

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Išplėstinės praktikos slauga
Slaugos katedra, Sveikatos mokslų institutas

Miroslava Pažusinskaitė, 2 kursas, I grupė (Anestezija ir intensyvioji terapija)

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

GYVENIMO KOKYBĖ PO PATIRTO MIOKARDO INFARKTO

QUALITY OF LIFE AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Darbo vadovė

Dr. Aldona Mikaliūkštienė

Konsultantas

Lekt. Paulius Razmys

Katedros vadovė

Dr. Agnė Jakavonytė - Akstinienė

Mokslo tiriamojo darbo įteikimo data _____

Registracijos Nr. _____

Vilnius, 2025

Studento elektroninio pašto adresas: miroslava.pazusinskaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SANTRUMPOS	6
LENTELIŲ SĄRAŠAS	7
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	8
ĮVADAS	9
1. LITERATŪROS APŽVALGA	11
1.1. Miokardo infarktas ir jo sąsajos su sveikata	11
1.1.1. Fizinės sveikatos pokyčiai po miokardo infarkto	12
1.1.2. Emocinės sveikatos sąsajos su miokardo infarktu	14
1.1.3. Socialinės sveikatos pokyčiai po patirto miokardo infarkto	16
1.2. Miokardo infarktas ir jo sąsajos su gyvensena	18
1.3. Gyvenimo kokybės pokyčiai po miokardo infarkto	19
2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	22
2.1. Tyrimo metodas ir jo pagrįstumas	22
2.2. Tyrimo organizavimas	22
2.3. Literatūros šaltinių paieškos strategija ir apdorojimas	23
2.4. Tyrimo procesas	23
2.5. Tyrimo metodas ir instrumentas	24
2.6. Tiriamųjų atranka	25
2.7. Duomenų apdorojimas ir analizė	26
2.8. Tyrimo etika	26
3. TYRIMO REZULTATAI	27
3.1. Demografiniai tiriamųjų duomenys	27

3.2. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinė būseną	28
3.3. Miokardo infarktą patyrusių pacientų subjektyvi fizinė sveikata	32
3.4. Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenamosios įpročiai ir jų sąsajos su gyvenimo kokybe	35
4. REZULTATŲ APYTARIMAS	44
IŠVADOS	49
REKOMENDACIJOS	50
PADĖKA	51
LITERATŪROS SĄRAŠAS	52
PRIEDAI	60

SANTRAUKA

Širdies ir kraujagyslių ligos yra viena iš pagrindinių mirties priežasčių ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje, o pagrindinė liga yra miokardo infarktas. Miokardo infarktas daugeliui pacientų yra gyvybės ar mirties situacija. Liga paveikia tiek pacientų, tiek ir jų artimųjų gyvenimą. Tačiau laiku ir tinkamai diagnozuota liga lemia didelę pasveikimo tikimybę. Pacientams, sergantiems miokardo infarktu, dažnai sumažėja fizinis pajėgumas, dėl širdies raumens pažeidimo, dėl kurio atsiranda nuovargis, dusulys ir sumažėja fizinio krūvio tolerancija. Fizinio aktyvumo apribojimai ir nuolatiniai simptomai, tokie kaip krūtinės skausmas ar širdies plakimas, gali pabloginti gyvenimo kokybę. Miokardo infarktas gali sutrikdyti socialinius santykius, dėl sumažėjusio dalyvavimo darbe ar socialinėje veikloje. Šeimos ir draugų parama atlieka svarbų vaidmenį gerinant pacientų gyvenimo kokybę po patirto miokardo infarkto.

Darbo tikslas. Įvertinti pacientų gyvenimo kokybę po miokardo infarkto.

Metodai ir medžiaga. Siekiant išanalizuoti pacientų gyvenimo kokybę po miokardo infarkto, tyrimui atlikti pasirinktas standartizuotas SF-36 klausimynas (angl. *Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire*). Tyrimas atliktas 2024 m. spalio mėn. – 2025 m. vasario mėn., kuriame dalyvavo 312 respondentų po miokardo infarkto (52,6 proc. vyrai). Duomenų analizė atlikta naudojant „IBM SPSS 23.0“ statistikos programą ir „MS Excel 2016“.

