

**VILNIAUS UNIVERSITETAS  
MEDICINOS FAKULTETAS  
REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS**

Tvirtinu:  
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
Slaugos studijų programų komiteto  
pirmininkė prof., habil. dr. D. Kalibatiienė  
Data: 2007-05-31

Natalija Gorbačevskaja

**SERGANČIŲJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA GYVENIMO BŪDO  
VERTINIMAS**

**SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo vadovas:  
VU MF Reabilitacijos, sporto medicinos ir  
slaugos instituto prof., habil. dr. D. Kalibatiienė  
Darbo priėmimo data: 2007-05-15  
Vadovo parašas:

VILNIUS, 2007

## PADĖKA

Norėčiau nuoširdžiai padėkoti darbo vadovei, prof., habil. m. dr. D. Kalibatienei už dėmesį, kontrolę, už įkvėpimą dirbti ir stengtis.

Dėkoju Santariškių klinikos kardiologinės reabilitacijos skyriaus slaugos administratorei už praktinius patarimus organizuojant informacijos rinkimą ir apdorojimą.

Tai pat dėkoju skyrių personalui ir pacientams už kantrybę renkant duomenis.

## DARBO ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis mokslinis darbas atliktas 2006-2007 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute bei Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centre.

Darbo mokslinis vadovas – prof., habil. dr. Danutė Kalibatiėnė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto direktorė

Darbo recenzentai:

Prof., habil. dr. Vladas Vaičekonis, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas.

Doc., dr. Violeta Ožeraitienė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas.

Darbas apsvarstytas VU MF Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto Slaugos studijų centro posėdyje 2007-06-01.

Slaugos magistro baigiamasis darbas bus ginamas viešame Slaugos magistro darbų gynimo komiteto posėdyje, kuris įvyks 2005 m. birželio 07 d. 10 val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės salėje (Antakalnio 57). Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute (Antakalnio 57, Vilnius).

Slaugos magistro darbų gynimo komitetas:

Pirmininkė: prof., habil. dr. D. Kalibatiėnė

Nariai: prof., habil. dr. V. Vaičekonis

prof., habil. dr. J. Kalibatas

doc., dr. V. Ožeraitienė doc.,

doc., dr. A. Vingras

vyriaus. m. d., dr. I. Glemžienė

vyr. m. d., dr. Z. Kalpokaitė

dr. E. Kazėnaitė

E. Davydenko, socialinių partnerių atstovė

## SANTRAUKA

### SERGANČIŪJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA GYVENIMO BŪDO VERTINIMAS

Darbo autorė – Natalija Gorbačevskaja

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Mokslinis vadovas - prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto direktorė.

Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas

**Raktiniai žodžiai:** arterinė hipertenzija, arterinio kraujospūdžio matavimas, sveika gyvensena, arterinės hipertenzijos rizikos veiksniai, sergančiųjų arterine hipertenzija mokymas.

Pasaulyje ketvirtadalis gyventojų turi padidintą arterinį kraujospūdį. Lietuvoje statistika panaši. Arterinės hipertenzijos gydymas yra sistemingas ir ilgalaikis procesas, trunkantis visą gyvenimą. Reguliarus medikamentų vartojimas ir gyvenimo būdo korekcija yra arterinės hipertenzijos terapijos pagrindas.

**Tyrimo imtis.** Tyrime dalyvavo 152 sergantys arterine hipertenzija pacientai, kurie buvo hospitalizuoti į ligoninę dėl įvairių širdies – kraujagyslių sistemos sutrikimų. Tyrimas atliktas 2007 metais Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Kardiologiniame ir Nefrologiniame skyriuose bei Vilniaus universiteto Santariškių klinikų Kardiologinės reabilitacijos skyriuje.

**Tyrimo metodai.** Tyrimo metu buvo pritaikyti tokie metodai: antropometrinių duomenų nustatymas (kūno masės indekso skaičiavimas, pilviniam nutukimui nustatyti matuotos liemens ir klubų apimtys), anketinė apklausa. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinės analizės „SPSS for Windows 13.0” programinį paketą.

**Tyrimo rezultatai ir išvados.** Dalies ištirtų pacientų, sergančių arterine hipertenzija, pagrindinės gyvenimosi charakteristikos neatitinka sveikos gyvenimosi reikalavimų. Įvertinus mitybos įpročius, nustatyta, kad: 36 % respondentų nežinojo mitybos korekcijos svarbos, 53% pagrindinius mitybos principus žinojo per mažai, tokių rizikos veiksnių, kaip gausaus alkoholio, cukraus vartojimo, valgio gaminimo būdo, reikšmę arterinės hipertenzijos eigai ir kontrolei žinojo labai mažai apklaustųjų (1,1-3,4 %). Arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių tyrimo rezultatai parodė, kad ištirtiems pacientams buvo dažni pilvinis nutukimas, nustatytas

82,7 % moterų ir 79 % vyrų., rūkymas (36 % vyrų). Gyvenimo būdo įtaką ligos atsiradimui ir vystymuisi pripažino 61% respondentų, tačiau jų konstatuotos žinios apie arterinę hipertenziją ir gyvenseną yra nepakankamos. Ištyrus sergančiųjų arterine hipertenzija elgseną kontroliuojant arterinį kraujospūdį, nustatyta, kad 89% respondentų vartoja gydytojo paskirtus vaistus, tačiau tik 53% iš jų medikamentus vartoja sistemingai. 83% apklaustųjų teigė, turintys namie kraujo spaudimo matavimo aparatą, tačiau kiekvieną dieną arterinį kraujospūdį matuojasi tik kiek daugiau, kaip trečdalis apklaustųjų (39 %). Beveik 17%. respondentų matuojasi kraujospūdį tik tuomet, kai blogai jaučiasi. 30 % apklaustųjų nemoka teisingai interpretuoti kraujospūdžio matavimo rezultatų. Daugiausia žinių apie savo ligą sergantieji arterine hipertenzija gauna skaitydami mokomąją literatūrą (30 %), iš gydytojų. (20 %) ir mažiausiai iš slaugytojų (1,4 %). 12 %. žmonių nesidomi savo liga. 42 % sergančiųjų nesiruošia nieko daryti ateityje sprendžiant klausimus, susijusius su gyvenimo būdu. Trečdalis apklaustųjų teigė, kad slaugytojai dalyvauja, formuojant sveikos gyvensenos įgūdžius, tačiau pasitikėjimą jais pareiškė tik 1,4 % apklaustųjų.

## SUMMARY

### EVALUTION OF A LIFESTYLE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Author of work – Natalija Gorbachevskaja

Final work of the master of the nurse

The supervisor of studies – prof., habil. dr. Danutė Kalibatiėnė, director of Vilnius university

Medical faculty Rehabilitation, sport medicine and nurse department

**Keywords:** arterial hipertension, measuring of arterial pressure, healthy way of life, risk factors of arterial hipertension, education of patients with an arterial hypertension.

The quarter of the population of the planet has the raised pressure. Statistics is similar in Lithuania. Treatment of this disease is systemic and long proceeding process. Regular medicines use and lifestyle correction is the basis of an arterial hypertension therapy.

**Range:** For the statistical analysis 152 questionnaires are given. They have been hospitalized because various problems of cardiac-vascular system were occur. This research had been made in Vilnius city university hospital Cardiology and Nephrology sections and in Santarishkes clinics Cardiology rehabilitation section in 2007.

**Research methods:** During research such methods were used: anthropometrical data measuring (Body Mass Index, to detect the abdominal adiposity the volumes of waist and hips were measured), questionnaire. The statistical analysis of data has been made using „SPSS for Windows 13.0” program package.

**Results and conclusions of research:** At a part sick of an arterial hypertension the basic characteristics of a way of life mismatch a healthy way of life. We have studied habits of a feed and have established that: 36 % respondents did not know about importance of correction of a feed, 53 % knew too little, about such risk factors as alcohol, sugar abuse, cooking methods and how they influence on arterial hypertension development and control (1,1–3,4 %). Studying risk factors of arterial hypertension showed, that abdominal (android) types of obesity was revealed at 82,7 % women and 79 % men. 36,4 % men have admitted that smoke. Influence of a way of life on arterial hypertension development was confirmed with 61 % respondents, but their knowledge was low. Having studied behaviour sick of an arterial hypertension of supervision pressure we have established: 89 % patients have

specified that accept all medicines, which were prescribed by the doctor for arterial pressure treatment. But only 53 % patients accept medicines regularly.

83 % respondents have told that they have energometer to measure blood pressure at home, but only third of questionnaires (39%) measure blood pressure every day. 17% measure blood pressure only then they feel bad. 30 % are not able to interpret correctly the results of measure. 30% respondents have specified that they have received the information of their disease reading about it in press, 20% from the doctor. The nurse as a source of the information have specified only 1,4% respondents. 12 % respondents have told that they are not interested in their disease. 42 % respondents have told that they will not do anything about their life–style correction in future. Third of patients have confirmed, that nurses participate in skills formation of healthy way of life, but trust to them have stated only 1,4 % respondents.

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

- 1 lentelė Kūno masė vertinimas atsižvelgiant į KMI.
- 2 lentelė Pilvinio nutukimo vertinimas.
- 3 lentelė Respondentų pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių.
- 4 lentelė Respondentų pasiskirstymas atsižvelgiant į sergamumo trukmę.
- 5 lentelė Nuomonių pasiskirstymas apie gyvenimo būdo įtaką atsižvelgiant į lytį.
- 6 lentelė Pacientų žinios apie mitybos principus, sergant arterine hipertenzija, skaičių
- 7 lentelė Pacientų žinios apie mitybos principus, sergant arterine hipertenzija
- 8 lentelė Pacientų pasiskirstymas, atsižvelgiant į kūno svorį
- 9 lentelė Obuolio ir kriaušės tipo nutukimo dažnumas
- 10 lentelė Liemens apimties matavimo rezultatai
- 11 lentelė Pacientų fizinio aktyvumo vertinimas.
- 12 lentelė Sergančiųjų arterine hipertenzija rūkymo įpročiai
- 13 lentelė Pacientų kraujospūdžio matavimosi dažnis
- 14 lentelė. Pacientų nuomonė apie arterinio kraujospūdžio normą
- 15 lentelė. Pacientų nurodyti informacijos šaltiniai apie gyvenimo ypatumus sergant arterine hipertenzija.
- 16 lentelė. Pacientų nurodyti būsimi informacijos šaltiniai iškilus neaiškumams gyvenimo būdo klausimais



## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 pav. Pacientų nuomonė apie gyvenimo būdo įtaką
- 2 pav. Pacientų nuomonė apie galimą arterinės hipertenzijos paveldėjimą
- 3 pav. Pacientų atsakymai apie buvusios ir/ar esamus širdies - kraujagyslių ligų atvejus šeimoje
- 4 pav. Pacientų atsakymai į klausimą, ``Ar sergant arterine hipertenzija reikia koreguoti mitybos įpročius?``
- 5 pav. Pacientų nuomonių pasiskirstymas, ar padidėjęs kūno svoris gali provokuoti arterinės hipertenzijos atsiradimą ir vystimąsi
- 6 pav. Pacientų pasiryžimas mažinti svorį.
- 7 pav. Pacientų pasiskirstymas atsižvelgiant į KMI duomenis
- 8 pav. KMI dažniai
- 9 pav. Pacientų atsakymai į klausimą,`` Ar vartoja visus gydytojo paskirtus vaistus arterinei hipertenzijai gydyti?``
- 10 pav. Pacientų atsakymai į klausimą apie vaistų dozės praleidimą esant gerai savijautai
- 11 pav. Pacientų atsakymai į klausimą `` Ar turi namie kraujospūdžio matavimo aparatą? ``
- 12 pav. Pacientų atsakymai į klausimą: `` Ar šio skyriaus slaugytojos šneka su jumis apie būtinas gyvenimo būdo korekcijas sergant arterine hipertenzija? ``

## TURINYS

PADĖKA .....	2
DARBO ANOTACIJA .....	3
SANTRAUKA .....	4
SUMMARY .....	6
LENTELIŲ SĄRAŠAS .....	8
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS .....	9
TURINYS .....	10
ĮVADAS .....	11
I. LITERATŪROS APŽVALGA .....	14
1.1.1. Arterinės hipertenzijos ir metabolinio sindromo ryšys .....	16
1.1.2. Arterinės hipertenzijos vidiniai ir išoriniai rizikos veiksniai.....	17
1.3. Sveikatos švietimas .....	20
1.4. Sergančiųjų arterine hipertenzija sveikatos švietimas .....	22
1.5. Slaugytojų vaidmuo teikiant pacientams informaciją .....	24
1.6. Sergančiųjų arterine hipertenzija mokymas .....	25
1.7. Apibendrinimas .....	27
2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	29
3. TYRIMO REZULTATAI .....	32
4. REZULTATŲ APTARIMAS .....	46
5. IŠVADOS .....	50
PASIŪLYMAI .....	50
LITERATŪROS SĄRAŠAS .....	51
1 PRIEDAS .....	54
SERGANČIŲJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA ŽINIŲ APIE GYVENIMO BŪDĄ	
VERTINIMO ANKETA .....	54

## ĮVADAS

Arterinė hipertenzija – tai viena iš labiausiai paplitusių širdies – kraujagyslių sistemos ligų. Įvairiuose šalyse arterinės hipertenzijos paplitimas tarp vyresnio amžiaus žmonių siekia 15-25 %. Senstant populiacijai, arterinė hipertenzija dažnėja, o kartu pasireiškia jos grėsmingos komplikacijos. 85 % mirusiųjų nuo koronarinės širdies ligos buvo vyresni nei 65 metų amžiaus. Peržengus 55 gyvenimo metus insulto pavojus padvigubėja kiekvieną amžiaus dekadą. Dažniausia vyresnio amžiaus žmonių hospitalizacijos priežastis yra širdies nepakankamumas dėl ilgametės arterinės hipertenzijos. Todėl yra labai svarbu kontroliuoti arterinę hipertenziją, taikyti adekvatų medikamentinį ir nemedikamentinį gydymą.

Hipertenzija gydoma visą gyvenimą. Tačiau gali būti, kad nuolat gydant arterinę hipertenziją gali reikėti mažinti vartojamų vaistų dozes ar vaistų kiekį, ypač pacientams, kurie tiksliai laikosi gyvenimo būdo korekcijos priemonių. Gyvensenos pokyčiai laikomi esminiu profilaktikos ir gydymo komponentu kontroliuojant širdies – kraujagyslių ligas.

Gyvensena – tai įpročių ir papročių visuma, susidariusi, veikiami ir stiprinama socializacijos proceso per visą žmogaus gyvenimą. Gyvenseną sudaro daugelis veiksnių. Vienų įtaka sveikatai yra akivaizdi ir įrodyta, dėl kitų poveikio diskutuojama, tačiau negalima paneigti, kad jie visi sąveikauja tarpusavyje, arba stiprindami sveikatą, arba jai kenkdam. Žmogaus požiūris į sveikatą formuojamas socialinėje aplinkoje, todėl rūpintis ir stebėti gyventojų sveikatą tenka įvairioms organizacijoms, grupėms, net šalies vyriausybei. Tačiau negalima mažinti paties asmens atsakomybės už savo sveikatą.

Keičiant gyvenimo būdą, labai svarbios tampa žinios apie sveikatą palaikančią ir stiprinančią elgseną. Informacija apie savo ligos prigimtį, galimą gydymo ir gyvenimo būdo poveikį ligos eigai ir išeičiai, teikia žmogui pasirinkimo laisvę judėti ligos arba sveikatos gerovės linkme. Šiuolaikinis žmogus yra apsuptas gausybės informacijos. Informacija yra vienas iš gyvenimo elementų. Informacija paveikia žmogų valingai ir/arba jam visiškai to nesiekiant.

Šiandien populiari kalbėti apie gyvenseną. Beveik kiekviename laikraštyje, žurnale galima aptikti sveikatos patarimų. Televizija siūlo įvairiausias sveikatos laidas, kuriose nestokojama farmacinės reklamos bei bendro pobūdžio medicininės informacijos. Labai plačios yra Interneto galimybės, kur apstu medicininės informacijos, skirtos pacientams ir specialistams. Medicinos įstaigose, vaistinėse nemokamai dalijamos brošiūros ir informacijos lapeliai, informuojantys gyventojus apie ligų profilaktikos ir gydymo priemones bei gyvensenos korekcijos galimybes.

Informacijos siuntėjų yra labai daug, tačiau būtų naudinga sužinoti, kiek tų žinių pasiekia vartotojus. Tai padėtų kompleksiskai pažvelgti į esamas problemas. Sveikatos psichologai teigia, kad žmogaus sveikatos kitimams yra labai svarbus individualus elgesys ir motyvai. Šiomis teorijomis remiamasi visų lygių ir profilių sveikatos programose bei intervencijose, ypač sveikatos stiprinimo srityje. Todėl lemiamu veiksniumi laikomas paties žmogaus indelis į savo sveikatos potencialo kūrimą, kuris yra neatsiejamas nuo gyvenimo žinių.

