

VILNIAUS UNIVERSITETAS  
MEDICINOS FAKULTETAS  
REABILITACIJOS, FIZINĖS IR SPORTO MEDICINOS KATEDRA

Tvirtinu: .....

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
Reabilitacijos studijų programos komiteto  
pirmininkas prof. dr. J. Raistenskis

Data: .....

Justina Arlauskienė

**ASMENŲ, PATYRUSIŲ MIOKARDO INFARKTĄ, DALYVUMO  
KASDIENĖSE VEIKLOSE SAŠAJOS SU NERIMU IR  
DEPRESIJA BEI SOCIODEMOGRAFINIAIS YPATUMAIS  
REABILITACIJOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo vadovė: dr. Lina Būtėnaitė

Darbo konsultantė: Gintarė Narmontaitė

Darbo priėmimo data: .....

Parašas .....

VILNIUS, 2017

## ANOTACIJA

Reabilitacijos magistrantūros baigiamasis darbas „Asmenų, patyrusių miokardo infarktą, dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajos su nerimu ir depresija bei sociodemografiniais ypatumais“, atliktas 2016 m. lapkričio 2 d. – gruodžio 16 d., 2017 m. sausio 30 d. – kovo 24 d. VŠĮ VUL Santaros klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos III – iame stacionarinės reabilitacijos skyriuje. Darbo autorė: Justina Arlauskienė, Vilniaus universiteto Reabilitacijos magistrantūros studijų programos II kurso studentė. Darbo vadovė: dr. Lina Būtėnaitė Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra. Darbo konsultantė: FMR gydytoja Gintarė Narmontaitė VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos.

Darbas apsvaistytas VU MF Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros posėdyje 2017 m. gegužės 9 dieną, įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzantai:

1. Lekt. dr. A.Mastavičiūtė
2. Asist. A. Grigonytė

Reabilitacijos magistrantūros baigiamasis darbas „Asmenų, patyrusių miokardo infarktą, dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajos su nerimu ir depresija bei sociodemografiniais ypatumais“ ginamas viešame Reabilitacijos magistro baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2017 m. birželio 7 d. 09.00 val. VUL SK (Vaikų ligoninė, VŠĮ VULSK filialas, Santariškių g. 7, Žalioji auditorija).

Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedroje.

## TURINYS

SANTRAUKA.....	5
SUMMARY.....	8
SANTRUMPOS .....	11
DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	12
DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	13
ĮVADAS .....	14
1.1. Širdies ir kraujagyslių ligų paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje .....	16
1.2. Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai.....	17
1.3. Sergančiųjų širdies ir kraujagyslių ligomis rehabilitacija ir jos prieinamumas .....	18
1.3.1. Ergoterapeuto vaidmuo rehabilitacijos metu.....	19
1.3.2. Ergoterapijos modelių taikymas darbingo ir senyvo amžiaus asmenims sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis .....	20
1.4. Asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis dalyvumo kasdienėse veiklose sutrikimai .....	23
1.4.1. Tarptautinė funkcionavimo ir negalumo klasifikacija ergoterapijoje.....	24
1.4.2. Kasdinių veiklų vertinimas ergoterapijoje taikant Tarptautinę funkcionavimo ir negalumo klasifikaciją.....	25
1.5. Asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, nerimas ir depresija.....	26
1.5.1. Asmenų, patyrusių miokardo infarktą, nerimo ir depresijos vertinimas .....	27
1.6. Asmenų, patyrusių miokardo infarktą, sveikatos ypatumai po perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos ir aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos .....	28
2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA .....	30
2.1. Tyrimo organizavimas .....	30
2.2. Tyrimo metodai.....	32
2.3. Statistinė duomenų analizė .....	33
3. TYRIMO REZULTATAI .....	34
3.1. Sociodemografinių ypatumų analizė.....	34
3.2. Dalyvumo kasdienėse veiklose vertinimo rezultatai ir sąsajos su sociodemografiniais ypatumais .....	34
3.3. Nerimo ir depresijos simptomų vertinimo rezultatai ir sąsajos su sociodemografiniais ypatumais .....	37
3.4. Nerimo ir depresijos bei dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajos.....	38
3.5. Dalyvumo kasdienėse veiklose, nerimo ir depresijos simptomų bei sociodemografinių ypatumų sąsajų rezultatų analizė .....	40
4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS .....	42
5. IŠVADOS.....	46

6. REKOMENDACIJOS.....	47
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	48
8. PRIEDAI.....	58
1 Priedas.....	58
2 Priedas.....	59
3 Priedas.....	61
4 Priedas.....	62
5 Priedas.....	64
6 Priedas.....	65
7 Priedas.....	66
8 Priedas.....	68
9 Priedas.....	70
10 Priedas.....	71
11 Priedas.....	72
12 Priedas.....	73
13 Priedas.....	74
14 Priedas.....	75
15 Priedas.....	76
16 Priedas.....	77
17 Priedas.....	78

## SANTRAUKA

Justina Arlauskienė. Asmenų, patyrusių miokardo infarktą, dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajos su nerimu ir depresija bei sociodemografiniais ypatumais: reabilitacijos magistrantūros studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovė dr. L. Būtėnaitė, darbo konsultantė – G. Narmontaitė. Vilniaus universitetas, 2017 m.

Tyrimo objektas – dalyvumo kasdienėje veikloje sąsajos su nerimu ir depresija bei sociodemografiniais ypatumais. Tyrimo subjektas – asmenys, patyrę miokardo infarktą, kuriems taikyta perkutaninė transluminalinė vainikinė angioplastika arba aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija.

Tyrimo tikslas – įvertinti miokardo infarktą patyrusių asmenų po perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos ir aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajas su nerimo ir depresijos simptomais bei sociodemografiniais ypatumais.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti asmenų, po miokardo infarkto, sociodemografinius ypatumus aortokoronarinių jungčių suformavimo ir perkutaninės transluminalinės angioplastikos intervencijų grupėse;
2. Įvertinti ir palyginti asmenų, po miokardo infarkto, nerimo ir depresijos simptomus aortokoronarinių jungčių suformavimo ir perkutaninės transluminalinės angioplastikos intervencijų grupėse;
3. Nustatyti ir palyginti sąsajas tarp aortokoronarinių jungčių suformavimo ir perkutaninės transluminalinės angioplastikos intervencijų grupių asmenų, patyrusių miokardo infarktą, dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajas su nerimo ir depresijos simptomais.
4. Palyginti sąsajas tarp aortokoronarinių jungčių suformavimo ir perkutaninės transluminalinės angioplastikos intervencijų grupių asmenų, patyrusių miokardo infarktą, dalyvumo kasdienėse veiklose bei nerimo ir depresijos simptomų sąsajas priklausomai nuo sociodemografinių ypatumų.

Tyrimas atliktas 2016 m. lapkričio 2 d. – gruodžio 16 d., 2017 m. sausio 30 d. – kovo 24 d. VŠĮ VUL Santaros klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos III – iame stacionarinės reabilitacijos skyriuje. Siekiant nustatyti asmenų dalyvumą kasdienėje veikloje naudojamas ligai specifinis testas – tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija (TFK) asmenims, po miokardo infarkto. Nerimas ir depresija išmatuoti naudojant klinikinę nerimo ir depresijos skalę

(HAD). Tyrimo duomenys įvesti, laikyti, saugoti redaguoti naudojant Microsoft Office Excel 2013 programą. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojantis programos SPSS (angl. Statistical Package for Social Science) 17.0 versija.

Pagrindiniai tyrimo rezultatai: analizuojant asmenų, patyrusių miokardo infarktą, AKJO ir PTKA grupėse sąsajas tarp nerimo, depresijos, dalyvumo kasdienėje veikloje ir sociodemografinių ypatumų, statistiškai reikšmingos sąsajos surastos beveik visose TFK veiklų ir dalyvumo subskalėse PTKA grupėje, o AKJO – keliuose judamumo, namų veiklų, tarpasmeninių santykių bei pagrindinių gyvenimo sričių subskalėse. Didėjant nerimui ir depresijai tiek AKJO, tiek PTKA grupėje daugiau dalyvumo kasdienėse veiklose sunkumų kyla vyrams, pensijinio amžiaus asmenims ir žemą išsilavinimą turintiems asmenims. AKJO grupėje vedę susiduria su sunkumais šeimyniniuose santykiuose, tuo tarpu PTKA grupėje vedę didėjant nerimo ir depresijos simptomams turi mažiau sunkumų. Stiprėjant nerimo simptomams, AKJO grupėje reikšmingai didėja dalyvumo sunkumai tarp pensininkų ir išsiskyrusių, o PTKA – tarp pensininkų, žemą išsilavinimą turinčių bei vienišų tiriamųjų. Stiprėjant depresijos simptomams AKJO grupėje didėja dalyvumo sunkumų tarp moterų, turinčių žemą išsilavinimą ir pensininkų, o PTKA grupėje – tarp pensininkų. Taip pat stiprėjant depresijos simptomams PTKA grupės moterų link mažiau patirti sunkumų mokamame darbe, o aukštesnį išsilavinimą turintys tiriamieji link patirti mažiau sunkumų šeimyniniuose santykiuose.

Tyrimo išvados:

1. Patyrusiųjų AKJO ir PTKA statistiškai reikšmingai skyrėsi tik pagal užimtumą – visi AKJO tiriamieji buvo pensininkai/nedirbantys asmenys. Grupėse didesnę tiriamųjų dalį sudaro vyrai, turintys pagrindinį išsilavinimą, vedę ar gyvenantys poroje asmenys.
2. Palyginus nerimo ir depresijos rodiklius AKJO ir PTKA tiriamųjų grupėse nustatyta, kad nerimo vidurkiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė, tačiau AKJO grupės tiriamieji pasižymi stipresniais depresijos simptomais, nei kad PTKA grupės tiriamieji.
3. Tiek PTKA, tiek AKJO grupėse nerimas ir depresija yra statistiškai reikšmingai susiję su dalyvumu kasdienėse veiklose, o didėjant tiek nerimui ir depresijai, tiek kiekvienam simptomui atskirai, susiduriama su įvairiais dalyvumo kasdienėje veikloje sunkumais.

Didėjant nerimo bei depresijos požymių reikšmėms tiek AKJO, tiek PTKA grupėse didėja dalyvumo kasdienėse veiklose patiriami sunkumai tarp vyrų, pensininkų/nedirbančių, išsiskyrusių/vienišų, žemo išsilavinimo asmenų. Rezultatai statistiškai reikšmingai skyrėsi priklausomai ar tiriamiesiems atlikta AKJO ar PTKA bei kuris simptomas labiau išreikštas – nerimas ar depresija. Magistro baigiamąjį darbą sudaro įvadas, aštuoni skyriai, išvados, literatūros

sąrašas, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis ir 17 priedų. Viso darbo apimtis – 79 puslapiai, pateikta 14 lentelių, 4 paveikslai. Literatūros sąrašą sudaro 127 mokslinės publikacijos, tarp jų 122 publikacijos užsienio kalba.

## SUMMARY

Author Justina Arlauskienė. The Relationship Between Participation in Daily Activities, Depression-Anxiety and Sociodemographic Characteristics in Patients After Myocardial Infarction: Master's thesis of rehabilitation science. Supervisor L. Būtėnaitė PhD, Vilnius University, Faculty of Medicine, Department of Rehabilitation, Physical and Sports Medicine. Consultant Physical Medicine and Rehabilitation doctor G. Narmontaitė. Vilnius university, 2017.

Research object: correlation between participation depression – anxiety, daily activities and socio-demographic characteristics. Research subject: people after myocardial infarction and undergoing coronary artery bypass surgery or percutaneous transluminal coronary angioplasty.

The aim of reaserch – access the relationship of daily activity, depression, anxiety and socio-demographic characteristics in people with myocardial infarction after coronary artery bypass surgery or percutaneous transluminal coronary angioplasty.

Research tasks:

1. To identify socio-demographic characteristics of individuals with myocardial infarction after after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal coronary angioplasty.
2. To evaluate and compare anxiety and depression symptoms in individuals with myocardial infarction after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal coronary angioplasty.
3. Identify and compare the relationship between participation in daily activities and anxiety – depression symptoms in individuals with myocardial infarction after coronary artery bypass surgery or percutaneous transluminal coronary angioplasty
4. To compare the relationship between participation in daily activities, the symptoms of anxiety and depression depending on socio-demographic characteristics.

The research was performed in 2016 Nowember – December, and 2017 January – March at Vilnius University Hospital Santaros Clinics 3rd department of rehabilitation. Daily activities evaluated using International Functioning Classification of Disability and Health (ICF) and hospital anxiety – depression scale for evaluation of anxiety-depression symptoms. Data analysis of the research was performed using MS Office Excel 2013 and IBM SPSS 17.0 applications.



The main results of the research: statistically significant relationship was found in almost all IFC activities and participation subscales between PTCA group individuals and CABG group relationship was found just in a few scales of mobility, home activities, interpersonal relations and major areas of life. Increasing symptoms of anxiety and depression are associated with low participation in daily activities between male, pensioners and low education persons both in PTCA and CABG groups. Increasing anxiety-depression symptoms married individuals of CABG group have difficulties in family relationship, while those of PTCA group have less problems. While anxiety symptoms are increasing, more difficulties in daily activity have pensioners and divorced/lonely in CABG group and pensioners, low educated and divorced/lonely in PTCA group. While depression symptoms increase more participation problems have female, low educated and pensioners in CABG group and pensioners in PTCA group. It is important that increasing depression symptoms in PTCA group female experience less problems at work and high educated individuals experience less problems in family relationships.

#### Conclusions:

1. There are no significant differences between gender, education and marital status and groups of PTCA and CABG are similar. Groups significantly differed in employment – all of CABG individuals were pensioners or had no job due to illness. The highest proportion of groups individuals are men, low educated and married.
2. There were no significant differences in a comparison of anxiety symptoms in CABG and PTCA treatment groups. But CABG group individuals have stronger depression symptoms in a comparison with PTCA group.
3. Anxiety and depression are correlated with participation in daily activity in both PTCA and CABG groups. Increasing anxiety and depression symptoms related to increasing participation in daily activities problems.
4. Male and pensioners have higher participation in daily activity difficulties as anxiety and depression are increasing in CABG and PTCA groups. Increasing anxiety symptoms are related to higher participation in daily activities problems in pensioners and divorced individuals of CABG group and pensioners, low educated and divorced of PTCA group individuals. Increasing depression symptoms are related to higher participation problems in daily activities in low educated, female and pensioners of CABG group and pensioners, married and female of PTCA group. Higher educated individuals of PTCA group have less problems in family relationships while depression symptoms are increasing.

Master's thesis consist of an introduction, eight main chapters, conclusions, literature references list, summaries in lithuanian and english and 17 adds. Total master thesis consist of 79

pages, 14 tables, 4 illustrations. Table of references consist of 127 research works (122 in foreign language).

## SANTRUMPOS

ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos;

IŠL – išeminė širdies liga;

MI – miokardo infarktas;

PSO – pasaulio sveikatos organizacija;

PTCA – perkutaninė transliuminalinė vainikinės angioplastikos procedūra;

AKJO – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija;

KVAT – Kanadietiškas veiklų atlikimo testas;

TFK – Taprautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija;

HAD – Klinikinė nerimo ir depresijos skalė;

CABG – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija (ang. trumpinys)

PTCA – perkutaninė transliuminalinė koronarinė angioplastika (angl. trumpinys)

p – reikšmingumo lygmuo;

d230 – dienos režimo laikymasis

d240 – streso ir kitų psichologinių problemų įveika;

d4500 – ėjimas trumpais atstumais;

d4501 – ėjimas ilgais atstumais;

d4502 – ėjimas skirtingais paviršiais;

d4503 – judėjimas pro kliūtis;

d455 – judėjimas kitais būdais;

d570 – rūpinimasis savo sveikata;

d620 – daiktų ir paslaugų įsigijimas;

d760 – šeimyniniai santykiai;

d770 – intymūs santykiai;

d850 – mokamas darbas;

## DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Tyrimo organizavimo kalendorinis planas.....	58
2 lentelė. Tiriamųjų sociodemografiniai ypatumai.....	61
3 lentelė. Tarptautinės funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacijos ir klinikinės nerimo ir depresijos skalės vidinis patikimumas.....	33
4 lentelė. Veiklų ir dalyvumo rodiklių pasiskirstymas pagal atlikties sunkumus AKJO ir PTKA grupėse.....	65
5 lentelė. Veiklų ir dalyvumo rodiklių pasiskirstymas pagal sociodemografinius ypatumus AKJO grupėje.....	66
6 lentelė. Veiklų ir dalyvumo rodiklių pasiskirstymas pagal sociodemografinius ypatumus PTKA grupėje.....	68
7 lentelė. Nerimo ir depresijos rodiklių pasiskirstymas pagal simptomų sunkumo laipsnį.....	70
8 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal simptomų sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėse.....	71
9 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėje atsižvelgiant į tiriamųjų šeimyninę padėtį.....	72
10 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėje atsižvelgiant į tiriamųjų lytį.....	73
11 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėje atsižvelgiant į tiriamųjų išsilavinimą.....	74
12 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėje atsižvelgiant į tiriamųjų užimtumą.....	75
13 lentelė. Veiklų ir dalyvumo sąsajos su nerimo bei depresijos simptomais AKJO ir PTKA grupėse.....	76
14 lentelė. Veiklų ir dalyvumo, nerimo ir depresijos bei sociodemografinių ypatumų sąsajos AKJO grupėje.....	77
15 lentelė. Veiklų ir dalyvumo, nerimo ir depresijos bei sociodemografinių ypatumų sąsajos PTKA grupėje.....	78

## DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Tyrimo vykdymo schema.....	30
2 pav. Bendra tiriamųjų charakteristika pagal dalyvumo kadienėse veiklose rezultatus.....	35
3 pav. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas.....	37
4 pav. Nerimo ir depresijos sąsajos su veiklomis ir dalyvumu AKJO ir PTKA grupėse.....	39

## IVADAS

Remiantis 2015 metų duomenimis, nuo širdies ir kraujagyslių ligų kiekvienais metais pasaulyje miršta 17,3 mln. gyventojų (tai sudaro 31 proc. visų mirčių). Literatūroje teigiama, jog 2030 metais mirčių skaičius išaugs ir bus didesnis nei 23,6 mln.[1]. Širdies ir kraujagyslių ligų dažniausia pasekmė yra miokardo infarktas, kurio apimtis lemia asmenų klinikinę būklę ir prognozę [2]. Nors gydant miokardo infarktą atliekamos nechirurginės perkutaninės transluminalinės vainikinės angioplastikos procedūros (PTCI) ar chirurginės – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos (AKJO), veiksmingo gydymo metodu laikoma pastaroji [3].

Temos **naujumas ir praktinė reikšmė** remiamas perspektyva, jog dalyvumas kasdienėse veiklose yra susijęs su nerimo ir depresijos simptomų stiprumu bei sociodemografiniais ypatumais (lytimi, užimtumu, išsilavinimu, šeimynine padėtimi). Keliami prielaida, jog minėtos charakteristikos reikšmingai skiriasi priklausomai nuo to ar miokardo infarktą patyręs asmuo yra po perkutaninės transluminalinės vainikinės angioplastikos procedūros ar aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos. Šiuo tyrimu siekiama nustatyti statistiškai reikšmingas sąsajas tarp minėtų charakteristikų. Sąsajų nustatymas įgalins sveikatos priežiūros specialistus atkreipti dėmesį į dalyvumo kasdienėse veiklose problemas lemiančius veiksnius bei tinkamai juos įvertinti pasirenkant ligai specifinius vertinimo instrumentus.

Tyrimas atliekamas **tema** „Asmenų, patyrusių miokardo infarktą, dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajos su nerimo ir depresijos simptomais bei sociodemografinėmis charakteristikomis“.

Iškeltos tokios tyrimo **hipotezės**:

1. Miokardo infarktą patyrę asmenys jaučia skirtingus nerimo ir depresijos simptomus priklausomai nuo to, ar taikyta aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija, ar perkutaninė transluminalinė koronarinė angioplastika;
2. Miokardo infarktą patyrusių asmenų dalyvumas kasdienėse veiklose susijęs su sociodemografiniais ypatumais bei nerimo ir depresijos simptomais;
3. Miokardo infarktą patyrę moterys, pensininkai/niekur nedirbantys, vieniši ir žemą išsilavinimą turintys asmenys turi daugiau dalyvumo kasdienėse veiklose problemų.

Tyrimo **problema**: ar yra statistiškai reikšmingos sąsajos tarp nerimo, depresijos, dalyvumo kasdienėse veiklose ir sociodemografinių charakteristikų po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos ir perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos tarp asmenų patyrusių miokardo infarktą? Tyrimo **objektas** – kasdinių veiklų atlikimo sąsajos su nerimu ir depresija bei sociodemografinėmis charakteristikomis tarp asmenų po miokardo infarkto. Tyrimo

**subjektas** – VŠĮ VUL Santaros klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos III – iame stacionarinės reabilitacijos skyriuje gydomi asmenys, patyrę miokardo infarktą (po perkutaninės transluminalinės vainikinės angioplastikos procedūros ir po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos).

**Tyrimo tikslas** – įvertinti neoperuotų ir po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos asmenų po miokardo infarkto dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajas su nerimo ir depresijos simptomais bei sociodemografinėmis charakteristikomis. Tyrimo tikslas bus įgyvendinamas remiantis šiais **uždaviniais**: 1. Nustatyti asmenų, po miokardo infarkto, sociodemografinius ypatumus aortokoronarinių jungčių suformavimo ir perkutaninės transluminalinės angioplastikos intervencijų grupėse; 2. Įvertinti ir palyginti asmenų, po miokardo infarkto, nerimo ir depresijos simptomus aortokoronarinių jungčių suformavimo ir perkutaninės transluminalinės angioplastikos intervencijų grupėse; 3. Nustatyti ir palyginti sąsajas tarp aortokoronarinių jungčių suformavimo ir perkutaninės transluminalinės angioplastikos intervencijų grupių asmenų, patyrusių miokardo infarktą, dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajas su nerimo ir depresijos simptomais. 4. Palyginti sąsajas tarp aortokoronarinių jungčių suformavimo ir perkutaninės transluminalinės angioplastikos intervencijų grupių asmenų, patyrusių miokardo infarktą, dalyvumo kasdienėse veiklose bei nerimo ir depresijos simptomų sąsajas priklausomai nuo sociodemografinių charakteristikų.

# 1. LITERATŪROS APŽVALGA

## 1.1. Širdies ir kraujagyslių ligų paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje

Širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL) yra vienos iš labiausiai paplitusių ligų pasaulio mastu ir laikomos dažniausia mirties priežastimi [4]. SHI A ir kitų atliktoje literatūros apžvalgoje taip pat pateikiami duomenys, jog ir pastaraisiais metais ŠKL išlieka pagrindine mirties priežastimi [5]. Pagrindinė liga sukelianti mirtį – koronarinė širdies liga, kurios pasekmės yra priepolis, reumatinės širdies ligos bei miokardo infarktas [5]. Miokardo infarkto apimtis yra pagrindinis paciento klinikinės būklės ir prognozės veiksnys [2]. Miokardo infarktas (MI) arba miokardo išemija apibrėžiama kaip miokardo funkcijos sutrikimas dėl koronarinių kraujagyslių perfuzijos lygio ir miokardo energijos poreikio skirtumų [6]. Miokardo infarktas įvyksta dėl miokardo išemijos, kuomet žymiai sumažėja kraujo pritekėjimo lygis į širdį ir pasiekia kritinę ribą, nes sutrinka normalus širdies raumens funkcionavimas ir homeostazė. Ilgalaikė išemija ir deguonies trūkumas sąlygoja negrįžtamą žalą, kuomet žūva miokardo ląstelės ir įvyksta širdies nekrozė [7]. Ši liga dažnai sąlygoja prastas klinikinės baigtis ir smarkiai sutrikdo asmenų funkcinę būklę bei bendrą sveikatą [8].

Nauji širdies ir kraujagyslių ligų tyrimai atskleidė šių ligų epidemiologinius aspektus tarp Europos valstybių: mirčių skaičius, sąlygotas širdies ir kraujagyslių ligų, yra didesnis Rytų Europos šalyse, lyginant su kitomis ir yra dvigubai dažnesnis, nei mirčių skaičius nuo onkologinių ligų [9].