Rezultatai. Atliktame tyrime dalyvavo 312 miokardo infarktą patyrę respondentai, iš kurių 96,5 proc. persirgo pirmą kartą. Didžioji dalis tiriamųjų (62,2 proc.) mažiau nei prieš metus persirgo miokardo infarktu. Nustatyta, kad tyrimo dalyvių psichoemocinė sveikata aukščiausiais balais vertinta energingumo/gyvybingumo ($62,8 \pm 12,7$ balo) bei emocinės būsenos srityse ($57,9 \pm 13,9$ balo), žemiausiais – veiklos apribojime dėl emocinių problemų ($41,3 \pm 26,3$ balo). Miokardo infarktą patyrusių moterų emocinė būklė įvertinta geriau, lyginant su vyrais, šiose srityse: energingumo/gyvybingumo ($p < 0,001$) ir socialinės funkcijos ($p < 0,001$). Nustatyta, kad 56,4 proc. ($n=176$) sportuoja, o 43,6 proc. ($n=136$) – nesportuoja. Iš gautų rezultatų nustatyta, kad daugiau nei du trečdaliai moterų (69,6 proc.) sportuoja, tuo tarpu tarp sportuojančiųjų vyrų siekė tik 44,5 proc.

Išvados. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinė būseną geriausiai įvertinta energingumo ir gyvybingumo srityje, o prasčiausiai – veiklos apribojimo, dėl emocinių problemų. Po patirto miokardo infarkto pacientų subjektyvi fizinė sveikata geriausiai vertinama skausmo nebuvimo srityje, o prasčiausiai – fizinio aktyvumo ir bendros sveikatos vertinimo aspektuose.

Raktažodžiai: miokardo infarktas, gyvenimo kokybė, išgyvenimas, gyvensenos keitimas, pacientų patirtis.

SUMMARY

Cardiovascular disease is one of the leading causes of death not only in Lithuania, but also worldwide, with myocardial infarction being the main cause. Myocardial infarction is a life-or-death situation for many patients. The disease affects the lives of both patients and their loved ones. However, a timely and correct diagnosis of the disease leads to a high probability of recovery. Patients with myocardial infarction often have reduced physical capacity due to damage to the heart muscle, which leads to fatigue, shortness of breath and reduced exercise tolerance. Restrictions in physical activity and persistent symptoms such as chest pain or palpitations can impair quality of life. Myocardial infarction can disrupt social relationships through reduced participation in work or social activities. Support from family and friends plays an important role in improving the quality of life of patients after a myocardial infarction.

The aim of the study. To assess the quality of life of patients after myocardial infarction.

Methods and Materials. To analyze patients quality of life after myocardial infarction, a standardized Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire was selected for the study. The study was conducted between October 2024 and February 2025. 312 respondents after myocardial infarction (52.6% men) participated. Data analysis was performed using IBM SPSS 23.0 statistical software and MS Excel 2016.

Results. The study included 312 respondents with a history of myocardial infarction, 96.5% of whom were first-time sufferers. The majority of the subjects (62.2%) had myocardial infarctions less than a year before. The highest scores for psychoemotional health were found in the areas of energy/ vitality (62.8 ± 12.7) and emotional state (57.9 ± 13.9), while the lowest scores were found in the area of restriction of activity due to emotional problems (41.3 ± 26.3). Women with myocardial infarction scored higher than men in the following domains: energy/ vitality ($p < 0.001$) and social function ($p < 0.001$). 56.4% ($n=176$) were found to participate in sport and 43.6% ($n=136$) were found not to participate in sport. From the results, it was found that more than two-thirds of women (69.6%) were involved in sport, while the proportion of men who were involved in sport was only 44.5%.

Conclusions. The emotional state of myocardial infarction patients scored best in the area of energy and vitality, and worst in the area of activity limitation, due to emotional problems. After myocardial infarction, patients' subjective physical health was best assessed in the area of absence of pain, and worst in the aspects of physical activity and general health assessment.

Keywords: myocardial infarction, quality of life, survival, lifestyle change, patient experience.

SANTRUMPOS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

M – vidurkis

MI – miokardo infarktas

n – respondentų skaičius

p – statistinis reikšmingumas

PSO – Pasaulio Sveikatos Organizacija

SD – standartinis nuokrypis

ŠKL – širdies ir kraujagyslių liga

Z – Mann-Whitney testo reikšmė

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Lentelės Nr.	Pavadinimas	Puslapis
1 lentelė.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal sociodemografinius požymius (n=312)	27
2 lentelė.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal darbinę veiklą ir su liga susijusius veiksnius (n=312)	28
3 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių vertinimas, atsižvelgiant į lytį (n=312)	29
4 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai, atsižvelgiant į amžių (n=312)	30
5 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai, atsižvelgiant į išsilavinimą (n=312)	30
6 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai, atsižvelgiant į gyvenamąją vietą (n=312)	31
7 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai, atsižvelgiant į laiką, prieš kurį įvyko miokardo infarktas (n=312)	31
8 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į lytį (n=312)	33
9 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinė sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į amžių (n=312)	33
10 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į išsilavinimą (n=312)	34
11 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į gyvenamąją vietą (n=312)	34
12 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į laiką, prieš kurį įvyko miokardo infarktas (n=312)	35
13 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenimo kokybės sričių, atsižvelgiant į jų rūkymo įpročius (n=312)	40
14 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenimo kokybės sričių, atsižvelgiant į jų alkoholio vartojimo įpročius (n=312)	41
15 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenimo kokybės sričių, atsižvelgiant į jų mitybos įpročius (n=312)	42
16 lentelė.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenimo kokybės sričių, atsižvelgiant į jų fizinio aktyvumo įpročius (n=312)	43

