.

HADS klausimyno depresijos skalės rezultatų vertinimas parodo, kad 62 proc. respondentų nevargina depresinės nuotaikos, 26 proc. išgyvena lengvos depresijos periodą, 12 proc. respondentų - vidutinio lygio depresiją. Sunkios depresijos respondentų tarpe nenustatyta.

Ligos paūmėjimas, ligoninės aplinka, ribotas mobilumas, baimė dėl savo sveikatos gali sukelti nerimą, kurį įveikti padeda bendravimas, mankštos pratimai, atsipalaidavimo pertraukėlės, mėgstami užsiėmimai.

EOROQOL 5D klausimynas suteikia galimybę nustatyti, kaip respondentai vertina sveikatos įtakotą gyvenimo kokybę. Vidutinis nustatytas balas – 0,70. Kuo šis balas artimesnis 1.00 tuo geresnis gyvenimo kokybės vertinimas, nes 0 balų reiškia blogiausią sveikatos būklę, o 1.00-geriausią. Šio balo reikšmę įtakoja respondentų sugebėjimas judėti be apribojimų, apsitarnavimas be sunkumų, galimybės užsiimti mėgstama veikla, kai jos neriboja pablogėjus sveikatos būkle, skausmo ar nerimo jausmo nebuvimas. Taigi galima teigti, kad respondentų sveikatos įtakota gyvenimo kokybė yra gera.

Paprašyti įvertinti savo sveikatos būklę respondentai ją įvertino skalėje nuo 0 iki 100 balų, įvertinimų vidurkis – 50,7 (+/- 18,9). Vidurkis parodo, kad respondentai vertina savo dabartinę būklę, kad yra per pusę tiek sveiki, kiek buvo iki ligos. Fizinio aktyvumo padidinimas, nerimo sumažinimas pagerintų fizinę ir psichinę sveikatos būklę.

SF-12 klausimynas gyvenimo kokybės klausimynas nustato fizinės ir psichinės respondentų sveikatos būklės įtakotą gyvenimo kokybę [35]. Fizinės sveikatos būklės vertinimo balo vidurkis – 35,2 (+/- 10,3) balo. Psichinės sveikatos būklės vertinimo balo vidurkis – 45,24 (+/- 11,6) balo. Galima teigti, kad fizinės sveikatos vertinimo balas yra patikimai mažesnis nei psichinės sveikatos. Fizinė sveikata blogina gyvenimo kokybės vertinimą, lėtinė negalia mažina savirūpą ir sugebėjimą atlikti norimą veiklą. Stabili dvasinė būseną užtikrina gerą pasitenkinimą gyvenimu ir sumažina neigiamą sveikatos vertinimą.

Nerimo, depresijos, gyvenimo kokybės vertinimo skalės patikimai koreliuoja tarpusavyje, tuo parodydamos, kad jų pagalba galima objektyviai įvertinti respondentų dvasinę būseną- nerimo,

depresijos periodus, nustatyti gyvenimo kokybės įvertinimą, kurį įtakoja fizinės sveikatos būklė bei emocijų pasaulis.

Teigiamos emocijos ir streso mažinimas turi įtakos sveikimo procesui, gyvenimo kokybės vertinimui. Pacientus būtina mokyti atsipalaidavimo metodų, adekvataus reagavimo į sudėtingas gyvenimo situacijas. Svarbu suteikti tinkamų žinių apie sveikatos būklę, ligą, jos eigą ir galimybę pačiam pacientui prisidėti prie rizikos faktorių šalinimo ir sveikatos būklės pagerinimo.