**Darbo aktualumas.** Industrinėse šalyse arterinė hipertenzija diagnozuojama 15-25 % suaugusių gyventojų. Rytų Europos šalyse ši liga 2 kartus dažnesnė. Epidemiologiniai tyrimai parodė, kad Lietuvoje 1999 m. arterine hipertenzija sirgo 59 % 25-64 m. amžiaus vyrų ir 51 % tokio pat amžiaus moterų. Didelis sergamumas šia liga turi reikšmingas medicinines, socialines ir ekonomines pasekmes. Sergantieji arterine hipertenzija 7 kartus dažniau suseraga insultu, 6 kartus dažniau – širdies nepakankamumu, 4 kartus dažniau – koronarine širdies liga, negu to paties amžiaus gyventojai, neturintys padidėjusio kraujospūdžio.

Šios ligos gydymas yra sistemingas ir ilgalaikis procesas, trunkantis visą gyvenimą. Reguliarus medikamentų vartojimas ir atitinkama gyvenimo būdo korekcija yra arterinės hipertenzijos terapijos pagrindas. Pradinėse ligos stadijose ir esant mažam ar vidutiniam rizikos dydžiui prieš pradėdant medikamentinį gydymą rekomenduojama 6 – 12 mėnesių tik gyvenimo būdo korekcija ir stebėjimas.

Gyventojų sveikatos tyrimo statistika parodo, kad dauguma širdies – kraujagyslių ligų rizikos veiksnių yra labai paplitę - apie 40 % suaugusių turi antsvorio arba yra nutukę, 43,7 % vyrų rūko. Kadangi sergantieji arterine hipertenzija gyvybiškai svarbu koreguoti gyvenimą, todėl sveikatos priežiūros darbuotojų viena iš užduočių turėtų būti padėti užtikrinti pakankamą gyventojų žinių apie sveiką gyvenimą apimtį.

#### **Darbo tikslas:**

Ištirti ir įvertinti sergančiųjų arterine hipertenzija žinias apie gyvenimo būdą ir arterinės hipertenzijos rizikos veiksnius.

#### **Darbo uždaviniai:**

1. Įvertinti sergančiųjų arterine hipertenzija pagrindines gyvenimo charakteristikas.
2. Ištirti ir įvertinti sergančiųjų arterine hipertenzija pacientų arterinės hipertenzijos rizikos veiksnius.
3. Ištirti ir įvertinti sergančiųjų arterine hipertenzija žinias apie sveiką gyvenimą ir elgseną.
4. Nustatyti sergantiejiems arterine hipertenzija pagrindines žinių apie sveiką gyvenimą stokos priežastis ir netinkamos elgsenos priežastis.

5. Atskleisti slaugytojų vaidmenį sergančiųjų arterine hipertenzija pacientų sveiko gyvenimo būdo formavimo procese.

**Mokslinio darbo hipotezė:** Sergančiųjų arterine hipertenzija žinios apie sveiką gyvenseną per menkos, nepakankama gyvenimo būdo korekcijos motyvacija.

**Darbo charakteristika.** Tyrimas atliktas 2006-2007 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute. Darbo apimtis 55 puslapiai, jį sudaro 6 skyriai, 1 priedas (apklausos anketa), jis iliustruotas 12 paveikslais ir 16 lentelėmis.

## I. LITERATŪROS APŽVALGA

Lietuvos statistikos departamento duomenimis lėtinės ligos yra viena iš aktualiausių Lietuvos žmonių sveikatos problemų. Mūsų šalies gyventojų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų, kai kurių piktybinių navikų yra vienas didžiausių Europoje. Šios ligos ir jų atsiradimą skatinantys veiksniai yra labai paplitę šalyje. Lėtinės ligos būdingos vidutinio ir vyresnio (35 metų ir vyresni) amžiaus žmonėms. Dažniausiai pasitaikanti lėtinė liga – pirminė arterinė hipertenzija, kuria serga kas penktas šalies gyventojas [5].

### 1.1. Arterinės hipertenzijos apibūdinimas, paplitimas ir kontrolė

Arterinė hipertenzija (AH), kaip liga, diagnozuojama tik įrodžius, kad ji yra ilgalaikė, tai yra, jei kartotinai matuojant arterinį kraujospūdį (AKS), jis būna dėsningai arba nuolat padidėjęs. Trumpalaikis, nors kartais ir ryškus AKS padidėjimas sunkaus fizinio darbo, nervinės įtampos, streso metu yra normalus reiškinys. Susitarta, kad arterinės hipertenzijos diagnozė nustatoma tuomet, kai arterinis kraujospūdis stabiliai būna  $\geq 140/90$  mm Hg matuojant jį tris kartus ir daugiau intervalais iki vieno mėnesio [3].

Hemodinamiškai arterinio kraujospūdžio dydis priklauso nuo trijų pagrindinių komponentų: minutinio širdies tūrio, cirkuliuojančio kraujo kiekio ir periferinio arteriolių pasipriešinimo. Arterinio kraujospūdžio padidėjimą nulemia padidėjęs arteriolių tonusas, kurį valdo gausūs neurogeniniai, humoraliniai ir hemodinaminiai veiksniai, padidėjęs simpatinės nervų sistemos aktyvumas, renino-angiotenzino-aldosterono sistemos funkcinės pusiausvyros pokyčiai bei pakitusi arterijų endotelio funkcija.

Arterinė hipertenzija skirstoma į pirminę arterinę hipertenziją (apie 90-95%), kai nepavyksta nustatyti jos priežasties, ir antrinę arterinę hipertenziją (5-10 %), kuomet jos priežastis nustatoma, ir ligoniai gydomi chirurginiu ar medikamentiniu būdu.

Pagal Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) apibrėžimą, pirminė arterinė hipertenzija (PAH) yra nežinomos priežasties ilgalaikis arterinio kraujo spaudimo padidėjimas be pirminio kurio nors organo pažeidimo [9].

Antrinės arterinės hipertenzijos priežastys:

inkstų ligos (renalinė AH) – inkstų parenchiminės ligos (pielonefritai, glomerulopatijos), navikai, inkstų arterijų stenozė,

endokrininės ligos (endokrininė AH) – feochromocitoma, akromegalija, *Cushing-Conn* 'o sindromas, tirotoksikozė,

aortos ligos – aortos aterosklerozė, aortos koarktacija,

medikamentų (kontraceptinių, kortikosteroidų, nesteroidinių priešuždegiminių) vartojimas, piktnaudžiavimas narkotikais (kokainu, amfetaminu).

Pagal organų pažeidimo sunkumą arterinės hipertenzijos liga klasifikuojama į stadijas:

I stadija - nėra organų pažeidimų požymių,

II stadija – yra bent vienas iš šių organų pažeidimų požymių: generalizuotas ar židininis tinklainės arterijų susiaurėjimas, aterosklerozinės plokštelės aortoje, miego, klubo ar šlaunies arterijose, proteinurija, mikroalbuminurija, kairiojo skilvelio hipertrofija.

III stadija – yra įvairių organų pažeidimų komplikacijų:

Hipertenzinė kardiopatija (širdies pažeidimas): išeminė širdies liga - krūtinės angina, miokardo infarktas, širdies nepakankamumas;

Hipertenzinė encefalopatija (smegenų pažeidimas) – praeinantis smegenų išemijos priepuolis, insultas ir liekamieji reiškiniai po insulto, kraujagyslinė demencija;

Hipertenzinė oftalmopatija (akių dugno pažeidimas) – tinklainės hemoragijos ir eksudatai, regos nervo spenelio pabrinkimas;

Hipertenzinė nefropatija (inkstų pažeidimas) – mikroalbuminurija, eritrociturija, padidėjusi kreatinino koncentracija plazmoje, inkstų nepakankamumas;

Hipertenzinis kraujagyslių pažeidimas – sluoksniuojančioji aortos aneurizma, periferinių arterijų okliuzijos požymiai.

Pirminė arterinė hipertenzija paprastai pasireiškia po 30-ųjų gyvenimo metų, tačiau vis dažniau pasitaiko ir jaunesniems asmenims. Maždaug 74 % pacientų, kuriems yra arterinė hipertenzija, yra vyresnio amžiaus (daugiau negu 50 metų) pacientai, kuriems yra vyrauja sistolinė arterinė hipertenzija. Dažnai ji sunkiai kontroliuojama. Maždaug 26 % yra jaunesni pacientai, kuriems vyrauja diastolinė arterinė hipertenzija [8].

Labai svarbi yra efektyvi arterinės hipertenzijos kontrolė – medikamentiniu ir/ar nemedikamentiniu gydymu pasiekama, kad AKS būtų mažesnis nei 140 mm Hg sistolinis ir mažesnis nei 90 mm Hg diastolinis. Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad tik 26 % pacientų, vyresnių nei 60 metai, yra efektyviai kontroliuojamas arterinis kraujo spaudimas, o 75 metų ir vyresnių asmenų grupėje tik 17 % vyrų ir 21 % moterų [2]. Rusijoje atliktų tyrimų duomenys yra dar liūdniesni. Pažymėta, kad tik 46,7 % moterų ir 21,6 % vyrų, sergančių arterine hipertenzija, gydosi, o efektyviai - tik 17,5 % ir 5,7 % atitinkamai [1]. Tai gali būti aiškinama

ir tuo, kad vyresnio amžiaus žmonės turi ir kitų susirgimų, kurie apsunkina arterinės hipertenzijos eigą bei gydymą.

### ***1.1.1. Arterinės hipertenzijos ir metabolinio sindromo ryšys***

Pirminė arterinė hipertenzija dažnai būna kartu su taip vadinamosiomis metabolinėmis („gerovės“) ligomis – nutukimu, gliukozės netoleravimu arba II tipo diabetu, dislipidemija: MTL-cholesterolis  $>3$  mmol/l, ir/arba trigliceridai  $>1,7$  mmol/l, ir/arba DTL-cholesterolis  $<1$  mmol/l. Arterinė hipertenzija dažnai prasideda klimakterinio amžiaus moterims, pasireiškus endokrininiams pakitimams organizme [8].

Medicinos literatūroje vis dažniau sutinkamas terminas civilizacijos ligos. Jis reiškia ligas, atsirandančias dėl žmonių visuomenės, mokslo ir technikos vystymosi. Paprastai žmogui žala padaroma tais atvejais, kai krūvis organizmui yra pernelyg didelis, nesiimama apsaugos priemonių prieš sveikatą kenksmingus faktorius (informacinis perkrovimas, oro ir vandens teršimas, triukšmas, vibracija ir kita). Civilizacijos „pasiekimams“ galima priskirti tai, kad industrinėse visuomenėse gausėja arterinės hipertenzijos, išeminės širdies ligos ir miokardo infarkto, aterosklerozės, nutukimo, cukrinio diabeto, stresinių skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opų, navikinių susirgimų, vis naujų profesinių ir alerginių ligų.

Šiuo metu pasaulinėje mokslinėje literatūroje daug rašoma apie metabolinį sindromą, kuris jungia visą grupę rizikos veiksnių. Metabolinis sindromas – šiuolaikinės civilizacijos vaisius [8]. Arterinė hipertenzija yra vienas iš kelių metabolinio sindromo komponentų. Metabolinis sindromas yra pavojingas sveikatos sutrikimas, labai paplitęs civilizuotose šalyse. Yra įrodymų apie tiesiogines šio sindromo sąsajas su padidėjusia širdies – kraujagyslių ligų bei ankstyvos mirties rizika, be to, metabolinis sindromas susijęs su daugeliu kitų ligų ir sutrikimų [4]. Tikslios metabolinio sindromo sampratos dar nėra nustatyta. Prieš keturis metus (2001 m.) Nacionalinės cholesterolio švietimo programos (angl. *National cholesterol education program – NCEP*) ekspertai pasiūlė klinikinėje praktikoje lengvai pritaikomus ir pakankamai patikimus metabolinio sindromo diagnostikos kriterijus, kuriuose didžiausias dėmesys skirtas širdies – kraujagyslių ligų rizikos veiksniams. Pagal šį apibrėžimą, metabolinio sindromo diagnozei reikalingi trys ir daugiau iš šių rizikos veiksnių:

- Pilvinis nutikimas (liemens apimtis vyrų daugiau 102 cm, moterų daugiau 80 cm)
- Trigliceridų koncentracijos padidėjimas
- Didelio tankio cholesterolio koncentracijos sumažėjimas
- Arterinio kraujo spaudimo padidėjimas daugiau 130/85 mm Hg stulpelio.



- Gliukozės koncentracija nevalgius daugiau 6,1 mmol/l ( 2003 metais patikslinta daugiau 5,6 mmol/l [4, 27].

Pasaulinės sveikatos organizacijos apibrėžime rezistencija insulinui keliami kaip pagrindinė problema, o amerikiečių klasifikacijoje svarbesnis vaidmuo tenka antsvoriui [4].

Taigi, galime padaryti prielaidą, kad pacientams, sergantiems arterine hipertenzija, dažnai būna ir kitų aterosklerozės rizikos veiksnių. Šių veiksnių visuma gali būti apibūdinama kaip metabolinis sindromas, kurio patogenezėje pagrindinis vaidmuo tenka rezistentiškumui insulinui. Padidėjęs simpatinės nervų sistemos aktyvumas dar labiau pasunkina hemodinaminius ir medžiagų apykaitos sutrikimus.

### *1.1.2. Arterinės hipertenzijos vidiniai ir išoriniai rizikos veiksniai*

Kadangi dažniausiai konkreti padidėjusio kraujospūdžio priežastis nežinoma, tai manoma, kad pirminė arterinė hipertenzija yra genetikos ir aplinkos veiksnių tarpusavio sąveikos pasekmė [9].

**Genetiniai veiksniai.** Manoma, kad 60 % atvejų pirminė arterinė hipertenzija yra genetiškai nulemta dėl 17-os chromosomos angiotenziną konvertuojančio fermento geno mutacijų, taip pat ji yra susijusi su renino, angiotenzinogeno, endotelino-I ir kitais genais. Tam tikrų genų svarba ir tarpusavio sąveika dar neįrodyta, tačiau neabejotinai PAH yra poligeninė liga. Hipertenzija keletą kartų dažniau serga tie žmonės, kurių vienas ar abu tėvai sirgo AH. Kad genetiniai veiksniai kartais svarbesni už aplinkos, įrodė tyrimas, kuriame dalyvavusių biologinių brolių ir seserų kraujospūdis buvo panašesnis už įvaikintų, nors jie visi gyveno vienuose namuose su tais pačiais tėvais [9]. Teigiama šeiminė anamnezė yra patikimiausias ir svarbiausias hipertenzijos rizikos veiksnys. Su tuo faktu, kad arterinė hipertenzija gali būti paveldima, sutinka ir gydytojai, ir patys sergantieji. Neretai pacientai nurodo paveldimumą kaip pagrindinį ir nepriklausomą rizikos faktorių. Turi reikšmės taip pat konstitucinis tipas (hipersteninis).

**Aplinkos veiksniai.** Pirminę arterinę hipertenziją pasireikšti skatina ir prisidėję išoriniai veiksniai bei jų sąveika. Aplinkos veiksniai, skatinantys pirminės arterinės hipertenzijos atsiradimą: gyvenama - mitybos pobūdis ir šeimos mitybos įpročiai (gausus valgomosios druskos vartojimas, kalio, magnio, kalcio stoka maiste), piktnaudžiavimas alkoholiu, rūkymas, fizinis nejudrumas (hipodinamija), nutukimas; ypač pilvinio (visceralinio) tipo, psichinis stresas, bloga socialinė ir ekonominė padėtis, triukšmas, aplinkoje esantis švinas, arsenas, anglies disulfidas, varis, kadmis.

Atsitikus kokiai nors nelaimėi, susirgus žmogus dažnai ieško priežasčių, kodėl taip jam nutiko. Žmogui psichologiškai lengviau surasti išorines įvykių priežastis. Kaltas būna atsakingas ir įtemptas darbas (nors šiais laikais siūloma daugybė streso mažinimo būdų), sveikatos priežiūros darbuotojai, kad skiria neveiksmingus vaistus, genetika. Lengviau pasakyti, kad aš toks gimiau ir nieko negalima padaryti.

## 1.2. Arterinės hipertenzijos ir gyvenimo ryšys

Arterinės hipertenzijos atsiradimui ir progresavimui didžiulę įtaką turi pats sergantysis, jo gyvenimo ir elgsena. Pripažinta, kad vyraujančios ligos, tarp jų ir širdies – kraujagyslių ligos, turi vieną bendrumą – kad jas sukelia kompleksinės priežastys ir dėl to jas labai sunku gydyti. Kitaip tariant, šios naujosios ligos paneigia medicinos įsitikinimą, kad kiekviena liga turi konkrečią specifinę priežastį, kurią reikia atpažinti ir tada tam tikru būdu gydyti. Minėtos ligos – tai netinkamo gyvenimo būdo ligos, tai kaina, kurią mes mokome už visuomenės raidą, tai tos raidos pasekmė. Nuo mūsų gyvenimo būdo priklauso rizika susirgti, mes patys sau kenkiame, mes patys su tuo taikstomės [10].

Bet kuri vidinį arba paveldimą bei iš išorės veikiančią veiksnį, pavyzdžiui, žalingą įprotį, galima vadinti rizikos veiksniu jeigu stambaus masto, ypač ilgai trunkančių tyrimų ir stebėjimų duomenys patvirtina, kad:

- Populiacijoje, kurioje asmenys turi konkretų rizikos veiksnių, arterinė hipertenzija vystosi patikimai dažniau, nei nesant jo;
- Pašalinus tokį veiksnių, arterinė hipertenzija nesivysto arba vystosi patikimai rečiau [11].