Lietuvoje, lyginant su Vakarų Europos šalimis, sergamumas ŠKL ir mirčių skaičius vis dar išlieka didelis [10]. Remiantis Rinkūnienės E, Petrulionienės S, Zdanevičiūtės I ir Dženkevičiūtės V atlikto tyrimo duomenimis, Lietuvoje mirčių nuo ŠKL skaičius beveik du kartus viršija kitų Europos Sąjungos šalių mirtingumo vidurkį. Taip pat nustatyta, jog vyrų mirtingumas nuo ŠKL yra didesnis nei moterų [11]. Sergamumas kraujotakos sistemos ligomis apima 246,1/1000. Didžiausią 2014 m. mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų dalį sudarė asmenys mirę nuo išeminės širdies ligos (65,4 proc.) bei galvos smegenų kraujotakos ligų (24,5 proc.). Didžioji dalis (86,2 proc.) mirusiųjų nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų buvo 65 metų ir vyresnio amžiaus asmenys (10 Gaidelytė R, Garbuvienė M, Madeikytė N, 2014). 2015 metais mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų sudarė 56,5 proc., tarp kurių - 65,8 proc. mirė nuo išeminės širdies ligos. Net 86,5 proc. mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų buvo 65 metų ir vyresnio amžiaus asmenys. Moterų ir vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų išlieka panašus. 2015 metais nuo ŠKL mirė 65,1 proc. moterų (6,8 proc. daugiau nei 2014 metais) ir 47,5 proc. vyrų [12]. Atsižvelgiant į



asmenų amžių, ūmaus tipo miokardo infarktas dažniau ištinka 60 metų vyrus, o tuo tarpu moterys miokardo infarktą patiria devyniais metais vėliau [13].

## 1.2. Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija turi būti orientuota į rizikos faktorių identifikavimą ir šalinimą. Tokią hipotezę remia ir ŠKL epidemiologijos studijos, paremtos moksliniais klinikiniais tyrimais ir intervencijų, susijusių su sveikatos rizikos faktorių mažinimu, efektyvumu [14]. Remiantis epidemiologinėmis studijomis, mirtingumas nuo ŠKL yra statistiškai reikšmingai didesnis tarp besivystančių pasaulio šalių jaunų žmonių ir vaikų, dėl prastos mitybos, mažų pajamų, skurdo, nedarbingumo, per didelio alkoholio kiekio vartojimo, rūkymo ir kitų rizikos faktorių [15]. Tiek jaunų, tiek pagyvenusių žmonių širdies ir kraujagyslių ligų riziką didina infekcinės ligos, žmogaus imunodeficito virusas, tuberkuliozė, maliarija, aukštas kraujo spaudimas arba hipertenzija, viršsvoris arba nutukimas, per didelis valgomosios druskos ar cukraus vartojimas. [5].

Miokardo infarkto rizikos veiksniai, sergamumas ir mirtingumas pradėti plačiai nagrinėti jau XX amžiuje [16]. Šie rizikos veiksniai vis dar yra plačiai nagrinėjami ir naujausioje mokslinėje literatūroje. Lakić B, Račić M atliko skerspjūvio tyrimą siekiant iširti modifikuojamus ir nemodifikuojamus ūmaus miokardo infarkto rizikos veiksnius. Iš 273 tiriamųjų, dauguma buvo vyrų (64%), kurie patyrė ūmų miokardo infarktą, rūkė ir turėjo arterinę hipertenziją, o tuo tarpu moterys - tik arterinę hipertenziją. Rasti statistiškai reikšmingi skirtumai atsižvelgiant į tiriamųjų amžių ir lytį. Tarp pagrindinių ūmaus miokardo infarkto rizikos faktorių nepriklausomai nuo lyties yra turimas viršsvoris, o tarp rečiausiai turimų rizikos faktorių priskiriamas cukrinis diabetas [13]. Yesmin S ir kiti savo tyrime taip pat atskleidė modifikuojamų ir nemodifikuojamų rizikos veiksnių paplitimą. Dažniausiai miokardo infarktą sąlygojantys rizikos veiksniai yra rūkymo įpročiai, suvartojamo tabako kiekis, pasyvus gyvenimo būdas ir dislipidemija [17].

Remiantis Švedijoje atlikto tyrimo rezultatais moterų sergamumą miokardo infarktu lemia tokių rizikos veiksnių kaip cukrinis diabetas, arterinė hipertenzija ir rūkymas kombinacija [18].

Naujausioje mokslinėje literatūroje nagrinėjamos įvairios sąsajos tarp sergančiųjų ŠKL gretutinių ligų, būklių ir mirtingumo. Qian Chen et al. Kinijoje atliko prospektyvų tyrimą, siekiant nustatyti asociacijas tarp glomerulų filtracijos greičio ir mirtingumo rizikos tarp pacientų, sergančių ŠKL. Tyrimo išvadose pateikiama, jog sumažėjęs glomerulų filtracijos greitis statistiškai reikšmingai siejasi su padidėjusia mirties rizika tarp ŠKL sergančių pacientų [19].

Miokardo infarkto rizikos veiksniai įprastai nagrinėjami kohortiniuose tyrimuose. Dažnai rizikos veiksniai ir jų lygis vertinami įtraukimo į tyrimą metu ir stebimi ištikus metus ar dešimtmečius. Rizikos faktorių veikimas gali keistis laikui bėgant, nes daugelis rizikos veiksnių yra modifikuojami [20].

Kitas svarbus miokardo infarkto rizikos veiksnys – arterinė hipertenzija ir jos reikšmė asmenims, sergantiems miokardo infarktu. Teigiama, jog pacientai, kurie sirgo arterine hipertenzija ir patyrė miokardo infarktą turi daugiau gretutinių ligų ir negalavimų, nei tie, kurie patyrė miokardo infarktą, bet nesirgo arterine hipertenzija [21]. Mancina G ir kiti taip pat plačiai aprašė arterinės hipertenzijos, kaip širdies ir kraujagyslių ligų susirgimų, rizikos veiksnį. Autorių teigimu, arterinė hipertenzija paveikia 30-45 proc. bendros populiacijos [22]. Reinstadler SJ ir kiti atlikto tyrimo metu nustatė jog pacientai, turintys arterinę hipertenziją patyrė statistiškai reikšmingai daugiau širdies ir kraujagyslių neigiamų klinikinių įvykių, tačiau nerasta skirtumų su infarkto dydžiu, reperfuzijos veiksmingumu ir reperfuzijos sutrikimu [23]. Nustatyta, jog visame pasaulyje 2015 metais vyresnių, nei 65 metai, asmenų buvo 540 milijonų, o jų skaičius 2025 metais išaugs iki bilijono. Nustatyta, jog senyvo amžiaus žmonės turi daugiau gretutinių ligų ir dažniau serga širdies ir kraujagyslių ligomis, tačiau esant naujiems vaistams ir pažangioms technologijoms bei prietaisams, ilgėja gyvenimo trukmė, mažėja mirčių skaičius [24].

Psichosocialiniai rizikos veiksniai susiję su širdies ir kraujagyslių ligomis nepriklausomai nuo asmenų amžiaus, lyties ir gyvenamosios vietos yra nuovargis, depresija, nerimas, stresas, per didelis darbo krūvis miego sutrikimai, socioekonominis statusas [25]. Antrinė prevencija turi būti orientuota į šių rizikos veiksnių modifikavimą ir šalinimą [26]. Moksliniuose šaltiniuose nagrinėjami ir asmenų, patyrusių MI, rasės sąsajos su kitomis sociodemografinėmis ypatybėmis, tačiau didelių statistiškai reikšmingų skirtumų nepristatoma. Didžiausi rasiniai skirtumai randami tarp aukštą socioekonominį statusą turinčių tiriamųjų [27]. Taip pat socioekonominis lygis siejamas ir su miokardo infarkto šeimos ligos istorija, tačiau nustatytos tik labai mažos sąsajos tarp socioekonominio statuso su šeimos ligos istorija ir miokardo infarktu [28].

### **1.3. Sergančiųjų širdies ir kraujagyslių ligomis reabilitacija ir jos prieinamumas**

Remiantis Björnberg A, Yazbeck AM parengtu tyrimu, Lietuvoje, kaip ir Lenkijoje, Portugalijoje ar Rumunijoje ir kitose minėtose šalyse, reabilitacija po ŠKL gydymo yra siūloma ribotomis apimtimis [29].

Reabilitacija sergantiems ŠKL skiriama:

- Įvykus miokardo infarktui;
- Po chirurginių kraujagyslių procedūrų;
- Esant stabiliai ar nestabiliai krūtinės angina;
- Esant širdies nepakankamumui;
- Sergant kitomis širdies ir kraujagyslių ligomis.

Kardiologinė rehabilitacija – priemonių visuma, skirta padėti žmonėms, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis, atgauti prarastus kasdienių veiklų atlikimo įgūdžius, kuo maksimaliau atgauti gyvenimo pilnatvę bei išvengti ligos pasikartojimo atvejų. Kardiologinės rehabilitacijos tikslai apima bendruosius ir specifinius.

Bendrieji:

- Maksimaliai pagerinti fizinį, socialinį ir psichologinį dalyvumą bei atgauti pilnavertį gyvenimą ir pasitikėjimą savimi;
- Skatinti asmenų sveikesnį gyvenimo būdą, kuris padėtų sumažinti vėlesnių širdies ir kraujagyslių ligų riziką.

Specifiniai:

- Sumažinti sveikimo trukmę po ūmių širdies ir kraujagyslių ligų būklių;
- Kurti strategijas, kurios padėtų asmenims ir sveikatos priežiūros specialistams iškelti ir pasiekti rehabilitacijos tikslus;
- Skatinti asmenis keisti gyvenimo būdo įgūdžius ir palaikyti savikontrolę;
- Skatinti tinkamai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, įskaitant specialistų rekomendacijas ir paskirtus medikamentus.

### **1.3.1. Ergoterapeuto vaidmuo rehabilitacijos metu**

Ergoterapeuto kompetencija apima pacientų mokymą savarankiškai atlikti kasdienes veiklas, puoselėti įgūdžius, reikalingus profesinei bei laisvalaikio veikloms stacionarinės rehabilitacijos metu ir po jos. Ergoterapeutas turi:

- žinoti atsargumo priemones bei kontraindikacijas intervencijai atlikti, priskiriamas prie ŠKL;
- išmanyti vaistų poveikį kasdienių veiklų atlikimui;
- glaudžiai bendradarbiauti su rehabilitacijos komandos nariais [30].

Ergoterapeutas prieš intervenciją panaikina neigiamus paciento jausmus. Intervencijos metu yra didinamas pajėgumas bei ugdoma savikontrolė. Svarbu atkreipti dėmesį į sveikatos rizikos veiksnius. Sveikatos rizikos veiksnių mažinimas padeda mažinti ŠKL sukeltas problemas. Tai ypatingai svarbu sergant išemine širdies liga. Šiuo atveju pacientai gali jausti nuovargį, susijusį

su neigiamomis emocijomis, todėl ergoterapeutas privalo organizuoti individualias/grupines veiklas. Tai ypač svarbu dirbant su vyresnio amžiaus asmenimis [30].

### **1.3.2. Ergoterapijos modelių taikymas darbingo ir senyvo amžiaus asmenims sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis**

Kiekvienas ergoterapinis modelis pabrėžia, jog veikla yra daugiadimensinis reiškinys, kuris per gyvenimą vystosi ir keičiasi, bet modeliai vis dėlto neapibūdinami su gyvenimu susijusių specifinių pokyčių. Dažniausiai kardiologinėje reabilitacijoje naudojami modeliai turi daug tarpusavio panašumų. Pabrėžiami asmuo, aplinka, veikla, kaip svarbūs veiksniai turintys įtakos veiklų atlikimui. Svarbu pabrėžti, jog ergoterapijos modeliai padeda įvertinti turimas veiklų atlikimo problemas, tačiau nepadedą atskleisti, kaip veikla vystosi ir kinta gyvenimo metu [31].

Ergoterapijoje ieškoma naujų metodų siekiant įvertinti ŠKL sergančių asmenų darbinės veiklos apribojimus. Kol kas yra labai mažai literatūros ir atliktų tyrimų, kurių tikslas yra nustatyti asmenų, sergančių ŠKL, veiklų atlikimo problemas bei dalyvumo apribojimus [30].

Žmogaus užimtumo modelis – modelis, kuriuo siekiama paaiškinti su darbu susijusį elgesį (valią, įpročius, pajėgumą atlikti veiklą, aplinkos poveikį įgūdžiams) ir plačiai naudojamas vykdyti su darbu susijusioms intervencijoms ir programoms [32].

Žmogaus užimtumo modelis taikomas asmenims po širdies ir kraujagyslių ligų atsižvelgiant į:

- turimus fizinius sutrikimus;
- susiduriant su veiklos atlikimo problemomis darbinėje veikloje ar praradus darbui reiklingų įgūdžių;
- esant psichosocialinėms problemoms; [31]

Žmogaus užimtumo modeliu paremto vertinimo sritys, kuomet sutrikusi darbinė veikla:

- Į asmenį orientuotas vertinimas: vertybės, interesai, įpročiai, pareigos, aplinkos įtaka.
- Į darbo aplinką orientuotas vertinimas: darbo aplinkos faktoriai teigiamai ar neigiamai veikiantys asmens darbingumą, pasitenkinimą darbu ar gerą savijautą darbo vietoje (apima aplinkos pritaikymą);
- Į bendravimą orientuotas vertinimas: bendravimo įgūdžiai ir juos galimai ribojantys veiksniai;
- Į darbo procesą orientuotas vertinimas: fizinės veiklos apribojimai dirbant, darbo procesas, komunikacijos įgūdžiai ir bendradarbiavimas [32].

Žmogaus užimtumo modeliu dažnai pagrįsti ir taikomi vertinimo metodai/testai, tarp kurių yra:

- Worker Role Interview (WRI): skirtas papildyti tradicinius vertinimo metodus, skirtus įvertinti darbo aplinkai, surinkti duomenis apie psichosocialinių ir aplinkos veiksnių įtaką, galimybėms ir įgūdžiams grįžti į darbą [32].
- Work Environment Impact Scale (WEIS): vertina fizinę ir socialinę aplinkos poveikį veiklų atlikimui, pasitenkinimui ir asmens gerovei [32].
- A Dialogue about Ability Related to Work (DOA): vertinami veiksniai, turintys įtakos asmens darbo gebėjimams [32].
- Assessment of Work Performance (AWP): stebėjimo metu vertinami asmens darbiniai įgūdžiai (fiziniai, darbiniai, bendravimo, bendradarbiavimo) [32].

ŠKL sukeltos problemos turi psichosocialinį poveikį senyvo amžiaus asmens sveikatai: sumažina asmenų socialinį dalyvumą ir kyla emocinių problemų, įskaitant nuovargį, depresiją, motyvacijos praradimą, menkavertiškumo jausmą. Dažniausiai nuovargis kyla dėl tokių emocijų, kaip mirties baimė, diskomforto ir priklausomybės nuo kitų jausmo bei bejėgiškumo. Funkcinė būklė vertinama atsižvelgiant į tam tikrų sindromų (simptomų kompleksų) ryškumą balais prieš ir po reabilitacijos, taip pat ir kitais numatytais būklės stebėjimo etapais [33].

Laisvalaikis yra pagrindinė senyvo amžiaus žmonių veiklos sritis, kuri ypač svarbi praradus darbą arba sulaukus pensijinio amžiaus [30]. Literatūroje pabrėžiama, jog senyvo amžiaus asmenys turi mažiau laisvalaikio pomėgių ir rečiau užsiima naujomis veiklomis ir pomėgiais [34]. Laisvalaikis ir šios veiklos svarba yra ankstesnių mokslinių tyrimų objektas: Menec (2003) tyrime atskleidė, jog laisvalaikis didina asmenų pasitenkinimo jausmą ir sukelia daugiau džiaugsmo [35], o Everard, Lach, Fisher ir Baum (2000) įrodė, jog laisvalaikis skatina fizinį aktyvumą ir gerina bendrą sveikatą [36]. Taip pat ištirta, jog laisvalaikio užsiėmimai susiję su mažesne demencijos rizika [37].

Kiekvienas senyvo amžiaus asmuo turi būti paskatintas išreikšti savo emocijas, atsikratyti baimių dėl esamos ir būsimos sveikatos būklės. Malonus bendravimas ir raminanti veikla gali būti esminis būdas sumažinti asmenų nuovargį, kilusį dėl blogų emocijų ir minčių. Baimė, jog širdies priepuolis pasikartos gali stipriai paveikti funkcinę būklę ir reabilitacijos efektyvumą. Svarbu nustatyti asmens baimes ir jų priežastis bei organizuoti grupinius užimtumo užsiėmimu taikant grupinės veiklos modelį [30].

Žmogus - veikla - aplinka modelis svarbus vertinant senyvo amžiaus asmenų griuvimų riziką ir veiklos apribojimus. Žmogaus-veiklos-aplinkos modelis – tinkamas instrumentas vertinti šią riziką. Pagrindinė modelio prielaida – asmens, aplinkos ir veiklos sąveika laike bei erdvėje. Griuvimų prevencijos kontekste ergoterapeutas gali sumažinti kritimų riziką ir asmens pasitikėjimą savimi parenkant tikslingas veiklas. Žmogus-veikla-aplinka modelis naudojamas kaip vertinimo priemonė, kurios komponentai padeda įvertinti aktualias problemas ir parinkti reikiamą veiklą [38].

Žmogaus užimtumo modelis taip pat taikomas esant širdies ir kraujagyslių ligų susirgimams. Natūraliai dėl senėjimo sumažėja savarankiškumas, dažniau atsiranda gretutinių sveikatos problemų, kurios neigiamai veikia funkcinį pajėgumą. Asmens vertybės yra valios dalis, kuri turi įtakos senyvo amžiaus asmenų veiklų pasirinkimui. Nors senyvo amžiaus asmenys turi mažiau įsipareigojimų, kas skatina užsiimti papildoma veikla, tam trukdo sumažėjęs pajėgumas ir savarankiškumas. Žmogaus užimtumo modeliu siekiama išsiaiškinti, kaip veikla yra motyvuojama, struktūruojama ir atliekama [33].

Plačiai taikomas Kanadietiškas veiklos atlikimo modelis, pagal kurio koncepciją sudarytas vertinimo testas ir yra į asmenį orientuotas, pačio asmens pildomas klausimynas, kuris padeda įvertinti asmens kasdienę veiklą ir pasitenkinimą galimybėmis atlikti savipriežiūros (dalyvumas ir pagalbinių priemonių naudojimas), darbinę (mokymasis ir darbas) ir laisvalaikio (žaidimai, socialinis dalyvumas) veiklas [39]. Testas atspindi dalyvumo veiklose pokyčius įvairiose gyvenimiškose situacijose: skirtumas tarp veiklos atlikimo ir pasitenkinimo, vertinamas kaip pagerėjimas arba pablogėjimas [40]. Kanadietiškas veiklos atlikimo testas šiuo metu plačiai taikomas rehabilitacijoje vertinti asmenų, sergančių įvairiomis lėtinėmis ligomis, veikloms ir dalyvumui [41].

Duruturk N ir kiti pabrėžia, jog Kanadietiškas veiklos atlikimo testas (KVAT) gali būti taikomas asmenims, sergantiems išemine širdies liga, turintiems stabilią arba nestabilią krūtinės anginą, kai jaučiamas skausmas, po miokardo infarkto. Atlikto tyrimo metu siekta apibūdinti asmenų, sergančių ŠKL, funkcinis sutrikimus bei išanalizuoti sąsajas tarp veiklų apribojimo ir gyvenimo kokybės. KVAT vertinimo metodas naudotas nustatyti asmenų dalyvumo ir aktyvumo kasdienėse veiklose apribojimus. Taip pat užpildyta Notingemo sveikatos anketa (NHP) ir Notingemo išplėstinė sveikatos anketa (NEADL). Tyrimo rezultatai atskleidė, jog asociacijos tarp KVAT veiklų atlikimo balų su visų NEADL ir NHP testų subskalių buvo statistiškai reikšmingos. Straipsnio autoriai rekomendacijose nurodo, jog KVAT tinkamas, į pacientą orientuotas, vertinimo būdas, galintis identifikuoti turimas veiklų atlikimo problemas [42].

Nieuwenhuizen MG ir kiti pateikia prieštaringas išvadas. Atlikto tyrimo metu, Kanadietiškas veiklos atlikimo vertinimas naudojamas pacientams, kenčiantiems nuo lėtinių

skausmų. Lyginant su kitais instrumentais, testas pateikia skirtingas išvadas ir yra silpnai susijęs su kitais vertinimo metodais. Nors pacientai parodė ryškų pagerėjimą atsižvelgiant į KVAT rezultatus, nebuvo rastas realiatyvus patikimumas. tyrimo išvadose pabrėžiama, jog KVAT gali būti interpretuojamas savipriežiūrai apibūdinti, tačiau ne kaip vertinamasis matavimo instrumentas [43].

Ergoterapeutas turi vertinti senyvo amžiaus žmonių griuvimų riziką ir rinkti duomenis apie asmeninius, aplinkos ir elgesio faktorius, kurie turi įtakos vyresnio amžiaus asmenų, sergančių ŠKL, dalyvumui kasdieninėse veiklose ir visuomenėje bei laikui bėgant aptikti veiklų atlikimo pokyčius.

Kanadietiškas veiklos atlikimo modelis padeda ergoterapeutui įvertinti asmenį fizinių, pažintinių, psichosocialinių ir dvasinių komponentų atžvilgiu, yra naudingas struktūrizuojant paciento mintis apie problemas, su kuriomis susiduria, ir nustatant konkrečius terapinius tikslus. Pagal Kanadietišką veiklos atlikimo modelį asmuo per veiklas glaudžiai sąveikauja su supančia aplinka. Aplinka apima fizinį, socialinį, kultūrinį ir institucinį komponentus [44].

Dururuk ir kiti taip pat naudoja Kanadietišką veiklos atlikimo testą siekiant nustatyti ir įvertinti asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, kasdienės veiklos apribojimus. Tyrimo metu nustatyta, jog asociacijos tarp KVAT ir Notingemo sveikatos anketos skalių dalių įverčių yra statistiškai reikšmingos, o KVAT apibūdinamas kaip į pacientą orientuota vertinimo priemonė, siekiant identifikuoti asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, veiklų atlikimo problemas [42]. Wressle ir kiti įrodo, jog grupėje, kurioje KVAT taikytas vertinti pacientų problemoms, pagerėjo asmenų įsitraukimas į reabilitacijos procesą [39]. Šią prielaidą pagrindžia ir Eysen ir kiti teigdami, jog KVAT atspindi asmenų lūkesčius, poreikius ir aktualias problemas, todėl gerėja jų įsitraukimas į reabilitaciją ir motyvacija [45]. Panašią tendenciją tyrime įrodo ir Stevens ir kiti, teigdami, jog tokie vertinimo metodai, kaip KVAT skatina pacientus ir sveikatos priežiūros specialistus kartu glaudžiai bendradarbiauti nustatant svarbiausius reabilitacijos tikslus bei jų siekiant [46].

#### **1.4. Asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis dalyvumo kasdienėse veiklose sutrikimai**

Širdies ir kraujagyslių ligos apibrėžiamos, kaip sistematiškos ir progresyvios. Dėl dusulio ar nuovargio pasireiškia dalyvumo apribojimų daugelyje kasdienės veiklos sričių [30]. Nerimo ir depresijos poveikis sveikatai pabrėžia tai, kad svarbu atkreipti dėmesį tiek į emocinę žalą, tiek į poveikį funkcionalumui [47]. Dururuk ir kiti tyrime pabrėžia, jog dauguma veiklų atlikimo problemų, nustatytų naudojant Kanadietišką veiklos atlikimo modelį, buvo susiję su savipriežiūra

ir judėjimo sutrikimais. Tokie funkciniai apribojimai kyla dėl klinikinių širdies ir kraujagyslių ligų simptomų, kurie apima ne tik širdies ir kraujagyslių sistemos disfunkciją, bet veikia sistemškai ir tokias organų sistemas, kaip kaulų ir raumenų sistemą [42].

Šie sisteminiai veiksniai taip pat yra glaudžiai susiję su dažnesne asmenų hospitalizacija [48]. Veiklų ir dalyvumo apribojimai dažniausiai kyla dėl kelių įvairių sveikatos veiksnių kombinacijos [49]. Ryšys tarp gyvenimo kokybės ir sveikatos apibrėžiamas šiuolaikinėse holistinio pobūdžio sąvokose ir į pacientą orientuotoje medicinoje. Vienas svarbiausių tikslų - išsiaiškinti psichosocialinės adaptacijos problemas ir turimus funkcinis gebėjus gyvenant namuose bei socialinėje aplinkoje. Kol kas nėra vienos nuomonės, kaip efektyviausiai vertinti gyvenimo kokybę kardiologinės reabilitacijos metu. Tačiau gyvenimo kokybės vertinimas turėtų tapti įprastine sudėtinė dalimi, nustatant proceso veiksmingumą [50].

Asmenys po širdies ligų yra laikinai nedarbingi. Grįžimui į darbą turi įtakos fiziniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai. Sprendžiant dėl asmens įdarbinimo, labai svarbi ligonio nuostata dirbti. Esant neigiamam ligonio požiūriui į darbą, dažnai pervertinami subjektyvūs nusiskundimai. Todėl vienas iš reabilitacijos uždavinių yra kryptingai formuluoti asmens supratimą apie ligą, jos blogėjimo priežastys, išsiaiškinti, kad tinkamas sveikatos būklei darbas, buitinė veikla skatina adaptacines ir kompensacines organizmo jėgas. Svarbu, kad asmuo suprastų, jog ilgas nedarbo laikas neigiamai veikia psichiką, sutrikusių funkcijų grąžinimą, kompensacinių mechanizmų atsiradimą [30].