5. IŠVADOS

1. Daugumai koronarine širdies liga sergančių pacientų buvo suteiktos žinios apie rizikos faktorių korekcijos būtinybę, siekiant sumažinti pakartotinių susirgimų skaičių:
 - daugiausia sveikos gyvensenos patarimų yra susiję su mitybos korekcija, mažiau dėmesio skiriama fizinio aktyvumo didinimui ir viršsvorio mažinimui bei nutukimo problemos mažinimui, kuri vargina didžiąją dalį pacientų.
 - Sveikatos priežiūros darbuotojų suteikti sveikatos ugdymo patarimai įtakojo pacientų apsisprendimą: mesti rūkyti, rinktis taisyklingą mitybą, stengtis padidinti kasdieninį kasdieninį fizinį aktyvumą.
 - Dauguma pacientų turi pakankamai ir tikslių žinių apie kraujospūdžio matavimą, vertinimą ir kontrolę, žino tikslinio arterinio kraujospūdžio dydį, tačiau turi mažiau žinių apie laboratorinių tyrimų rodiklius (cholesterolio, gliukozės koncentraciją) ir jų siektinus dydžius.
 - Dalyvavimas reabilitacijoje ir išitraukimas į jos metu vykstančius mokymus teigiamai įtakoja pacientų žinias ir suteikia įvairiapusę naudą atgaunant fizinę ir dvasinę sveikatą po KŠL paūmėjimo.
2. 2/3 ištirtų pacientų nejaučia nerimo ar depresijos, 1/3 pacientų išgyvena nerimo, lengvos ar vidutinio lygio depresijos epizodus, kuriuos įtakoja fizinės sveikatos būklės pablogėjimas.
3. Pacientai, norėdami padidinti fizinį aktyvumą, pirmiausia renkasi intensyvesnę kasdieninę fizinę veiklą, nei sistemingą sportavimą ar mankštinimąsi, nes jaučia pablogėjusios fizinės sveikatos būklės sąlygotus apribojimus. Ilgesnės trukmės pasivaikščiojimai kompensuoja fizinio aktyvumo stoką, tačiau, norint sumažinti kūno svorį, jų nepakanka.
4. Pacientų sveikatos įtakojamos gyvenimo kokybės vertinimas yra pablogėjęs dėl blogos fizinės sveikatos būklės, tačiau psichinės bei emocinės sveikatos būklė yra vertinama geriau.
5. Slaugytojo vaidmuo informuojant pacientus apie širdies ir kraujagyslių ligų rizikos faktorių modifikavimą ir konsultuojat juos koronarinės širdies ligos profilaktikos klausimais yra nepakankamas, todėl tikslinga koreguoti slaugytojo veiklą ir pacientų mokymui skirti daugiau dėmesio.

6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Pacientų mokymas sveikos gyvensenos pagrindų, ligų prevencijos tikslais yra svarbi veiklos sritis, prisidedanti prie gyventojų sveikatos būklės gerinimo. Vadovaudama ir paaiškindama situaciją slaugytoja gali padėti pacientams suformuoti požiūrį į ligą, o tai pacientui padeda atgauti fizinę ir dvasinę pusiausvyrą, susitaikyti ir išmokti gyventi su liga.

Kasdieninėje praktikoje, pirminės sveikos priežiūros srityje ir klinikinėje praktikoje, slaugytoja susiduria su pacientais, turi galimybę įvertinti jų aplinką, juos veikiančius rizikos faktorius, įspėti apie jų modifikavimo būtinumą.

1. Užtikrinti slaugytojų dalyvavimą pirminėje širdies ir kraujagyslių ligų prevencijoje, kuri orientuota į sveikų žmonių, susiduriančių su padidinta rizika sirgti koronarine širdies liga mokymą apie rizikos faktorių modifikavimą. Tikslinga pirminę profilaktiką taikyti asmenims, kurie turi širdies ligomis sergančių artimųjų, susiduria su padidinto kraujospūdžio problema, viršsvoriu, cukriniu diabetu, hipodinamija ir kt.
2. Užtikrinti slaugytojų dalyvavimą antrinės prevencijos srityje, dirbant su širdies kraujagyslių ligomis sergančiais asmenimis, norint stabilizuoti ir po to atstatyti jų sveikatą. Mokyti pacientus suvokti savo būklę ir propaguoti sveiką gyvenseną.
3. Dirbti ne tik su atskirais asmenimis, bet ir su jų šeimomis, artimaisiais, kitomis pažeidžiamomis padidintos rizikos grupėmis, skatinant bendruomenės narių tarpusavio paramą.
4. Mokomąją medžiagą pateikti ne tik žodine forma, bet ir įteikti lankstinukus, spaudinius, skleisti informaciją masinės informacijos priemonių pagalba.
5. Organizuojant KŠL sergančių pacientų sveikatos mokymą, bendradarbiauti su kitais sveikatos priežiūros specialistais – dietologu, endokrinologu, kineziterapeutu, psichologu ir kt.