Ilgalaikių tyrimų metu buvo nustatyti rizikos faktoriai, skatinantys arterinės hipertenzijos išsivystymą. Tradiciniai rizikos faktoriai skirstomi į dvi grupes: modifikuojami, kuriuos galime pakeisti ir nemodifikuojami, kurių pakeisti neįmanoma.

Prie nemodifikuojamų rizikos faktorių priskiriami:

- Amžius. Kuo vyresnis žmogus, tuo didesnė rizika sirgti arterine hipertenzija.
- Lytis. Daugiau arterine hipertenzija serga vyrai. Nors paskutinių tyrimų duomenimis, vertinant absoliučiais skaičiais, vyresnio amžiaus moterys dažniau nei vyrai miršta nuo širdies – kraujagyslių ligų [12].
- Šeimyninėje anamnezėje kardiovaskulinės ligos, ypač segamumas arterine hipertenzija.

Prie modifikuojamų rizikos faktorių priskiriami:

- Rūkymas

- Dislipidemija: padidėjęs mažo tankio cholesterolis, mažas didelio tankio cholesterolis, padidėję trigliceridai.
- Nutukimas, padidina riziką sirgti arterine hipertenzija 2 – 6 kartus [11]. Be to, nutukę asmenys dažniau serga II tipo cukriniu diabetu. Rezistentiškumas insulinui, kuris būdingas šiam susirgimui, vaidina svarbų vaidmenį išsivystant arterinei hipertenzijai ir aterosklerozei ir tam tikru laipsniu pasireiškia daugumai ligonių, segančių šiomis ligomis. Esant rezistentiškumui insulinui, širdies – kraujagyslių sistema `įjautrinama` šalutiniams trofiniams renino – angiotenzino – aldosterono sistemos poveikiams [13].
- Netinkama mityba. Valgomosios druskos vartojimas, viršijant fiziologinį poreikį, kuris yra 3 – 5 gramai per parą. Racione vyrauja sočiųjų riebalų vartojimas.
- Piktnaudžiavimas alkoholiu. 10% arterinės hipertenzijos atvejų susiję su nesaikingu alkoholio vartojimu [11].
- Fizinio krūvio stoka.

Mitybos įpročiai yra vienas iš svarbiausių gyvenimo aspektų. Neteisinga mityba tampa vienu iš daugelių širdies – kraujagyslių ligų rizikos faktorių, provokuojančiu ligos pasireiškimą ir apsunkinančiu eiga. Tačiau mityba gali turėti prevencinį ir terapinį poveikį. Maitinimosi įpročiai, suformuoti atsižvelgiant į mitybos specialistų rekomendacijas, apsaugo nuo ligų. Priklausomai nuo susirgimo pobūdžio, tam tikros dietos laikymasis pagerina ligonio būklę, padeda apsisaugoti nuo komplikacijų, mažinti vartojamų medikamentų dozes. Mitybos klausimas ypač aktualus sergantiesiems arterine hipertenzija. JAV mokslininkai sukūrė specialią sergančiųjų arterine hipertenzija dietą, kurios pagrindinis tikslas – dietos pagalba sumažinti kraujospūdį. Dieta pavadinta DASH (Dietary Approches to Stop Hypertension). Dietos esmė – antilipidinių principų, didesnio kiekio kalio, magnio, kalcio, skaidulų, neriebių pieno produktų, vaisių daržovių, riešutų, ankštinių vartojimo derinimas.

Dar vienas rodiklis, svarbus arterinės hipertenzijos rizikos veiksnyms, yra liemens ir klubų apimties vertinimas. Liemens ir klubų apimties santykis parodo kurioje kūno dalyje yra susikaupę riebalai. Kriaušės tipo figūros žmonėms daugiau riebalų susikaupia šlaunyse ir sėdmenyse. Toks riebalų pasiskirstymas yra mažiau pavojingas, nes apatinėje kūno dalyje susikaupę riebalai yra inertiški. Obuolio tipo nutukimo atveju daugiau riebalų susikaupia pilvo srityje ir aplink vidaus organus. Toks riebalinis audinys turi daug  $\beta$  – adreno-, adrogeninių, kortikosteroidinių ir mažai  $\beta_2$  – adreno- ir insulino receptorių. Toks audinys yra mažai jautrus antilipolitiniams insulino poveikiui ir todėl daug laisvųjų riebalų rūgščių patenka

į portinę kraujotaką. Per visą eilę grandininių reakcijų dėl insulino rezistencijos vystosi hiperinsulinemija ir simpatinės nervų sistemos aktyvacija, kas sąlygoja periferinių kraujagyslių padidėjusį tonusą [28]. Tai yra tik vienas iš daugelio padidinto arterinio kraujospūdžio vystymosi mechanizmų.

Vienas iš svarbių sergančiųjų arterine hipertenzija sveikatos rodiklių yra fizinis aktyvumas. Fiziniai pratimai veikia kaip reguliacinių sistemų biologinis stimulatorius, skatindami adaptacinių procesų mobilizaciją ir toleranciją fiziniams krūviams. Vienokių ar kitokių fizinių pratimų atlikimas dažniausiai yra lydimas teigiamų emocijų, kas stimuliuoja reguliacinius mechanizmus didžiuose pusrutuliuose. Įvairių priemonių, mažinančių raumenų tonusą, taikymas mažina kraujagyslių pasipriešinimą. Po adekvataus fizinio krūvio pagerėja sergančiųjų arterine hipertenzija savijauta: sumažėja dirglumas, galvos skausmas, svaigimas, pagerėja miegas, darbingumas. Sveikatą itin teigiamai veikia vidutinio intensyvumo fizinis judėjimas, pavyzdžiui, spartus žingsniavimas ne trumpiau kaip 30 minučių kasdien ir ne mažiau kaip penkias dienas per savaitę. Vidutinis fizinis aktyvumas veikia nuotaiką, savigarbą, gerina fizinę išvaizdą ir laikyseną, mažina priešlaikinį mirtingumą ir nutukimą, širdies – kraujagyslių ligas, nuo insulino nepriklausomą diabetą ir osteoporozę [29].

Kaip matome, praktiškai visi rizikos faktoriai yra sveikos gyvensenos komponentai ir gali būti nesunkiai koreguojami. Tačiau bet kokia intervencija yra neįmanoma, jeigu žmogus nežino, arba žino nepakankamai, arba jo žinios yra neteisingos. Svarbu, kad visi sergantys arterine hipertenzija būtų susipažinę su sveikos gyvensenos principais ir stengtųsi įgyvendinti juos.

### **1.3. Sveikatos švietimas**

Gydytojai pripažįsta, kad visuomenės žinių apie sveikatą bei profilaktiką lygis gerėja, ir tai vyksta daugiausia žiniasklaidos dėka, tačiau visuomenės sveikatos specialistai teigia, kad profilaktinė medicina dar netapo svarbiausia medicinos šaka, kad nepakankamai propaguojamos žinios apie sveiką gyvenseną, kad nesukurta švietimo sveikatos ir profilaktikos srityje sistema.[14].

Remiantis mokslinių tyrimų išvadomis, nėra tiesioginio ryšio tarp žmogaus žinių, kad, pavyzdžiui, judėti sveika, ir realaus jų taikymo praktikoje. Tai visiškai skirtingi dalykai. Žmonės vis labiau išmano, kas yra sveika gyvensena, tačiau besilaikančiųjų sveikos gyvensenos principų beveik nedaugėja [14].

Tokios išvados iš tiesų labai liūdina ir gali pasirodyti, kad visos sveikatos priežiūros darbuotojų pastangos yra bevertės. Tačiau tai rodo, kad pokyčių šioje srityje valdymas yra sudėtingas procesas. Manoma, kad pagrindiniai pokyčių, vedančių Lietuvos gyventojų

gyvenimo kokybės gerinimo linkme, taikant sveikatingumo priemonės, valdymo svertai yra du: pirmasis – vyriausybinių, politinių jėgų, kitas – švietėjiškas darbas bei visuomenės kultūra, pasireiškianti kaip didėjanti pilietinio aktyvumo jėga` [14].

Svarbu, kad bendruomenės nariai aktyviai dalyvautų siekiant sveikatos. Didžiojoje Britanijoje atliktas tyrimas nustatė, kad pasyvi bendruomenė, kuri nieko nežino apie sprendimus, priimamus savivaldybėje, seniūnijoje, yra pati nesveikiausia. Lietuvos bendruomenės nėra aktyvios, nedalyvauja arba labai mažai dalyvauja veikloje, kuri lemia jų ateitį ir sveikatą [10].

Prieš 10 metų nebuvo net minčių, kad medikas privalo patarti žmonėms, kaip sveikai gyventi, stiprinti sveikatą tinkamu judėjimo aktyvumu, mityba ir pan. Dabartinė tendencija iš tiesų labai perspektyvi. Naujos kartos medikai yra ne tik gydymo, bet ir profilaktikos žinovai. Patarimų ir žinių apie sveiką gyvenimą bei sveikatos stiprinimo metodus, kuriuos perteikia medikas, paisoma atsakingiau, nei tai išgirdus iš kitos specialybės atstovo. Taip teigiama mokslo straipsniuose [14].

Ugdant bendruomenę didžiules perspektyvas ir galimybes šioje srityje turi bendruomenės slaugytoja. Ji dirba bendruomenėje ir pažįsta tą bendruomenę iš vidaus. Stengdamasi padėti bendruomenės nariams patiems rūpintis sveikata ir dalyvauti sveikatos priežiūros planavime, slaugytoja galėtų įsigyti bendruomenės narių pasitikėjimą ir pripažinimą [10].

Įvairių profilaktikos programų rezultatai rodo, kad keičiantis lėtinių ligų rizikos veiksnių paplitimui populiacijoje, galima tikėtis sergamumo ir mirtingumo nuo lėtinių ligų sumažėjimo arba padidėjimo. Atsižvelgiant į tai, svarbu didelį dėmesį skirti visuomenės sveikatos ugdymui ir lėtinių ligų rizikos veiksnių kontrolei, nes žinios apie sveikatą naudingos ir sveikiems, ir turintiems sveikatos problemų ar sergantiems lėtinėmis ligomis. Jos padeda formuoti sveikos gyvensenos nuostatas ir įgūdžius sąmoningai suprasti rizikos veiksnių įtaką, o vėliau, siekiant geresnės sveikatos, keisti elgseną [15].

Dauguma sveikatos priežiūros įstaigose dirbančiųjų pritaria, kad ligonių sveikatos mokymas padėtų išvengti kai kurių ligų, pagerintų ligų išėtis. Šioje veikloje ypač svarbus vaidmuo tenka slaugytojoms, kurių veikla šiandien negali apsiriboti vien medicinine priežiūra. Kauno medicinos universiteto atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo 79,6 % visų klinikose dirbančių slaugytojų, duomenimis, dauguma slaugytojų pritaria sveikos gyvensenos mokymui ir noriai dalyvautų šioje veikloje. `Siekiant pagerinti pacientų sveikos gyvensenos mokymą, reikia sudaryti sąlygas slaugytojoms dalyvauti tobulinimosi kursuose sveikatos išsaugojimo bei ligų profilaktikos klausimais. Pacientų sveikatos mokymas turi tapti sudėtine slaugos dalimi suvienijus viso ligoninės medicinos personalo pastangas` [15].

## 1.4. Sergančiųjų arterine hipertenzija sveikatos švietimas

Neteisinga gyvensena sudaro apie 50 % visų širdies–kraujagyslių ligų rizikos veiksnių [16]. Gyvensena priskiriama prie modifikuojamų rizikos veiksnių, todėl esant palankioms aplinkybėms ir pacientų pastangomis ji gali būti koreguojama sveikatos ir gerovės linkme.

2003 metais sukako 30 metų kaip Jungtinėse Amerikos Valstijose pradėta realizuoti Nacionalinė edukacinė arterinės hipertenzijos programa (NHBPEP). Gautos išvados tapo pagrindu kitoms nacionalinėms programoms. Buvo pabrėžta, kad pacientų dalyvavimas edukacinėse programose pagerino jų žinias apie arterinės hipertenzijos medikamentinį gydymą ir nemedikamentinio gydymo būtinybę, o tai yra savikontrolės ir gyvenimo kokybės gerinimo pagrindas.

Tezė „pacientų mokymas ir informavimas apie ligos prigimtį“ tapo viena iš pagrindinių vykdant Federalinę programą „Arterinės hipertenzijos profilaktika ir gydymas Rusijos federacijoje“ [17].

Lietuvos Sveikatos Programoje iki 2010 metų planuojama 15 % sumažinti žmonių jaunesnių nei 65 metai, mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto, pagrindinių arterinės hipertenzijos komplikacijų. Šiems uždaviniams įgyvendinti numatyti kardiovaskulinių ligų rizikos šalinimo uždaviniai ir tikslai [18].

Europos kardiologų, aterosklerozės ir hipertenzijos draugijų, Amerikos nacionalinės cholesterolio mokymo programos ekspertų grupių sukurtos išeminės širdies ligos rizikos veiksnių korekcijos rekomendacijos pakankamai detaliai nusako išeminės širdies ligos profilaktikos tikslus ir prioritetus. Tačiau daugelis epidemiologinių tyrimų bei registrų, nagrinėjusių rizikos veiksnių korekcijos ir dislipidemijų gydymo kokybę, parodė, jog šie veiksniai koreguojami nepakankamai efektyviai [16].

Nustatyta, kad po ūminių išeminių sindromų ir miokardo revaskuliarizacijos ligoniai, nekeisdami gyvensenos, pirmumą teikia medikamentiniam gydymui. EUROASPIRE II apklausa rodo, jog nemedikamentinių rizikos veiksnių mažinimo metodams yra skiriamas per mažas dėmesys. Tik 57 % nutukusiųjų, 33 % aukštą arterinį kraujo spaudimą turinčiųjų ligonių buvo aiškinama sveika mityba, 88 % rūkančiųjų – šio proceso atsisakymo metodai.

Amerikoje populiarios ir efektyviai veikia dislipidemijų gydymo klinikos, kuriose pagrindinį darbą – rizikos veiksnių korekciją ir kontrolę atlieka specialiai apmokytos slaugytojos, o klinikos gydytojas – administratorius konsultuoja sudėtingesnius dislipidemijų gydymo atvejus. Toks darbo organizavimas padeda sutaupyti laiką ir lėšas. Adekvačią dislipidemijų korekciją padeda užtikrinti plačiai naudojamos duomenų bazės, ligoniams

išduodami rizikos veiksnių kontrolės dienynai ir nuolat vykdoma gydymo kokybės kontrolė [16].

Analizuojant mūsų stacionaro ir ambulatorinės grandies darbą, pasigendama visų rizikos veiksnių (šeimyninės anamnezės, antsvorio, metabolinio sindromo ir kitų) įvardinimo ir kiekybinio jų įvertinimo, konkretaus jų korekcijos plano sudarymo. Patirtis rodo, kad net tokie tradiciškai medikamentais kontroliuojami rizikos veiksniai kaip dislipidemija ir hipertenzija, dažnai yra koreguojami nepakankamai efektyviai, o apie gyvensenos korekcija (antsvorio mažinimą, fizinio aktyvumo didinimą) apskritai pamirštama. Nepakankamas profilaktikos svarbos išaiškinimas ligoniams sudaro klaidingą vaizdą, kad liga yra pagydyta ir rizikos veiksnių korekcija yra nebe tokia reikšminga [16].

Labai svarbus yra visiškas ir nuoseklus širdies – kraujagyslių ligų rizikos veiksnių įvardijimas, registravimas medicinos dokumentuose, efektyvaus plano, pagrįsto realiais ir konkrečiais tikslais, terminais, metodais, paruošimas ir įdiegimas. Duomenų bazės, rizikos veiksnių kontrolės dienynai turi būti pradėti pildyti jau stacionare ir perduodami ambulatorinės grandies gydytojams. Šis dokumentas padėtų ne tik greitai įvertinti rizikos veiksnių korekcijos rezultatus, bet užtikrinti visišką, patikimą, efektyvų ir nesudėtingą šių duomenų perdavimą bendrosios praktikos gydytojui. Šio plano vykdymo tęstinumu turi būti suinteresuotas, tiek ligonis, tiek bendrosios praktikos gydytojas.

Nepakankamą profilaktikos priemonių įgyvendinimą nulemia didelis ligonių srautas, o profilaktinį darbą vyriausybė per ligonių kasas finansuoja nepakankamai. Be to, susiduriama su gydytojų ir ligonių pasyvumu, nes profilaktikos rezultatai yra atokūs. Gydytojų profilaktinis darbas susijęs su laiko stoka, o ligoniui su finansinėm sąnaudom bei psichologiniu diskomfortu keičiant gyvenseną. Šie veiksniai lemia profilaktinio darbo nepopuliarumą ir nepakankamą jo efektyvumą [16].