Daugelis senyvo amžiaus asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, praranda savarankiškumą atliekant kasdienes veiklas dėl atsiradusių funkcinės būklės apribojimų [51]. Daugelis šių sutrikimų kyla esant fiziniams apribojimams ir dėl ilgo hospitalizacijos laiko [49]. Kilę veiklos atlikimo apribojimai neigiamai veikia senyvo amžiaus asmenų gyvenimo kokybę [52].

#### **1.4.1. Tarptautinė funkcionavimo ir negalumo klasifikacija ergoterapijoje**

Asmenys, sergantys širdies ir kraujagyslių ligomis, vis dar mažai vertinami naudojant objektyvius, adekvačius, į esamą sveikatos būklę orientuotus specifinius vertinimo metodus [42]. Dauguma klausimynų, naudojamų asmenims, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis, atspindi gyvenimo kokybę ir sveikatos būklę, tačiau detaliam neišnagrinėjami funkciniai apribojimai [53]. Taip pat įprastai naudojami klausimynai nepadedą atskirai ir nepriklausomai nagrinėti sveikatos veiksnių ir funkcinis apribojimų širdies ir kraujagyslių ligų atžvilgiu [49]. TFK yra viena iš Pasaulio sveikatos organizacijos sukurtų tarptautinių klasifikacijų ir vertinimo metodų, skirtų taikyti esant įvairiems sveikatos aspektams [54]. Čieza pristato pagrindinį TFK testą sergantiems IŠL ir susieja testo kategorijas su specifinėmis ligos būklėmis ir veiksniais [55].



Dale ir kiti TFK aprašo, kaip dominuojantį vertinimo metodą asmenims, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligoms, nagrinėjant sveikatos būklės socialinius padarinius ir tiriant TFK negalumo klasifikatorių ir mirtingumo asociacijas [56].

Racca V ir kiti pirmą kartą Italijoje tyrime taiko TFK asmenims, po širdies operacijos stacionarinės reabilitacijos metu. Tyrimu siekiama įvertinti asmenų funkcinę būklę po širdies operacijos ir įvertinti TFK tinkamumą kardiologinėje reabilitacijoje. TFK dėka patikimai įvertintos organizmo funkcijos, struktūros ir veiklos bei nustatytas šių funkcijų pokytis reabilitacijos metu [57]. TFK padeda perspektyviai pažvelgti į ligos prognozę ir suteikia išsamios informacijos apie dabartinę sveikatos būklę, padeda sekti reabilitacijos proceso efektyvumą nuo pat ūmios būklės stacionarinio gydymo metu [58] iki ambulatorinės reabilitacijos [57].

#### **1.4.2. Kasdienių veiklų vertinimas ergoterapijoje taikant Tarptautinę funkcionavimo ir negalumo klasifikaciją.**

Tarptautinė funkcionavimo ir negalumo klasifikacija (TFK) - Pasaulio sveikatos organizacijos sukurtas naudingas reabilitacijos programos vadybos metodas, kuris funkcinę asmens būklę sieja su skirtingomis sveikatos būklėmis (ligomis, traumomis, sutrikimais ir kt.) ir sukuria adekvačią struktūrą, kaip aprašyti turimus sutrikimus ar negalią [59]. TFK padeda nustatyti asmenų, sergančių įvairiomis ligomis ar turinčių kitų sveikatos problemų, specifines, tipines veiklos problemas, nepriklausomai nuo asmenų tautybės, kultūros [60]. Šiuo metodu atskleidžiama sąveika tarp įvairių specifinių sveikatos būklių ir aktyvumo, dalyvumo bei aplinkos faktorių [61], [62]. TFK leidžia sveikatos priežiūros specialistams nustatyti ir stebėti reabilitacijos intervencijų efektyvumą. Specialistas gali lyginti ištyrimo duomenis nuo pat reabilitacijos pradžios iki pabaigos [63].

Tarptautinė funkcionalumo ir negalumo klasifikacija yra naudojama ir ergoterapijoje. Pettersson I, Pettersson V ir Frisk M atliko 2001 - 2008 metų lietartūros apžvalgą, kurioje pateikė svarbius mokslinius straipsnius apie praktinį TFK metodo taikymą ergoterapijoje [62].

TFK naudojamas kaip būdas suskirstyti tyrimų, susijusių su veiklos ir dalyvumo komponentu, rezultatus į kategorijas. Kanadietiško veiklos atlikimo modelio rezultatai, orientuoti į asmens tikslų pasiekimą bei problemų sprendimą, naudojant TFK buvo suskirstyti pagal kategorijas. TFK taikymas ergoterapeuto darbe gali būti naudingas identifikuojant su amžiumi susijusius vaidmenis ir atskleidžiant asmens nepriklausomumą bei esamą gerovę [64].

Ergoterapijoje dar tik vystomi ir tvirtinami asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis vertinimo metodai, skirti analizuoti asmenų veiklų atlikimo ir dalyvumo sutrikimu [30].

Pastarųjų metų tyrimai yra orientuoti į siekį įvertinti sergančiųjų ŠKL veiklų apribojimus ir iškilusias dalyvumo problemas [42], [56].

### **1.5. Asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, nerimas ir depresija**

Depresija dažnai pasireiškia asmenims, po persirgto miokardo infarkto [65] ir lieka įprastas reiškinys, dažnai pasireiškiantis jau per pirmąsias dvi savaites po patirto MI [66]. Depresijos simptomai po patirto MI gali būti lengvi arba sunkūs, tačiau nustatyta, jog jie nuolatiniai ir pasireiškia vidutiniškai per pirmuosius 18 mėnesių po patirto MI [67]. Galimas paaiškinimas, kodėl nerimo ir depresijos simptomai yra dažnesni tarp ŠKL sergančių asmenų, yra nesveikas gyvenimo būdas [68] ir paskirto gydymo režimo nesilaikymas [69].

Per pastarąjį dešimtmetį daugėjant mokslinių tyrimų, analizuojančių nerimo ir depresijos apraiškas tarp asmenų po miokardo infarkto, tiriama depresijos įtaka gyvenimo kokybei. Siūloma atkreipti dėmesį, jog didėja asmenų po MI mirtingumo ir mirštamumo rodikliai [70]. Atlikta daugybė mokslinių tyrimų įvairiais aspektais nagrinėjant depresijos paplitimą, mirtingumą, įtaką ir kt. tarp asmenų, sergančių miokardo infarktu [71], [70], [72], [76]. Nustatyta, jog patiriamas nerimas ir pasireiškę depresijos simptomai blogina širdies ir kraujagyslių ligų prognozę ir išėjimą [74]. Rafael B ir kiti nustatė, jog nerimas ir depresija neigiamai susiję su sveika mityba ir fizinio aktyvumo dažniu [75].

Nerimas ir depresija plačiai nagrinėjami Bjerkeset ir kitų siekiant iširti nerimo ir depresijos poveikį po pirmą kartą patirto miokardo infarkto ir jų įtaką sveikatai per ateinančius penkeris metus. Tyrimo rezultatai atskleidžia, jog nerimas ir depresija moterims pasireiškia praėjus iki dviejų metų po patirto MI, o vyrams – praėjus daugiau, nei dviems metams po patirto MI [76]. Tuo tarpu Taylor J teigia, jog po miokardo infarkto depresijos ir nerimo simptomus dažniau linkę jausti moterys [77]. Taip pat nustatyta, jog po patirto MI pasireiškusi depresija reikšmingai susijusi su naujais širdies ir kraujagyslių įvykiais [78], [79], [71] ir su suprastėjusia su sveikata susijusia gyvenimo kokybe [80]. Jaučiamas nerimas ir depresija dažnai yra susiję su blogomis IŠL baigtimis. [81], [82]. Nerimas padidina naujų širdies ir kraujagyslių ligų bei įvykių tikimybę ir hospitalizacijos metu [83], ypač didėja sergančiųjų IŠL miokardo infarkto tikimybė [84]. Graikijoje hospitalizacijos metu vidutinio stiprumo nerimą jaučia 25,5 proc. tiriamųjų, o stiprų nerimą - 32,7 proc. tiriamųjų [85]. Kala P ir kiti pateikia kitokias išvadas ir teigia, jog depresijos ir nerimo simptomai po patirto MI buvo palyginti nežymūs, o prieš išrašant iš stacionaro buvo dar menkesni. Tačiau po metų simptomai išryškėjo [86]. Vyrauja ir atvirkštinis depresijos ir nerimo

simptomų bei patirto MI ryšys - jaučiamas nerimas ir depresija yra susiję su didesne pirmą kartą patirto miokardo infarkto tikimybe [87], [88].

Pastebėta, jog asmenims, patyrusiems miokardo infarktą depresija pasireiškia statistiškai reikšmingai rečiau, lyginat su insultą patyrusiais asmenimis, tačiau nerimas pasireiškia beveik taip pat dažnai, kaip ir po patirto insulto [89]. Kad nerimo simptomai plačiai paplitę tarp asmenų, sergančių koronarine širdies liga, įrodo Bunevičius ir kiti, bei teigia, jog šie simptomai lengvai identifikuojami taikant standartizuotas skales [90]. Tačiau Joanna M. Morys įrodo, kad asmenų, patyrusių MI, kai kurių testų balų suma yra aukštesnė, nei tų, kurie serga išeminiu širdies nepakankamumu ar išemine širdies liga, t.y. asmenys po MI patiria mažiau funkcinių apribojimų [91].

Naujausių mokslinių tyrimų duomenimis, ištirta, kaip nerimas ir depresija veikia asmenų sveikatą ir gerovę po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos. Ištyrus nerimą ir depresiją prieš operaciją ir praėjus 12 mėnesių, nustatyta, jog po metų nerimo simptomai susiję su padidėjusiu skausmo pojūčiu ir pakitusiais kitais fiziniais simptomais. Tuo tarpu depresija susijusi su dažnesniu kreipimusi į skubios pagalbos centrą bei didesniu mirties pavojumi [92]. Prieš tai atlikto tyrimo išvadose pabrėžiama, jog pasireiškęs nuovargis lemia trumpalaikį ir ilgalaikį nerimą bei depresiją, kuomet atliekama AKJO. Tai padeda suvokti, kokią įtaką emocijos turi asmenų tolimesnei sveikatos būklei [93].

Asmenų sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis nerimo ir depresijos simptomų sąsajos su kasdiene veikla bei veiklos sritimis ir gyvenimo kokybe yra mažai nagrinėtos mokslinėje literatūroje, todėl Verbraak ME ir kiti aiškinasi, kokios veiklos sutrinka esant nerimo ir depresijos simptomams. Rezultatai parodė, jog asmenys sergantys širdies ir kraujagyslių ligomis, statistiškai nerimą ir depresiją jautė po šešių mėnesių ir šie simptomai tiesiogiai koreliuoja su kasdienės veiklos atlikimo problemomis ir su sveikata susijusia gyvenimo kokybe [94]. Kad dėl pasireiškusių depresijos simptomų suprastėja gyvenimo kokybė, dėl ko kyla lėtinis streso sindromas, galintis lėtinti asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, sveikimo procesą įrodo ir pastarųjų metų moksliniai tyrimai [95].

### **1.5.1. Asmenų, patyrusių miokardo infarktą, nerimo ir depresijos vertinimas**

Didėjantis suvokimas, kokią nuovargis turi įtaką asmenims, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis, skatina įvairių nuovargio vertinimo ir diagnostikos metodų paiešką bei jų

standartizavimą, rezultatų palyginimą [96]. Siekiant įvertinti asmenų, patyrusių miokardo infarktą, nerimo ir depresijos simptomus labiausiai paplitusi ir plačiausiai taikoma [97] Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė (Hospital anxiety and depression score (HADS)) [98]. Nustatyta, jog HAD skalės jautrumas yra 81 proc [99] ir tai tinkamas metodas diagnozuojant ir vertinant net ir menkus nerimo ir depresijos simptomus [100]. Asmenims, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis, depresijos ir nerimo simptomai vertinami taikant ir Kardiologinę depresijos vizualinę analoginę skalę (Cardiac Depression Visual Analogue Scale [100]. Watkins ir kiti HAD skalę pritaiko vertinant koronarine širdies liga sergančių asmenų nerimo ryšį su padidėjusiu mirštamumu ir nustato statistiškai reikšmingą ryšį [101].

### **1.6. Asmenų, patyrusių miokardo infarktą, sveikatos ypatumai po perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos ir aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos**

Aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija ir perkutaninė koronarinė intervencija yra širdies ir kraujagyslių ligomis sergančiųjų asmenų kraujagyslių gydymo metodai, kuomet medikamentinis gydymas yra neefektyvus [102]. Tyrimuose lyginamas AKJO ir PKI intervencijų, siekiant palengvinti ŠKL simptomus, veiksmingumas, tačiau didžiausias dėmesys skiriamas asmenų funkciniam atsistatymui po minėtų procedūrų. Nepaisant didelės pooperacinės mirštamumo tikimybės, nustatyta, jog tiek po AKJO, tiek PKI intervencijų pasiekiamas panašus gyvenimo kokybės lygis [103]. Atliktos metaanalizės dėka nustatyta, kad nors AKJO ir PTKA turi panašų efektyvumą prieš pakartotinį miokardo infarktą ar mirtį, po PTKA būdinga pasikartojanti krūtinės angina bei gali reikėti pakartotinai atlikti procedūrą [104]. Yra žinoma, jog turintys išreikštus nerimo ir depresijos simptomus asmenys, kuriems atlikta PTKA, turi didesnę tikimybę pasikartojantiems ŠKL susirgimams [105]. Taip pat mokslininkai ištyrė, jog nerimo ir depresijos simptomai paūmėja viena diena prieš ir po PTKA procedūros [106].

Nustatyta, jog po PTKA asmenys, kurie gauna didesnes pajamas ir turi normalų KMI, nurodo geresnę gyvenimo kokybę, nei kiti tiriamieji [107]. Tačiau asmenys, kuriems atlikta PTKA, dažniau jaučia nerimo simptomus [108]. Anot psichologų, pastebėta, jog po PTKA procedūros D tipo asmenybės pacientams septynis metus išlieka didelė mirties tikimybė [109].

Kaip ir ankstesnių tyrimų išvadose [110], dabartiniai tyrimai paremia hipotezę, jog mažesnis mirčių skaičius ir švelnesnės ligos baigtys stebimos asmenims, kuriems atlikta AKJO. Pastebėta, jog pastaruoju metu tiek po AKJO, tiek po PTKA intervencijų stebimas vis mažėjantis mirčių skaičius. Nors šiuo metu tokio reiškinio priežastys dar nėra nustatytos, tačiau manoma, jog

tai gali būti susiję su tobulėjančia medicinine įranga, gerėjančia prieš ir po operacine asmens sveikatos priežiūra bei optimalaus konkrečiam ligos atvejui gydymo būdo pasirinkimu [111]. Reikšminga ir tai, jog miokardo infarktą patyrusiems asmenims, kuriems anksčiau buvo atlikta AKJO, atliekama PTKA nesukelia papildomos mirties rizikos, nors ankstesniuose tyrimuose nustatyta, kad PTKA yra mirties rizikos veiksnys [112].

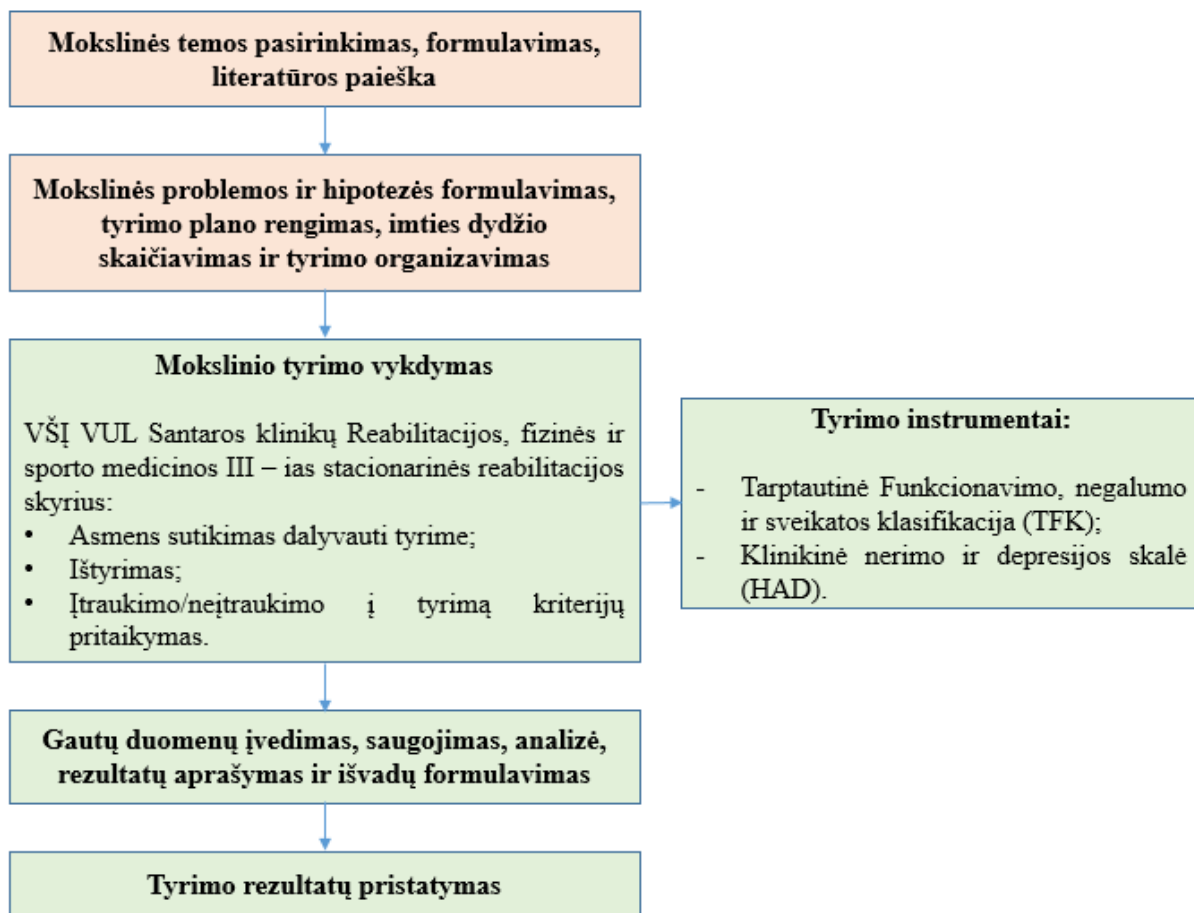
Pastaraisiais metais Lietuvoje nagrinėjamas reabilitacijos efektyvumas po AKJO ir PKI intervencijų – Atkočiūnas M, Kauliūtė V, Kubilius R, Samėnienė J atliko retrospektyvų tyrimą, kurio tikslas įvertinti asmenų po AKJO antro reabilitacijos etapo efektyvumą priklausomai nuo lyties ir širdies nepakankamumo funkcinės klasės pagal NŠA. Pastebėta, jog padidėjo visų funkcinių klasių asmenų nueitas atstumas pakitęs reabilitacijos efektyvumas – III klasei pagal NŠA vidutinis, o I-II klasėms nustatytas didelis reabilitacijos efektyvumas [113]. Karaszewski D pastebi, jog nors ir stebimi teigiami pokyčiai, tačiau dėl reabilitacijos proceso trukmės sunku įvertinti visą reabilitacijos efektyvumą [114].

## 2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA

### 2.1. Tyrimo organizavimas

Tyrimas atliktas 2016 m. lapkričio 2 d. – gruodžio 16 d., 2017 m. sausio 30 d. – kovo 24 d. VŠĮ VUL Santaros klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos III – iame stacionarinės reabilitacijos skyriuje, kuriame teikiamos antro lygio reabilitacijos paslaugos. Reabilitacijos paslaugos taikomos asmenims po miokardo infarkto, širdies ir kraujagyslių operacijų, taip pat aorto-koronarinių jungčių suformavimo, koronarinių arterijų plastikos ir stentavimo operacijų, elektrofiziologinių procedūrų, periferinių arterijų rekonstrukcinių operacijų. Skyrius išsiskiria tuo, jog jame paslaugos teikiamos daug gretutinių ligų turintiems asmenims, kurie negali būti gydomi kitose reabilitacijos įstaigose. Iš visų tiriamųjų gautas savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime.

Tyrimo populiaciją sudaro VŠĮ VUL Santaros klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos III – iame stacionarinės reabilitacijos skyriuje gydomi miokardo infarktą patyrę asmenys. Tyrimo schema pateikta 1 paveiksle. Pasirinktas tyrimo tipas – momentinis. Tyrimo kalendorinis planas pateiktas 1 lentelėje (1 priedas).



1 pav. Tyrimo vykdymo schema

Imtis formuojama netikimybinio parinkimo tiksliniu būdu iš pacientų, patyrusių miokardo infarktą. Siekiant suformuoti tiriamąją grupę pasirinkti ir pritaikyti įtraukimo/neįtraukimo į tyrimą kriterijai.

Įtraukimo kriterijai:

- Savanoriškas asmens sutikimas dalyvauti tyrime;
- Būklė po pirmą kartą patirto miokardo infarkto;
- Atlikta aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija arba perkutaninė transluminalinė vainikinė angioplastika;
- Trumpo protinės būklės testo rezultatas  $\geq 25$  (pagal D.Mungo klasifikaciją);
- Jauni seni asmenys (60-74 m. amžiaus intervalas pagal PSO).

Neįtraukimo kriterijai:

- Pagrindiniai raumenų-skeleto sutrikimai (pvz.: artritas);
- Afazija;
- Žymus klausos sutrikimas;
- Negebėjimas suprasti lietuvių kalbos.

Pirmojo susitikimo su tiriamaisiais metu tyrėjas suteikė informacijos apie tyrimą bei gavus raštišką tiriamojo sutikimą (2 priedas) pradėtas dalyvumo kasdienėse veiklose bei nerimo ir depresijos simptomų vertinimas bei pritaikyti tyrimo atrankos kriterijai. Klausimynai pildyti vieną kartą per pirmąsias dienas asmeniui atvykus į reabilitacijos skyrių.

Atrinkti 79 miokardo infarktą patyrę vyrai ir moterys, kuriems atlikta aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija arba perkutaninė transluminalinė vainikinė angioplastika. Iš visų tiriamųjų 64,6 proc. yra vyrai (AKJO vyrų dalis sudaro 78,3 proc., PTKA – 58,9 proc.). Vidutinis AKJO grupės tiriamųjų amžius yra  $66,3 \pm 3,3$  metai, o vidutinis PTKA grupės tiriamųjų amžius –  $66,0 \pm 3,6$  metai. Didžioji dalis tiriamųjų yra įgiję pagrindinį išsilavinimą (59,5 proc.) bei atitinkamai pradinį (11,4 proc.), aukštesnįjį (12,7 proc) ir aukštąjį (16,5 proc). Atsižvelgiant į užimtumą AKJO grupėje 100 proc., o PTKA grupėje 76,8 proc. tiriamųjų sudaro pensininkai arba nedirbantys dėl sveikatos asmenys. 68,4 proc. tiriamųjų yra vedę arba gyvena nesantuokinį gyvenimą, o likusią dalį (31,6 proc.) sudaro našliai, išsiskyrę ir vieniši asmenys. Išsamesnė AKJO ir PTKA grupių procentinė sociodemografinių ypatumų charakteristika pateikta 2 lentelėje (3 priedas).

## 2.2. Tyrimo metodai

Pagrindinis instrumentas, naudotas tiriamųjų dalyvumui kasdienėse veiklose vertinti, yra Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija (TFK klausimynas, versija 2.1a, klinikinė forma). Tyrimui atlikti panaudota testo dalis „veiklos ir dalyvumas“ bei surinkti socialiniai – demografiniai duomenys: lytis, amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis (4 priedas). Tyrimo metu analizuotos veiklos ir dalyvumo sritys apima:

- bendrasis užduotis ir reikalavimus (d2): dienos režimo laikymasis (d230), streso ir kitų psichologinių problemų įveika (d240);
- judamumą (d4): ėjimas trumpais atstumais (d4500); ėjimas ilgais atstumais (d4501), ėjimas skirtingais paviršiais (d4502), judėjimas pro kliūtis (d4503), judėjimas kitais būdais (d455);
- savipriežiūrą (d5): rūpinimasis savo sveikata (d570);
- namų veiklas (d6): daiktų ir paslaugų įsigijimas (d620);
- tarpasmeninius santykius ir sąveikas (d7): šeimyniniai santykiai (d760) ir intymūs santykiai (d770);
- pagrindines gyvenimo dalis (d8): mokamas darbas (d850);

Tiriamieji dalyvumą veiklose vertino pagal kiekybinę skalę: 0 balų - nėra problemos, 1 balas – nedidelė problema, 2 balai – vidutinė problema, 3 balai – didelė problema, 4 balai – visiška problema.