8. LITETRATŪRA

1. Mahan L. K., Escott-Stump S., Karuses' Food, Nutrition & Diet Therapy. 11 Edition, SAUNDERS, Elsevier, USA, 2004, 860 – 936.
2. Petrulionienė Ž., Mažinkime širdies ligų riziką. Vilnius, "Margi raštai", 2005. 138.
3. Harrington J., International perspectives. Unleashing the potential of Europe's nurses and midwives. A conversation with Dr Marc Danzon. Blackwell publishing, UK, International Nursing Review, official Journal of International Council of Nurses', Vol. 47, No 4, December 2000, 192 - 193.
4. Jessani, S., Watson, T., Cappuccio F. P., Prevention of cardiovascular disease in clinical practice: The joint British societies' (JBS 2) guidelines. UK, Journal of Human Hypertension, 2006, 1 – 5.
5. Grabauskas, V., Domarkienė, S. Aterosklerozės sukeltų ligų epidemiologinė situacija Lietuvoje. Vilnius: "Kardiologijos seminarai", 1 tomas, Nr. 2, 1995, 11- 19.
6. Assmann G., Lipid Metabolism Disorders and Coronary Heart Disease. Primary Prevention, Diagnosis and Therapy Guidelines for General Practice. Munich, Germany, MMV Medizin Verlag GmbH, 1993, 287.
7. Jairath N., Mitchell K., Childhood smoking: the research, clinical and theoretical imperative for nursing action. Blackwell publishing, UK, International Nursing Review, official Journal of International Council of Nurses', Vol. 50, No 4, December 2003, 203 – 214.
8. Andrews J. O., Heath J., Women and the global tobacco epidemic: nurses call to action. Blackwell publishing, UK, International Nursing Review, official Journal of International Council of Nurses', Vol. 50, No 4, December 2003, 215 – 228.
9. Stanikas, T. (1995). Rūkymo problema. Pagalba metančiam rūkyti. Vilnius: "Kardiologijos seminarai", 1 tomas, Nr. 2, 117- 124.
10. Lomborg K., N. Smith L., Spirig R., Obesity: a Threat to Health. How can Nursing Research Contribute to Prevention and Care? Bromma&Brolins,UK, 2007. 95.
11. Strazzullo P., Barbato A., Siani A., Diagnostic criteria for metabolic syndrome: a comparative analysis in an unselected sample of adult male population. Elsevier Inc., Metabolism Clinical and Experimental 2008: 57, 355 – 361.
12. Džekevičiūtė V., Metabolinis sindromas – auganti epidemija. Vilnius, UAB „A. Jakšto spaustuvė“, Kardiologijos aktualijos, 2005m. lapkritis, 14 – 16.

13. Cappuccio, P. F., Kerry, S. M., Adeyemo A., Body size and blood pressure. An analysis of Africans and the African diaspora, UK, Lippincot Williams & Wilkins, *Epidemiology*, 2008; 19: 38 – 46.
14. Oakeshott P., Kerry S., Austin A., Is there a role for nurse – led blood pressure management in primary care? UK, Oxford University Press, *Family Practice* 2003: Vol. 20, No 4, 469 – 473.
15. Klumbienė, J. Arterinė hipertenzija- visuomenės sveikatos problema. Vilnius, “Kardiologijos seminarai”, 5 tomas, Nr. 2, 1999. 7- 11p.
16. Babarskienė, R., Naujos antrinės prevencijos rekomendacijos, Kaunas, Išeminės širdies ligos aktualijos, 2006/ Nr. 4.
17. Cappuccio, F. P., Rink E., Perkins – Porras, L., Estimation of fruit and vegetable intake using a two – item dietary questionnaire: a potential tool for primary health care workers. UK, Medikal Press, *Nutrient metabolism and cardiovascular disease*, 2003, N 13, 12 – 19.
18. Cappuccio F. P., Salt and cardiovascular disease. UK, *British Medical Journal – BMJ*, Vol. 334, 2007, 859 – 860.
19. World Health Organization, Reducing salt intake in populations. Report of a WHO Forum and Technical meeting. WHO press, Switzerland, 2007, 59.
20. Oelbaum R.S., Thorn J. A., Chamberlain J. C., Lipoprotein lipase gene variation: association with ischaemic heart disease in type 2 diabetes. UK, *British Medical Journal – BMJ*, Vol. 334, 2007.
21. Stranges S., Cappuccio F. P., Prevention and management of hypertension without drugs. UK, Bientham science publishers, *Current Hypertension reviews*, 2007, 3, 182 – 195.
22. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Pocket Guidelines for Assesment and Management of Cardiovascular Risk. Switzerland, WHO, 2007. 32.
23. World Health Organization. Avoiding heart attacks and strokes : don't be a victim - protect yourself. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, France, 2005, 48.
24. Buscher A., Wagner L., Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health., Denmark, World Health Organization, 2005, 17 – 18.
25. Gerg G. V., Hedelin B., Sarvimaki A., A holistic approach to the promotion of older hospital patients' heath. Blackwell publishing, UK, *International Nursing Review*, official Journal of International Council of Nurses', Vol. 52, No 1, March 2005, 73 - 80.
26. International Council of Nurses, Code of Ethics for nurses. Imprimerie Fornara, Switzerland, 2006, 12.