Lietuvių autorių straipsniuose, skirtuose sveikatos švietimui ir profilaktiniam darbui, nuolat pabrėžiama, kad jis yra vykdomas nepakankamai. Gydytojai dėl laiko stokos ir pasyvumo negali užtikrinti pakankamos šio darbo apimties. Tačiau autoriai labai mažai analizuoja slaugytojų esamą ir galimą indelį į švietėjišką darbą. Slaugų kompetenciją sudaro ir tokios užduotys, kaip vadovavimas, informavimas, patarimas, mokymas ir instruktavimas. Taigi, būtent šiandieninės slaugytojos galėtų ir turėtų užimti ilgalaikio sveikatos stebėjimo ir informavimo sritį. Visuomenėje sergančiųjų arterine hipertenzija yra daug, todėl ypač svarbus tampa slaugytojų vaidmuo prižiūrint tokius ligonius, teikiant ne tik medicinos ir slaugos paslaugas, bet ir įgyvendinant profilaktines priemones, renkant informaciją apie paciento žinias, gyvenimo sąlygas, mokymo galimybes.

## 1.5. Slaugytojų vaidmuo teikiant pacientams informaciją

Slaugytojų veikla, skirta paciento informuotumo didinimui gali būti pavadinta pedagoginiu procesu. Kaip ir slaugos procesas – tai yra visa grandinė veiksmų, skirtų tam tikram tikslui pasiekti. Šiame darbe aptariamas vienas slaugos tikslas – pagerinti sergančiųjų arterine hipertenzija žinias apie ligos prigimtį, gyvensenos įtaką, gyvenimo būdo ypatumus, sergant šia liga.

Slaugytojo profesinėje veikloje ligonio informuotumo apie ligą įvertinimas, mokymo planavimas ir įgyvendinimas – tai procesas, kurį sudaro keturi tarpusavyje tampriai susiję veiksmi:

- Žinių apie ligą nustatymas (duomenų rinkimas, analizė ir interpretavimas, slaugos problemų formulavimas)
- Mokymo planavimas (slaugos problemų išdėstymas pagal svarbą, tikslų suformulavimas, veiksmų planas)
- Atlikimas (veiksmų plano įgyvendinimas, tolimesnis duomenų rinkimas)
- Informacijos teikimo įvertinimas (analizuojama, ar pasiektas tikslas, mokymo proceso įvertinimas, plano koregavimas)

Slaugytojams prižiūrint pacientus, sergančius arterine hipertenzija, viena iš dažniausių slaugos problemų būna žinių apie ligą stoka. Analizuojant šią problemą pačioje pradžioje iškyla klausimas, kuris lemia visą slaugos proceso sėkmę: ``Ar esama situacija yra problema?`` Teoriškai ``Slaugos problema yra tai, kas kelia pacientų arba juos slaugančių asmenų susirūpinimą`` [19]. Slaugytojų, dirbančių sveikatos priežiūros įstaigose, slaugos problemos yra aprašytos kaip funkcijos. Labai svarbu, kad slaugytojo iškeltas problemas suprastų ir priimtų pacientas. Kad pacientas matytų problemą ir norėtų ją spręsti.

Slaugytojui, kurio tikslas yra pagilinti sergančiojo arterine hipertenzija žinias, privalu žinoti paciento turimų žinių lygį bei intelekto galias. Jei pacientas turi susidaryti kokį nors įgūdį, pavyzdžiui sumažinti druskos vartojimą, reikia žinoti, ką jis pajėgs atlikti ir kokios yra jo galimybės. Svarbu žinoti dabartinį jo požiūrį ir galimybes paveikti jį.

Tikslas ir galimybės jo siekti priklauso nuo:

- amžiaus
- įtakančių veiksnių: fizinių, psichologinių, socialinių – kultūrinių, aplinkos, politinių – ekonominių



- priklausomybės /nepriklausomybės tąsos
- gyvenimo individualumo [20]

Svarbu numatyti kokių žinių trūksta pacientui. Kai ką žmogus galbūt jau žino, todėl nereikia jų kartoti. Tik reikėtų įsitikinti, kad jo žinios yra teisingos. Svarbu atsižvelgti ir į paciento nuostatas. Kai kuriomis temomis žmonės nenorėtų šnekėti, kai kurios žinios gali juos gluminti, o kai kurios labai sudominti.

Žinių perteikimo būdas irgi svarbus. Paprasčiausias informacijos teikimo būdas yra pokalbis. Tačiau dirbant individualiai su kiekvienu pacientu sugaištama daug laiko. Kartais produktyvesniu ir efektyvesniu informacijos teikimo metodu laikomas grupinis pokalbis, kai susirenka keli, panašią problemą turintys pacientai. Tokia mokymo forma vadinama dalyvių valdomu pedagoginiu procesu. Šiame procese būtent pacientai nusako, kokių jiems reikia žinių. Slaugų vaidmuo – ne vien pranešti, bet ir pradėti, nes per pokalbius su pacientais jie veda juos į reikiamą kelią arba padeda ``suprobleminti``, tai yra paskatina pacientus pripažinti naujų žinių poreikį. Svarbiausiais šios rūšies pedagoginio proceso principas yra tai, kad pacientas trokšta daugiau sužinoti; taigi proceso eiga priklauso nuo paciento poreikio.

Kai kuriais atvejais naudą teikia raštiški dokumentai, brošiūros arba knygos. Tai įgalina pacientą susipažinti su medžiaga jiems tinkamu tempu ir grįžti prie jos. Toks metodas padeda slaugytojams taupyti laiką, tačiau kartais rašytinę medžiagą žmonėms būna sunku suprasti. Dėl tam tikros fizinės negalios jie tiesiog negalės perskaityti ir suprasti, kas yra parašyta. Lietuvoje vis dar egzistuoja kalbos barjeras. Didelė dalis arterine hipertenzija sergančiųjų yra vyresnio amžiaus ir jie nemoka arba silpnai moka lietuvių kalbą [19].

Atlikus pacientų mokymus, reikėtų įvertinti atlikto darbo efektyvumą. Būtų idealu, jei pacientai įsisavintų gautas žinias ir stengtųsi jas pritaikyti gyvenime. Tačiau realybė tokia, kad žmonės, net žinodami apie sveiką gyvenseną, neskuba žinias taikyti praktikoje. Šis faktas iš tiesų liūdina, tačiau tai neturėtų stabdyti slaugytojų noro mokyti sergančiuosius. Juk suteiktos žinios padidina asmens potencialą ir suteikia papildomas galimybes gyventi sveikiau.

## **1.6. Sergančiųjų arterine hipertenzija mokymas**

Medicinos literatūroje galima rasti daug informacijos apie arterine hipertenziją, skirtą sergantiesiems ir specialistams. Tačiau nėra tikslo visą informaciją perteikti pacientui. Tam tikra dalis yra specifiška ir yra skirta sveikatos priežiūros darbuotojams. Pacientams ją sunku suprasti, ši informacija yra tiesiog jiems nereikalinga. Todėl galima apibrėžti, ką privalo žinoti

sergantysis arterine hipertenzija tam, kad būtų užtikrintas gydymo efektyvumas. Pacientas turėtų turėti glaustas žinias apie pačios ligos esmę, žinoti apie ligą perdisponuojančius ir provokuojančius veiksnius, dietos, racionalaus skysčio vartojimo, sveikos gyvensenos svarbą ligos progresavimui. Pacientas turi mokėti įvertinti savo pulsą, pamatuoti arterinį kraujospūdį, matuoti diurezę ir įvertinti skysčių balansą, paskaičiuoti savo maiste druskos, skysčių, riebalų kiekį, žinoti vartojamų vaistų teigiamą ir pašalinį poveikį, mokėti teisingai pildyti širdies-kraujagyslių ligomis sergančio paciento dienyną, žinoti, kokiems požymiams atsiradus, reikia kreiptis į gydytoją, žinoti, kokią pagalbą ir patarimus jam gali suteikti globojantis jį slaugytojas.

Žemiau pateikiame edukacinę sergančiųjų arterine hipertenzija programą ``Sergančiųjų arterine hipertenzija mokykla``, kuri buvo įgyvendinta Rusijos federacijos Krašto apsaugos ministerijos pavaldžiuose 52 konsultacinėse–diagnostikos centruose. Programa sudaryta atsižvelgiant į JAV vykdomų nacionalinių programų patirtį bei Pasaulinės Sveikatos Organizacijos rekomendacijas. Programa buvo įgyvendinama dvejus metus ir pastebėti teigiami rezultatai. Pacientų žinios pagerėjo nuo 54 % iki 100 %, o žinios apie nemedikamentinį sergančiųjų arterine hipertenzija gydymą, rekomenduotą Pasaulinės Sveikatos Organizacijos pasikeitė nuo 2,5 % iki 81 % [21].

Žemiau pateiktas planas yra rekomendacinio pobūdžio informacija, kurią slaugytojas turėtų perteikti sergantiesiems. Programą sudaro 12 temų, kurias rekomenduojama aptarti per 12 grupinių susirinkimų.

Kas yra arterinis kraujo spaudimas. Sistolinis ir diastolinis spaudimas. Periferinis kraujagyslių pasipriešinimas. Kas yra padidėjęs arterinis kraujo spaudimas. Normalaus ir padidinto kraujospūdžio skaičiai.

Paaiškinti kaip padidintas arterinis kraujo spaudimas veikia organizmą. Papasakoti apie arterinės hipertenzijos komplikacijas: insultą, infarktą, inkstų, širdies funkcijos sutrikimus. Paaiškinti arterinės hipertenzijos vaidmenį susergant insultu ir infarktu.

Paaiškinti, kad arterinės hipertenzijos gydymas vyksta visą gyvenimą. Psichologiškai paruošti pacientą gydymo būtinumui. Išmokinti pacientą matuoti arterinį kraujospūdį.

Paaiškinti rūkymo žalą. Įtikinti pacientus mesti rūkyti, jeigu rūko. Sudaryti individualų šio žalingo įpročio metimo planą.

Alkoholio įtaka kraujagyslėms. Paaiškinti alkoholio sinergizmą su medikamentais. Paaiškinti, kad alkoholis yra didelio kaloringumo produktas.

Kūno sudėjimas ir svorio kontrolė. Paaiškinti, kad sumažinus svorį 2 – 3 kilogramais, jau pastebimi teigiami arterinio kraujo spaudimo sumažėjimo rezultatai. Papasakoti apie dietinės mitybos principus.

Papaiškinti fizinio aktyvumo svarbą. Paraginti pacientą vaikščioti kasdien po 30–45 minutes.

Streso įtaka arterinės hipertenzijos atsiradimui ir vystimuisi. Papasakoti apie streso mažinimo galimybes.

Papasakoti apie aterosklerozės įtaką sergant arterine hipertenzija. Dislipidemijos ir hipercholesterolemijos poveikis širdies – kraujagyslių sistemai. Korekcijos būtinumas ir dieta.

Druskos įtaka arteriniam kraujospūdžiui. Sumažinto druskos vartojimo dieta. Papasakoti apie druskos vartojimo alternatyvas.

Medikamentinio gydymo būtinumas. Papasakoti apie arterinės hipertenzijos gydymui vartojamus preparatus. Padėti pacientui suprasti, koku dienos metu vartoti vaistus, prieš arba po valgio, kokiomis dozėmis. Papasakoti apie laikymo sąlygas. Išmokinti rašyti kraujospūdžio ir vaistų vartojimo dienyną.

Papasakoti, kodėl negalima staigiai nutraukti medikamentų vartojimą. Papasakoti apie galimas vaistų šalutines reakcijas. Meteojautrumas.

Hipokalemijos simptomai. Kalio preparatų vartojimas. Papasakoti apie posturalinę hipotenziją ir jos profilaktiką.

Fitoterapijos, gydamosios kūno kultūros, masažo, refleksoterapijos, fizioterapijos poveikis arterinės hipertenzijos gydymui. Seksualinės disfunkcijos sergant arterine hipertenzija.

Susitikimas, skirtas neaiškumams išsiaiškinti, diskusijoms.

## **1.7. Apibendrinimas**

Efektyvus arterinės hipertenzijos gydymas reikalauja tam tikrų gyvenimo būdo korekcijų. Todėl ypatingai svarbi tampa antrinė ir tretinė sergančiųjų profilaktika, kur pagrindinis dėmesys kreipiamas į pacientų informuotumo didinimą.

Gydytojai pripažįsta, kad visuomenės žinių apie sveikatą bei profilaktiką lygis gerėja, ir tai vyksta daugiausia žiniasklaidos dėka, tačiau visuomenės sveikatos specialistai teigia, kad profilaktinė medicina dar netapo svarbiausia medicinos šaka, kad nepakankamai propaguojamos žinios apie sveiką gyvenseną, kad nesukurta švietimo sveikatos ir profilaktikos srityje sistema.

Išsivysčiusių užsienio šalių patirtis rodo, kad gyventojų švietime didelis vaidmuo tenka slaugytojoms. Kauno medicinos universiteto atlikto tyrimo duomenimis slaugytojos

pritaria dalyvavimui apmokant ligonius. Svarbu sudaryti sąlygas, kurios padėtų slaugytojoms didinti sergančiųjų informuotumą.

Išanalizavę pasaulio ir Lietuvos mokslo literatūrą apie informuotumo apie ligą ir jos gydymą svarbą siekiant efektyviai kontroliuoti arterinę hipertenziją bei pasirėmę asmenine patirtimi ir stebėjimo rezultatais, suformulavome mokslinę hipotezę apie tai, kad mūsų šalies gyventojų, sergančių arterine hipertenzija, žinios apie sveiką gyvenimą per menkos, nepakankama gyvenimo būdo korekcijos motyvacija. Todėl išskelėme mokslinio tyrimo tikslą ir uždavinius iširti ir įvertinti sergančiųjų arterine hipertenzija žinias apie gyvenimo būdą, atskleisti slaugytojų vaidmenį sergančiųjų arterine hipertenzija pacientų sveiko gyvenimo būdo formavimo procese, nustatyti arterine hipertenzija sergančiųjų informavimo apie sveikos gyvenimo būdo įgyvendinimo svarbą pagrindines gaires.

## 2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Mokslo tiriamasis darbas atliktas 2005-2007 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute ir gydymo įstaigose - Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje ir Vilniaus universiteto Santariškių klinikose

Tiriamąjį darbą sudarė pasaulinės ir šalies mokslinės literatūros sergančiųjų arterine hipertenzija informuotumo apie gyvenimo būdo reikšmę sveikatai ir gyvensenos keitimo motyvacijos temomis analizė, pasiruošimas tyrimui (anketos sudarymas, bandomojo tyrimo atlikimas, anketos koregavimas), respondentų ištyrimas bei tyrimo rezultatų analizė.

### **Tyrimo imtis**

Tyrimo dalyvavo 152 sergantys arterine hipertenzija pacientai, kurie buvo hospitalizuoti į ligoninę dėl įvairių širdies – kraujagyslių sistemos sutrikimų. Tyrimas atliktas 2007 metais kovo–balandžio mėnesiais Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Kardiologiniame ir Nefrologiniame skyriuose bei Vilniaus universiteto Santariškių klinikų Kardiologinės reabilitacijos skyriuje. 9 % pacientų tyrimo eigoje atsisakė toliau dalyvauti apklausoje, todėl statistiniam apdorojimui buvo panaudotos 138 anketos. Pagrindinės atsisakymo dalyvauti apklausoje priežastys buvo šios: neturi pakankamai laiko; nemėgsta dalyvauti apklausose; nemato apklausos prasmės.

### **Tyrimo metodai**

Tyrimo metu buvo pritaikyti tokie metodai: pokalbis (interviu), antropometrinių duomenų nustatymas, anketinė apklausa, statistinė duomenų analizė.

**Anketinė apklausa.** Remiantis praktikos patirtimi ir literatūros analize, apklausai buvo sukurta 24 klausimų anketa (1 priedas). Anketą sudaro klausimai, kuriais remiantis vertinamos sergančiųjų arterine hipertenzija žinios apie gyvensenos įtaką ligos atsiradimui ir vystymuisi. 4 anketos klausimai skirti pacientų demografiniams duomenims ir sergamumo arterine hipertenzija laikotarpiui nustatyti. 1 klausimas skirtas išsiaiškinti pacientų nuomonę, ar gyvenimo būdas turėjo įtakos ligos atsiradimui. 3 klausimai skirti išsiaiškinti nuomonę apie galimą ligos paveldimumą ir profilaktikos priemones. 2 klausimai skirti mitybos įpročiams išsiaiškinti. 3 klausimai – kūno svorio įtakai ir savo svorio vertinimui. 1 klausimas – fizinio aktyvumo lygio išaiškinimui. 1 – žalingo įpročio (rūkymo) identifikavimui. 5 klausimai skirti medikamentinio gydymo ir kraujospūdžio kontrolės reikšmės išaiškinimui. 3 klausimai skirti domėjimuisi sveika gyvensena išsiaiškinti ir slaugytojų vaidmeniui šiame procese nustatyti.

Pacientai apklausai atrinkti atsitiktinės atrankos būdu.. Apklausa vyko pacientams patogių metu, prieš tai paaiškinus tyrimo tikslą ir gavus žodinį sutikimą naudoti tyrimo medžiagą.

**Antropometrinių duomenų tyrimas.** Matavimai buvo atliekami, kai pacientai gražindavo užpildytas anketas. Pacientų ūgis ir svoris fiksuotas toks, kokį žinojo patys pacientai. Paskaičiuotas kūno masės indeksas, naudojant pripažintą formulę ir, atsižvelgiant į rezultatus, pacientai buvo priskiriami prie atitinkamos grupės.