Tiriamųjų nerimas ir depresija vertinami naudojantis Klinikine nerimo ir depresijos skale (HAD). Skalę sudaro 14 klausimų, tarp kurių 7 klausimai vertinantys nerimą ir 7 – depresiją (5 priedas). Dėl skalės paprastumo vertinimas trunka nuo 2 iki 5 minučių. Paciento prašoma pažymėti atsakymą, kuris pagal jį, tinkamiausias ir atspindi jo savijautą per pastarąją savaitę. Taip pat nurodoma į klausimus atsakyti ilgai negalvojant, nes pirmoji reakcija geriausiai atspindi asmens emocinę būklę. Kiekvienas klausimas vertinamas balais nuo 0 iki 3 balų. Surinktų balų suma rodo nerimo arba depresijos sunkumo laipsnį ir gali svyruoti nuo 0 iki 21 balo: 0 – 7 balai: normalus nerimas arba nuotaika; 8 – 10 balų: lengvas nerimas/depresija; 11 – 14 balų: vidutinio sunkumo; 15 – 21 balų: sunkūs nerimo arba depresijos simptomai.



### 2.3. Statistinė duomenų analizė

Duomenų įvedimui, saugojimui ir redagavimui naudota Microsoft Office Excel 2013 programa. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojantis programos SPSS (angl. Statistical Package for Social Science) 17.0 versija. Po analizės gauti rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose.

Siekiant patikrinti TFK ir HAD klausimynų vidinį suderinamumą apskaičiuotos Cronbach Alfa koeficiento reikšmės, kurios atspindi atskirų klausimyno klausimų koreliaciją, t.y. patikrinama, ar klausimyno klausimai atspindi tiriamąjį dydį (klausimynas sudarytas tinkamai, jeigu Cronbach Alfa koeficiento reikšmė didesnė už 0,7). Nustatyta, jog tiek TFK, tiek HAD klausimynas bei jo subskalės yra tinkamos naudoti tyrime (3 lentelė).

<b>Testo pavadinimas</b>	<b>Cronbach alfa</b>
HAD skalės bendras patikimumas	0,870
Nerimą matuojančių subkalių bendras patikimumas	0,810
Depresiją matuojančių subkalių bendras patikimumas	0,793
TFK skalės bendras patikimumas	0,808

3 lentelė. Tarptautinės funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacijos ir klinikinės nerimo ir depresijos skalės vidinis patikimumas.

Tyrimo duomenys lyginami skirtingose tiriamųjų grupėse (pagal atliktos intervencijos pobūdį bei socialinius – demografinius ypatumus). Kadangi duomenų pasiskirstymas reikšmingai skyrėsi nuo normaliojo skirstinio, rezultatų skirtumų reikšmingumas tarp skirtingų tiriamųjų grupių nustatytas naudojant neparametrinį Mann-Whitney U testą. Duomenų pasiskirstymo normalumas tikrintas Smirnov-Kolmogorovo kriterijumi, pritaikytu imtims, viršijančioms 70 tiriamųjų. Procentinis duomenų pasiskirstymas grupėse skaičiuotas naudojant Chi kvadrato kriterijų. Nerimo ir depresijos bei dalyvavimo kasdienėse veiklose sąsajos nustatytos naudojant Spearmano koreliaciją (duomenų pasiskirstymas reikšmingai nesiskyrė nuo normaliojo skirstinio). Skirtumai yra statistiškai reikšmingi, jeigu statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

### 3. TYRIMO REZULTATAI

#### 3.1. Sociodemografinių ypatumų analizė

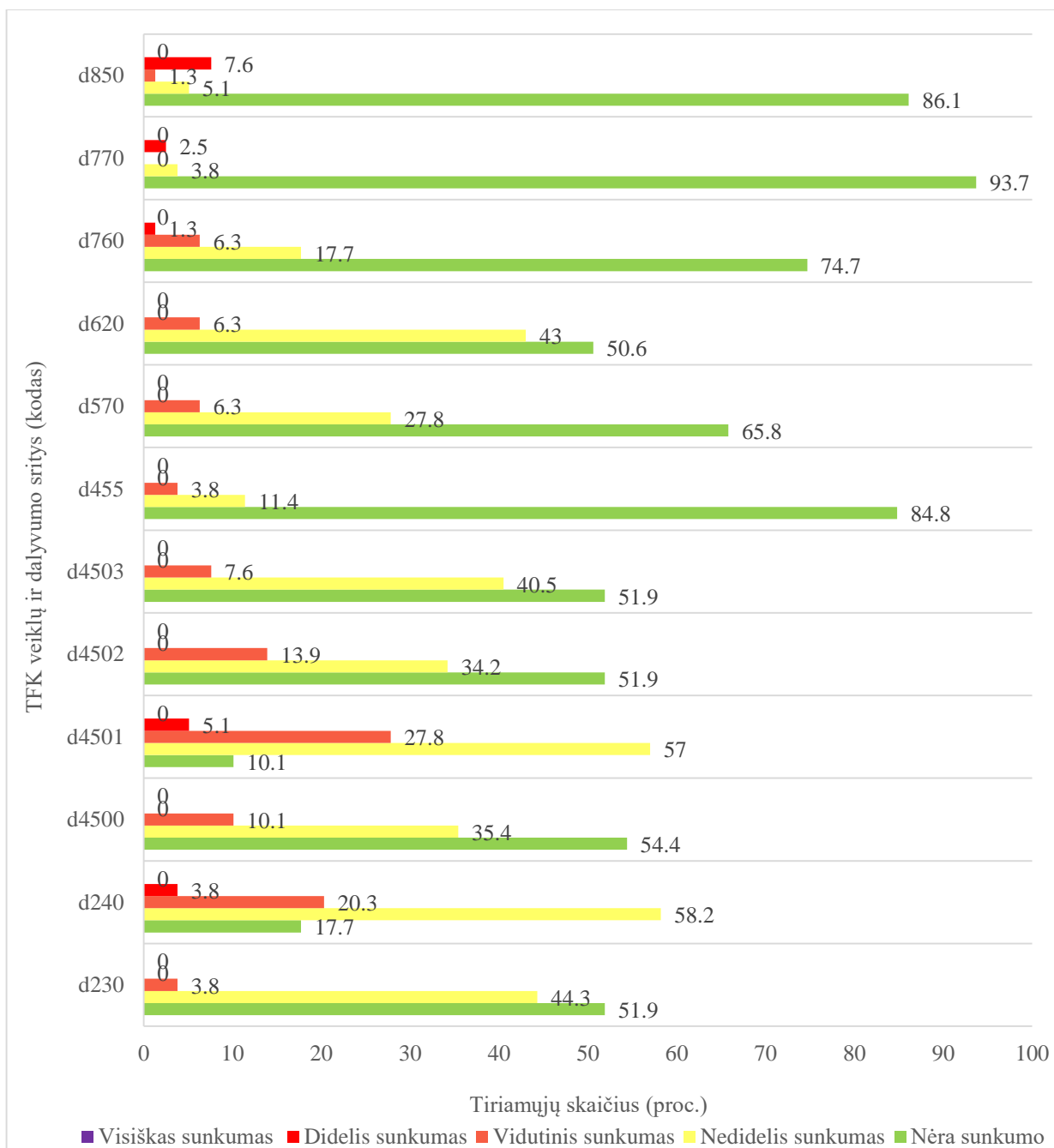
Analizuojant tiriamųjų po miokardo infarkto sociodemografinius ypatumus tarp patyrusių aortokoronarinių jungčių suformavimo operaciją (AKJO) ir perkutaninę transluminalinę koronarinę angioplastiką (PTKA) grupių, lytis, išsilavinimas ir šeimyninė padėtis statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ), todėl galima teigti, kad pagal šias charakteristikas AKJO ir PTKA grupės yra panašios. Grupės statistiškai reikšmingai skyrėsi pagal užimtumą – visi AKJO tiriamieji buvo pensininkai ar nedirbantys dėl ligos asmenys. Analizuojant tiriamųjų pasiskirstymą pagal lytį nustatyta, jog tiek AKJO, tiek PTKA grupėse didesnę dalis buvo vyrai (78 proc. ir 59 proc.). Taip pat abeiose grupėse dominavo asmenys, turintys pagrindinį išsilavinimą (atitinkamai 61 proc. ir 59 proc.). Nustatyta ir tai, kad pagal šeimyninę padėtį abeiose grupėse dominavo vedę ar gyvenantys poroje asmenys (AKJO – 70 proc. ir PTKA – 68 proc.). Siekiant tyrimo rezultatus palyginti skirtingo išsilavinimo grupėse yra atsižvelgiama į santykinai mažą tiriamųjų skaičių kiekviename „išsilavinimo“ skilties pogrupyje (iki 10 tiriamųjų), todėl duomenys pagal tiriamųjų išsilavinimą atliekant statistinę duomenų analizę jungiami į žemesnio ir aukštesnio išsilavinimo grupes. Kiti sociodemografiniai tiriamųjų grupių ypatumai pateikiami 2 lentelėje (3 priedas).

#### 3.2. Dalyvumo kasdienėse veiklose vertinimo rezultatai ir sąsajos su sociodemografiniais ypatumais

Tiriamųjų dalyvumas kasdienėje veikloje vertintas taikant tarptautinės funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacijos (TFK) „veiklos ir dalyvumas“ skalės pirmąjį (atlikties) klasifikatorių. Siekiant įvertinti skalės duomenų pasiskirstymo normalumą, apskaičiuotas Smirdovo-Kolmogorovo Z testas. Visų subskalių atvejais gautos reikšmės buvo didesnės už 0,05 (duomenys pasiskirstę pagal normalųjį dėsnį), todėl ryšiui tarp kintamųjų nustatyti naudojamas Spirmeno koreliacijos koeficientas neparimetriniams duomenims. Rodiklių pasiskirstymui (procentais) grupėse naudotas Chi kvadrato kriterijus ( $\chi^2$ ).

Atkreipiant dėmesį į bendrą tiriamųjų pasiskirstymą pagal patiriamus dalyvumo kasdienėse veiklose sunkumus, beveik trečdalis tiriamųjų (32 proc.) turėjo nedidelių dalyvumo kasdienėse veiklose sunkumų ir aprobėjimų. Su vidutiniais sunkumais susidūrė apie 8 proc. tiriamųjų, o dideliais sunkumais – 2 proc. Net 58 proc. tiriamųjų nurodė, jog turi nedidelių sunkumų streso ir

kitų psichologinių problemų įveikos srityje ir beveik tiek pat tiriamųjų (57 proc.) turi sunkumų einant ilgus atstumus. 93,7 proc. tiriamųjų teigia, jog nepatiria sunkumų intymiuose santykiuose teigdami, jog tai neaktualu jų amžiaus tarpsniui. Išsamesnė rezultatų charakteristika pateikta 2 paveiksle.



2 pav. Bendra tiriamųjų charakteristika pagal dalyvumo kasdienėse veiklose rezultatus.

Dalyvumo kasdienėse veiklose sunkumų statistiškai reikšmingi skirtumai AKJO ir PTKA grupėse rasti d230 dienos režimo laikymasis ( $p < 0,05$ ) ir d4502 ėjimas skirtingais paviršiais ( $p < 0,05$ ) srityse. Nedidelių sunkumų laikantis dienos režimo (d230) patiria 26,1 proc. AKJO

grupės narių, o tuo tarpu PTKA – net 51,8 proc. tiriamųjų. Nors PTKA grupėje nė vienas tiriamasis nenurodo turintis vidutinių ir didelių sunkumų laikantis dienos režimo, AKJO grupėje vidutinių sunkumų turi 13 proc. tiriamųjų. Analizuojant d4502 ėjimą skirtingais paviršiais, nustatyta, kad nedidelių dalyvumo problemų AKJO grupėje turėjo 13 proc. tiriamųjų, o PTKA – beveik 43 proc. Išsamesnė dalyvumo sunkumų charakteristika pateikta 4 lentelėje (6 priedas).

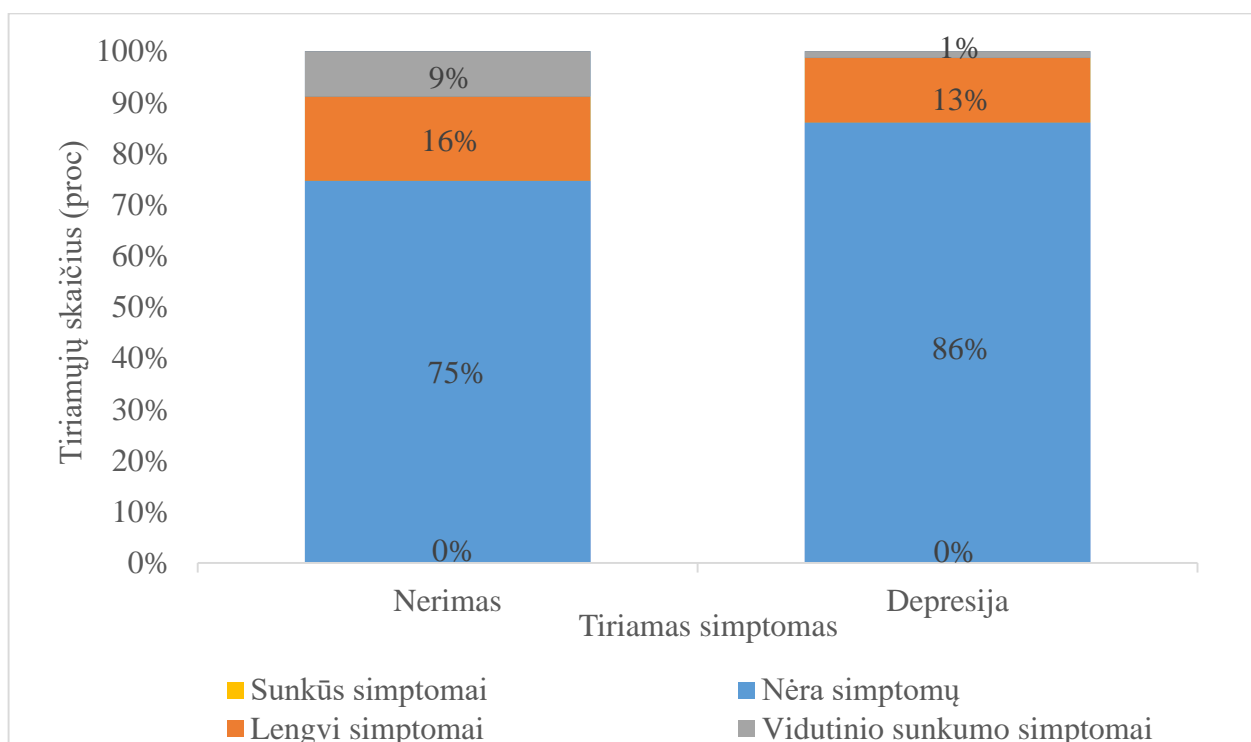
Vertinant dalyvumo komponentų pasiskirstymą pagal socialinius – demografinius ypatumus AKJO grupėje nustatyta, jog statistiškai reikšmingai moterys patiria sunkumų įsigyjant daiktus ar paslaugas (80 proc.,  $p < 0,05$ ). Vyrų grupėje statistiškai reikšmingų dalyvumo kasdienėje veikloje ypatumų nerasta. Analizuojant dalyvumo kasdienėse veiklose rodiklių pasiskirstymą pagal išsilavinimą, 56,3 proc. ( $p < 0,05$ ) tiriamųjų, turinčių žemesnį išsilavinimą, patyrė dalyvumo apribojimų d4503 einant pro kliūtis, ir reikšmingai dažniau, nei asmenys, turintys aukštą išsilavinimą. Taip pat pastebėta, kad AKJO grupės išsiskyrę/našliai/vieniši tiriamieji reikšmingai labiau susiduria su dalyvumo problemomis d4501 einat ilgus atstumus (42,9 proc, turi lengvų sunkumų ir 28,6 proc vidutinių sunkumų,  $p < 0,05$ ), d4502 einat skirtingus atstumus (lengvų sunkumų patiria 28,6proc. vienišų tiriamųjų, o vidutinius – net 42,9 proc. vienišų tiriamųjų,  $p < 0,05$ ) bei d760 šeimyniniuose santykiuose (42,9 proc. vienišų susiduria su lengvais sunkumais, 14,3 proc. vidutiniais ir 14,3 proc. dideliais sunkumais,  $p < 0,05$ ) (7 priedas).

PTKA grupėje reikšmingai daugiau vyrų patiria sunkumų d4502 einant skirtingais paviršiais (37,3 proc. susiduria su lengvais ir 5,9 proc. su vidutiniais sunkumais,  $p < 0,05$ ) ir d4503 einant pro kliūtis (47,1 proc. turi lengvų sunkumų ir 2,0 proc. – vidutinių sunkumų,  $p < 0,05$ ). Tuo tarpu moterys statistiškai reikšmingai dažniau susiduria su sunkumais d620 įsigyjant daiktų ar prekių (lengvi sunkumai – 57,1 proc., vidutiniai – 14,3 proc. moterų,  $p < 0,05$ ), d760 šeimyniniuose santykiuose (lengvus ir vidutinius sunkumus patiria atitinkamai 32,1 proc. ir 10,7 proc. moterų,  $p < 0,05$ ). O d850 mokamame darbe visiškų sunkumų patiria net 21,4 proc moterų ( $p < 0,05$ ). Žemo išsilavinimo tiriamieji, lyginant su aukšto išsilavinimo tiriamaisiais, statistiškai reikšmingai dažniau susiduria su sunkumais visose judamumo srityse ( $p < 0,05$ ) ir d620 įsigyjant daiktus ar paslaugas, o aukšto išsilavinimo tiriamieji patiria statistiškai reikšmingai dažniau sunkumų d850 mokamame darbe (17,4 proc nurodo lengvus sunkumus, 4,3 proc. – vidutinius, o 17,4 proc. – didelius sunkumus, kai  $p < 0,001$ ). Taip pat statistiškai reikšmingai dažniau sunkumų dalyvume patiria išsiskyrę (d230 laikytis dienos režimo, visose judamumo srityse, d570 rūpinantis savo sveikata, d760 šeimyniniuose santykiuose, d770 intymiuose santykiuose, kai  $p < 0,001$ ). Tuo tarpu vedę susiduria su reikšmingai dažnesnėmis problemomis (74,1 proc. lengvi sunkumai,  $p < 0,001$ ) d240 streso ir kitų psichologinių problemų įveikos srityje. Išsamesnė tiriamųjų dalyvumo charakteristika pagal sociodemografines charakteristikas pateikta 6 lentelėje (8 priedas).

### 3.3. Nerimo ir depresijos simptomų vertinimo rezultatai ir sąajos su sociodemografiniais ypatumais

Nerimas ir depresija vertinti naudojant klinikinę nerimo ir depresijos skalę (HAD). Siekiant nustatyti klausimyno vidinį suderinamumą, apskaičiuotos Cronbach Alfa koeficiento reikšmės (9 priedas). Nustatyta, jog Cronbach Alfa koeficientas didesnis už 0,7. Galima teigti, kad klausimynas yra sudarytas gerai. Skalės duomenų pasiskirstymo normalumas apskaičiuotas naudojant Smirnov-Kolmogorovo Z testą. Tiek nerimo, tiek depresijos subskalių atvejais šie kriterijai buvo reikšmingi, todėl duomenys yra pasiskirstę ne pagal normalųjį skirstinį. Dėl duomenų pasiskirstymo ne pagal normalųjį skirstinį, skalių vidurkių palyginimui skirtingose tiriamųjų grupėse naudojamas neparametrinis Mann-Whitney U kriterijus.

Vertinant bendrą nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymą, nustatyta, jog didžioji dalis tiriamųjų nejaučia nerimo ir depresijos simptomų (atitinkamai 75 proc ir 86 proc). Nė vienas tiriamasis nenurodė jaučiantis sunkius nerimo ir depresijos simptomus. Tuo tarpu vidutinius nerimo simptomus jaučia 9 proc., o depresijos – vienas procentas tiriamųjų. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymą atspinti 3 paveikslas.



3 pav. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas.

Palyginus nerimo ir depresijos rodiklius AKJO ir PTKA tiriamųjų grupėse nustatyta, kad nerimo vidurkiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ). Tai rodo, kad abiejų grupių tiriamieji pasižymi panašiais nerimo simptomais. Tuo tarpu depresijos pasiskirstymas grupėse statistiškai reikšmingai skyrėsi ( $p < 0,05$ ) – nustatyta, kad AKJO grupės tiriamieji pasižymi stipresniais depresijos simptomais, nei kad PTKA grupės tiriamieji (10 priedas).

Įvertinus statistiškai reikšmingus PTKA ir AKJO grupių skirtumus pagal tiriamųjų sociodemografinius ypatumus (lytį, šeimyninę padėtį, išsilavinimą, užimtumą) nustatyta, kad tiek AKJO, tiek PTKA grupėse nerimo ir depresijos simptomais reikšmingai pasižymi vieniši asmenys (išsiskyrę ir našliai), nei gyvenantys poroje ar vedę ( $p < 0,05$ ) (11 priedas).

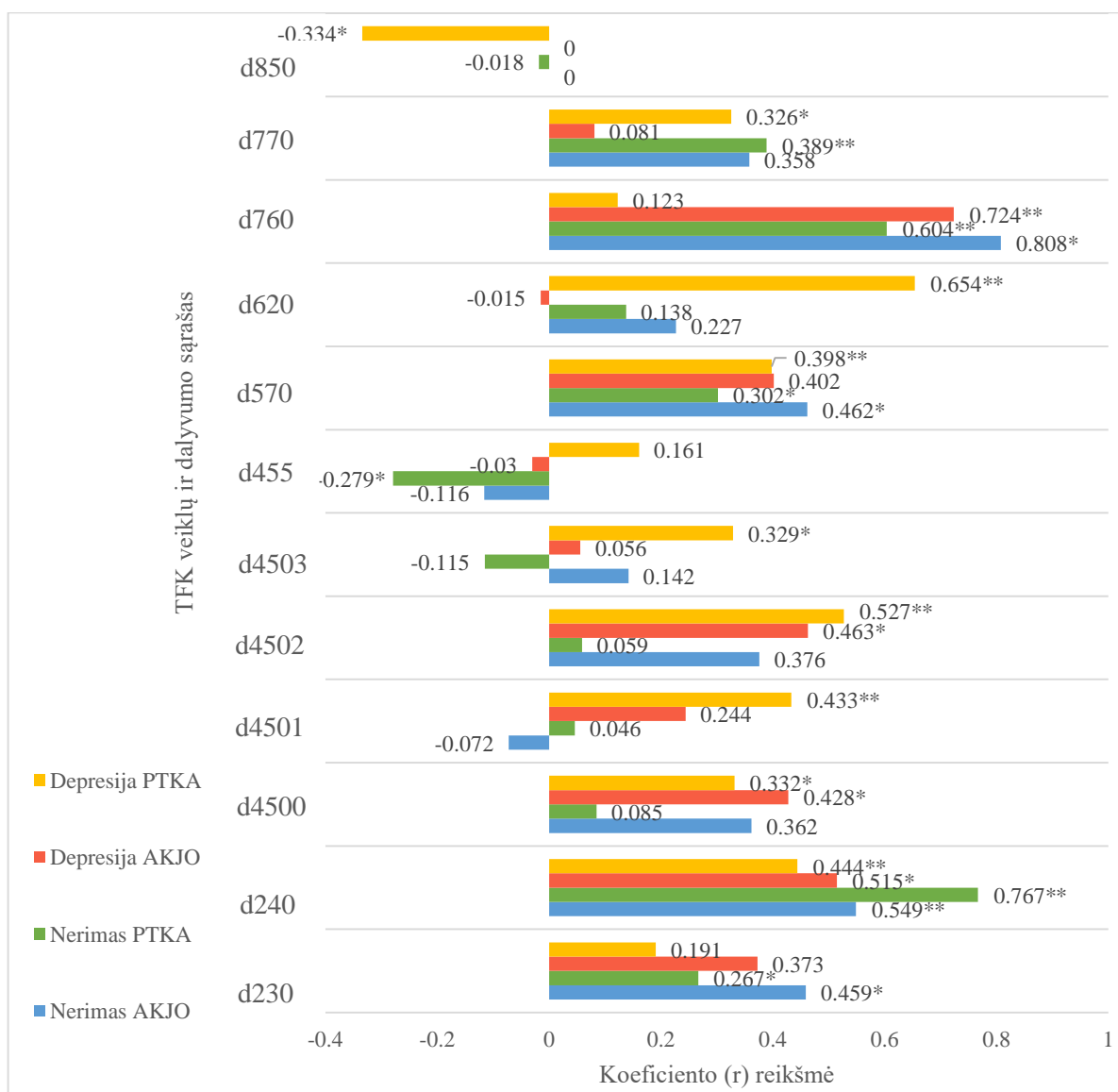
Palyginus nerimo ir depresijos simptomų skirtumus PTKA grupėje nustatyta, kad statistiškai dažniau nerimą jaučia moterys, nei kad vyrai (12 priedas) ( $p < 0,05$ ). Taip pat PTKA grupėse atrastos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp depresijos ir išsilavinimo lygio bei užimtumo: depresiją statistiškai dažniau jaučia žemo išsilavinimo (pradinio ir pagrindinio) ir nedirbantys tiriamieji (pensininkai ir nedirbantys dėl sveikatos) ( $p < 0,05$ ) (13 priedas, 14 priedas).