27. . Oppe M., Rabin R., de Charro F., EQ – 5D User Guide, Ver. 1., UK, November 2007., 1 – 24.
28. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Sweeden, 2005, 15.
29. Pukėnas k., Sportinių tyrimų duomenų analizė *SPSS* programa, LKKA, Kaunas, 2005, 289.
30. Brodsky J., Habib J., Hirschfeld M., Long – Term care in developing countries. Ten case – studies. World Health Organization, Creative Publications, printed in China, 2003, 455 – 461.
31. Milvydaitė I., Lukšienė D., Šlapikienė B. ir kt. Antrinė išeminės širdies ligos profilaktika persirgus miokardo infarktu (medikamentinio gydymo įvertinimas remiantis anketinės apklausos duomenimis)./ Babarskienė M. R., Liukaitis V., Mačiulaitis R., Kaduševičius E., Pilvinienė R./ *Medicina*, Kaunas, 2007/ 43 (2), 131 – 135.
32. Lomba L., Growing up healthily: obesity and sedentarism prevention. Obesity: a Threat to Health. How can Nursing Research Contribute to Prevention and Care? Bromma&Brolins,UK, 2007, 65 – 69.
33. Hollman G., Living with risk factors for cardiovascular disease; the metabolic syndrome. Obesity: a Threat to Health. How can Nursing Research Contribute to Prevention and Care? Bromma&Brolins,UK, 2007, 87.
34. Dean S. C., Kerry, S, M., Cappuccio P. F., Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension, Oxford University press, Family Practice journal, 2007, 1- 4.
35. Krančiukaitė D., Rastenytė D., Jurėnienė K., Kauno populiacijos gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-12 klausimyną. *Medicina*, Kaunas, 2007; 43 (6), 501 – 507.