Kūno masės indeksas (KMI) skaičiuotas pagal šią formulę:  $KMI = \frac{SVORIS (Kg)}{\bar{U}GIS^2 (M)}$ . Gauti duomenys buvo suapvalinti iki sveikųjų skaičių. Pavyzdžiui,  $KMI = 31,29 = 31$ . KMI duomenų vertinimas pateiktas 1 lentelėje.

1 lentelė. Kūno masės vertinimas atsižvelgiant į kūno masės indeksą (KMI).

<b>KMI</b>	<b>Reikšmė</b>
Mažiau 22	Svorio trūkumas
22 – 26,9	Norma
27 – 29,9	Antsvoris
30 – 39,9	I° - II° nutukimas
Daugiau 40	Morbidinis nutukimas

Kadangi didžioji dalis dalyvių apklausoje buvo vyresnių nei 70 metų amžiaus (42 %), tai, atsižvelgiant į mitybos specialistų rekomendacijas, leistos didesnės normalaus svorio ribos (KMI iki 27), o svorio trūkumu laikoma KMI reikšmė mažesnė nei 22.

Pilviniam nutukimui nustatyti pacientams buvo matuotos liemens ir klubų apimtys. Matavimai atlikti naudojant centimetrinę juostelę. Matuota pacientui stovint. Liemuo matuotas pačioje ploniausioje vietoje, o klubai – pačioje plačiausioje. Pilvinio nutukimo vertinamas pateiktas 2 lentelėje.

2 lentelė. Pilvinio nutukimo vertinimas.

	Norma		Pilvinis nutukimas	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
Liemens apimtis	< 102 cm	< 88 cm	> 102 cm	> 88 cm
Liemens / klubų apimties santykis	< 1	< 0,85	> 1	> 0,85

**Statistinė duomenų analizė.** Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinės analizės „SPSS for Windows 13.0“ programinį paketą. Duomenų vidurkiai pateikiami kaip vidurkiai plus / minus standartinis nuokrypis ( $m \pm SN$ ). Statistiniai koreliaciniai ryšiai tarp kintamųjų apskaičiuoti naudojant Spearmano koreliacijos koeficientą, taikomą tolydiems

dydžiams. Spearmano koreliacijos koeficientas rodo tiesioginį ir netiesioginį ryšį tarp kintamųjų. Kuo šiuo koeficiento reikšmė artimesnė 1 arba -1 tuo ryšys stipresnis. Rodiklių skirtumo statistinis patikimumas skaičiuotas remiantis Chi kvadrato ( $\chi^2$ ) pagalba. Jis vartojamas skirtumui tarp lyginamųjų reikšmių nustatyti, kai nagrinėjant parametrai suskirstyti daugiau nei į dvi grupes. Jis tai pat naudojamas požymių priklausomumui įvertinti. Duomenų skirtumas laikomi statistikai patikimas kuomet paklaida lygi ar yra mažesnė už 0,05.

### 3. TYRIMO REZULTATAI

#### 3.1. Bendroji tiriamųjų charakteristika

Tyrime dalyvavo 152 sergantys arterine hipertenzija pacientai, kurie buvo hospitalizuoti į ligoninę dėl įvairių širdies – kraujagyslių sistemos sutrikimų. Tyrime dalyvavo 33 (23,9 %) vyrai ir 105 (76,1 %) moterys. Apklaustųjų amžius svyravo nuo 37 iki 84 metų, amžiaus vidurkis  $66,16 \pm 10,67$  metų. Tyrime dalyvavo 108 miesto gyventojai (78,3 %) ir 30 (21,7 %) kaimo gyventojų.

Pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes:

Pacientai, paguldyti į stacionarą dėl ūminių sveikatos sutrikimų. Iš viso 79 pacientai (57,2 %).

Pacientai, kuriems buvo taikoma kardiologinė rehabilitacija. Iš viso 59 pacientai (42,8%).

Atsižvelgiant į amžių respondentai buvo suskirstyti į penkias grupes (3 lentelė). Išanalizavus rezultatus, nustatyta, kad 92,1 % apklaustųjų buvo vyresni nei 51 metų amžiaus, o 42,8 % virš 70 metų amžiaus.

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas, atsižvelgiant į amžių.

Amžiaus grupės	Reabilitaciniai pacientai	Ūmių būklių stacionariniai pacientai	Bendri duomenys
18 – 40 metų	1,7 %	0	0,7 %
41 – 50 metų	10,2 %	5,1 %	7,2 %
51 – 60 metų	13,6 %	24,1 %	19,6 %
61 – 69 metų	27,1 %	31,6 %	29,7 %
Virš 70 metų	47,5 %	39,2 %	42,8 %

Apklaustųjų ligos stažas svyravo labai plačiose ribose nuo 1 mėnesio iki 30 metų, todėl sergantieji, atsižvelgus į ligos trukmę, buvo suskirstyti į grupes (4 lentelė).

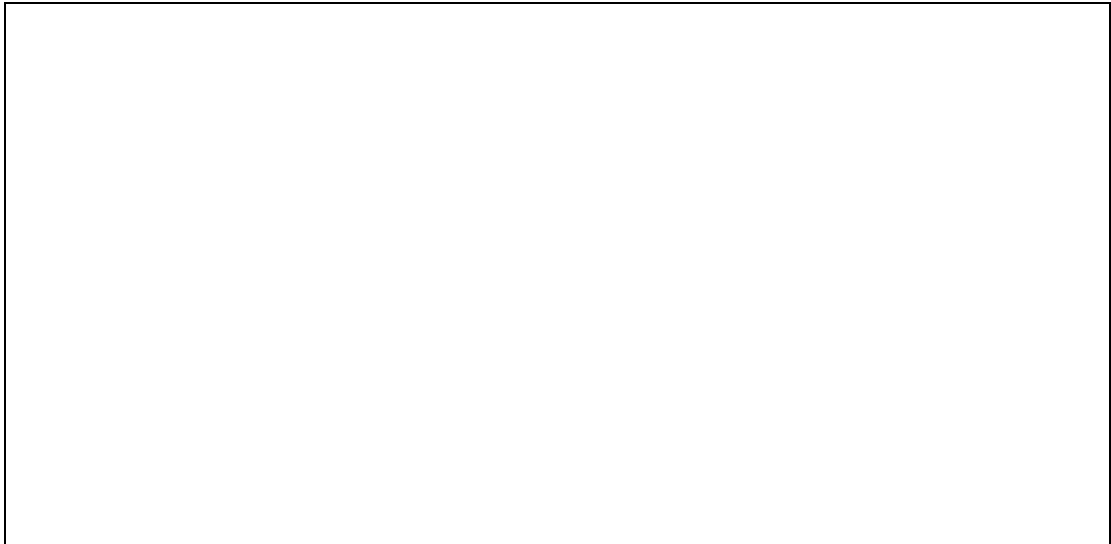
4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas, atsižvelgiant į ligos trukmę.

Ligos trukmė	Reabilitaciniai pacientai	Ūmių būklių stacionariniai pacientai	Bendri duomenys
Mažiau 1 metų	10,2 %	7,6 %	8,7 %
1 – 5 metai	16,9 %	27,8 %	23,2 %
6 – 10 metų	23,7 %	36,7 %	31,9 %
11 – 15 metų	16,9 %	7,6 %	10,9 %
Daugiau nei 15 metų	32,2 %	20,3 %	23,9 %



Moksliniais tyrimais įrodyta, kad arterinė hipertenzija yra polietiologinė liga, kurios atsiradimą ir vystymąsi skatina kaip genetiniai, taip ir aplinkos faktoriai [3, 22]. Tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti, ar sergantieji arterine hipertenzija žino, kad gyvenimo būdas gali įtakoti arterinės hipertenzijos atsiradimą ir vystymąsi.

Pacientams buvo užduotas klausimas: ``Jūsų nuomone, kiek gyvenimo būdas įtakoja arterinės hipertenzijos eigą ir gydymą?`` ir pateikti keli atsakymo variantai (1 pav.)



**1 pav. Pacientų nuomonė apie gyvenimo būdo įtaką**

1 paveiksle matyti, kad 61 % apklaustųjų sutinka, kad gyvenimo būdas turi įtakos ligai. Palyginus dviejų pacientų grupių atsakymus ženklų skirtumų nenustatyta. Palyginus moterų ir vyrų atsakymus nustatyta, kad vyrai 7,8 % dažniau atsakė, kad nežino, ar gyvenimo būdas turi įtakos ligos eigai. 62,9 % moterų sutiko su teiginiu apie gyvenimo būdo įtaką ligai. Teigiamai atsakė 54,6 % vyrų (8,3 % mažiau). Vyrų ir moterų atsakymų palyginimai pateikti 5 lentelėje.

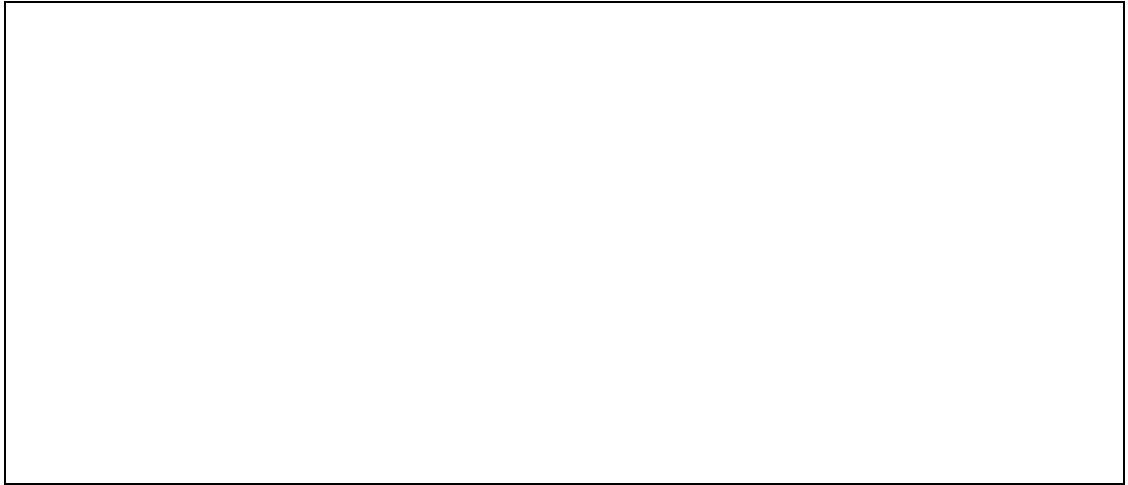
5 lentelė. Nuomonių pasiskirstymas apie gyvenimo būdo įtaką atsižvelgiant į lytį.

Lytis / atsakymo variantai	Neįtakoja	Įtakoja	Stipriai įtakoja	Nežino
Vyrai	9,1 %	9,1 %	45,5 %	36,4 %
Moterys	8,6 %	22,9 %	40,0 %	28,6 %

$p > 0,05$  (statistinis reikšmingumas neįrodytas)

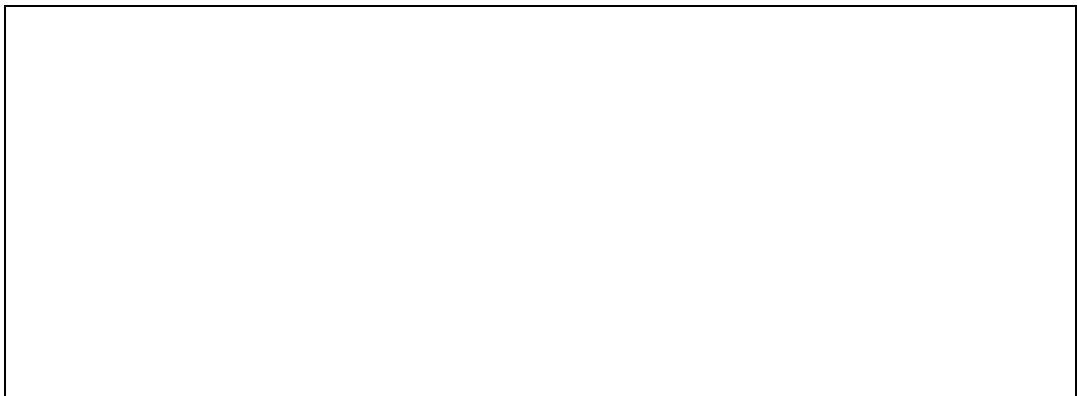
Gydant pacientą, sergantį širdies – kraujagyslių ligomis, tarp jų ir arterine hipertenzija, svarbu surinkti detalę šeimos anamnezę. Paveldėjimas yra sunkus tada, kai tarp kraujo giminių (tėvai, broliai, seserys) buvo sergančiųjų miokardo infarktu, insultu ar staiga mirusiųjų nuo širdies iki 55 metų amžiaus [23]. Jeigu šeimoje buvo ar yra kraujo giminių, sergančių arterine hipertenzija ar kitomis širdies – kraujagyslių ligomis, tai galima daryti

prielaidą, kad žmogui yra didesnė rizika susirgti. Tyrimo metu buvo bandyta nustatyti, ar pacientai žino apie šeimos anamnezės svarbą, ar esant sunkiai anamnezei, imdavosi arterinės hipertenzijos profilaktikos priemonių. Pacientams buvo užduotas klausimas `` Jūsų nuomone, ar arterinė hipertenzija gali būti paveldima ? `` Atsakymai pateikti 2 paveiksle.



### **2 pav. Pacientų nuomonė apie galimą arterinės hipertenzijos paveldėjimą**

Teigiamą širdies – kraujagyslių ligų anamnezę nurodė 50 % apklaustųjų, tai yra 17 % daugiau nei sutinkančių, kad šios ligos gali būti paveldimos (3 pav.). Susirūpinimą dėl savo sveikatos ir bet kokių profilaktikos priemonių taikymą, esant teigiamai šeiminei anamnezei, nurodė tik 10 % apklaustųjų, 87,1 % apklaustųjų teigė, kad niekada negalvodavo apie profilaktiką, kol nesusirgo, 2,9 % sergančiųjų nesuprato pirminės profilaktikos termino. 2,8 % apklaustųjų, neturinčių arba nežinančių apie širdies – kraujagyslių ligų atvejus šeimoje, nurodė, kad ėmėsi tam tikrų priemonių šioms ligoms išvengti.



### **3 pav. Pacientų atsakymai apie buvusios ar/ir esamus širdies- kraujagyslių ligų atvejus šeimoje**

Mitybos įpročiai yra vienas iš svarbiausių gyvenimo aspektų. Neteisinga mityba tampa vienu iš daugelių širdies – kraujagyslių ligų rizikos faktorių, provokuojančiu ligos

pasireiškimą ir apsunkinančiu eigą. Tačiau mityba gali turėti prevencinį ir terapinį poveikį. Maitinimosi įpročiai, suformuoti atsižvelgiant į mitybos specialistų rekomendacijas, apsaugo nuo ligų. Priklausomai nuo susirgimo pobūdžio, tam tikros dietos laikymasis pagerina ligonio būklę, padeda apsaugoti nuo komplikacijų, mažinti vartojamų medikamentų dozes. Mitybos klausimas ypač aktualus sergantiesiems arterine hipertenzija. Tyrimo metų bandyta išsiaiškinti, ar pacientai žino apie dietos būtinumą sergant arterine hipertenzija (4 pav.). Prašyta išvardinti pagrindinius mitybos principus sergant arterine hipertenzija. Buvo užduotas klausimas: ``Jūsų nuomone, ar sergant arterine hipertenzija reikia koreguoti mitybą?``.



**4 pav. Pacientų atsakymai į klausimą `` Ar sergant arterine hipertenzija reikia koreguoti mitybos įpročius?``**

Deja, net 36 % respondentų nežinojo, kad mitybos korekcija yra labai svarbi arterinės hipertenzijos nemedikamentinio gydymo dalis. Jeigu pacientas sutikdavo su teiginiu, kad mitybą reikia koreguoti, tai vėliau prašyta paminėti pagrindinius mitybos principus sergant arterine hipertenzija. 13,5 % sutikusiuju, kad sergant reikia koreguoti mitybą, nepaminėjo nei vienos dietos korekcijos rekomendacijos (6 ir 7 lentelės).

6 lentelė. Pacientų žinios apie mitybos principus, sergant arterine hipertenzija, skaičių

Mitybos principų skaičius	Nei vieno mitybos principo	1 principas	2 principai	3 principai	4 principai
Pacientų skaičius procentais	13,5 %	47,2 %	33,7 %	4,5 %	1,1 %

Apie pusę respondentų žinojo bent vieną mitybos principą, sergant arterine hipertenzija. Deja, didesnioji jų dalis (52,8 %), šių principų žinojo per mažai arba visai nežinojo. Jeigu pagrindinė reikalavimą dietai – mažinti riebalų vartojimą, žinojo apie pusę

apklaustųjų (51,7 %), tai tokių rizikos veiksnių, kaip gausus alkoholio, cukraus vartojimas, valgio gaminimo būdas – virti ar kepti) reikšmę arterinės hipertenzijos eigai ir kontrolei žinojo labai mažai apklaustųjų (1,1-3,4 %.).