#### **3.4. Nerimo ir depresijos bei dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajos**

Asmenų po miokardo infarkto aortokoronarinių jungčių suformavimo ir perkutaninės transluminalinės angioplastikos grupėse dalyvumo sąsajos su nerimo bei depresijos simptomais vertinamos apskaičiuojant Spearman ranginės koreliacijos koeficientą ( $r$ ). Nerimo ir depresijos simptomų rezultatai skaičiuojami: 0-7 balai – nėra išreikšto nerimo ar depresijos, 8 ir daugiau balų – yra nerimas ir depresija. Statistiškai reikšmingos sąsajos nustatytos tarp įvairių dalyvumo komponentų (15 priedas). Tiek PTKA nerimas ( $r = 0,767$ ,  $p < 0,001$ ) ir depresija ( $r = 0,444$ ,  $p < 0,001$ ), tiek AKJO grupėse nerimas ( $r = 0,549$ ,  $p < 0,001$ ) ir depresija ( $r = 0,515$ ,  $p < 0,05$ ) turi statistiškai reikšmingai susiję su d240 (streso ir kitų psichologinių problemų įveika). Tai reiškia, jog didėjant HAD skalės nerimo ir depresijos įverčiams, reikšmingai didėjo ir TFK d240 subskalės įverčiai (4 paveikslas).

Vertinant dalyvumo sąsajas su nerimo simptomais nustatyta, jog jaučiant stipresnį nerimą, patiriamos reikšmingai didesni sunkumai d230 dienos režimo laikymosi, d570 rūpinimosi savo sveikata ir d760 šeimyninių santykių srityse tiek AKJO (atitinkamai  $r = 0,459$ ,  $r = 0,462$ ,  $r = 0,808$ , kai  $p < 0,05$ ), tiek PTKA grupėse (atitinkamai  $r = 0,767$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,302$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,604$   $p < 0,001$ ). Taip pat nustatyta, jog PTKA grupė statistiškai reikšmingai išsiskiria vertinat nerimo simptomų ir d455 judėjimo kitais, negu ėjimas, būdais subskalėje sąsajas: didėjant d455 įverčiams, mažėjo jaučiami nerimo simptomai ( $r = -0,279$ ,  $p < 0,05$ ) (4 paveikslas).

Analizuojant depresijos simptomų sąsajas su TFK veiklų ir dalyvumo komponentais nustatyta, jog didėjant depresijos simptomų išreikštumui, didėjo patiriami sunkumai d4500 einant trumpus atstumus ir d4502 einant skirtingais paviršiais, tiek AKJO (atitinkamai  $r=0,428$ ,  $r=0,463$ , kai  $p<0,05$ ), tiek PTKA (atitinkamai  $r=0,332$ ,  $r=0,527$ , kai  $p<0,05$ ) grupėse. Taip pat nustatyta, jog jaučiama depresija susijusi su sumažėjusiu dalyvumu d4501 einant ilgus atstumus ( $r=0,433$   $p<0,001$ ), d4503 einant pro kliūtis ( $r=0,329$ ,  $p<0,05$ ), d570 rūpinantis savo sveikata ( $r=0,398$ ,  $p<0,001$ ), d620 daiktų ir paslaugų įsigijime ( $r=0,654$   $p<0,001$ ), d770 intymiuose santykiuose ( $r=0,326$ ,  $p<0,05$ ). Mažėjant depresijos simptomams, didėjo dalyvumas d850 mokamame darbe ( $r=0,334$ ,  $p<0,05$ ) PTKA grupėje. Tuo tarpu AKJO grupėje depresija statistiškai reikšmingai susijusi su padidėjusiais sunkumais d760 šeimyniniuose santykiuose ( $r=0,724$ ,  $p<0,001$ ) (4 paveikslas).



\*  $p<0,05$  – palyginti tarp grupių, \*\*  $p<0,001$  palyginti tarp grupių, PTKA – perkutaninė koronarinė transluminalinė angioplastika, AKJO – aortokoronariųjų jungčių suformavimo operacija.

4 pav. Nerimo ir depresijos sąsajos su veiklomis ir dalyvumu AKJO ir PTKA grupėse.

### 3.5. Dalyvumo kasdienėse veiklose, nerimo ir depresijos simptomų bei sociodemografinių ypatumų sąsajų rezultatų analizė

Dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajos su nerimo ir depresijos simptomais ir sociodemografiniais ypatumais surastos visose PTKA grupės veiklų ir dalyvumo subskalėse. Tuo tarpu AKJO grupėje statistiškai reikšmingos sąsajos tarp minėtų komponentų nerastos d4503 ėjimo pro kliūtis, d455 judėjimo kitais negu ėjimas būdais, d620 daiktų ir paslaugų įsigijimo, d770 intymių santykių, d850 mokamo darbo srityse. Įvertinus nerimo ir depresijos simptomų sąsajas su sociodemografiniais ypatumais bei dalyvumu kasdienėse veiklose AKJO ir PTKA grupėse pastebėta, kad didėjant nerimo bei depresijos požymių reikšmėms, didėja patiriami sunkumai d240 streso ir kitų psichologinių problemų įveikoje tarp vyrų (atitinkamai nerimas ir depresija AKJO grupėje  $r=0,734$ ,  $r=0,631$ , kai  $p<0,001$  ir PTKA grupėje  $r=0,732$ , kai  $p<0,001$ ,  $r=0,384$ , kai  $p<0,05$ ) ir pensininkų (atitinkamai AKJO grupėje  $r=0,549$ ,  $p<0,001$ ,  $r=0,515$ , kai  $p<0,05$  ir PTKA grupėje  $r=0,846$ ,  $r=0,566$ , kai  $p<0,001$ ). Statistiškai dažniau d570 rūpinimosi savo sveikata problemų patiria nerimą ir depresiją jaučiantys žemo išsilavinimo tiriamieji (atitinkamai nerimas ir depresija AKJO grupėje  $r=0,672$ ,  $r=0,685$ , kai  $p<0,001$  ir PTKA grupėje  $r=0,421$ , kai  $p<0,001$ ,  $r=0,402$ , kai  $p<0,05$ ). Nors AKJO grupėje nustatyta, jog sunkumų d760 šeimyniniuose santykiuose dažniau patiria nerimą bei depresiją jaučiantys ir turintys antrą pusę (vedę/gyvenantys poroje) tiriamieji (atitinkamai nerimas ir depresija  $r=0,571$ ,  $r=0,576$ , kai  $p<0,05$ ), PTKA grupėje gautas atvirkštinis ryšys – didėjant nerimui ir depresijai mažėja dalyvumo kasdienėse veiklose problemų tarp vedusių ar gyvenančių poroje tiriamųjų (atitinkamai nerimas ir depresija  $r=0,424$ ,  $r=0,491$ , kai  $p<0,001$ ). Didėjant jaučiamiems nerimo ir depresijos simptomams, AKJO grupėje statistiškai dažniau dalyvumo problemų patiria vyrai (atitinkamai nerimas ir depresija d570  $r=0,499$ ,  $r=0,517$ , kai  $p<0,05$ ; d760  $r=0,837$ ,  $r=0,724$ , kai  $p<0,001$ ), žemo išsilavinimo tiriamieji (atitinkamai nerimas ir depresija d240  $r=0,612$ , kai  $p<0,05$ ,  $r=0,776$ , kai  $p<0,001$ ; d760  $r=0,896$ ,  $r=0,715$ , kai  $p<0,001$ ) ir vedę/gyvenantys poroje (d760  $r=0,571$   $r=0,576$ , kai  $p<0,05$  (16 priedas). Tuo tarpu PTKA grupėje didėjant jaučiamiems nerimo ir depresijos simptomams, dalyvumo sunkumų iškyla išsiskyrusiems (d240  $r=0,534$ ,  $r=0,580$ , kai  $p<0,05$ ), pensininkams (d570  $r=0,410$ ,  $r=0,455$ , kai  $p<0,001$ ; d770  $r=0,429$ , kai  $p<0,001$ ,  $r=0,341$ , kai  $p<0,05$ ), žemo išsilavinimo tiriamiesiems (d770  $r=0,421$ , kai  $p<0,001$ ,  $r=0,313$ , kai  $p<0,05$ ) ir moterims (d240  $r=0,742$ ,  $r=0,589$ , kai  $p<0,001$ ; d770  $r=0,507$ ,  $r=0,431$ , kai  $p<0,05$ ) (17 priedas). Stiprėjant nerimo simptomams nustatyta, jog AKJO grupėje dalyvumo kasdienėse veiklose problemų turi pensininkai arba nedirbantys asmenys (d570  $r=0,462$ , kai  $p<0,05$ ; d760  $r=0,808$ , kai  $p<0,001$ ) ir išsiskyrę/vieniši asmenys (d760  $r=0,869$ , kai  $p<0,05$ ) (16 priedas). Tuo tarpu PTKA grupėje nustatyta, kad didėjant nerimo simptomams dalyvumo kasdienėse veiklose problemų daugėja tarp pensijinio amžiaus tiriamųjų ar niekur



nedirbančių (d230  $r=0,334$ , kai  $p<0,05$ ; d760  $r=0,672$ , kai  $p<0,001$ ), žemo išsilavinimo d760  $r=0,644$ , kai  $p<0,001$ ) bei išsiskyrusių (d760  $r=0,496$ , kai  $p<0,05$ ) tiriamųjų. Taip pat atrasta, jog didėjant nerimo ir depresijos simptomams, mažėja sunkumų d455 judant kitai negu ėjimas būdais tarp pensininkų/nedirbančių ( $r=-0,309$ , kai  $p<0,05$ ) ir žemo išsilavinimo asmenų ( $r=-0,403$ , kai  $p<0,05$ ), (17 priedas).

Vertinant depresijos simptomų, dalyvumo kasdienėse veiklose ir sociodemografinių ypatumų sąsajas AKJO grupėje nustatyta, jog stiprėjant depresijos simptomams, didėja dalyvumo kasdienėse veiklose problemos žemą išsilavinimą turintiems tiriamiesiems (d230  $r=0,533$ , kai  $p<0,05$ ), moterims (d4501  $r=0,918$ , kai  $p<0,05$ ) ir pensininkams ar nedirbantiems (d4500  $r=0,428$ , kai  $p<0,05$ ; d4502  $r=0,463$ , kai  $p<0,05$ ). Analizuojant depresijos simptomų, dalyvumo kasdienėse veiklose ir sociodemografinių ypatumų sąsajų rezultatus PTKA grupėse, nustatyta, jog stiprėjant jaučiamai depresijai, dalyvumo kasdienėse veiklose problemų patiria pensininkai ar nedirbantys asmenys (d4500  $r=0,335$ , kai  $p<0,05$ ; d4501  $r=0,382$ , kai  $p<0,05$ ; d4502  $r=0,511$ , kai  $p<0,001$ ; d620  $r=0,677$ , kai  $p<0,001$ ), vedę (d4500  $r=0,353$ , kai  $p<0,05$ ; d4501  $r=0,481$ , kai  $p<0,001$ ; d4502  $r=0,570$ , kai  $p<0,001$ ; d4503  $r=0,430$ , kai  $p<0,001$ ; d455  $r=0,359$ , kai  $p<0,05$ ; d620  $r=0,561$ , kai  $p<0,001$ ) ir moterys (d4501  $r=0,643$ , kai  $p<0,001$ ; d4502  $r=0,506$ , kai  $p<0,05$ ; d4503  $r=0,540$ , kai  $p<0,001$ ; d620  $r=0,520$ , kai  $p<0,05$ ). Be to, nustatyta, jog stiprėjant depresijos simptomams, moterys linkę mažiau patirti sunkumų mokamame darbe (d850  $r=-0,507$ , kai  $p<0,05$ ), o aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys linkę patirti mažiau sunkumų šeimyniniuose santykiuose (d760  $r=-0,526$ , kai  $p<0,05$ ). Kitos statistiškai reikšmingos dalyvumo, nerimo ir depresijos bei sociodemografinių ypatumų sąsajos AKJO ir PTKA grupėse pateiktos 16 ir 17 prieduose.

#### 4. TYRIMO REZULTATŲ APITARIMAS

Mokslininkai siekia išsiaiškinti, ar miokardo infarktą patyrę asmenys, jaučiantys nerimo bei depresijos simptomus, dažnai skundžiasi papildomomis problemomis kasdienėse veiklose, socialiniame gyvenime ir asmeniniuose santykiuose su šeima [115]. Pastarųjų metų tyrimuose nagrinėjamos ligos išėitys ir sveikatos ypatumai po AKJO ir PTKA intervencijų. Taip pat ieškoma ryšių su sociodemografiniais ypatumais ir nustatyta, jog PTKA patyrę asmenys, gaunantys didesnes pajamas ir turintys normalų kūno masės indeksą, nurodo geresnę gyvenimo kokybę, nei kiti tiriamieji [107]. Remiantis šių ankstesnių tyrimų tendencijomis, jog nerimas ir depresija daro įtaką ne tik miokardo infarktą patyrusių asmenų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės pokyčiams, tačiau ir dalyvumui įvairiose kasdienėse veiklose bei galimai skirtingai veikia asmenis po AKJO ir PTKA intervencijų, nuspręsta atlikti tyrimą, kurio tikslas išsamiau ištirti nerimo ir depresijos, dalyvumo kasdienėse veiklose bei sociodemografinių ypatumų sąsajas bei palyginti jas tarp patyrusių AKJO ir PTKA grupių.

Apibendrinant turimo rezultatus, net 42 proc. tiriamųjų turėjo dalyvumo kasdienėse veiklose sunkumų ir apribojimų. Patiriamų dalyvumo kasdienėse veiklose sunkumų statistiškai reikšmingi skirtumai AKJO ir PTKA grupėse rasti d230 dienos režimo laikymasis ir d4502 ėjimas skirtingais paviršiais ( $p<0,05$ ) srityse. Tuo tarpu literatūroje pateikiama, jog prastėja savirūpyba ir gyvenimo būdo įpročiai bei susiduriama su sunkumais keičiant gyvenimo būdą, priimant iššūkius ir dalyvaujant reabilitacijos procese [116].

Vertinant dalyvumo komponentų pasiskirtymą pagal socialinius – demografinius ypatumus AKJO grupėje nustatyta, jog statistiškai reikšmingai moterys patiria sunkumų namų veiklose (d620,  $p<0,05$ ). Vyrų grupėje statistiškai reikšmingų dalyvumo kasdienėje veikloje ypatumų nerasta. Žemą išsilavinimą turintys tiriamieji (56,3 proc.  $p<0,05$ ) patiria dalyvumo apribojimų judamume. Taip pat pastebėta, kad AKJO grupės išsiskyre/našliai/vieniši tiriamieji reikšmingai labiau susiduria su dalyvumo problemomis judamume (d4501, d4502,  $p<0,05$ ) bei tarpasmeniniuose santykiuose (d760,  $p<0,05$ ). PTKA grupėje reikšmingai daugiau vyrų patiria sunkumų judamumo srityje (d4502, d4503,  $p<0,05$ ). Moterys statistiškai reikšmingai dažniau susiduria su sunkumais namų veiklose (d620), tarpasmeniniuose santykiuose (d760) ir pagrindinėse gyvenimo srityse (d850). Žemo išsilavinimo tiriamieji, lyginant su aukšto išsilavinimo tiriamaisiais, statistiškai reikšmingai dažniau susiduria su sunkumais visose judamumo srityse ( $p<0,05$ ) ir namų veiklose (d620). Yazdani-Bakhsh R ir kiti atliktame tyrime pateikė išvadas, jog aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys praėjus net šešioms mėnesiams po atliktos PTKA demonstravo geresnius gyvenimo kokybės tyrimo rezultatus [107]. Taip pat dažniau sunkumų dalyvume patiria išsiskyre (d230 dienos režimo laikymesi, visose judamumo srityse,

d570 rūpinantis savo sveikata, d760 šeimyniniuose santykiuose, d770 intymiuose santykiuose, kai  $p < 0,001$ ). Tuo tarpu vedę susiduria su reikšmingai dažnesnėmis problemomis (74,1 proc. lengvi sunkumai,  $p < 0,001$ ) d240 streso ir kitų psichologinių problemų įveikos srityje.

Palyginus nerimo ir depresijos rodiklius AKJO ir PTKA tiriamųjų grupėse nustatyta, kad nerimo vidurkiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ). Tuo tarpu AKJO grupės tiriamieji pasižymi stipresniais depresijos simptomais, nei kad PTKA grupės tiriamieji [117]. Mokslinėse publikacijose teigima, jog PTKA patyrę asmenys, gaunantys didesnes pajamas ir turintys normalų kūno masės indeksą, nurodo geresnę gyvenimo kokybę, nei kiti tiriamieji [107], tačiau dažniau jaučia nerimo simptomus, kurie neigiamai veikia reabilitacijos proceso efektyvumą [108].

Širdies ir kraujagyslių ligomis sergančiųjų asmenų sociodemografiniai ypatumai moksliniuose darbuose pradėti analizuoti vertinant socioekonominį statusą. Pirminėse tyrimų išvadose teikiama prielaida, kad aukštesnį socioekonominį statusą turintys asmenys turi mažiau išreikštus nerimo ir depresijos simptomus [118] ir demonstruoja geresnius su sveikata susijusios gyvenimo kokybės testo rezultatus [119]. Atlikta ir daugiau tyrimų, kuriuose įrodomas tokių sociodemografinių ypatumų, kaip išsilavinimas ir socioekonominis statusas ar lytis ryšys su gyvenimo kokybės įverčiais [120], [121], [122]. Tuo tarpu šiame tyrime įvertinus statistiškai reikšmingus PTKA ir AKJO grupių skirtumus pagal tiriamųjų sociodemografinius ypatumus (lytį, šeimyninę padėtį, išsilavinimą, užimtumą) nustatyta, kad tiek AKJO, tiek PTKA grupėse nerimo ir depresijos simptomais reikšmingai pasižymi išsiskyrę ir našliai, nei gyvenantys poroje ar vedę ( $p < 0,05$ ). Furuya RK ir kit įrodė, kad nors nerimą ir depresiją po PTKA statistiškai reikšmingai dažniau jaučia moterys ( $p < 0,05$ ), vyrai dažniau jautė nerimą, tačiau ši sąsaja nebuvo statistiškai reikšminga [123]. Šiame tyrime gauti analogiški rezultatai: palyginus nerimo ir depresijos simptomų skirtumus PTKA grupėje nustatyta, kad statistiškai dažniau nerimą jaučia moterys [124] nei kad vyrai ( $p < 0,05$ ). Statistiškai reikšmingų sąsajų vyrų PTKA grupėje nerasta. Taip pat PTKA grupėse atrastos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp depresijos ir išsilavinimo lygio bei užimtumo: depresiją statistiškai dažniau jaučia žemo išsilavinimo (pradinio ir pagrindinio) ir nedirbantys tiriamieji (pensininkai ir nedirbantys dėl sveikatos) ( $p < 0,05$ ). Panašių tendencijų ieškojo ir Murphy BM ir kiti (2013) ieškodami nerimo bei depresijos sąsajų su kitais sociodemografiniais ypatumais tarp ŠKL sergančiųjų asmenų. Nustatyta, jog prasti sveikatos priežiūros įgūdžiai susiję su sociodemografiniais ypatumais. Priešingai, nei neturintys, depresijos simptomus turintys asmenys dažniausiai nurodė, jog rūko, turi žemą fizinio aktyvumo lygį bei vartoja riebų maistą, o nerimo simptomus jaučiantys asmenys – rūko ir vartoja riebų maistą [125].

Ankstesniuose tyrimuose analizuojama koronarine širdies liga sergančiųjų asmenų sociodemografiniai skirtumai ir rizika patirti miokardo infarktą. Nustatyta, jog sociodemografiniai

skirtumai lemia IŠL sunkumą bei psichosocialinės gerovės lygį [126]. Sociodemografinių ypatumų sąsajos su psichosocialine gerove atsispindi ir šiame tyrime: įvertinus nerimo ir depresijos simptomų sąsają su sociodemografiniais ypatumais bei dalyvumu kasdienėse veiklose rezultatus AKJO ir PTKA grupėse pastebėta, kad didėjant nerimo bei depresijos požymių reikšmėms, didėja patiriami dalyvumo sunkumai tarp vyrų ir pensininkų. Statistiškai dažniau savipriežiūroje problemų patiria nerimą ir depresiją jaučiantys žemo išsilavinimo tiriamieji. Nors AKJO grupėje nustatyta, jog sunkumų šeimyniniuose santykiuose dažniau patiria nerimą bei depresiją jaučiantys ir turintys antrą pusę (vedę/gyvenantys poroje) tiriamieji ( $p < 0,05$ ), PTKA grupėje gautas atvirkštinis ryšys – didėjant jaučiamam nerimui ir depresijai mažėja dalyvumo kasdienėse veiklose problemų tarp vedusių ar gyvenančių poroje tiriamųjų ( $p < 0,001$ ). Didėjant jaučiamiems nerimo ir depresijos simptomams, AKJO grupėje statistiškai dažniau dalyvumo problemų patiria vyrai (nerimas  $p < 0,05$ , depresija  $p < 0,001$ ), žemo išsilavinimo tiriamieji (nerimas ir depresija  $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$ ) ir vedę/gyvenantys poroje ( $p < 0,05$ ). Tuo tarpu PTKA grupėje didėjant jaučiamiems nerimo ir depresijos simptomams, dalyvumo sunkumų išskyla išsiskyrusiems ( $p < 0,05$ ), pensininkams ( $p < 0,001$ ), žemo išsilavinimo tiriamiesiems ( $p < 0,05$ ) ir moterims ( $p < 0,05$ ).

Tyrimo metu nustatyta, kad stiprėjant nerimo simptomams AKJO grupėje dalyvumo kasdienėse veiklose problemų turi pensininkai arba nedirbantys asmenys ( $p < 0,001$ ) ir išsiskyrę/vieniši asmenys ( $p < 0,05$ ). Tuo tarpu PTKA grupėje nustatyta, kad didėjant nerimo simptomams dalyvumo kasdienėse veiklose problemų daugėja tarp pensijinio amžiaus tiriamųjų ar niekur nedirbančių ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$ ), žemo išsilavinimo ( $p < 0,001$ ) bei išsiskyrusių ( $p < 0,05$ ) tiriamųjų. Reikšmingos sąsajos tarp nerimo ir žemo išsilavinimo lygio PTKA grupėje rastos pastarųjų metų moksliniuose tyrimuose [106]. Vertinant depresijos simptomų, dalyvumo kasdienėse veiklose ir sociodemografinių ypatumų sąsajas AKJO grupėje nustatyta, jog stiprėjant depresijos simptomams, didėja dalyvumo kasdienėse veiklose problemos žemą išsilavinimą turintiems tiriamiesiems ( $p < 0,05$ ), moterims ( $p < 0,05$ ) ir pensininkams ar nedirbantiems ( $p < 0,05$ ). Analizuojant depresijos simptomų, dalyvumo kasdienėse veiklose ir sociodemografinių ypatumų sąsają rezultatus PTKA grupėse, nustatyta, jog stiprėjant jaučiamai depresijai, dalyvumo kasdienėse veiklose problemų patiria pensininkai ar nedirbantys asmenys ( $p < 0,001$ ), vedę ( $p < 0,05$ ) ir moterys ( $p < 0,001$ ). Be to, nustatyta aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys linkę patirti mažiau sunkumų šeimyniniuose santykiuose ( $p < 0,05$ ).

Deja šiame darbe gautus dalyvumo kasdienėse veiklose, nerimo ir depresijos bei sociodemografinių ypatumų sąsają rezultatus palyginti su kitų mokslininkų publikacijomis sunku dėl pastarųjų tyrimų trūkumo [127]. Ankstesniuose tyrimuose analizuojamos nerimo bei depresijos ir sociodemografinių ypatumų sąsajos su gyvenimo kokybe [125], [119]. Taip pat nustatyta, jog

didžiausių problemų patiriama savipriežiūroje [116]. Nors literatūroje nurodoma, kad asmenys, jaučiantys nerimo bei depresijos simptomus, dažnai skundžiasi papildomomis problemomis kasdienėse veiklose ar asmeniniuose santykiuose su šeima [115] reikalingi išsamesni moksliniai tyrimai.

## 5. IŠVADOS

1. Patyrusiųjų AKJO ir PTKA grupių lytis, išsilavinimas ir šeimyninė padėtis statistiškai reikšmingai nesiskyrė, todėl grupės yra panašios. Grupės statistiškai reikšmingai skyrėsi pagal užimtumą – visi AKJO tiriamieji buvo pensininkai ar nedirbantys dėl ligos asmenys. Tiek AKJO, tiek PTKA grupėse didesnę tiriamųjų dalį sudaro vyrai, turintys pagrindinį išsilavinimą asmenys, vedę ar gyvenantys poroje asmenys.