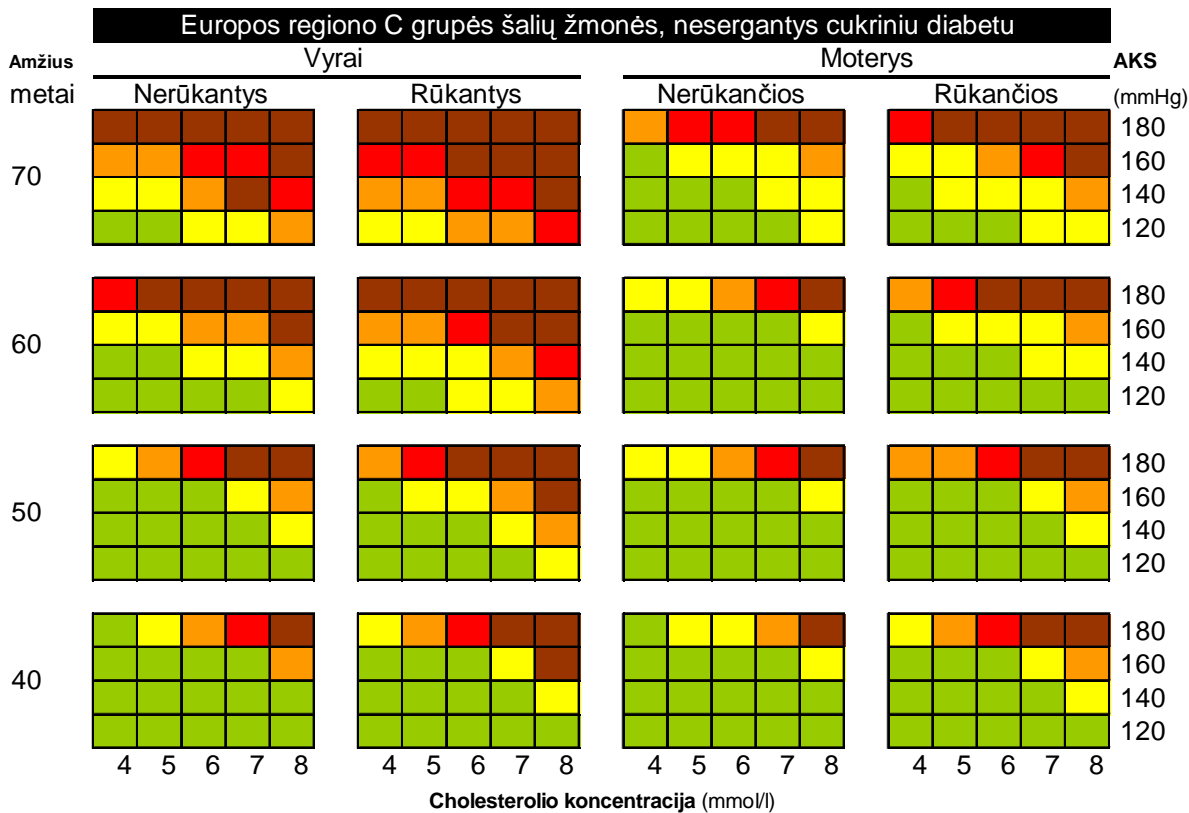
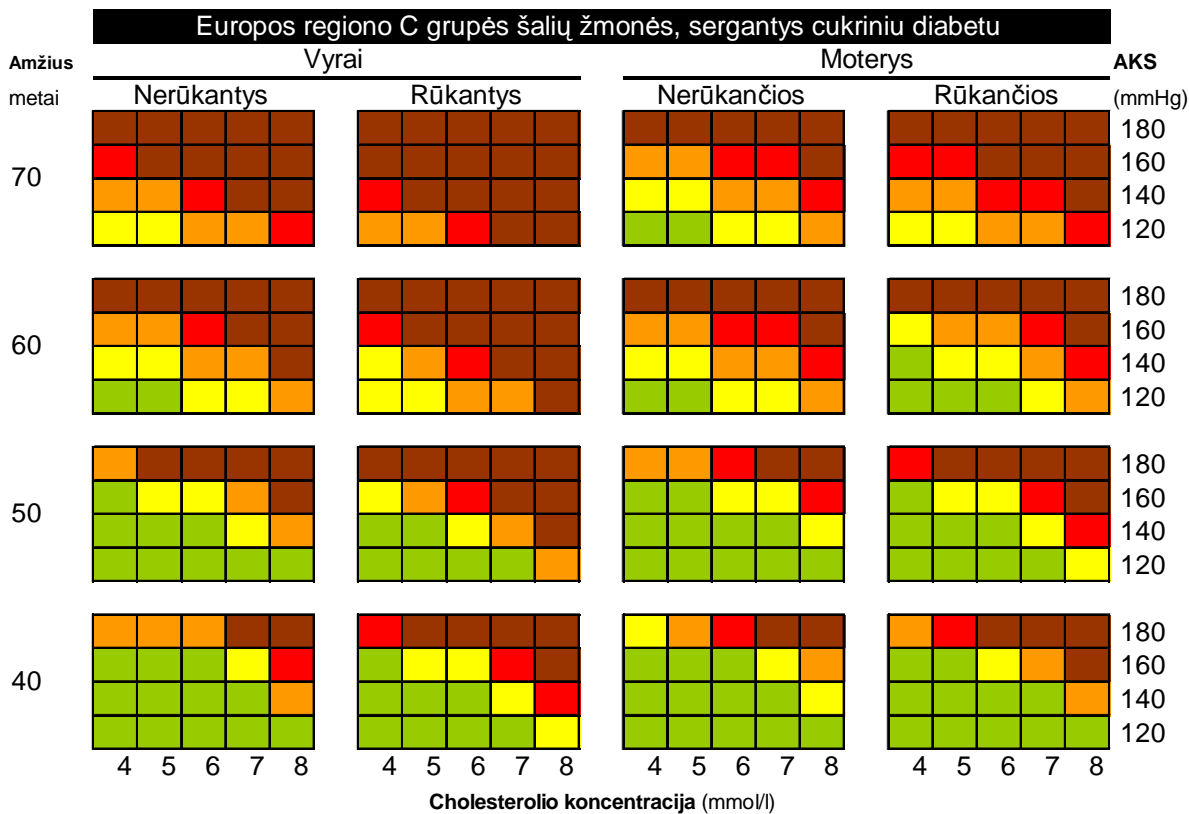
Kiti šaltiniai: Lietuvos statistikos informacijos centro duomenų bazės duomenys, pateikti centro tinklapyje www.lsic.lt