7 lentelė. Pacientų žinios apie mitybos principus, sergant arterine hipertenzija

<b>Mitybos principas</b>	<b>Paminėjimo dažnis</b>
Mažinti ar / ir keisti riebalų vartojimo įpročius	51,7 %
Valgyti mažiau mėsos	27 %
Mažinti suvalgomų kalorijų skaičių	19,1 %
Mažinti druskos vartojimą	14,6 %
Valgyti daugiau vaisių ir daržovių	11,2 %
Riboti cukraus vartojimą	3,4 %
Valgyti daugiau žuvies ir paukštienos	3,4 %
Keisti valgio gaminimo būdą ( pavyzdžiui ne kepti, o troškinti )	1,1 %
Riboti alkoholio vartojimą	1,1 %

Šiuolaikiniai medicinos tyrimai didelį dėmesį skiria arterinės hipertenzijos ir nutukimo problemai. Padidėjęs kūno svoris yra nepriklausomas širdies – kraujagyslių ligų rizikos faktorius, provokuojantis arterinės hipertenzijos, atsiradimą. Tikimybė, kad vidutinio amžiaus žmogus, turintis antsvorio, susirgs arterine hipertenzija yra 50 % didesnė nei tiems, kurių kūno masė normos ribose. Framin–gemo tyrimo metu nustatyta, kad sistolinio ir diastolinio spaudimo rodikliai auga didėjant kūno masės indeksui. Kiekvienam 4,5 kilogramui kūno svorio virš normos, sistolinis kraujospūdis padidėja 4,4 mm Hg vyrams ir 4,2 mm Hg moterims [26].

Tyrimo metu bandyta išsiaiškinti, ar sergantieji žino apie nutukimo įtaką arterinės hipertenzijos atsiradimui ir ligos eigai (5 pav.). Buvo užduotas klausimas: `` Jūsų nuomone, ar padidėjęs kūno svoris gali skatinti arterinės hipertenzijos atsiradimą ir vystymąsi?``.

5 paveikslo diagramoje matyti, kad didžioji dalis respondentų (73 %) žino antsvorio svarbą arterinei hipertenzijai, tačiau net 20 % to nežinojo, o 7 %, buvo įsitikinę, kad antsvoris neturi reikšmės arterinės hipertenzijos kontrolėje.



**5 pav. Pacientų nuomonių pasiskirstymas, ar padidėjęs kūno svoris gali provokuoti arterinės hipertenzijos atsiradimą ir vystimąsi**

Pacientams buvo pasiūlyta įvertinti savo kūno svorį ir nuspręsti, ar jiems reikėtų jį mažinti. Svoris vertinamas subjektyviai, tai yra atsižvelgiant į pacientų pojūčius ir psichologinį nusistatymą. Pacientas turėjo priskirti savo svorį vienai iš pateiktų grupių. Vėliau buvo pasiteirauta, ar pacientui reikėtų jį mažinti. Buvo suformuotos keturios svorio kategorijos (8 lentelė).

8 lentelė. Pacientų pasiskirstymas, atsižvelgiant į kūno svorį.

Svorio kategorijos	Trūkumas	Norma	Nutukimas	Didelis nutukimas
Pacientų skaičius	10,1 %	24,6 %	31,9 %	33,3 %

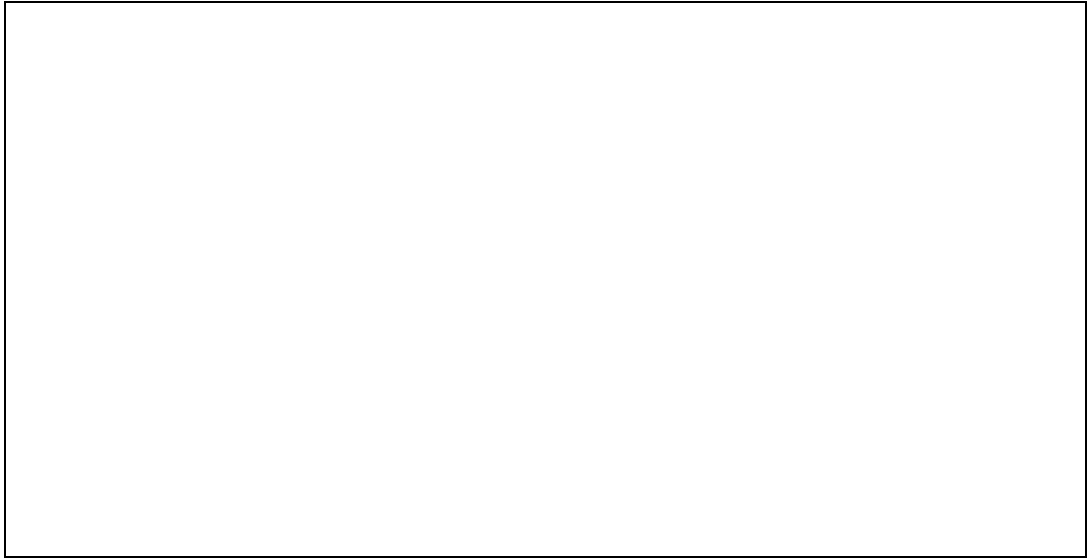
Iš pateiktų duomenų matome, kad 65,2 % apklaustųjų pripažįsta, kad turi didesnę ar mažesnę antsvorį. Pasidomėta, kiek turinčių antsvorį asmenų norėtų mažinti svorį (6 pav.).



**6 pav. Pacientų pasiryžimas mažinti svorį**

Kaip matome iš 6 pav., norinčių mažinti svorį pacientų skaičius atitinka nutukusiųjų skaičių. Preliminariais duomenimis pacientai adekvačiai priima svorio mažinimo būtinybę.

Tyrimo metų buvo fiksuojami tokie pacientų antropometriniai duomenys, kaip kūno svoris ir ūgis. Paskaičiuotas kūno masės indeksas, kuris leidžia objektyviau įvertinti žmogaus fizinę būklę (7 pav.).



#### **7 pav. Pacientų pasiskirstymas atsižvelgiant į KMI duomenis**

Kaip matome iš 7 pav. duomenų, net 72 % asmenų objektyviai nustatytas įvairaus laipsnio nutukimas. Tačiau norinčių mažinti svorį yra 14 % mažiau nei nutukusių.



KMI vidurkis = 29,57

Moda = 29

Mediana = 29

Standartinis nuokrypis = 5,667

Mažiausia reikšmė = 20

Didžiausia reikšmė = 53

#### **8 pav. KMI dažniai**

Dar vienas rodiklis, kurį svarbu žinoti, vertinant sergančiųjų arterine hipertenzija riziką, yra liemens ir klubų apimties vertinimas. Liemens ir klubų apimties santykis parodo

kurioje kūno dalyje yra susikaupę riebalai. Kriaušės tipo figūros žmonėms daugiau riebalų susikaupia šlaunyse ir sėdmenyse. Toks riebalų pasiskirstymas yra mažiau pavojingas, nes apatinėje kūno dalyje susikaupę riebalai yra inertiški. obuolio tipo nutukimo atveju daugiau riebalų susikaupia pilvo srityje ir aplink vidaus organus. Toks audinys yra mažai jautrus antilipolitiniam insulino poveikiui. Per visą eilę grandinių reakcijų dėl insulino rezistencijos vystosi hiperinsulinemija ir simpatinės nervų sistemos aktyvacija, kas sąlygoja padidėjusį periferinių kraujagyslių tonusą [28]. Tai yra vienas iš padidinto arterinio kraujospūdžio vystymosi mechanizmų.

Pagal liemens ir klubų apimčių santykį pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes: kriaušės ir obuolio tipo figūras (9 lentelė).

9 lentelė. obuolio ir kriaušės tipo nutukimo dažnumas

Lytis	Moterys		Vyrai	
Apibūdinimas	Normalus arba kriaušės tipas $L / K < 0,85$	Obuolio tipas $L / K > 0,85$	Normalus arba kriaušės tipas $L / K < 1$	Obuolio tipas $L / K > 1$
Dažnumas	41 %	59 %	63,6 %	36,4 %
Kitos charakteristikos	Vidurkis $0,91 \pm 0,07$ Mediana = 0,9 Moda = 0,87 Mažiausia reikšmė = 0,77 Didžiausia reikšmė = 1,1		Vidurkis = $0,99 \pm 0,05$ Mediana = 0,98 Moda = 0,97 Mažiausia reikšmė = 0,86 Didžiausia reikšmė = 1,1	

Kaip matome iš 9 lentelės, 41 % moterų ir 63 % vyrų yra normalios figūros. Svarbus rodiklis yra ir liemens apimtis. Yra tam tikros ribos, kada pilvinis nutukimas diagnozuojamas vadovaujantis tik liemens apimtimi ir nekreipiant dėmesio į liemens – klubų santykį. Pacientų liemens matavimo rezultatai pateikti 10 lentelėje.

10 lentelė. Liemens apimties matavimo rezultatai

Lytis	Moterys		Vyrai	
Apibūdinimas	Normalus: liemens apimtis < 88 cm	Obuolio tipas: liemens apimtis > 88 cm	Normalus: liemens apimtis < 102 cm	Obuolio tipas: liemens apimtis > 102 cm
Dažnumas	17,3 %	82,7 %	21 %	79 %
Kitos charakteristikos	Vidurkis = $99,8 \pm 1,3$ cm Mediana = 99 cm Moda = 99 cm Mažiausia reikšmė = 68 cm Didžiausia reikšmė = 140 cm		Vidurkis = $107 \pm 1,7$ cm Mediana = 109 cm Moda = 105 cm Mažiausia reikšmė = 87 cm Didžiausia reikšmė = 133 cm	

Liemens apimties normos įvairiuose literatūros šaltiniuose skiriasi. Prof. A Laucevičius straipsnyje „Metabolinis sindromas: mada ar epidemija?“ nurodo, kad europiečiams liemens apimties ribą moterims yra 80 cm ir 92 cm vyrams. Amerikiečių ribos didesnės - 88 ir 102 cm atitinkamai. Tačiau tame pačiame straipsnyje nurodoma, kad vyresnio amžiaus žmonėms rekomenduojama taikyti platesnes ribas [4]. Kadangi nemaža dalis apklausos dalyvių buvo vyresnių nei 70 metų amžiaus (42 %), tai pilviniam nutukimo tipui nustatyti, buvo pritaikytos amerikiečių siūlomos normos. Kaip matome iš 10 lentelės, virš 80 % moterų (panašiai ir vyrams) riebalai kaupiasi pilvo srityje, kas neigiamai atsiliepia ligos prognozei.

Vienas iš svarbių sergančiųjų arterine hipertenzija sveikatos rodyklių yra fizinis aktyvumas. Įvairių priemonių, mažinančių raumenų tonusą, taikymas mažina kraujagyslių pasipriešinimą. Po adekvataus fizinio krūvio pagerėja sergančiųjų arterine hipertenzija savijauta: sumažėja dirglumas, galvos skausmas, svaigimas, pagerėja miegas, darbingumas. Sveikatą itin teigiamai veikia vidutinio intensyvumo fizinis judėjimas, pavyzdžiui, spartus žingsniavimas ne trumpiau kaip 30 minučių kasdien ir ne mažiau kaip penkis dienas per savaitę. Vidutinis fizinis aktyvumas veikia nuotaiką, savigarbą, gerina fizinę išvaizdą ir laikyseną, mažina priešlaikinį mirtingumą ir nutukimą, širdies – kraujagyslių ligas, nuo insulino nepriklausomą diabetą ir osteoporozę. Anketoje pacientus prašyta palyginti savo fizinį aktyvumą su pateiktomis rekomendacijomis, ir priskirti save vienai iš penkių kategorijų (11 lentelė).

11 lentelė. Pacientų fizinio aktyvumo vertinimas.

Fizinio aktyvumo vertinimas	Žymiai mažesnis	Mažesnis	Panašus	Didesnis	Žymiai didesnis
Dažnumas	10,1 %	10,1 %	9,4 %	26,8 %	43,5 %

79,9 % visų apklaustųjų teigė, kad jų fizinis aktyvumas yra panašus arba didesnis palyginus su pateikta rekomendacija - vaikščioti 30 minučių kasdien ne mažiau penkių kartų per savaitę.

Rūkymas - viena iš pagrindinių širdies–kraujagyslių ligų priežasčių. Deja, dažnai sergantieji ir medikai skelbia, kad rūkymas yra tik šių ligų rizikos faktorius. Tačiau šiuo metu teigiama, kad rūkymas yra nepriklausomas etiologinis širdies–kraujagyslių ligų veiksnys [11, 30]. Vienas iš kitų žalingų rūkymo poveikių organizmui - nikotinas didina kraujagyslių tonusą ir žaloja endotelį, sudarydamas sąlygas arterinei hipertenzijai vystytis. 2002 metų vykusio Lietuvos suaugusių žmonių gyvenamosios tyrimo duomenimis, šalyje rūkė 43,7 % vyrų ir 12,8 % moterų.



Įvertinus rūkymo įpročio paplitimą vyrų grupėje, nustatyta, kad 36,4 % apklaustųjų rūko (12 lentelė). Šis skaičius yra artimas nustatytam bendrajam Lietuvos gyventojų skaičiui (43,7 %). Todėl galima padaryti išvadą, kad sergantieji nepakankamai kreipia dėmesio į šio įpročio korekciją.

12 lentelė. Sergančiųjų arterine hipertenzija rūkymo įpročiai

Rūkymo statusas	Vyrai	Moterys
Neigia kada nors rūkę	39,4 %	87,6 %
Rūkė anksčiau	24,2 %	7,6 %
Rūko dabar	36,4 %	4,8 %

Arterinės hipertenzijos gydymas yra neatsiejamas nuo medikamentų vartojimo ir kasdieninio arterinio kraujospūdžio stebėjimo. Gali būti gydoma vienu vaistu ir dviem ar net trimis skirtingų grupių vaistais. Teigiamam efektui pasiekus skiriamos palaikomosios dozės, kurios užtikrina pastovią vaistinės medžiagos koncentraciją kraujo plazmoje. Vartojant tabletes, pacientams gali būti sunku pastebėti vienos dozės poveikį. Arterinės hipertenzijos medikamentinė terapija priklauso nuo tam tikros nuolat palaikomos medžiagos koncentracijos plazmoje, kurios svyravimai vyksta lėtai. Todėl laiku neišgėrus tabletę kraujospūdis tam tikrą laiką lieka nustatytoje ribose ir pacientas jaučiasi gerai. Tačiau vėliau būklė gali pablogėti. Laiku neišgertos tabletės gali provokuoti hipertenzinės krizės vystimąsi. Todėl svarbu, kad sergantieji laiku ir sistemingai vartotų gydytojo paskirtus medikamentus, neatsižvelgiant į tai, ar tuo metu jaučiasi gerai.

Pacientams buvo užduotas klausimas: ``Ar vartojate visus gydytojo paskirtus medikamentus arterinei hipertenzijai gydyti?`` Atsakymai pateikti 9 paveiksle.



**9 pav. Pacientų atsakymai į klausimą, ``Ar vartojate visus gydytojo paskirtus vaistus arterinei hipertenzijai gydyti?``**

Tačiau sistemingas vaistų vartojimas, nepraleidžiant dozių net esant gerai savijautai yra labai svarbus. Norint išsiaiškinti sistemingo vaistų vartojimo įpročius pacientams buvo užduotas klausimas: `` Ar esant normaliam kraujospūdžiui arba, jeigu jaučiatės gerai, praleidžiate vaisto dozę? `` Atsakymai pateikti 10 paveiksle.

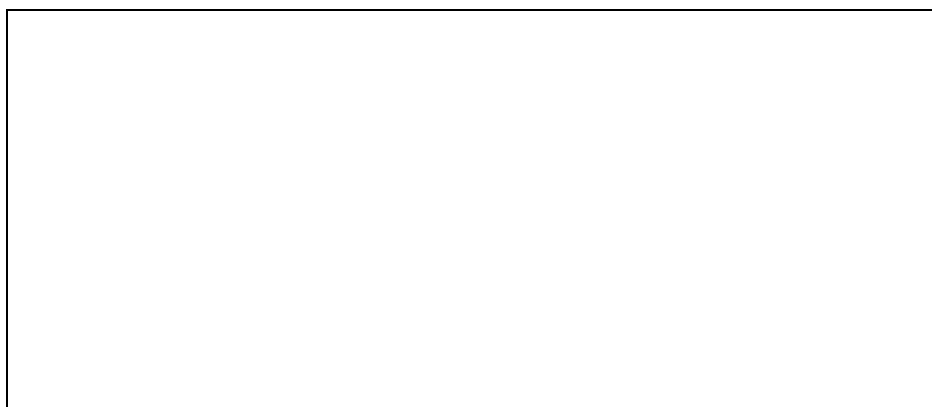


**10 pav. Pacientų atsakymai į klausimą apie vaistų dozės praleidimą esant gerai savijautai**

Kaip matome, tik 53 % apklaustųjų sistemingai vartoja gydytojo paskirtus medikamentus. Kiti pripažįsta, kad savo valia keičia medikamentų vartojimo taisykles.

Sergant arterine hipertenzija svarbus yra nuolatinis ligonio savijautos ir kraujospūdžio monitoravimas. Pacientams rekomenduojama rašyti svorio, išgertų skysčių, suvalgyto maisto kaloražo, bendros savijautos dienyną. Tačiau svarbiausia stebėti kraujospūdį. Norint išsiaiškinti, ar pacientai stebi kraujospūdžio kitimus, buvo užduoti du klausimai:

- Ar turite namie kraujospūdžio aparatą?
- Ar kasdien matuojate arterinį kraujo spaudimą? (11 pav.)