2. Palyginus nerimo ir depresijos rodiklius AKJO ir PTKA tiriamųjų grupėse nustatyta, kad nerimo vidurkiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė, todėl abiejų grupių tiriamieji pasižymi panašiais nerimo simptomais. Tuo tarpu depresijos pasiskirstymas grupėse statistiškai reikšmingai skyrėsi – AKJO grupės tiriamieji pasižymi stipresniais depresijos simptomais, nei kad PTKA grupės tiriamieji.

3. Tiek asmenų po perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos, tiek po aortokoronarinių jungčių suformavim operacijos grupėse nerimas ir depresija yra statistiškai reikšmingai susiję su sunkmais dalyvaujant daugelyje kasdienių veiklų. Taip pat dalyvumas kasdienėje veiklose statistiškai reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo to, kuris simptomas labiau išreikštas – nerimas, depresija ar abu kartu.

4. Didėjant nerimo bei depresijos požymių reikšmėms tiek AKJO, tiek PTKA grupėse didėja patiriami dalyvumo sunkumai tarp vyrų ir pensininkų. Stiprėjant nerimo simptomams AKJO grupėje dalyvumo kasdienėse veiklose problemų turi pensininkai arba nedirbantys asmenys ir išsiskyrę/vieniši asmenys. Tuo tarpu PTKA grupėje dalyvumo sunkumų kyla tarp pensijinio amžiaus tiriamųjų ar niekur nedirbančių, žemo išsilavinimo bei išsiskyrusių tiriamųjų. Stiprėjant depresijos simptomams AKJO grupėje, didėja dalyvumo kasdienėse veiklose problemos žemą išsilavinimą turintiems triamiesiems, moterims ir pensininkams ar nedirbantiems, o PTKA grupėje, nustatyta, jog stiprėjant jaučiamai depresijai, dalyvumo kasdienėse veiklose problemų patiria pensininkai ar nedirbantys asmenys, vedę ir moterys. Be to, nustatyta aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys linkę patirti mažiau sunkumų šeimyniniuose santykiuose.

## 6. REKOMENDACIJOS

- Gauti tyrimo rezultatai skatina giliau pamąstyti apie situacijos problematiką bei įgalina sveikatos priežiūros specialistus imtis atitinkamų priemonių pacientų įvairiapusiam įvertinimui;
- Veikloms ir dalyvumui įvertinti rekomenduojama taikyti ligai specifinius testus, tokius kaip Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija, suteikianti galimybę pažvelgti į daugelį dalyvumo sričių bei tinkamai įvertinti asmens gebėjimą jose dalyvauti;
- Norint įsigilinti į 60-74 m. amžiaus asmenų po miokardo infarkto dalyvumo kasdienėse veiklose ypatumus rekomenduojama atkreipti dėmesį ne tik į nerimo ir depresijos simptomus, tačiau ir į sociodemografines charakteristikas. Tyrimo duomenimis sveikatos priežiūros specialistai turi skirti daugiau dėmesio nerimą ir depresiją jaučiantiems išsiskyrusiems, žemo išsilavinimo lygio, bei nedirbantiems/pensijinio amžiaus pacientams;
- Remiantis tyrimo rezultatai sveikatos priežiūros specialistai raginami atsižvelgti į pacientų sveikatos ypatumus priklausomai, ar asmenims po miokardo infarkto taikyta aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija, ar perkutaninė transluminalinė koronarinė angioplastika;
- Reikalingas mokslinio tyrimo tęstinumas. Rekomenduojama pacientus iširti po reabilitacijos ir atokiuoju ligos periodu, siekiant įvertinti reabilitacijos poveikį dalyvumo kasdienėse veiklose bei nerimo ir depresijos rodikliams taip geriau įsigilinant į dalyvumo kasdienėse veiklose, nerimo-depresijos ir sociodemografinių ypatumų sąsajas įvairiuose reabilitacijos etapuose. Taip pat rekomenduojama surinkti didesnę tiriamųjų imtį.

## 7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Mozaffarian D et al. Heart disease and stroke statistics— 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131(4):322.
2. Stone GW et al. Relationship Between Infarct Size and Outcomes Following Primary PCI: Patient-Level Analysis From 10 Randomized Trials. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016;67:1674.
3. Zoroufian A, Taherian A, Hosseini SK. et al. Effects of cardiac rehabilitation program on right ventricular function after coronary artery bypass graft surgery. *J Teh Univ Heart Ctr*. 2012;7(1):25.
4. Kovacs A, Papp Z, Nagy L. Causes and pathophysiology of heart failure with preserved ejection fraction. *Heart Fail Clin*. 2014;10(3):389.
5. Shi A, Tao Z, Wei P, Zhao J. Epidemiological aspects of heart diseases. *Exp Ther Med*. 2016;12(3): 1645–1649.
6. Dusi V et al. Chemokines and Heart Disease:A Network Connecting Cardiovascular Biology to Immune and Autonomic Nervous Systems. *Mediators of Inflammation*. 2016;16:11.
7. Khan MZ, Pervaiz MK, Javed I. Biostatistical study of clinical risk factors of myocardial infarction: a case-control study from Pakistan. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. 2016;66(3):360.
8. Yanishi K et al. A Simple Risk Stratification Model for STElevation Myocardial Infarction (STEMI) from the Combination of Blood Examination Variables: Acute Myocardial Infarction-Kyoto Multi-Center Risk Study Group. *PLoS ONE*. 2016;11(11):11.
9. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J*. 2014;35:2950-2958.
10. Gaidelytė R, Garbuvienė M, Madeikytė N. Health Statistics of Lithuania 2015. Lithuanian Ministry of Health Health Information Centre of Institute of Hygiene. 2016. ISSN 1648-0899 [Žiūrėta: <http://sic.hi.lt/>].
11. Rinkūnienė E, Petruilionienė S, Zdanevičiūtė I ir Dženkevičiūtė V. Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir europos sąjungos šalyse. *Medicinos teorija ir praktika*. 2013;19(2):130.
12. Health Information Centre of Institute of Hygiene. Causes of death 2015. 2016 ISSN 1392-9186[Žiūrėta:[http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties\\_priezastys\\_2015.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys_2015.pdf)].



13. Lakić B, Račić M. Frequency of Risk Factors in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Scr Med*. 2016;47:131.
14. Rosamond W et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee: Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2008;117(25):146.
15. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K et al. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle- and high-income countries. *N Engl J Med*. 2014;371:818.
16. Nieto FJ. Cardiovascular disease and risk factor epidemiology: a look back at the epidemic of the 20th century. *Am J Public Health*. 1999;89:294.
17. Yesmin S, Huda MS, Biswas PK, Wahed MI, Naz T. Risk Factors of Myocardial Infarction in the Northern Region of Bangladesh. *J Sci Res*. 2016;8(1):81.
18. Redfors B et al. Trends in Gender Differences in Cardiac Care and Outcome After Acute Myocardial Infarction in Western Sweden. *Am Heart Assoc*. 2015;4(7):11.
19. Chen Q et al. Estimated Glomerular Filtration Rate and Mortality among Patients with Coronary Heart Disease. *PLoS ONE*. 2016;11(8):6.
20. Smabrekke B et al. Atherosclerotic Risk Factors and Risk of Myocardial Infarction and Venous Thromboembolism; Time-Fixed versus Time Varying Analyses. The Tromso Study. *PLoS ONE*. 2016;11(9):12.
21. Thune JJ, Signorovitch J, Kober L, Velazquez EJ, McMurray JJ, Califf RM, et al. Effect of antecedent hypertension and follow-up blood pressure on outcomes after high-risk myocardial infarction. *Hypertension*. 2008;51:48.
22. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. ESH/ ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34:2159.
23. Reinstadler SJ et al. Antecedent hypertension and myocardial injury in patients with reperfused ST-elevation myocardial infarction. *Cardiovasc Magn Reson*. 2016;18(1):80.
24. Peiyuan H, Jingang Y, Haiyan X et al. The Comparison of the Outcomes between Primary PCI, Fibrinolysis, and No Reperfusion in Patients  $\geq 75$  Years Old with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Results from the Chinese Acute Myocardial Infarction (CAMI) Registry. *PLoS ONE*. 2016;11(11):4.
25. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM. Stress and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust*. 2003;178(6):272.

26. Afzal S, Khan MA, Muhammad M, Ashraf A, Afzal M. Psychosocial risk factors of myocardial infarction and adverse effects of streptokinase in public sector hospitals. *Pak J Med Sci.*2015;31(4):3-4.
27. Bucholz EM et al. Race, Socioeconomic Status, and Life Expectancy After Acute Myocardial Infarction. *Circulation.* 2015;132(14):1338.
28. Bendik F, et al. Family history of premature myocardial infarction, life course socioeconomic position and coronary heart disease mortality - A Cohort of Norway (CONOR) study. *International Journal of Cardiology.* 2015;190:302.
29. Björnberg A, Yazbeck AM. Health Consumer Powerhouse Euro Consumer Heart Index 2008 Report. 2008 [Žiūrēta: <http://www.healthpowerhouse.com/files/euro-heart-index-2008.pdf>].
30. Stefanac S. Occupational Therapy with People Affected by Cardiovascular Disease. *Kardio list,* 2011;6(11):2.
31. Wong SR, Fisher G. Comparing and Using Occupation-Focused Models. *Occupational Therapy In Health Care,*2015;29(3):300.
32. Lee J, Kielhofner G. Vocational intervention based on the Model of Human Occupation: a review of evidence. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2010;17:178.
33. Nilsson I. Occupational engagement among older people. *Occupational Therapy.* 2006; 10(43):51-52.
34. Marcum CS. Age Differences in Daily Social Activities. *Res Aging,* 2013;35(5):612.
35. Menec, VH. The relation between everyday activities and successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences.* 2003;58:74.
36. Everard KM, Lach HW, Fisher EB, Baum MC. Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences.* 2000;55:208.
37. Wang H, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia. *American Journal of Epidemiology.* 2002;155:1081.
38. Peterson EW, Clemson L. Understanding the Role of Occupational Therapy in Fall Prevention for Community-Dwelling Older Adults. *Ot practice.* 2011;13(3):1-2.
39. Wressle E, Lindstrand J, Neher M, et al. The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment programme. *Disabil Rehabil.*2003;25:497.
40. Sumsion T. A Review of Evidence on the Conceptual Elements Informing Client-Centred Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* June. 2006;73(3)153.

41. Dedding C, Cardol M, Eyssen IC, et al. Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clin Rehabil.* 2004;18:660.
42. Duruturk N et al. Activity performance problems of patients with cardiac diseases and their impact on quality of life. *J Phys Ther Sci.* 2015;27(7):2026.
43. Mieke G, Nieuwenhuizen et al. Canadian Occupational Performance Measure performance scale: Validity and responsiveness in chronic pain. *JRRD.* 2014;51(5):743.
44. Boudreau ML. Falls and older adults: Occupational therapists working in the community to facilitate participation. *Occupational therapy.* 2007;9(5):6.
45. Eyssen, IC, Beelen A, Dedding C, Cardol M, Dekker J. The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clinical Rehabilitation.* 2005;19:888.
46. Hur S, Kim SR. The effects of exercise therapy on CVD risk factors in women. *J Phys Ther Sci.* 2014;26:1367.
47. Benyamini Y et al. Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Ann Behav Med.* 2013;46:310-315.
48. Sato S, Arakawa N, Kamata J, et al. Relationship between exercise tolerance and respiratory pattern and muscular strength of legs in patients with chronic heart failure. *J Phys Ther Sci.* 2002;14:47–50.
49. Kono Y, Yamada S, Iwatsu K, et al. Predictive value of functional limitation for disease severity in patients with mild chronic heart failure. *J Cardiol.* 2012;60:411–415.
50. Todorova M, Semerjieva M. Anxiety and quality of life of patients with ischaemic heart diseases. *Trakia Journal of Sciences* 2014;12(1):398-402.
51. Kim WJ, Chang M, An DH. Effects of a community-based fall prevention exercise program on activity participation. *J Phys Ther Sci.* 2014;26:651–653.
52. Kattainen A, Koskinen S, Reunanen A, et al. Impact of cardiovascular diseases on activity limitations and need for help among older persons. *J Clin Epidemiol.* 2004;57:82–88.
53. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *Am Heart J.* 1992;124:1017.
54. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008;44:329.
55. Cieza A, Stucki A, Geyh S et al. ICF Core Sets for chronic ischaemic heart disease. *J Rehabil Med.* 2004;44:94.

56. Dale C, Prieto-Merino D, Kuper H, Adamson J et al. Modelling the association of disability according to the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) with mortality in the British Women's Heart and Health Study. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66:170-175.
57. Racca V et al. ICF-based approach to evaluating functionality in cardiac rehabilitation patients after heart surgery. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51(4):457.
58. Grill E; Quittan M et al. Brief ICF Core Sets for the Acute Hospital. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011;43(2):123.
59. Chapiro F. The Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2005;18:305–310.
60. Perenboom RJ, Chorus AM. Measuring participation according to the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2003;25(11/12):577.
61. Carlson JF, Benson N, Oakland T. Implications of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for Test Development and Use. *Psychology International*. 2010;31(4):353.
62. Pettersson VI, Frisk M. ICF from an occupational therapy perspective in adult care: an integrative literature review. *Scand J Occup Ther*. 2012;19(3):260.
63. Raevschi E. The international classification of functioning, disability and health (who) - a new conceptual framework of medical rehabilitation. *Acta Medica Transilvanica*. 2011;16(3):264-265.
64. Mortenson WB, Auger C, Miller WC. Commentary on “ICF from an occupational therapy perspective in adult care:An integrative literature review“. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2012;19:464–465.
65. Carney RM, Freedland KE, Jaffe AS. Insomnia and depression prior to myocardial infarction. *Psychosom Med*. 1990;52(6):603-9.
66. Thombs BD, Bass EB, Ford DE et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. review of the evidence. *J Gen Intern Med*. 2006;21(1):30.
67. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE et al. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: An 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009;16(6):651.
68. Bonnet F, Irving K, Terra J- L, Nony P, Berthezène F, Moulin P. Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*. 2005;178: 339.

69. Rieckmann N, Gerin W, Kronish IM, Burg MM, Chaplin WF, Kong G et al. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: an electronic medication monitoring study. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48:2218.
70. Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2001;88(4):337.
71. Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(6):627.
72. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, et al. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*. 2002;105(9):1049.
73. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) randomized trial. *JAMA*. 2003;289(23):3106.
74. Hanssena TA et al. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2009;16:651.
75. Rafael B, Thege BK, Kovács P, Balog P. Anxiety, depression, health-related control beliefs, and their association with health behavior in patients with ischemic heart disease. *Orv Hetil*. 2015;156(20):813.
76. Bjerkeset O, Nordahl HM, Mykletun A, Holmen J, Dahl AA. Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study. *J Psychosom Res*. 2005;58(2):153.
77. Taylor J. Women more likely to develop anxiety and depression after myocardial infarction than men. *Eur Heart J*. 2015;36(2):69.
78. Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, et al. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2003;42(10):1801.
79. Larsen KK. Depression following myocardial infarction. *Dan Med J*. 2013;60(7):13-14.
80. Lane D, Carroll D, Ring C et al. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: Effects of depression and anxiety. *Psychosom Med*. 2001;Vol 63(2):221.
81. Tully PJ, Cosh SM, Baumeister H. The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *J Psychosom Res*. 2014;77:439.

82. Watkins LL, Koch GG, Sherwood A, Blumenthal JA, Davidson JR, O'Connor C, et al. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *J Am Heart Assoc.* 2013;2:e000068.
83. Roest AM, Martens EJ, De Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: A meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56:38.
84. Gan Y, Gong Y, Tong X, Sun H, Cong Y, Dong X, et al. Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry.* 2014;14:371.
85. Polikandrioti M, Goudevenos I, Michalis L, Patsilinos S, Nikolaou V, Olympios C et al. The effects of anxiety and depression on the needs of patients hospitalized with coronary disease. *Arch Hellen Med.* 2012;29:34.
86. Kala P, Hudakova N, Jurajda M, Kasperek T et al. Depression and Anxiety after Acute Myocardial Infarction Treated by Primary PCI. *PLoS ONE.* 2016;11(4):6.
87. Bax J et al. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2014;35:1394.
88. Blumenthal JA, Smith PJ. Risk factors: anxiety and risk of cardiac events. *Nat Rev Cardiol.* 2010;7:606.
89. Zalihic A et al. Differences in quality of life after stroke and myocardial infarction. *Psychiatr Danub.* 2010;22(2):242.
90. Bunevicius A, Staniute M, Brozaitiene J, Neverauskas J, Bunevicius R. Screening for anxiety disorders in patients with coronary artery disease. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2013;11(37).
91. Morys MJ, Bellwon J et al. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Arch Med Sci.* 2016;12(2):326.
92. Poole L, Ronaldson A, Kidd T, Leigh E, Jahangiri M, Steptoe A. Pre-surgical depression and anxiety and recovery following coronary artery bypass graft surgery. *J Behav Med.* 2017;40(2):249.
93. Kidd T, Poole L, Ronaldson A, Leigh E, Jahangiri M, Steptoe A. Attachment anxiety predicts depression and anxiety symptoms following coronary artery bypass graft surgery. *Br J Health Psychol.* 2016;21(4):796.
94. Verbraak ME, Hoeksma AF, Lindeboom R, Kwa VI. Subtle problems in activities of daily living after a transient ischemic attack or an apparently fully recovered non-disabling stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2012;21(2):124.

95. Bergmann N et al. The effect of daily self-measurement of pressure pain sensitivity followed by acupressure on depression and quality of life versus treatment as usual in ischemic heart disease: a randomized clinical trial. *Plos One*. 2014;9(5):8-9.
96. Polikandrioti M, Olympios C. Anxiety and coronary artery disease. *Archives of hellenic medicine*. 2014;31(4):403.
97. Strik JJ, Honig A, Lousberg R, Denollet J. Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*. 2001;42(5):423.
98. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*.1983;63:361.
99. Bambauer KZ, Locke SE, Aupont O, et al. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27:275.
100. Di Benedetto M, Lindner H, Hare DL et al. Depression following acute coronary syndromes: a comparison between the Cardiac Depression Scale and the Beck Depression Inventory II. *J Psychosom Res*. 2006;60:13.
101. Watkins LL et al. Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. *Journal of the American Heart Association*. 2013;2:3.
102. Deb S, Wijesundera HC et al. Coronary artery bypass graft surgery vs percutaneous interventions in coronary revascularization: a systematic review. *Jama*. 2013;20(19):2086.
103. Loponen P, Luther M, Korpilahti K, Wistbacka JO, Huhtala H, Laurikka J, et al. HRQOL after coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary intervention for stable angina. *Scand Cardiovasc J*. 2009;43(2): 94.
104. Naik H, White AJ, Chakravarty T, Forrester J, Fontana G, Kar S, et al. A meta-analysis of 3,773 patients treated with percutaneous coronary intervention or surgery for unprotected left main coronary artery stenosis. *JACC Cardiovasc Interv* 2009;2(8):739.
105. Park JH, Tahk SJ, Bae SH. Depression and anxiety as predictors of recurrent cardiac events 12 months after percutaneous coronary interventions. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(4):351.
106. Gu G, Zhou Y, Zhang Y, Cui W. Increased prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with coronary artery disease before and after percutaneous coronary intervention treatment. *BMC Psychiatry*. 2016;16:7.

107. Yazdani-Bakhsh R, Javanbakht M, Sadeghi M, Mashayekhi A, Ghaderi H, Rabiei K. Comparison of health-related quality of life after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass surgery. *ARYA Atheroscler*. 2016;12(3):124.
108. Trotter R, Gallagher R, Donoghue J. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart Lung*. 2011;40(3):185.
109. Damen NL et al. Depression is independently associated with 7-year mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention. *Int J Cardiol*. 2013;167(6):2496.
110. Rosenfeldt FL, Wilson MD, Buxton BF, Marasco SF. Coronary Artery Bypass Surgery Provides Long-Term Results Superior to Percutaneous Coronary Intervention. *Heart, Lung & Circulation*. 2012;21(1):11.
111. Molstad P. Survival difference between coronary bypass surgery and percutaneous coronary intervention. 2015;49:177.
112. Iqbal J et al. Outcomes Following Primary Percutaneous Coronary Intervention in Patients With Previous Coronary Artery Bypass Surgery. *Circ Cardiovasc Interv*. 2016;9(4):e003151.
113. Atkočiūnas M, Kauliūtė V, Kubilius R, Samėnienė J. Ligoniu, kuriems atlikta aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija (akjo), reabilitacijos efektyvumas. *Reabilitacija*. 2016;26(4):81,84.
114. Karaszewski D. Comparison of two models of hospital rehabilitation in patients after coronary artery bypass grafting. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2014;11(1):86.
115. Katzelnick DJ, Kobak KA, DeLeire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JRT, Schneier FR, Stein MB, Helstad CP. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1999.
116. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL et al. State of the science: Promoting self-care in persons with heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009;120:1141.
117. Chaudhury S et al. Depression and Anxiety following Coronary Artery Bypass Graft. *Cardiology Research and Practice*. 2016;10(6):4.
118. Barbareschi G, RS anderman, Kempen GI, Ranchor AV. Socioeconomic status and the course of quality of life in older patients with coronary heart disease. *Int J Behav Med*. 2009;16(3):197.



119. Alter DA, Franklin B, Ko1 DT, Austin PC, Lee1 DS. Socioeconomic Status, Functional Recovery, and LongTerm Mortality among Patients Surviving Acute Myocardial Infarction. PLoS ONE. 2013;8(6): e65130.
120. Kramer L, Hirsch O, Schlößler K, Träger S, Baum E, Donner-Banzhoff N. Associations between demographic, disease related, and treatment pathway related variables and health related quality of life in primary care patients with coronary heart disease. Health and Quality of Life Outcomes. 2012;10:78.
121. Wrześniewski K, Włodarczyk D. Sense of coherence as a personality predictor of the quality of life in men and women after myocardial infarction. Kardiol Pol. 2012;70(2):157.
122. Lidell E, Höfer S, Saner H, Perk J, Hildingh C, Oldridge N. Health-related quality of life in European women following myocardial infarction: a cross-sectional study. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015;14(4):326.
123. Furuya RK et al. Anxiety and depression among men and women who underwent percutaneous coronary intervention. Rev esc enferm. 2013;47(6):1332.
124. Rodrigues HF et al. Anxiety and depression in cardiac surgery: sex and age range differences. Esc. Anna Nery. 2016;20(3):6.
125. Murphy BM et al. Are poor health behaviours in anxious and depressed cardiac patients explained by sociodemographic factors? Eur J Prev Cardiol. 2013;20(6):995.
126. Aalto AM, Weinman, French J, Aro D, Manderbacka A, Keskimäki K. Sociodemographic Differences in Myocardial Infarction Risk Perceptions among People with Coronary Heart Disease. Journal of Health Psychology. 2007;12(2):316.
127. Doylea F, McGeea HM, Conroyb RM, Delaneyb M. What predicts depression in cardiac patients: Sociodemographic factors, disease severity or theoretical vulnerabilities? Psychology and Health. 2011;26(5):619.

## 8. PRIEDAI

### 1 PRIEDAS.

Darbo etapas	2016 metų mėnuo												2017 metų mėnuo					
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06
Literatūros šaltinių paieška ir analizė	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Tyrimo duomenų rinkimas ir analizė											+	+	+	+	+	+		
Mokslinės publikacijos rengimas ir pateikimas														+	+	+	+	
Koregavimas															+	+	+	
Tyrimo rezultatų pristatymas																		+

1 lentelė. Tyrimo organizavimo kalendorinis planas

## 2 PRIEDAS.

### ASMENS SUTIKIMO FORMA

Aš sutinku dalyvauti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto studentės Justinos Arlauskienės atliekamame tyrime, kuriame siekiama ištirti asmenų po miokardo infarkto dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajas su nerimu ir depresija ir sociodemografiniais veiksniais.

Tiriamąjo asmens parašas \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## TIRIAMOJO ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto studentė Justina Arlauskienė magistrinio darbo rengimo metu atliks tyrimą skirtą, ištirti asmenų po miokardo infarkto dalyvumo kasdienėse veiklose sąsajas su nerimu ir depresija ir sociodemografiniais veiksniais. Tyrimo dalyviai: VŠĮ VUL Santaros klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos III – iame stacionarinės reabilitacijos skyriuje besigydantys asmenys. Tyrimui atlikti gautų duomenų konfidencialumas yra garantuojamas. Tyrimo duomenys bus skelbiami tik apibendrinti ir panaudoti tik studijų tikslams. Tiriamųjų asmeniniai duomenys nebus skelbiami.