9. PRIEDAI

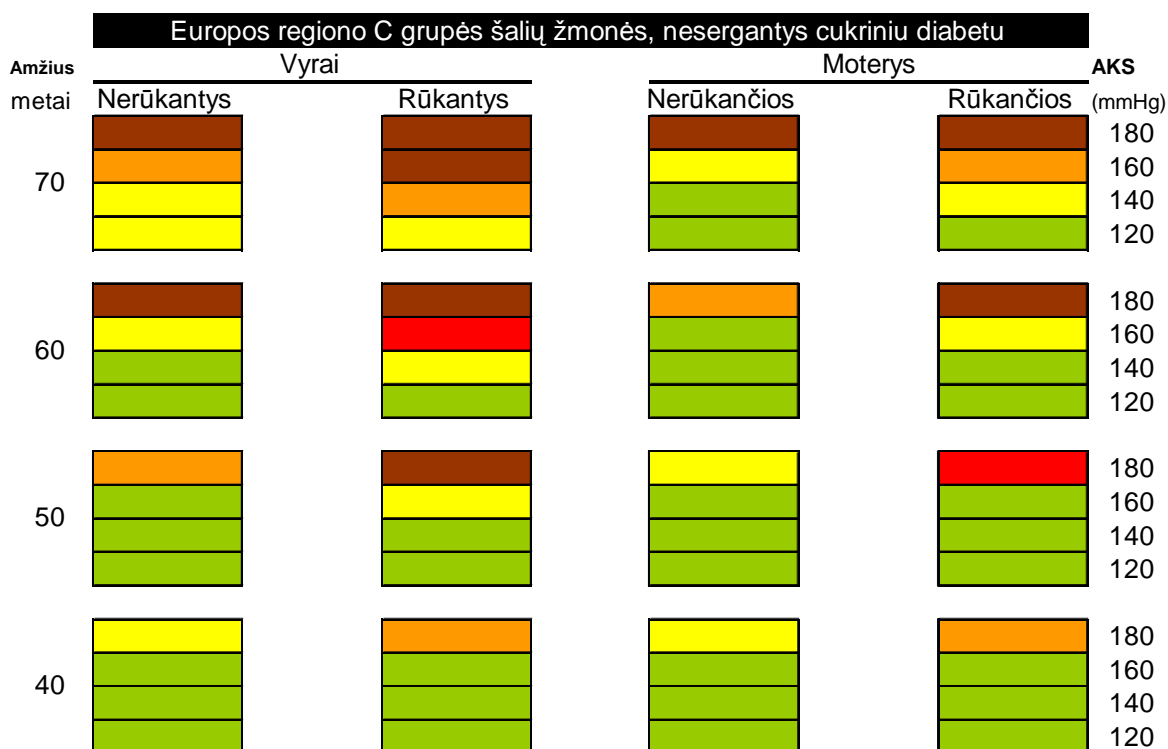
9.1 PRIEDAS. KORONARINĖS ŠIRDIES LIGOS RIZIKOS ĮVERTINIMO LENTELĖS (PSO)

Rizikos lygis įvertinamas atsižvelgiant į atitinkamą lentelės skilties spalvą.

	<10 %
	10 - <20 %
	20 - <30%
	30 - <40 %
	≥30%



33 pav. PSO parengtas rizikos numatymo grafikas, taikomas Europos regiono C grupės šalims. 10 metų rizika susirgti mirtina ar nemirtina širdies kraujagyslių liga, atsižvelgiant į lytį, amžių, sistolinį kraujospūdį, bendrą cholesterolio koncentraciją kraujyje, rūkymą bei cukrinį diabetą ar jo nebuvimą.



34 pav. PSO parengtas rizikos numatymo grafikas, taikomas Europos regiono C grupės šalims. 10 metų rizika susirgti mirtina ar nemirtina širdies kraujagyslių liga, atsižvelgiant į lytį, amžių, sistolinį kraujospūdį, rūkymą bei cukrinį diabetą ar jo nebuvimą. (Grafikas naudojamas PSO Europos regiono C grupės šalims tose įstaigose, kur NEGALIMA pamatuoti cholesterolio koncentracijos kraujyje)

Kiti priedai (9.2 – 9.6) pridėti prie baigiamojo darbo spausdinto varianto.