**11 pav. Pacientų atsakymai į klausimą `` Ar turi namie kraujospūdžio matavimo aparatą?``**

Padėtis nebloga, nes net 83 % apklaustųjų teigė, turintys namie kraujo spaudimo matavimo aparatą.

Paklausus apie tai, ar kiekvieną dieną pacientai matuojasi arterinę kraujospūdį (13 lentelė), paaiškėjo, kad tai daro tik kiek daugiau, kaip trečdalis apklaustųjų (39,1 %), nors aparatus namie turi dvigubai daugiau. Beveik 17 % respondentų matuojasi kraujospūdį tik tuomet, kai blogai jaučiasi

13 lentelė. Pacientų kraujospūdžio matavimosi dažnis

Atsakymų variantai	Taip	Ne	Tik kai blogai jaučiuosi
Arterinį kraujospūdį matuojasi kasdien	39,1 %	44,2 %	16,7 %

Svarbu, kad pacientai mokėtų teisingai interpretuoti matavimo rezultatus. Respondentų buvo klausiama, ar jie žino, koks turėtų būti arterinis kraujo spaudimas sergant arterine hipertenzija. Atsakymo variantai interpretuoti atsižvelgiant į 2003 metų Europos hipertenzijos draugijos ir kardiologų draugijos gydymo gaires [32] (14 lentelė).

14 lentelė. Pacientų nuomonė apie arterinio kraujospūdžio normą

Atsakymai	Atsakymų reikšmė	Atsakymų dažnumas
110 – 139 / 80 – 89 mm Hg st.	Norma	68,8 %
Kiti skaičiai	Per didelis kraujospūdis	17,4 %
Jokio atsakymo varianto	Nežino kraujospūdžio normos	13,8 %

Deja, 30 % apklaustųjų nemoka teisingai interpretuoti kraujospūdžio matavimo rezultatų. Tačiau kiti apklaustieji supranta siektino kraujospūdžio reikšmę. 98 % apklaustųjų, kurių atsakymo variantai buvo interpretuoti kaip norma, nurodė optimalaus kraujospūdžio skaičių – 120 / 80 mm Hg st..

Norint išsiaiškinti, ar pacientai domisi sveiku gyvenimo būdu ir koks vaidmuo tenka slaugytojoms sergančiųjų arterine hipertenzija informavimo procese, buvo užduoti trys klausimai apie sveikos gyvensenos žinias. Atsakymai buvo sugrupuoti atsižvelgiant į dažniausiai pasitaikančių atsakymų variantus. Kaip vertinimo indikatorius kiekviename klausime pabrėžiamas slaugytojo, kaip informacijos šaltinio, vaidmuo.

Pacientams užduotas klausimas: `` Kur jūs gavote žinias apie gyvensenos ypatumus sergant arterine hipertenzija? `` Atsakymo variantai pateikti 15 lentelėje.

15 lentelė. Pacientų nurodyti informacijos šaltiniai apie gyvenimo ypatumus sergant arterine hipertenzija.

Informacijos šaltiniai	Atsakymų dažnumas
Spauda, gydymo įstaigose gauti lankstinukai ir pan.	35,5 %
Televizija	5,8 %
Internetas	0,7 %
Papasakojo gydytojai	23,2 %
Papasakojo slaugytojai	1,4 %
Kitur gautos žinios	11,6 %
Nežinau, sunku apibūdinti, niekada nesidomėjau šiuo klausimu	11,6 %

Kaip matome iš 15 lentelės, daugiausia pacientai sužino apie savo ligą skaitydami mokomąją literatūrą. Virš 20 % apklaustųjų nurodė, kad informaciją apie gyvenimo būdo korekcijas jiems papasakojo gydytojai. Slaugytojus, kaip informacijos šaltinį nurodė tik 1,4 % respondentų. Deja, 11,6 % žmonių pareiškė, kad nesidomėjo šiuo klausimu, kas iš tikrųjų rodo jų abejingumą hipertenzijos gydymo procesui.

Norint nustatyti pacientų domėjimosi sveika gyvenimu ateityje ir numatyti galimus slaugytojų darbo krūvius, pacientams buvo užduotas klausimas: ``Kur ieškotumėte atsakymų iškilus neaiškumams gyvenimo būdo klausimais? `` Atsakymo variantai pateikti 16 lentelėje.

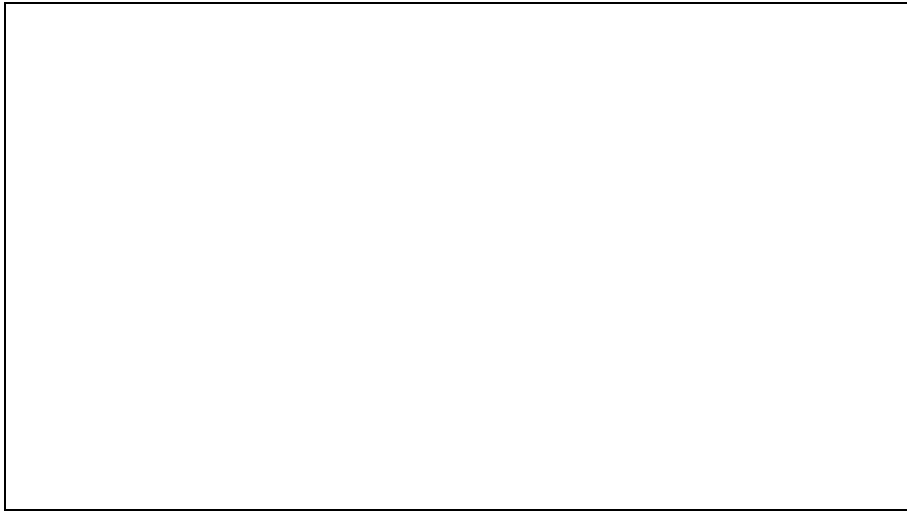
16 lentelė. Pacientų nurodyti būsimi informacijos šaltiniai, iškilus neaiškumams gyvenimo būdo klausimais.

Informacijos šaltiniai	Atsakymų dažnumas
Ieškočiau literatūroje	30,4 %
Žiūrėčiau televiziją	0
Ieškočiau Internete	0,7 %
Klausčiau gydytojo	33,3 %
Klausčiau slaugytojo	1,4 %
Ieškočiau kitur	0,7 %
Nieko nedaryčiau	42 %

Atsakymo rezultatai iš tikrųjų liūdni. Ne 42 % sergančiųjų nieko nesiruošia daryti ateityje sprendžiant klausimus, susijusius su gyvenimo būdu. Slaugytoją, kaip informacijos šaltinį, ateityje mato 1,4 % apklaustųjų. Daugiausia pasitikėjimo išreikštas gydytojui ir literatūros šaltiniams.

Norint išsiaiškinti slaugytojų esamą aktyvumą propaguojant gyvenimo būdo korekcijas sergančiųjų arterine hipertenzija pacientams, buvo užduotas klausimas: ``Ar jūs kalbate su šio skyriaus slaugytojomis apie rekomenduojamas gyvenimo būdo korekcijas,

sergant arterine hipertenzija (kaip reikia maitintis, ar reikia jums mažinti svorį ir kaip tai daryti, kaip didinti fizinį aktyvumą, kaip gerti gydytojo išrašytus vaistus ir pan. )? ``



**12 pav. Pacientų atsakymai į klausimą: `` Ar šio skyriaus slaugytojos šneka su jumis apie būtinas gyvenimo būdo korekcijas sergant arterine hipertenzija?``**

Vertinant 12 paveiksle pateiktus rezultatus galima padaryti išvadą, kad šiandieninės slaugytojos stengiasi propaguoti sveiką gyvenseną sergantiesiems arterine hipertenzija. Tačiau palyginus su 15 ir 16 lentelių duomenimis, šis procesas tik prasidėjo ir vyksta nepakankamai. Slaugytojų pasyvumą parodo ir ta tendencija, kad patys pacientai nemato ateityje jų dalyvavimo ugdant sveiką gyvenseną. (į slaugytojas ateityje planuoja kreiptis tik 1,4 % apklaustųjų).

#### 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Pasaulinė sergamumo arterine hipertenzija statistika nurodo, kad pasaulyje šia liga serga 15 – 25 % visos populiacijos. 2003 metais Vilniaus miesto Eksperimentinės ir Klinikinės medicinos instituto Gerontologijos ir reabilitacijos centre buvo atliktas Vilniaus miesto pagyvenusių ir senų žmonių sveikatos tyrimas. Nustatyta, kad 56,1 % vyresnio amžiaus gyventojų serga arterine hipertenzija [5]. Nuo 85 metų sergamumas sergamumo arterine hipertenzija atvejų skaičius turi tendenciją neženkliai mažėti.

Vienas iš nemodifikuojamų širdies – kraujagyslių ligų rizikos faktorius yra nepalanki šeimos anamnezė. Paveldėjimas yra sunkus tada, kai tarp kraujo giminių (tėvai, broliai, seserys) buvo sergančiųjų miokardo infarktu, insultu ar staiga mirusiųjų nuo širdies iki 55 metų amžiaus [23]. Arterinės hipertenzijos teigiama šeimos anamnezė nustatyta 50 % atvejų, nors dėmesį į galimą ligos paveldėjimą atkreipė tik 33 % respondentų. Tiriant Maskvos sergančiųjų arterine hipertenzija populiaciją ligos paveldėjimas nustatytas 67 % atvejų [33]. Manoma, kad šio tyrimo metu hipertenzijos paveldimumas yra dažnesnis, nes trečdaliais sergančiųjų buvo sunku atsakyti į šį klausimą. Deja, galime konstatuoti faktą, kad net esant sunkiai šeimos anamnezei, gyventojai nesiima jokių profilaktikos priemonių šioms ligoms išvengti.

Gyvenimo būdo įtaką arterinei hipertenzijai atsirasti pripažino 61 % respondentų. Kadangi gyvenimo būdas lemia 50 % gyventojų sveikatos, o gyvenimo būdo įtaka širdies – kraujagyslių ligoms atsirasti yra įrodyta moksliniais tyrimais, galima sakyti, kad šis procentas yra labai mažas. Svarbu, kad visi sergantieji priimtų gyvenimo korekcijos būtinumą ir stengtųsi sekti juos.

Vienas iš sveikos gyvenimo komponentų yra mityba. JAV mokslininkai sukūrė specialią sergančiųjų arterine hipertenzija dietą, kurios pagrindinis tikslas – dietiniais būdais sumažinti kraujospūdį. Dieta pavadinta DASH (angl. Dietary Approches to Stop Hypertension). 64 % apklaustųjų sutinka, kad sergant arterine hipertenzija reikia koreguoti mitybos įpročius, o vėliau paminėti mitybos korekcijos ypatumai atitiko pagrindines mitybos specialistų rekomendacijas. Sergantieji daugiausia dėmesio kreipia į riebalų vartojimo, mėsos valgymo, maisto kaloringumo sumažinimą. Druskos vartojimo ribojimas paminėtas tik 14,6 % atveju, nors ši rekomendacija yra pagrindinė sergantiems arterine hipertenzija.

Analizuojant anketų pildymo atvejus buvo pastebėtas pacientų atsakymų į klausimą apie mitybos korekcijos būtinumą suasmeninimas. Manoma, kad atsakydami į klausimą, pacientai atspindėdavo savo mitybos apribojimo asmeninę patirtį. Todėl ankščiau paminėtus

rezultatus reikėtų laikyti ne esamomis žiniomis apie reikalingas mitybos korekcijas, o kiekvienu atveju asmeninių tų principų taikymą kasdieninėse gyvenimo situacijose.

Nutukimo problema yra labai paplitusi išsivysčiusiose šalyse. 2002 metų tyrimo duomenimis Lietuvoje 41,2 % vyrų nustatytas antsvoris ( $KMI = 25, 29,9 \text{ kg / m}^2$ ) ir 16,2 % yra nutukę ( $KMI$  virš  $30 \text{ kg / m}^2$ ). Moterims antsvoris nustatytas 26,6 % ir nutukimas 15,8 % atvejų [31]. Padidėjęs kūno svoris yra nepriklausomas širdies–kraujagyslių ligų rizikos faktorius, provokuojantis arterinės hipertenzijos atsiradimą.

Šio tyrimo metu 65,2 % apklaustųjų pripažino, kad yra šiek tiek arba stipriai nutukę, tačiau realiai antsvoris ir nutukimas nustatytas 72 % atvejų. 7 % atvejų nustatytas morbidinis nutukimas, kai  $KMI$  viršijo  $40 \text{ kg / m}^2$  (7 paveikslas ir 8 lentelė).  $KMI$  vidurkis nustatytas  $29,57 \pm 5,77$  (8 paveikslas.). 2005 metų Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatų duomenimis populiacijos 55 – 74 metų amžiaus tarpsnyje  $KMI$  vidurkis nustatytas 28 [5]. Maskvos populiacijoje tarp sergančiųjų arterine hipertenzija antsvoris ir nutukimas nustatytas 81,5 % atvejų.

Vertinant pilvinio nutukimo paplitimą liemens ir klubų apimčių santykio vidurkis nustatytas  $0,95 \pm 0,06$ . Šis rodiklis byloja apie pilvinį nutukimą moterims, o vyrams jis atitinka normos ribas. Šis rodiklis žymiai mažesnis lyginant su duomenimis, gautais sergančiųjų arterine hipertenzija mokykloje. Mokykloje nustatytas apimčių santykių vidurkis lygus  $1,17 \pm 0,09$  [1]. Tačiau dabar daugiau dėmesio siūloma kreipti tiesiog į liemens apimtį, o ne į figūros tipą. 88 cm riba moterims ir 102 cm riba vyrams nustatyta pilviniam nutukimui diagnozuoti. Šiuos parametrus viršijo 82,7 % moterų ir 72 % vyrų.

Vienas iš svarbių sergančiųjų arterine hipertenzija sveikatos rodyklių yra fizinis aktyvumas. Sveikatą itin teigiamai veikia vidutinio intensyvumo fizinis judėjimas, pavyzdžiui, spartus žingsniavimas ne trumpiau kaip 30 minučių kasdien ir ne mažiau kaip penkias dienas per savaitę. Vidutinis fizinis aktyvumas veikia nuotaiką, savigarbą, gerina fizinę išvaizdą ir laikyseną, mažina priešlaikinį mirtingumą ir nutukimą, širdies – kraujagyslių ligas, nuo insulino nepriklausomą diabetą ir osteoporozę [29]. 79,9 % visų apklaustųjų pareiškė, kad jų fizinis aktyvumas yra panašus arba didesnis palyginus su pateikta rekomendacija vaikščioti 30 minučių kasdien ne mažiau penkių kartų per savaitę. Lyginant su Lietuvos gyventojų gyvensenos tyrimo duomenimis 2002 metais 26,5 % vyrų ir 21,8 % moterų atsakė, kad jie mankština bent keturis kartus per savaitę ne trumpiau kaip 30 minučių taip, kad pagreiteja kvėpavimas ir padidėja širdies susitraukimo dažnis. Deja, nuolat mažėja pėsčiomis į darbą einančių žmonių apie 20 % populiacijos.

Rūkymas yra nepriklausomas etiologinis širdies – kraujagyslių ligų veiksnys [11, 30]. 2002 metais vykusio Lietuvos suaugusių žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis rūko 43,7 %

vyrų ir 12,8 % moterų. Mūsų tyrimo metu įvertinus rūkymo įpročio paplitimą vyrų grupėje, nustatyta, kad 36,4 % apklaustųjų rūko. Šis skaičius yra artimas nustatytam bendrajam Lietuvos gyventojų skaičiui (43,7 %). Rūkančių moterų skaičius lygus 4,7 %. Sergančiųjų arterine hipertenzija Maskvos populiacijoje nustatytas 21,8 % rūkymo įpročio paplitimas [33]. Po apmokymų sergančiųjų arterine hipertenzija mokykloje rūkymo įpročio atsisakė 23,5 % dalyvių [1].

Arterinės hipertenzijos gydymas yra neatsiejamas nuo medikamentų vartojimo ir kasdieninio arterinio kraujospūdžio stebėjimo. 89 % apklaustųjų nurodė, kad vartoja visus gydytojo paskirtus vaistus, tačiau reguliariai tik 53 % (9 ir 10 paveikslas). Arterinės hipertenzijos mokyklos duomenimis tvarkingas paskirtų medikamentų vartojimas pagerėjo po pacientų apmokymų, tačiau atvejų skaičius proceso pabaigoje tesiekė tik 62,7 % [1].

Savarankiška arterinio kraujospūdžio kontrolė yra neatsiejama gydymo dalis. Svarbu, kad sergantieji turėtų galimybes kasdien arba/ir pablogėjus savijautai, pamatuoti kraujospūdį ir teisingai interpretuoti skaičius. 83 % apklaustųjų nurodė, kad turi namie kraujospūdžio matavimo aparatą, tačiau reguliariai matuoja tik 39,1 % apklaustųjų. 68,8 % respondentų žino siektino kraujospūdžio ribas (11 paveikslas, 13 ir 14 lentelė). Pagal sergančiųjų arterine hipertenzija mokyklos duomenis po apmokymų net 97,5 % dalyvių pradėjo vykdyti savarankišką kraujospūdžio kontrolę ir rašyti specialų kraujospūdžio ir savijautos stebėjimo dienyną [1].