Iškilus neaiškumams tiriamasis gali kreiptis:

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra:

Darbo mokslinis vadovas Lina Būtėnaitė +37069833708, Gintarė Normantaitė +37068559062

Tyrėjas Justina Arlauskienė

+37069512688

3 PRIEDAS.

		AKJO		PTKA		$\chi^2$	df	p
		N	Proc.	N	Proc.			
Lytis	Vyrai	18	78,3%	33	58,9%	2,663	1	0,103
	Moterys	5	21,7%	23	41,1%			
Išsilavinimas	Pradinis	2	8,7%	7	12,5%	0,239	3	0,971
	Pagrindinis	14	60,9%	33	58,9%			
	Aukštesnysis	3	13,0%	7	12,5%			
	Aukštasis	4	17,4%	9	16,1%			
Užimtumas	Pensininkai/nedirbantys dėl sveikatos	23	100,0%	43	76,8%	6,391	1	0,011
	Dirbantys	0	0,0%	13	23,2%			
Šeimyninė padėtis	Vedę, gyvenantys poroje	16	69,6%	38	67,9%	0,022	1	0,882
	Išsiskyre, našliai	7	30,4%	18	32,1%			

AKJO – aortokoronariųjų jungčių suformavimo grupė

PTKA – perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos grupė

p – reikšmingumo lygmuo ( $p < 0,05$ )

2 lentelė. Tiriamųjų sociodemografiniai ypatumai

## TFK klausimynas

Versija 2.1a, Klinikinė forma

Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija

1. Pildymo data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Metai Mėnuo Diena

### 1 dalis. DEMOGRAFINIAI DUOMENYS

2. LYTIS: 1) Moteriškoji; 2) Vyriškoji.

3. AMŽIUS \_\_

4. FORMALIOJO MOKYMOSI TRUKMĖ METAIS ..... (išsilavinimas)

5. DABARTINĖ ŠEIMINĖ PADĖTIS:

- |                        |   |
|------------------------|---|
| 1) Niekada nesituokta; | 4) Išsituokęs (usi);                    |
| 2) Susituokęs(-usi);   | 5) Našlys (ė);                          |
| 3) Išsiskyręs (usi);   | 6) Partnerystė, neregistruota santuoka. |

6. UŽIMTUMAS DABARTINIŲ METŲ:

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1) Dirba apmokamą darbą;                    | 6) Pensininkas;                     |
| 2) Dirbantis sau;                           | 7) Nedarbantis dėl sveikatos;       |
| 3) Neapmokamas darbas (pvz., savanoriškas); | 8) Nedarbantis dėl kitų priežasčių; |
| 4) Moksleivis, studentas;                   | 9) Kita                             |
| 5) Namų šeimininkas (ė), ūkininkas;         | (nurodyti) .....                    |

### 2 dalis. SVEIKATOS BŪKLĖ

7. Pagrindinės ligos DIAGNOZĖ

*Esant galimybei pateikti TLK-10*

*kodą*

1. Medicininių problemų nėra

2. .... TLK-10 kodas: . . . . .

3. .... TLK-10 kodas: . . . . .

4. .... TLK-10 kodas: . . . . .

5. Sveikatos problema (liga, sutrikimas) yra, tačiau jos priežastis arba diagnozė nežinomos

<b>d VEIKLOS IR DALYVUMAS</b>		
<b>Pirmasis kvalifikatorius</b> Atliktis (dalyvavimas) <b>0</b> NĖRA sunkumo : svyravimai iki 4 %; <b>1</b> NEDIDELIS sunkumas: 5-24 %; <b>2</b> VIDUTINIS sunkumas: 25-49 %; <b>3</b> DIDELIS sunkumas: 50-95 % <b>4</b> VISIŠKAS sunkumas: 96-100 % <b>8</b> Nepatikslinkta <b>9</b> Netaikytina	<b>Antrasis kvalifikatorius</b> Pajėgumas (gebėjimas) <b>0</b> NĖRA sunkumo : svyravimai iki 4 %; <b>1</b> NEDIDELIS sunkumas: 5-24 %; <b>2</b> VIDUTINIS sunkumas: 25-49 %; <b>3</b> DIDELIS sunkumas: 50-95 % <b>4</b> VISIŠKAS sunkumas: 96-100 % <b>8</b> Nepatikslinkta <b>9</b> Netaikytina	
<b>Trumpasis veiklų ir dalyvumo sąrašas</b>	<b>Dalyvumo kvalifikatorius</b>	<b>Pajėgumo kvalifikatorius</b>
<b>d2. BENDROSIOS UŽDUOTYS IR REIKALAI</b>		
d230 Dienos režimo laikymasis		
d240 Streso ir kitų psichologinių problemų įveika		
<b>d4. JUDAMUMAS</b>		
d4500 Ėjimas trumpais atstumais (trumpesniu nei 1km.)		
d4501 Ėjimas ilgais atstumais (per kaimą ar miestą)		
d4502 Ėjimas skirtingais paviršiais (žole, žvyrkeliu, ledu ir pan.)		
d4503 Ėjimas pro kliūtis (pvz.: parduotuvėje, pro grūstį žmonių)		
d455 Judėjimas kitais negu ėjimas būdais		
<b>d5. SAVIPRIEŽIŪRA</b>		
d570 Rūpinimasis savo sveikata (stengimasis neperkaisti, vengti žalingų įtakų,...)		
<b>d6. NAMŲ VEIKLOS</b>		
d620 Daiktų ir paslaugų įsigijimas (apsipirkimas ir pan.)		
<b>d7. TARPASMENINIAI SANTYKIAI IR SĄVEIKOS</b>		
d760 Šeiminiai santykiai (branduolinė ir išplėstinė šeima)		
d770 Intymūs santykiai (vyras, žmona, meilužiai ir t.t.)		
<b>d8. PAGRINDINĖS GYVENIMO SRITYS</b>		
d850 Mokamas darbas (savarankiškas visos arba ne visos dienos darbas)		

<b>e APLINKOS VEIKSNIAI</b>		
<b>Lengvinys</b> <b>+0</b> NĖRA lengvino : 0 – 4 %; <b>+1</b> NEDIDELIS lengvinys: 5-24 %; <b>+2</b> VIDUTINIS lengvinys: 25-49 %; <b>+3</b> DIDELIS lengvinys: 50-95 % <b>+4</b> VISIŠKAS lengvinys: 96-100 % <b>+8</b> Nepatikslinktas lengvinys <b>9</b> Netaikytinas	<b>Kliuviny</b> <b>0</b> NĖRA kliuvinio 0 – 4 %; <b>1</b> NEDIDELIS kliuviny: 5-24 %; <b>2</b> VIDUTINIS kliuviny: 25-49 %; <b>3</b> DIDELIS kliuviny: 50-95 % <b>4</b> VISIŠKAS kliuviny: 96-100 % <b>8</b> Nepatikslinktas kliuviny <b>9</b> Netaikytinas <b>1</b>	
<b>Trumpasis aplinkos veiksnių sąrašas</b>	<b>Kvalifikatorius Lengvinys/Kliuviny</b>	
<b>e1. GAMINIAI IR TECHNIKA</b>		
e110 Asmeninio vartojimo gaminiai ir medžiagos (maistas, vaistai)		
<b>e3. PARAMA IR RYŠIAI</b>		
e310 Branduolinė šeima (sutuoktiniai, tėvai, vaikai, globėjai)		
e320 Draugai		
e325 Pažįstami, bendraamžiai, kolegos, kaimynai ir bendruomenės nariai		
e355 Sveikatos priežiūros specialistai		
<b>e4. NUOSTATOS</b>		
e410 Branduolinės šeimos narių individualios nuostatos		
<b>e5. PASLAUGOS, SISTEMOS IR POLITIKOS</b>		
e570 Socialinės apsaugos paslaugos, sistemos ir politikos (įvairios socialinės išmokos)		

## 5 PRIEDAS.

### Nerimo ir depresijos įvertinimo klausimynas (HAD)

Šio klausimyno tikslas – nustatyti, kaip Jūs jautėtės PASTARAJĄ SAVAITĘ. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir užbraukite tik vieną apskritimą X prie atsakymo, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusią savaitę. Ilgai nesvarstykite, nes pirma reakcija į klausimą tiksliau atspindi Jūsų savijautą nei apgalvotas atsakymas.

1. Aš jaučiu įtampą ir nerimą
  - Beveik visą laiką, nuolat
  - Didelę laiko dalį, dažnai
  - Retkarčiais
  - Niekada nejaučiu
2. Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau
  - Visiškai tiek pat
  - Mažiau nei anksčiau
  - Daug mažiau
  - Beveik visai nedžiugina
3. Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti
  - Labai aiškiai ir stipriai
  - Taip, bet nestipriai
  - Nestipriai, bet manęs tai nejaudina
  - Visiškai ne
4. Aš gali juoktis ir suprasti humorą
  - Taip pat kaip anksčiau
  - Mažiau ir sunkiau
  - Daug mažiau ir sunkiau
  - Visiškai negaliu
5. Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai
  - Didžiąją laiko dalį, nuolat
  - Daug laiko, dažnai
  - Retkarčiais, bet ne dažnai
  - Tik retkarčiais
6. Man linksma
  - Niekada
  - Labai retai
  - Kartais
  - Didžiąją laiko dalį
7. Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti
  - Visada
  - Dažnai
  - Retai
  - Niekada
8. Aš jaučiuosi užslopinta(-s), lėčiau galvoju ir judu
  - Beveik visą laiką
  - Labai dažnai
  - Kartais, nestipriai
  - Visiškai ne
9. Mane apima baimė, lydima vidinio virpulio ar spaudimo po krūtine
  - Visiškai ne
  - Kartais
  - Gana dažnai
  - Labai dažnai, nuolat
10. Aš nustojau rūpintis savo išvaizda
  - Pradėjau visiškai nesirūpinti
  - Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų
  - Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau
  - Rūpinuosi tiek pat, kiek visuomet
11. Jaučiu, kad nerimstu vietoje
  - Labai stipriai
  - Gana stipriai
  - Trupučią
  - Visiškai ne
12. Iš gyvenimo aš laikiu kažko malonaus
  - Tiek pat, kiek visada
  - Mažiau nei anksčiau
  - Daug mažiau nei anksčiau
  - Visiškai nelaukiu
13. Mane staiga apima didelis nerimas ir baimė
  - Tikrai labai dažnai
  - Pakankamai dažnai
  - Retai
  - Niekada
14. Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar televizijos laida
  - Dažnai
  - Kartais
  - Retai
  - Labai retai

Prašome patikrinti, ar atsakėte į visus klausimus. Dėkojame.



## 6 PRIEDAS.

	Grupė								$\chi^2$	d f	p
	AKJO				PTKA						
	0	1	2	3	0	1	2	3			
d230	60,9%	26,1%	13,0%	0,0%	48,2%	51,8%	0,0%	0,0%	<b>10,238</b>	<b>2</b>	<b>0,006</b>
d240	13,0%	60,9%	21,7%	4,3%	19,6%	57,1%	19,6%	3,6%	0,501	3	0,919
d4500	69,6%	21,7%	8,7%	0,0%	48,2%	41,1%	10,7%	0,0%	3,150	2	0,207
d4501	21,7%	52,2%	21,7%	4,3%	5,4%	58,9%	30,4%	5,4%	4,919	3	0,178
d4502	69,6%	13,0%	17,4%	0,0%	44,6%	42,9%	12,5%	0,0%	<b>6,472</b>	<b>2</b>	<b>0,039</b>
d4503	56,5%	39,1%	4,3%	0,0%	50,0%	41,1%	8,9%	0,0%	0,599	2	0,741
d455	87,0%	8,7%	4,3%	0,0%	83,9%	12,5%	3,6%	0,0%	0,251	2	0,882
d570	52,2%	39,1%	8,7%	0,0%	71,4%	23,2%	5,4%	0,0%	2,689	2	0,261
d620	65,2%	30,4%	4,3%	0,0%	44,6%	48,2%	7,1%	0,0%	2,762	2	0,251
d760	69,6%	17,4%	8,7%	4,3%	76,8%	17,9%	5,4%	0,0%	2,838	3	0,417
d770	95,7%	4,3%	0,0%	0,0%	92,9%	3,6%	0,0%	3,6%	0,861	2	0,650
d850	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	80,4%	7,1%	1,8%	10,7%	5,249	3	0,154

0 – nėra sunkumo; 1 – nedidelis sunkumas; 2 – vidutinis sunkumas; 3 – didelis sunkumas. d230 – dienos režimo laikymasis; d240 – streso ir kitų psichologinių problemų įveika; d4500 – ėjimas trumpais atstumais; d4501 – ėjimas ilgais atstumais; d4502 – ėjimas skirtingais paviršiais; d4503 – judėjimas pro kliūtis; d455 – judėjimas kitais būdais; d570 – rūpinimasis savo sveikata; d620 – daiktų ir paslaugų įsigijimas; d760 – šeimyniniai santykiai; d770 – intymūs santykiai; d850 mokamas darbas.

4 lentelė. Veiklų ir dalyvumo kasdienėse veiklose pasiskirstymas pagal atlikties sunkumus AKJO ir PTKA grupėse.

## 7 PRIEDAS.

		Lytis		Išsilavinimas		Šeimyninė padėtis	
		Vyrai	Moterys	Žemas	Aukštas	Vedę, gyvenantys poroje	Išsiskyrę, našliai
d230 Dienos režimo laikymasis	0	66,7%	40,0%	56,3%	71,4%	75,0%	28,6%
	1	22,2%	40,0%	25,0%	28,6%	18,8%	42,9%
	2	11,1%	20,0%	18,8%	0,0%	6,3%	28,6%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	1,168		1,521		4,669	
	df	2		2		2	
	p	0,558		0,468		0,097	
d240 Streso ir kitų psichologinių problemų įveika	0	5,6%	40,0%	6,3%	28,6%	12,5%	14,3%
	1	66,7%	40,0%	56,3%	71,4%	75,0%	28,6%
	2	22,2%	20,0%	31,3%	0,0%	12,5%	42,9%
	3	5,6%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	14,3%
	$\chi^2$	4,303		4,669		6,086	
	df	3		3		3	
	p	0,231		0,198		0,107	
d4500 Ėjimas trumpais atstumais	0	66,7%	80,0%	56,3%	100,0%	87,5%	28,6%
	1	22,2%	20,0%	31,3%	0,0%	12,5%	42,9%
	2	11,1%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	28,6%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	0,664		4,402		<b>9,067</b>	
	df	2		2		<b>2</b>	
	p	0,717		0,111		<b>0,011</b>	
d4501 Ėjimas ilgais atstumais	0	11,1%	60,0%	18,8%	28,6%	25,0%	14,3%
	1	61,1%	20,0%	43,8%	71,4%	62,5%	28,6%
	2	22,2%	20,0%	31,3%	0,0%	12,5%	42,9%
	3	5,6%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	14,3%
	$\chi^2$	5,856		3,556		5,682	
	df	3		3		3	
	p	0,119		0,314		0,128	
d4502 Ėjimas skirtingais paviršiais	0	66,7%	80,0%	56,3%	100,0%	87,5%	28,6%
	1	16,7%	0,0%	18,8%	0,0%	6,3%	28,6%
	2	16,7%	20,0%	25,0%	0,0%	6,3%	42,9%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	0,958		4,402		<b>8,043</b>	
	df	2		2		<b>2</b>	
	p	0,619		0,111		<b>0,018</b>	
d4503 Ėjimas pro kliūtis	0	50,0%	80,0%	37,5%	100,0%	68,8%	28,6%
	1	44,4%	20,0%	56,3%	0,0%	31,3%	57,1%
	2	5,6%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	14,3%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	1,498		<b>7,740</b>		4,511	
	df	2		<b>2</b>		2	
	p	0,473		<b>0,021</b>		0,105	
d455 Judėjimas kitais negu ėjimas būdais	0	88,9%	80,0%	81,3%	100,0%	87,5%	85,7%
	1	5,6%	20,0%	12,5%	0,0%	12,5%	0,0%
	2	5,6%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	14,3%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	1,252		1,509		3,163	
	df	2		2		2	
	p	0,535		0,470		0,206	
d570 Rūpinimasis savo sveikata	0	44,4%	80,0%	56,3%	42,9%	62,5%	28,6%
	1	44,4%	20,0%	31,3%	57,1%	37,5%	42,9%
	2	11,1%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	28,6%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	2,101		1,877		5,682	
	df	2		2		2	

Lentelės tęsinys kitame puslapyje

## Tęsinys

	p	0,350		0,391		0,058	
d620 Daiktų ir paslaugų įsigijimas	0	77,8%	20,0%	62,5%	71,4%	68,8%	57,1%
	1	16,7%	80,0%	31,3%	28,6%	31,3%	28,6%
	2	5,6%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	14,3%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	7,438		0,509		2,398	
	df	2		2		2	
	p	0,024		0,775		0,302	
d760 Šeimyniniai santykiai	0	66,7%	80,0%	56,3%	100,0%	87,5%	28,6%
	1	16,7%	20,0%	25,0%	0,0%	6,3%	42,9%
	2	11,1%	0,0%	12,5%	0,0%	6,3%	14,3%
	3	5,6%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	14,3%
	$\chi^2$	0,958		4,402		8,830	
	df	3		3		3	
	p	0,811		0,221		0,032	
d770 Intymūs santykiai	0	94,4%	100,0%	93,8%	100,0%	100,0%	85,7%
	1	5,6%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	14,3%
	2	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	0,290		0,457		2,390	
	df	1		1		1	
	p	0,590		0,499		0,122	
d850 Mokamas darbas	0	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	1	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	2	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	-		-		-	
	df	-		-		-	
	p	-		-		-	

p – reikšmingumo lygmuo ( $p < 0,05$ )

0 – nėra sunkumo; 1 – nedidelis sunkumas; 2 – vidutinis sunkumas; 3 – didelis sunkumas.

5 lentelė. Veiklų ir dalyvumo rodiklių pasiskirstymas pagal sociodemografinius ypatumus AKJO grupėje.

## 8 PRIEDAS.

		Lytis		Išsilavinimas		Šeimyninė padėtis		Užimtumas	
		Vyrai	Moterys	Žemas	Aukštas	Vedę, gyvenantys poroje	Išsiskyrę, našliai	Pensininkai/ nedirbantys	Dirbantys
d230 Dienos režimo laikymasis	0	58,8%	39,3%	44,6%	69,6%	66,7%	20,0%	47,0%	76,9%
	1	37,3%	57,1%	50,0%	30,4%	31,5%	72,0%	48,5%	23,1%
	2	3,9%	3,6%	5,4%	0,0%	1,9%	8,0%	4,5%	0,0%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	2,949		4,592		15,204		4,051	
	df	2		2		2		2	
	p	0,229		0,101		0,000**		0,132	
d240 Streso ir kitų psichologin ių problemų įveika	0	21,6%	10,7%	17,9%	17,4%	20,4%	12,0%	21,2%	0,0%
	1	56,9%	60,7%	48,2%	82,6%	74,1%	24,0%	53,0%	84,6%
	2	19,6%	21,4%	28,6%	0,0%	5,6%	52,0%	21,2%	15,4%
	3	2,0%	7,1%	5,4%	0,0%	0,0%	12,0%	4,5%	0,0%
	$\chi^2$	2,556		11,118		32,715		5,391	
	df	3		3		3		3	
	p	0,465		0,011*		0,000**		0,145	
d4500 Ėjimas trumpais atstumais	0	58,8%	46,4%	39,3%	91,3%	66,7%	28,0%	48,5%	84,6%
	1	35,3%	35,7%	46,4%	8,7%	31,5%	44,0%	39,4%	15,4%
	2	5,9%	17,9%	14,3%	0,0%	1,9%	28,0%	12,1%	0,0%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	3,071		17,940		16,987		5,947	
	df	2		2		2		2	
	p	0,215		0,000**		0,000**		0,051	
d4501 Ėjimas ilgais atstumais	0	9,8%	10,7%	5,4%	21,7%	13,0%	4,0%	10,6%	7,7%
	1	60,8%	50,0%	50,0%	73,9%	61,1%	48,0%	50,0%	92,3%
	2	27,5%	28,6%	37,5%	4,3%	25,9%	32,0%	33,3%	0,0%
	3	2,0%	10,7%	7,1%	0,0%	0,0%	16,0%	6,1%	0,0%
	$\chi^2$	3,127		14,035		10,738		8,625	
	df	3		3		3		3	
	p	0,372		0,003**		0,013**		0,035*	
d4502 Ėjimas skirtingais paviršiais	0	56,9%	42,9%	35,7%	91,3%	63,0%	28,0%	43,9%	92,3%
	1	37,3%	28,6%	46,4%	4,3%	29,6%	44,0%	39,4%	7,7%
	2	5,9%	28,6%	17,9%	4,3%	7,4%	28,0%	16,7%	0,0%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	7,765		20,292		10,262		10,256	
	df	2		2		2		2	
	p	0,021*		0,000**		0,006**		0,006**	
d4503 Ėjimas pro kliūtis	0	51,0%	53,6%	39,3%	82,6%	57,4%	40,0%	50,0%	61,5%
	1	47,1%	28,6%	50,0%	17,4%	42,6%	36,0%	40,9%	38,5%
	2	2,0%	17,9%	10,7%	0,0%	0,0%	24,0%	9,1%	0,0%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	7,563		12,640		14,141		1,476	
	df	2		2		2		2	
	p	0,023*		0,002**		0,001**		0,478	
d455 Judėjimas kitais negu ėjimas būdais	0	82,4%	89,3%	78,6%	100,0%	83,3%	88,0%	81,8%	100,0%
	1	15,7%	3,6%	16,1%	0,0%	16,7%	0,0%	13,6%	0,0%
	2	2,0%	7,1%	5,4%	0,0%	0,0%	12,0%	4,5%	0,0%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	3,709		5,811		10,691		2,787	
	df	2		2		2		2	
	p	0,156		0,055		0,005**		0,248	

Lentelės tęsinys kitame puslapyje

d570 Rūpinimasis savo sveikata									
		Lytis		Išsilavinimas		Šeimyninė padėtis		Užimtumas	
		Vyrai	Moterys	Žemas	Aukštas	Vedę	Išsiskyrę	Nedirbantys	Dirbantys
	0	68,6%	60,7%	64,3%	69,6%	72,2%	52,0%	62,1%	84,6%
	1	27,5%	28,6%	26,8%	30,4%	27,8%	28,0%	30,3%	15,4%
	2	3,9%	10,7%	8,9%	0,0%	0,0%	20,0%	7,6%	0,0%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	1,498		2,201		11,862		2,688	
	df	2		2		2		2	
p	0,473		0,333		0,003**		0,261		
d620 Daiktų ir paslaugų įsigijimas	0	62,7%	28,6%	39,3%	78,3%	59,3%	32,0%	47,0%	69,2%
	1	35,3%	57,1%	51,8%	21,7%	37,0%	56,0%	45,5%	30,8%
	2	2,0%	14,3%	8,9%	0,0%	3,7%	12,0%	7,6%	0,0%
	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	$\chi^2$	10,513		10,365		5,794		2,592	
	df	2		2		2		2	
p	0,005**		0,006**		0,055		0,274		
d760 Šeimyniniai santykiai	0	84,3%	57,1%	69,6%	87,0%	88,9%	44,0%	71,2%	92,3%
	1	9,8%	32,1%	19,6%	13,0%	9,3%	36,0%	19,7%	7,7%
	2	3,9%	10,7%	8,9%	0,0%	1,9%	16,0%	7,6%	0,0%
	3	2,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	4,0%	1,5%	0,0%
	$\chi^2$	8,744		3,519		19,071		2,712	
	df	3		3		3		3	
p	0,033*		0,318		0,000**		0,438		
d770 Intymūs santykiai	0	98,0%	85,7%	91,1%	100,0%	100,0%	80,0%	92,4%	100,0%
	1	2,0%	7,1%	5,4%	0,0%	0,0%	12,0%	4,5%	0,0%
	2	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	3	0,0%	7,1%	3,6%	0,0%	0,0%	8,0%	3,0%	0,0%
	$\chi^2$	5,214		2,192		11,530		1,051	
	df	2		2		2		2	
p	0,074		0,334		0,003**		0,591		
d850 Mokamas darbas	0	94,1%	71,4%	96,4%	60,9%	79,6%	100,0%	90,9%	61,5%
	1	3,9%	7,1%	0,0%	17,4%	7,4%	0,0%	0,0%	30,8%
	2	2,0%	0,0%	0,0%	4,3%	1,9%	0,0%	0,0%	7,7%
	3	0,0%	21,4%	3,6%	17,4%	11,1%	0,0%	9,1%	0,0%
	$\chi^2$	12,929		18,669		5,916		27,655	
	df	3		3		3		3	
p	0,005**		0,000**		0,116		0,000**		

p – reikšmingumo lygmuo (\*p<0,05; \*\*p<0,001).

0 – nėra sunkumo; 1 – nedidelis sunkumas; 2 – vidutinis sunkumas; 3 – didelis sunkumas.

6 lentelė. Veiklų ir dalyvumo rodiklių pasiskirstymas pagal sociodemografinius ypatumus PTKA grupėje.

9 PRIEDAS.

<b>Simptomas</b>	<b>Simptomų pobūdis</b>	<b>Vnt.</b>	<b>Proc.</b>	<b>Vid.</b>	<b>SN</b>	<b>Cronbach Alfa</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Nerimas</b>	Nėra/nežymūs simptomai	59	74,7%	5,11	3,36	0,810	1,809	0,003
	Lengvi simptomai	13	16,5%					
	Vidutinio sunkumo simptomai	7	8,9%					
	Sunkūs simptomai	0	0,0%					
<b>Depresija</b>	Nėra/nežymūs simptomai	68	86,1%	3,03	2,97	0,793	2,112	0,000
	Lengvi simptomai	10	12,7%					
	Vidutinio sunkumo simptomai	1	1,3%					
	Sunkūs simptomai	0	0,0%					

p – reikšmingumo lygmuo (p<0,001)

7 lentelė. Nerimo ir depresijos rodiklių pasiskirstymas pagal simptomų sunkumo laipsnį.