Sergantieji arterine hipertenzija gydymo kokybei užtikrinti privalo atitinkamai koreguoti savo gyvenimą. Tačiau ne medicinos specialistui gali būti sunku nuspręsti, kaip tai padaryti. Todėl kiekvienas sergantysis turėtų gauti iš specialisto tam tikras žinias, įgūdžius, kurios galėtų įgyvendinti. Nepakankamas profilaktikos svarbos išaiškinimas pacientams, sergantiems širdies – kraujagyslių ligomis, gali sudaryti klaidingą įspūdį, kad liga yra pagydyta ir rizikos veiksnių korekcija yra nebe tokia reikšminga [16]. Šio tyrimo metu nustatyta, kad daugiausia pasitikėjimo pacientai pareiškė gydytojo ir spaudos teikiamai informacijai [15, 16 lentelė]. Tačiau gydytojui profilaktinis darbas yra susijęs su laiko sąnaudomis ir dideliu ligonių srautu [16]. Be to, gydytojų dalyvavimas ugdant sergančiųjų sveikos gyvensenos principus yra sąlygotas didelėmis finansinėmis išlaidomis.

Amerikoje populiarios ir efektyvios veikia dislipidemijų gydymo klinikos, kuriose pagrindinį darbą – rizikos veiksnių korekciją ir kontrolę atlieka specialiai apmokytos slaugytojos, o klinikos gydytojas – administratorius konsultuoja sudėtingesnius dislipidemijų gydymo atvejus. Toks darbo organizavimas padeda sutaupyti laiką ir lėšas. Adekvačią dislipidemijų korekciją padeda užtikrinti plačiai naudojamos duomenų bazės, ligoniams



išduodami rizikos veiksnių kontrolės dienynai ir nuolat vykdoma gydymo kokybės kontrolė [16].

Deja, mūsų atlikto tyrimo duomenimis pasitikėjimą slaugytojoms pareiškė tik 1,4 % respondentų (15, 16 lentelė). Nors 36 % nurodė, kad slaugytojai aiškino jiems apie rekomenduojamas gyvenimo būdo korekcijas sergant arterine hipertenzija (12 paveikslas).

Dauguma sveikatos priežiūros įstaigose dirbančiųjų pritaria teiginiui, kad ligonių sveikatos mokymas padėtų išvengti kai kurių ligų, pagerintų ligų išėjimą, sutrumpintų hospitalizacijos laiką, sumažintų kartotinių ligos atvejų skaičių. Efektyviam sveikatos ugdymo priemonių įgyvendinimui asmens sveikatos priežiūroje trūksta žinių, įgūdžių bei tradicijų. Šioje veikloje ypač svarbus vaidmuo tenka slaugytojams, kurių veikla negali apsiriboti vien medicinos priežiūra. Dauguma slaugytojų pritaria sveikos gyvensenos mokymui ir noriai dalyvautų šioje veikloje [15].

## 5. IŠVADOS

1. Dalies ištirtų pacientų, sergančių arterine hipertenzija, pagrindinės gyvensenos charakteristikos neatitinka sveikos gyvensenos reikalavimų. Įvertinus mitybos įpročius, nustatyta, kad: 36 proc. respondentų nežinojo mitybos korekcijos svarbos, 53 proc. pagrindinius mitybos principus žinojo per mažai, tokių rizikos veiksnių, kaip gausaus alkoholio, cukraus vartojimo, valgio gaminimo būdo, reikšmę arterinės hipertenzijos eigai ir kontrolei žinojo labai mažai apklaustųjų (1,1-3,4 %).
2. Arterinės hipertenzijos rizikos veiksnių tyrimo rezultatai parodė, kad ištirtiems pacientams buvo dažni pilvinis nutukimas, nustatytas 59 % moterų ir 36 % vyrų, rūkymas (36 %).
3. Gyvenimo būdo įtaką ligos atsiradimui ir vystymuisi pripažino 61 % respondentų, tačiau jų konstatuotos žinios apie arterinę hipertenziją ir gyvenseną yra nepakankamos.
4. Ištyrus sergančiųjų arterine hipertenzija elgseną kontroliuojant arterinį kraujospūdį, nustatyta, kad 89 % respondentų vartoja gydytojo paskirtus vaistus, tačiau tik 53 % iš jų medikamentus vartoja sistemingai. 83 % apklaustųjų teigė, turintys namie kraujo spaudimo matavimo aparatą, tačiau kiekvieną dieną arterinį kraujospūdį matuojasi tik kiek daugiau, kaip trečdalis apklaustųjų (39 %). Beveik 17 % respondentų matuojasi kraujospūdį tik tuomet, kai blogai jaučiasi. 30 % apklaustųjų nemoka teisingai interpretuoti kraujospūdžio matavimo rezultatų.
5. Daugiausia žinių apie savo ligą sergantieji arterine hipertenzija gauna skaitydami mokomąją literatūrą (30 %), iš gydytojų. (20 %) ir mažiausiai iš slaugytojų (1,4 %). 12 % žmonių nesidomi savo liga. 42 % sergančiųjų nesiruošia nieko daryti ateityje sprendžiant klausimus, susijusius su gyvenimo būdu.
6. Trečdalis apklaustųjų teigė, kad slaugytojai dalyvauja, formuojant sveikos gyvensenos įgūdžius, tačiau pasitikėjimą jais pareiškė tik 1,4 % apklaustųjų.

## PASIŪLYMAI

Slaugytojos, dirbančios su sergančiais arterine hipertenzija pacientais, turėtų daugiau dėmesio skirti jų mokymui: suteikti daugiau žinių apie būtinas gyvenimo būdo korekcijas ir pateikti pasiūlymų, kaip tai įgyvendinti praktiškai.

Slaugos personalui turėtų būti rengiami tobulinimosi kursai, kur slaugytojai įgytų daugiau pedagoginio darbo žinių.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Турсунова Г.Ф. Клиническая эффективность работы школы больного гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом этапе. Терапевтический архив, 2005, Т. 77. Nr. 11.- С. 49-55. Prieiga per Internetą <<http://www.med2000.ru/art300/artikl357.htm>>.
2. Steponienė R. Vyresnio amžiaus arterine hipertenzija sergančiųjų pacientų gydymas. Gydymo menas, 2003 m.Nr.3, 15 p.
3. Babarskienė R., Bandzaitienė R. D., Beneis R. Širdies ligos. Kauno medicinos universitetas, 2001, 59 – 64 p.
4. Laucevičius A., Babarskienė R. Metabolinis sindromas: mada ar epidemija? Gydymo menas, 2005 m. Nr. 6.
5. Čeremnych J., Vileikienė V., Alekna A. Pagyvenusių žmonių sveikatos vertinimas. Sveikatos mokslai, 2004, Nr. 3. Prieiga per Internetą <[http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3\(1-82\).pdf](http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3(1-82).pdf)>
6. Arterinės hipertenzijos gydymo gairės. Gydymo menas, Nr. 1.
7. Kalėdinė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. „Šviesa“, 1999, p. 62.
8. Satkienė D., Laucevičius A. Pirminės arterinės hipertenzijos diagnostikos kriterijų ir ambulatorinio gydymo metodikos projekto komentarai. Gydymo menas, 2002. Nr. 8, p. 10.
9. Babarskienė R. Hipertenzijos patogenezė: nauji įrodymai ir gydymo pasirinkimo pagrindimas. Gydymo menas, 2006. Nr. 2.
10. Bydam J. Pedagogika. Charibdė Vilnius, 2000, p. 38 – 39, 68.
11. Arterinė hipertenzija. Pirminės sveikatos priežiūros komandos mokymas. ES Phare projektas. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2000. p.11.
12. Майчук Е.Ю., Юренева С.В., Печенкина И.В, Мартынов А.И. Особенности формирования артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе. МГМСУ им. Н.А. Семашко Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва. Prieiga per Internetą <<http://www.medlinks.ru/article.php?sid=21629>>
13. Jakutis A. Arterinė hipertenzija ir metabolinis sindromas: tarpusavio ryšys, cukrinio diabeto išsivystymo tendencijos bei gydymo ir prevencijos galimybės. Gydymo menas, 2006. Nr. 4.

14. Andrijauskaitė D., Žinios apie sveikatą: dar nevertinama vertybė ir „propaganda“ Gydytojų mėnuo, 2005. Nr. 9.
15. Milašauskienė Ž., Zagurskienė D. Slaugytojų veikla ugdant pacientų sveiką gyvenimą. Sveikatos mokslai, 2003. Nr. 6. p. 24 – 26.
16. Žaliūnas R. Išeminės širdies ligos profilaktika – dabartis ir nepanaudoti rezervai. Kardiologijos seminarai, 2002, 8 tomas, Nr. 1 p. 12 – 14.
17. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Данилов Ю.А. 52 Консультативно - диагностический центр МО РФ (нач. – проф. В.Т. Карташов), кафедра кардиологии ГИУВ МО РФ (зав. – проф. Н.М. Коломоец). Обучение пациентов с артериальной гипертензией, состояние проблемы, реальности и перспективы. Prieiga per Internetą < <http://www.med2000.ru/art300/artikl354.htm> >
18. Kumpinė J. ir kiti. Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija. Vilnius, 2004.
19. Vesterdal Anne. Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga. Vilnius, 1998. p. 151 -160, 175 - 181.
20. Roper N., Logan W. W., Tierney A. J. Slaugos pagrindai. Evalda, 1996. p.34.
21. Бакшеев В. И., Карташов В. Т., Коломоец Н. М. Программа обучения в "Школе больного гипертонической болезнью" Prieiga per Internetą < <http://www.cardiosite.ru/articles/article.asp?id=870> >
22. Мельник М.В., Рыбкина Т.Е., Чубаров М.В., Шилов А.М. Артериальная гипертензия и метаболический синдром X Prieiga per Internetą < [http://www.rmj.ru/articles\\_774.htm](http://www.rmj.ru/articles_774.htm) >
23. Naudžiūnas A., Kleišytė P., Petkevičienė R. T. Vidaus ligų diagnostikos pagrindai. Kaunas, 2003. p. 72 – 74, 128, 129.
24. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Всероссийское научное общество кардиологов. Москва, 2004. Prieiga per Internetą < <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/ah.pdf> >
25. Василенко В.В., Маховой Н.С., Лечебное питание при гипертонической болезни. Диета DASH. NIH Publication No. 98-4082, September 1998. Prieiga per Internetą < <http://www.infarktu.net/catalog/articles/213> >
26. Мычка В. Б., Отдел системных гипертензий (руководитель - докт. мед. наук И.Е. Чазова), Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова (дир. - акад. РАМН, член-корр. РАН Ю.Н. Беленков) РКНПК (генеральный директор - акад. Е.И. Чазов) Минздрава РФ. Артериальная гипертония и ожирение. Consilium

- provisorum, 2002, Nr.5, p. 18-21 Prieiga per Internetą: < <http://www.medafarm.ru/php/content.php?id=1737> >
27. Мамедов М.Н По материалам I Международного конгресса по предиабету и метаболическому синдрому: акарбоза признана препаратом выбора для профилактики сахарного диабета и инфаркта миокарда. Артериальная гипертензия ( научно – практический рецензируемый журнал ) 2005, Том 11, Nr.3. Prieiga per Internetą <[http://www.consilium-medicum.com/media/gyper/05\\_03/173.shtml](http://www.consilium-medicum.com/media/gyper/05_03/173.shtml)>
  28. Баранова Е.И., Большакова О.О., Метаболический сердечно-сосудистый синдром в постменопаузе. Обзоры клинической кардиологии №1, сентябрь 2005. Prieiga per Internetą < <http://www.solvay-pharma.ru/doctors/cardiology/article.aspx?id=3652> >
  29. Sveikata 21 amžiuje. Pagrindiniai Pasaulinės Sveikatos Organizacijos visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. P. 61, 85, 89.
  30. Зербино Д.Д. Курение: не фактор риска, но этиологический стимул поражения сосудов. Prieiga per Internetą <<http://www.medicusamicus.com/index.php?action=695-9f-13f-15>>
  31. Grabauskas V., Kalėdinė R., Valius L. Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Kaunas, 2004. p. 34 – 40.
  32. Jakutis A., Arterinė hipertenzija: praktinės užsienio ekspertų pastabos. Gydyimo menas, 2004, Nr. 10, p. 33 – 38.
  33. Глезер М.Г., Бойко Н.В., Абильдинова А.Ж., Соболев К.Э. Факторы риска у московской популяции больных с артериальной гипертонией. Российский кардиологический журнал, 2002 Nr.6. Prieiga per Internetą < <http://medi.ru/doc/6620603.htm> >
  34. Hipertenzinės ligos ir hipertenzinės neuropatijos ( TLK kodai 110 – 113, 115 ) diagnostikos kriterijai ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodika. Gydyimo menas, 2002, Nr. 8, p.17.

## 1 PRIEDAS

## SERGANČIŲJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA ŽINIŲ APIE GYVENIMO BŪDĄ VERTINIMO ANKETA

Gerbiamieji gyventojai,

Maloniai prašome užpildyti anketą. Šia apklausa siekiama išsiaiškinti jūsų žinias apie gyvenimo būdą. Tai padėtų mums geriau suprasti jūsų problemas ir ateityje pateikti praktinių pasiūlymų joms spręsti. Apklausa yra anoniminė. Dėkojame už sugaištą laiką.

Tyrimą atlieka VU MF slaugos magistrantūros studentė N. Gorbačevskaja

### I dalis

1. Jūsų amžius .....metų.

18 – 40 m.  41 – 50 m.  51 – 60 m.  61 – 70 m.  virš. 71 m.

2. Jūsų lytis: Vyras  Moteris

3. Kur jus gyvenate? Mieste  Kaime

4. Kiek metų sergate arterine hipertenzija.....metų.

Mažiau 1 metų  1 – 5  6 – 10  11 – 15  virš 16 m.

### II dalis

5. Pažymėkite savo nuožiūra, kiek jūsų gyvenimo būdas įtakoja arterinės hipertenzijos eiga ir gydymą.

Neįtakoja  Įtakoja  Stipriai įtakoja  Nežino

6. Jūsų nuomone, ar arterinė hipertenzija yra paveldima?

Taip  Ne  Nežinau

7. Ar jūsų artimi giminaičiai ( seneliai, tėvai broliai, seserys ) sirgo ar serga širdies - kraujagyslių ligomis ( persirgtas miokardo infarktas, insultas, koronarinė širdies liga, arterine hipertenzija, krūtinės angina ir pan. )?

Taip  Ne  Nežinau

8. Jei į 7 ir 8 klausimus atsakėte teigiamai, tai ar ėmėtės kokių nors priemonių šiai ligai išvengti, pvz. vartodavot maisto papildus, stengdavotės teisingai maitintis, sportuodavote?

Taip  Ne  Nežinau

9. Ar sergant arterine hipertenzija reikia koreguoti savo mitybos įpročius?

Taip  Ne  Nežinau

10. Paminėkite pagrindinius sveikos mitybos principus sergant arterine hipertenzija ( kiek prisiminsite ):

.....

11. Jūsų nuomone, ar padidėjęs kūno svoris gali skatinti arterinės hipertenzijos atsiradimą ir vystimąsi?

Taip  Ne  Nežinau

12. Kaip jus vertinate savo svorį?

Trūkumas  Norma  Nutukęs  Stipriai nutukęs

13. Ar jums reikėtų mažinti svorį?

Taip  Ne  Nežinau

14. Jūsų išmatavimai:

Ūgis	Svoris	KMI	Liemens apimtis	Klubų apimtis	Apimčių santykis

15. Sakoma, kad sveikata itin teigiamai veikia vidutinio intensyvumo judėjimas, pvz. spartus žingsniavimas ne trumpiau kaip 30 min. kasdien ne mažiau kaip 5 dienas per savaitę. Palyginus su šiuo teigimu, jūsų fizinis aktyvumas yra:

Žymiai mažesnis  Mažesnis  Panašus  Didesnis  Žymiai didesnis

16. Rūkymas: Niekada nerūkėte  Rūkėte anksčiau  Rūkote dabar

17. Ar vartojate visus gydytojo paskirtus vaistus arterinei hipertenzijai gydyti?

Taip  Ne  Nežinau

18. Ar esant normaliam kraujospūdžiui praleidžiate vaistų dozę

Taip  Ne  Nežinau

19. Koks yra normalus arterinis kraujo spaudimas.....mm Hg.

20. Ar namie turite kraujospūdžio matavimo aparatą

Taip  Ne

21. Ar kasdien matuojate arterinį kraujo spaudimą?

Taip  Ne

22. Kur jūs gavote žinias apie gyvenimą?

Knygos, žurnalai, gydymo įstaigose gauti lankstinukai

Televizija

Internetas

Papasakojo gydytojas

Papasakojo slaugytojas

Kita

Nežino

23. Iškilus neišskumams gyvenimo būdo klausimais, kur ieškotumėte atsakymo?

Ieškočiau literatūroje

Žiūrėčiau TV laidas

Ieškočiau Internete

Klausčiau gydytojo

Klausčiau slaugytojo

Ieškočiau kitur

Nieko nedaryčiau

24. Ar jūs šnekate su šio skyriaus slaugytoja apie jūsų gyvenimo būdą?

Taip  Ne  Nežinau