10 PRIEDAS.

		AKJO				PTKA				U	p
		Vnt.	Proc.	Vid.	SN	Vnt.	Proc.	Vid.	SN		
Nerimas	Nėra/nežymūs simptomai	17	73,9%	5,22	3,19	42	75,0%	5,07	3,46	-0,399	0,690
	Lengvi simptomai	5	21,7%			8	14,3%				
	Vidutinio sunkumo simptomai	1	4,3%			6	10,7%				
	Sunkūs simptomai	0	0,0%			0	0,0%				
Depresija	Nėra/nežymūs simptomai	19	82,6%	4,35	3,51	49	87,5%	2,48	2,55	<b>-2,342</b>	<b>0,019</b>
	Lengvi simptomai	3	13,0%			7	12,5%				
	Vidutinio sunkumo simptomai	1	4,3%			0	0,0%				
	Sunkūs simptomai	0	0,0%			0	0,0%				

p – reikšmingumo lygmuo (p<0,05)

AKJO – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos grupė

PTKA – perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos grupė

8 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal simptomų sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėse.

## 11 PRIEDAS.

AKJO										
		Simptomų pobūdis	Nerimas				Depresija			
			Vnt.	Proc.	Vid.	SN	Vnt.	Proc.	Vid.	SN
Šeimyninė padėtis	Vedę/ gyvenantys poroje	Nėra/nežymūs	15	93,8%	3,94	2,29	15	93,8%	3,06	2,69
		Lengvi	1	6,3%			1	6,3%		
		Vidutinio sunkumo	0	0,0%			0	0,0%		
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%		
	Išsiskyre/ našliai/vieniši	Nėra/nežymūs	2	28,6%	8,14	3,13	4	57,1%	7,29	3,55
		Lengvi	4	57,1%			2	28,6%		
		Vidutinio sunkumo	1	14,3%			1	14,3%		
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%		
	U		<b>16,000</b>				<b>19,000</b>			
	p		<b>0,007**</b>				<b>0,013*</b>			
PTKA										
		Simptomų pobūdis	Nerimas				Depresija			
			Vnt.	Proc.	Vid.	SN	Vnt.	Proc.	Vid.	SN
Šeimyninė padėtis	Vedę/ gyvenantys poroje	Nėra/nežymūs	36	94,7%	3,50	1,70	38	100,0%	1,37	1,02
		Lengvi	2	5,3%			0	0,0%		
		Vidutinio sunkumo	0	0,0%			0	0,0%		
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%		
	Išsiskyre/ našliai/vieniši	Nėra/nežymūs	6	33,3%	8,39	3,90	11	61,1%	4,83	3,19
		Lengvi	6	33,3%			7	38,9%		
		Vidutinio sunkumo	6	33,3%			0	0,0%		
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%		
	U		<b>110,500</b>				<b>111,500</b>			
	p		<b>0,000**</b>				<b>0,000**</b>			

p – reikšmingumo lygmuo (\*p<0,05, \*\*p<0,001)

AKJO – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos grupė

PTKA – perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos grupė

9 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėje atsižvelgiant į tiriamųjų šeimyninę padėtį.



## 12 PRIEDAS.

AKJO											
		Simptomų pobūdis	Nerimas				Depresija				
			Vnt.	Proc.	Vid.	SN	Vnt.	Proc.	Vid.	SN	
Lytis	Vyrai	Nėra/nežymūs	12	66,7%	5,17	3,55	15	83,3%	4,44	3,65	
		Lengvi	5	27,8%			2	11,1%			
		Vidutinio sunkumo	1	5,6%			1	5,6%			
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%			
	Moterys	Nėra/nežymūs	5	100,0%	5,40	1,52	4	80,0%	4,00	3,32	
		Lengvi	0	0,0%			1	20,0%			
		Vidutinio sunkumo	0	0,0%			0	0,0%			
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%			
			U	33,000				43,500			
			p	0,365				0,910			
PTKA											
		Simptomų pobūdis	Nerimas				Depresija				
			Vnt.	Proc.	Vid.	SN	Vnt.	Proc.	Vid.	SN	
Lytis	Vyrai	Nėra/nežymūs	27	81,8%	4,00	2,89	30	90,9%	2,15	2,24	
		Lengvi	5	15,2%			3	9,1%			
		Vidutinio sunkumo	1	3,0%			0	0,0%			
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%			
	Moterys	Nėra/nežymūs	15	65,2%	6,61	3,68	19	82,6%	2,96	2,93	
		Lengvi	3	13,0%			4	17,4%			
		Vidutinio sunkumo	5	21,7%			0	0,0%			
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%			
			U	<b>189,500</b>				317,500			
			p	<b>0,001**</b>				0,291			

p – reikšmingumo lygmuo (\*\*p<0,001)

AKJO – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos grupė

PTKA – perkutaninė transluminalinės koronarinės angioplastikos grupė

10 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėje atsižvelgiant į tiriamųjų lytį.

## 13 PRIEDAS.

AKJO										
	Simptomų pobūdis	Nerimas				Depresija				
		Vnt.	Proc.	Vid.	SN	Vnt.	Proc.	Vid.	SN	
Išsilavinimo lygis	Žemas	Nėra/nežymūs	10	62,5%	6,00	3,35	12	75,0%	5,19	3,71
		Lengvi	5	31,3%			3	18,8%		
		Vidutinio sunkumo	1	6,3%			1	6,3%		
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%		
	Aukštas	Nėra/nežymūs	7	100,0%	3,43	1,99	7	100,0%	2,43	2,15
		Lengvi	0	0,0%			0	0,0%		
		Vidutinio sunkumo	0	0,0%			0	0,0%		
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%		
		U	31,500				31,500			
		p	0,097				0,100			
PTKA										
	Simptomų pobūdis	Nerimas				Depresija				
		Vnt.	Proc.	Vid.	SN	Vnt.	Proc.	Vid.	SN	
Išsilavinimo lygis	Žemas	Nėra/nežymūs	26	65,0%	5,70	3,79	33	82,5%	3,23	2,66
		Lengvi	8	20,0%			7	17,5%		
		Vidutinio sunkumo	6	15,0%			0	0,0%		
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%		
	Aukštas	Nėra/nežymūs	16	100,0%	3,50	1,67	16	100,0%	0,63	0,62
		Lengvi	0	0,0%			0	0,0%		
		Vidutinio sunkumo	0	0,0%			0	0,0%		
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%		
		U	224,000				74,500			
		p	0,077				0,000**			

p – reikšmingumo lygmuo (\*\*p<0,001)

11 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėje atsižvelgiant į tiriamųjų išsilavinimą.

## 14 PRIEDAS.

AKJO											
		Simptomų pobūdis	Nerimas				Depresija				
			Vnt.	Proc.	Vid.	SN	Vnt.	Proc.	Vid.	SN	
Užimtumas	Nedirbantys/ pensininkai	Nėra/nežymūs	17	73,9%	5,22	3,19	19	82,6%	4,35	3,51	
		Lengvi	5	21,7%			3	13,0%			
		Vidutinio sunkumo	1	4,3%			1	4,3%			
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%			
	Dirbantys/ Individuali veikla	Nėra/nežymūs	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.	
		Lengvi	0	0,0%			0	0,0%			
		Vidutinio sunkumo	0	0,0%			0	0,0%			
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%			
			U	-				-			
			P	-				-			
	PTKA										
			Simptomų pobūdis	Nerimas				Depresija			
				Vnt.	Proc.	Vid.	SN	Vnt.	Proc.	Vid.	SN
	Užimtumas	Nedirbantys/ pensininkai	Nėra/nežymūs	32	74,4%	5,19	3,66	36	83,7%	2,84	2,72
Lengvi			5	11,6%	7			16,3%			
Vidutinio sunkumo			6	14,0%	0			0,0%			
Sunkūs			0	0,0%	0			0,0%			
Dirbantys/ Individuali veikla		Nėra/nežymūs	10	76,9%	4,69	2,78	13	100,0%	1,31	1,44	
		Lengvi	3	23,1%			0	0,0%			
		Vidutinio sunkumo	0	0,0%			0	0,0%			
		Sunkūs	0	0,0%			0	0,0%			
		U	277,500				172,500				
		p	0,969				0,034*				

p – reikšmingumo lygmuo (\*\*p<0,001)

AKJO – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos grupė

PTKA – perkutatinės transluminalinės koronarinės angioplastikos grupė

12 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pasiskirstymas pagal sunkumo laipsnį AKJO ir PTKA grupėje atsižvelgiant į tiriamųjų užimtumą.

## 15 PRIEDAS.

		Nerimas			Depresija		
		Bendras	AKJO	PTKA	Bendras	AKJO	PTKA
d230	r	<b>0,336</b>	<b>0,459*</b>	<b>0,267</b>	<b>0,229</b>	0,373	0,191
	p	<b>0,002</b>	<b>0,028</b>	<b>0,047</b>	<b>0,042</b>	0,079	0,158
	N	<b>79</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>79</b>	23	56
d240	r	<b>0,706</b>	<b>0,549**</b>	<b>0,767</b>	<b>0,448</b>	<b>0,515*</b>	<b>0,444**</b>
	p	<b>0,000</b>	<b>0,007</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,012</b>	<b>0,001</b>
	N	<b>79</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>79</b>	<b>23</b>	<b>56</b>
d4500	r	0,146	0,362	0,085	<b>0,274</b>	<b>0,428*</b>	<b>0,332*</b>
	p	0,198	0,090	0,535	<b>0,015</b>	<b>0,042</b>	<b>0,012</b>
	N	79	23	56	<b>79</b>	<b>23</b>	<b>56</b>
d4501	r	0,024	-0,072	0,046	<b>0,302</b>	0,244	<b>0,433**</b>
	p	0,833	0,744	0,736	<b>0,007</b>	0,263	<b>0,001</b>
	N	79	23	56	<b>79</b>	23	<b>56</b>
d4502	r	0,147	0,376	0,059	<b>0,418</b>	<b>0,463*</b>	<b>0,527**</b>
	p	0,196	0,077	0,664	<b>0,000</b>	<b>0,026</b>	<b>0,000</b>
	N	79	23	56	<b>79</b>	<b>23</b>	<b>56</b>
d4503	r	-0,048	0,142	-0,115	0,186	0,056	<b>0,329*</b>
	p	0,677	0,519	0,397	0,102	0,800	<b>0,013</b>
	N	79	23	56	79	23	<b>56</b>
d455	r	<b>-0,238*</b>	-0,116	<b>-0,279*</b>	0,084	-0,030	0,161
	p	<b>0,035</b>	0,597	<b>0,037</b>	0,460	0,891	0,237
	N	<b>79</b>	23	<b>56</b>	79	23	56
d570	r	<b>0,352**</b>	<b>0,462*</b>	<b>0,302*</b>	<b>0,408**</b>	0,402	<b>0,398*</b>
	p	<b>0,001</b>	<b>0,026</b>	<b>0,024</b>	<b>0,000</b>	0,057	<b>0,002</b>
	N	<b>79</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>79</b>	23	<b>56</b>
d620	r	0,152	0,227	0,138	<b>0,385**</b>	-0,015	<b>0,654**</b>
	p	0,180	0,298	0,312	<b>0,000</b>	0,946	<b>0,000</b>
	N	79	23	56	<b>79</b>	23	<b>56</b>
d760	r	<b>0,664**</b>	<b>0,808**</b>	<b>0,604**</b>	<b>0,330*</b>	<b>0,724**</b>	0,123
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	0,365
	N	<b>79</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>79</b>	<b>23</b>	56
d770	r	<b>0,377**</b>	0,358	,389**	<b>0,245*</b>	0,081	<b>0,326*</b>
	p	<b>0,001</b>	0,094	0,003	<b>0,030</b>	0,714	<b>0,014</b>
	N	<b>79</b>	23	56	<b>79</b>	23	<b>56</b>
d850	r	-0,021	.	-0,018	<b>-0,321*</b>	.	<b>-0,334*</b>
	p	0,854	.	0,897	<b>0,004</b>	.	<b>0,012</b>
	N	79	23	56	<b>79</b>	23	<b>56</b>

p – reikšmingumo lygmuo (\*p<0,05; \*\*p<0,001). AKJO – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos grupė, PTKA – perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos grupė

d230 – dienos režimo laikymasis; d240 – streso ir kitų psichologinių problemų įveika; d4500 – ėjimas trumpais atstumais; d4501 – ėjimas ilgais atstumais; d4502 – ėjimas skirtingais paviršiais; d4503 – judėjimas pro kliūtis; d455 – judėjimas kitais būdais; d570 – rūpinimasis savo sveikata; d620 – daiktų ir paslaugų įsigijimas; d760 – šeimyniniai santykiai; d770 – intymūs santykiai; d850 mokamas darbas

13 lentelė. Veiklų ir dalyvumo sąsajos su nerimo bei depresijos simptomais AKJO ir PTKA grupėse.

## 16 PRIEDAS.

		Vyrai		Moterys		Žemas išslavinimas		Pensininkai		Vedę		Išsiskyre, našliai	
		Ner.	Depr.	Ner.	Depr.	Ner.	Depr.	Ner.	Depr.	Ner.	Depr.	Ner.	Depr.
d230	r	0,423	0,465	0,583	0,216	0,338	<b>0,533</b> *	<b>0,459</b> *	0,373	0,422	0,088	-0,048	0,433
	p	0,080	0,052	0,302	0,727	0,201	<b>0,033</b>	<b>0,028</b>	0,079	0,104	0,745	0,919	0,332
	N	18	18	5	5	16	<b>16</b>	<b>23</b>	23	16	16	7	7
d240	r	<b>0,734</b> **	<b>0,631</b> **	-0,083	0,216	<b>0,612</b> *	<b>0,726</b> **	<b>0,549</b> **	<b>0,515</b> *	0,418	0,205	0,415	0,657
	p	<b>0,001</b>	<b>0,005</b>	0,894	0,727	<b>0,012</b>	<b>0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,012</b>	0,107	0,445	0,354	0,109
	N	<b>18</b>	<b>18</b>	5	5	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	16	16	7	7
d4500	r	0,371	0,390	0,559	0,725	0,247	0,395	0,362	<b>0,428</b> *	0,168	0,249	-0,334	0,000
	p	0,130	0,110	0,327	0,165	0,356	0,130	0,090	<b>0,042</b>	0,533	0,353	0,464	1,000
	N	18	18	5	5	16	16	23	<b>23</b>	16	16	7	7
d4501	r	-0,047	0,122	0,530	<b>0,918</b> *	-0,126	0,201	-	0,244	-0,370	0,052	-0,548	,057
	p	0,853	0,629	0,358	<b>0,028</b>	0,642	0,455	0,744	0,263	0,158	0,849	0,203	,903
	N	18	18	5	<b>5</b>	16	16	23	23	16	16	7	7
d4502	r	0,381	0,419	0,559	0,725	0,266	0,461	0,376	<b>0,463</b> *	0,189	0,271	-0,343	0,115
	p	0,119	0,084	0,327	0,165	0,320	0,072	0,077	<b>0,026</b>	0,483	0,310	0,451	0,805
	N	18	18	5	5	16	16	23	<b>23</b>	16	16	7	7
d570	r	<b>0,499</b> *	<b>0,517</b> *	0,559	-0,181	<b>0,672</b> **	<b>0,685</b> **	<b>0,462</b> *	0,402	0,086	0,000	0,381	0,722
	p	<b>0,035</b>	<b>0,028</b>	0,327	0,770	<b>0,004</b>	<b>0,003</b>	<b>0,026</b>	0,057	0,751	1,000	0,399	0,067
	N	<b>18</b>	<b>18</b>	5	5	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	23	16	16	7	7
d760	r	<b>0,837</b> **	<b>0,724</b> **	0,559	0,725	<b>0,896</b> **	<b>0,715</b> **	<b>0,808</b> **	<b>0,724</b> **	<b>0,571</b> *	<b>0,576</b> *	<b>0,869</b> *	0,314
	p	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	0,327	0,165	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,021</b>	<b>0,020</b>	<b>0,011</b>	0,492
	N	<b>18</b>	<b>18</b>	5	5	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	7

Ner. – nerimas; Depr – depresija. \*p<0,05, \*\*p<0,001.

d230 – dienos režimo laikymasis; d240 – streso ir kitų psichologinių problemų įveika; d4500 – ėjimas trumpais atstumais; d4501 – ėjimas ilgais atstumais; d4502 – ėjimas skirtingais paviršiais; d4503 – judėjimas pro kliūtis; d455 – judėjimas kitais būdais; d570 – rūpinimasis savo sveikata; d620 – daiktų ir paslaugų įsigijimas; d760 – šeimyniniai santykiai; d770 – intymūs santykiai; d850 mokamas darbas

14 lentelė. Veiklų ir dalyvumo, nerimo ir depresijos bei sociodemografinių ypatumų sąsajos AKJO grupėje.

## 17 PRIEDAS.

		Vyrai		Moterys		Žemas išslv.		Aukštas išslv.		Pensininkai		Vedę		Išsiskyre, našliai	
		Nerimas	Depr esija	Nerimas	Depr esija	Nerimas	Depr esija	Nerimas	Depr esija	Nerimas	Depr esija	Nerimas	Depr esija	Nerimas	Depr esija
d230	r	0,236	0,233	0,130	0,137	0,269	0,198	0,030	-0,492	<b>0,334*</b>	0,158	0,149	-0,078	-0,116	0,029
	p	0,186	0,192	0,554	0,533	0,094	0,220	0,911	0,053	<b>0,028</b>	0,310	0,372	0,641	0,648	0,909
	N	33	33	23	23	40	40	16	16	<b>43</b>	43	38	38	18	18
d240	r	<b>0,732**</b>	<b>0,384*</b>	<b>0,742**</b>	<b>0,589**</b>	<b>0,826**</b>	<b>0,588**</b>	0,340	-0,276	<b>0,846**</b>	<b>0,566**</b>	<b>0,511**</b>	-0,123	<b>0,534*</b>	<b>0,580*</b>
	p	<b>0,000</b>	<b>0,027</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,198	0,301	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	0,462	<b>0,022</b>	<b>0,012</b>
	N	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	16	16	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>38</b>	38	<b>18</b>	<b>18</b>
d4500	r	-0,099	-0,054	0,189	,687*	-0,045	0,062	0,000	0,276	0,049	<b>0,335*</b>	-0,049	<b>0,353*</b>	-0,217	-0,131
	p	0,584	0,766	0,389	0,000	0,784	0,703	1,000	0,301	0,756	<b>0,028</b>	0,768	<b>0,030</b>	0,387	0,605
	N	33	33	23	23	40	40	16	16	43	<b>43</b>	38	<b>38</b>	18	18
d4501	r	0,002	0,264	0,000	<b>0,643**</b>	-0,147	0,232	0,348	0,036	0,008	<b>0,382*</b>	0,045	<b>0,481**</b>	-0,196	0,183
	p	0,992	0,137	1,000	<b>0,001</b>	0,366	0,149	0,186	0,895	0,961	<b>0,011</b>	0,789	<b>0,002</b>	0,436	0,468
	N	33	33	23	<b>23</b>	40	40	16	16	43	<b>43</b>	38	<b>38</b>	18	18
d4502	r	0,049	<b>0,407*</b>	-0,200	<b>0,506*</b>	-0,009	<b>0,328*</b>	-0,021	0,275	0,066	<b>,511*</b>	-0,064	<b>0,570**</b>	0,040	0,192
	p	0,787	<b>0,019</b>	0,359	<b>0,014</b>	0,954	<b>0,039</b>	0,938	0,302	0,675	<b>0,000</b>	0,704	<b>0,000</b>	0,874	0,446
	N	33	<b>33</b>	23	<b>23</b>	40	<b>40</b>	16	16	43	<b>43</b>	38	<b>38</b>	18	18
d4503	r	-0,330	0,050	0,043	<b>0,540**</b>	-0,166	0,167	0,357	0,158	0,111	0,278	0,134	<b>0,430**</b>	-0,433	-0,141
	p	0,061	0,780	0,847	<b>0,008</b>	0,305	0,302	0,175	0,559	0,477	0,071	0,422	<b>0,007</b>	0,072	0,577
	N	33	33	23	<b>23</b>	40	40	16	16	43	43	38	<b>38</b>	18	18
d455	r	-0,124	0,243	-0,380	0,119	<b>0,403*</b>	-0,043	.	.	<b>0,309*</b>	0,096	-0,201	<b>0,359*</b>	-0,412	-0,172
	p	0,493	0,173	0,074	0,590	<b>0,010</b>	0,791	.	.	<b>0,044</b>	0,540	0,225	<b>0,027</b>	0,090	0,494
	N	33	33	23	23	<b>40</b>	40	16	16	<b>43</b>	43	38	<b>38</b>	18	18
d570	r	<b>0,436*</b>	0,332	0,003	0,309	<b>0,421**</b>	<b>0,402*</b>	-0,216	0,351	<b>0,410**</b>	<b>0,455**</b>	0,055	0,310	0,456	0,318
	p	<b>0,011</b>	0,059	0,990	0,152	<b>0,007</b>	<b>0,010</b>	0,422	0,183	<b>0,006</b>	<b>0,002</b>	0,741	0,058	0,057	0,198
	N	<b>33</b>	33	23	23	<b>40</b>	<b>40</b>	16	16	<b>43</b>	<b>43</b>	38	38	18	18
d620	r	0,190	<b>0,628**</b>	-0,326	<b>0,520*</b>	0,106	<b>0,544**</b>	-0,252	0,058	0,142	<b>0,677**</b>	-0,204	<b>0,561**</b>	0,170	0,464
	p	0,289	<b>0,000</b>	0,129	<b>0,011</b>	0,515	<b>0,000</b>	0,346	0,830	0,363	<b>0,000</b>	0,220	<b>0,000</b>	0,501	0,053
	N	33	<b>33</b>	23	<b>23</b>	40	<b>40</b>	16	16	43	<b>43</b>	38	<b>38</b>	18	18

Lentelės tęsinys kitame puslapyje.

## Tęsinys

		Vyrai		Moterys		Žemas išsil.		Aukštas išsil.		Pensininkai		Vedę		Išsiskyre/ našliai	
		Ner.	Dep.	Ner.	Dep.	Ner.	Dep.	Ner.	Dep.	Ner.	Dep.	Ner.	Dep.	Ner.	Dep.
d760	r	0,315	- 0,141	<b>0,707</b> **	0,325	<b>0,644</b> **	0,280	0,43 2	<b>-</b> <b>0,526</b> *	<b>0,672</b> **	0,168	<b>0,424</b> **	<b>-</b> <b>0,491</b> **	<b>0,496</b> *	0,135
	p	0,075	0,434	<b>0,000</b>	0,130	<b>0,000</b>	0,080	0,09 5	<b>0,036</b>	<b>0,000</b>	0,280	<b>0,008</b>	<b>0,002</b>	<b>0,036</b>	0,593
	N	33	33	<b>23</b>	23	<b>40</b>	40	16	<b>16</b>	<b>43</b>	43	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>18</b>	18
d770	r	.	.	<b>0,507</b> *	<b>0,431</b> *	<b>0,421</b> **	<b>0,313</b> *	.	.	<b>0,429</b> **	<b>0,341</b> *	.	.	0,35 7	0,057
	p	.	.	<b>0,014</b>	<b>0,040</b>	<b>0,007</b>	<b>0,050</b>	.	.	<b>0,004</b>	<b>0,025</b>	.	.	0,14 5	0,821
	N	33	33	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	16	16	<b>43</b>	<b>43</b>	38	38	18	18
d850	r	-0,087	- 0,210	- 0,356	<b>-</b> <b>0,507</b> *	0,05 1	0,101	0,29 9	- 0,215	0,06 3	- 0,284	0,31 1	- 0,239	.	.
	p	0,628	0,240	0,095	<b>0,013</b>	0,75 6	0,534	0,26 0	0,423	0,68 6	0,065	0,05 7	0,148	.	.
	N	33	33	23	<b>23</b>	40	40	16	16	43	43	38	38	18	18

Ner. – nerimas; Dep. – depresija. \*p<0,05, \*\*p<0,001.

d230 – dienos režimo laikymasis; d240 – streso ir kitų psichologinių problemų įveika; d4500 – ėjimas trumpais atstumais; d4501 – ėjimas ilgais atstumais; d4502 – ėjimas skirtingais paviršiais; d4503 – judėjimas pro kliūtis; d455 – judėjimas kitais būdais; d570 – rūpinimasis savo sveikata; d620 – daiktų ir paslaugų įsigijimas; d760 – šeimyniniai santykiai; d770 – intymūs santykiai; d850 mokamas darbas

15 lentelė. Veiklų ir dalyvumo, nerimo ir depresijos bei sociodemografinių ypatumų sąsajos PTKA grupėje.