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Paveikslų Nr.	Pavadinimas	Puslapis
1 pav.	Tyrimo imties sudarymo schema	25
2 pav.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai (SF-36 klausimynas) (n=312)	29
3 pav.	Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai (SF-36 klausimynas) (n=312)	32
4 pav.	Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, rūkymo įpročiai, atsižvelgiant į jų lytį (n=312)	36
5 pav.	Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, rūkymo įpročiai, atsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą (n=312)	36
6 pav.	Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, alkoholio vartojimo įpročiai, atsižvelgiant į jų išsilavinimą (n=312)	37
7 pav.	Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, alkoholio vartojimo įpročiai, atsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą (n=312)	37
8 pav.	Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, mitybos įpročiai, atsižvelgiant į jų amžiaus grupę (n=312)	38
9 pav.	Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, mitybos įpročiai, atsižvelgiant į jų išsilavinimą (n=312)	38
10 pav.	Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, fizinio aktyvumo įpročiai, atsižvelgiant į jų lytį (n=312)	39
11 pav.	Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, fizinio aktyvumo įpročiai, atsižvelgiant į jų amžiaus grupę (n=312)	40

IVADAS

Širdies ir kraujagyslių ligos (toliau – ŠKL) išlieka dominuojančios sveikatos problemos šiuolaikiniame pasaulyje, sukeliančios diskomfortą, negalią ar net mirtį. Dėl didelio mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų, ši tema yra labai aktuali ir sulaukia didelio susidomėjimo tyrėjų, vertinant gyvenimo kokybę po ŠKL (Łuczak & Pośluszna-Owcarz, 2016).

Miokardo infarktas (toliau – MI) ūmi ir gyvybei pavojinga būklė, reikalaujanti skubios medicininės intervencijos. Liga paveikia tiek pacientų, tiek ir jų artimųjų gyvenimą. Tiesioginė grėsmė gyvybei verčia pacientus užduoti sau klausimus apie ligos priežastis, jos eigą ir pasekmes, ką ir kaip pakeisti gyvenime, kaip sumažinti pasikartojimo riziką, kaip pakeisti savo įpročius (Łuczak & Pośluszna-Owcarz, 2016). Po miokardo infarkto pacientai dažnai susiduria su fiziniais ir emociniais sunkumais, kurie apsunkina jų reintegraciją į darbo aplinką ir kasdienį gyvenimą. O nuolatinai iššūkiai ir stresas lemia didesnę tikimybę psichikos sutrikimų atsiradimams (Nan ir kt., 2022), (Abbasi ir kt., 2018).

Pagal Higienos instituto statistikos duomenis Lietuvoje nuo ūmaus ir pakartotinio MI per 2023 m. mirė 952 pacientai. Lyginant su ankstesniais metais, mirtingumas nuo miokardo infarkto sumažėjo, 2022 m. buvo 1141 atvejis, 2021 m. buvo 1110 atvejų ir 2020 m. buvo 1165 mirtys (Mirties priežastys 2023). MI - ne tik pavojingas gyvybei, bet ir turi įtaką kasdieniam žmogaus gyvenimui (Strömbäck ir kt., 2019). Po MI kyla pagrindinis ir pats svarbiausias klausimas – kaip gyventi, kad nepatirti pakartotinio MI, bei kaip rūpintis sveikata toliau (Łuczak & Pośluszna-Owcarz, 2016).

Pagal Pasaulio Sveikatos Organizaciją (PSO) išskiriamos penkios pagrindinės ligos pažeidžiamos gyvenimo kokybės sritys (World Health Organization, 2020) - tai fizinė sveikata, emocinė ir psichologinė gerovė, socialinis funkcionavimas, gyvenimo būdo koregavimas ir ekonominė našta. Pacientams, sergantiems MI, dažnai sumažėja fizinis pajėgumas, dėl širdies raumens pažeidimo, atsiranda nuovargis, dusulys ir sumažėja fizinio krūvio tolerancija. Fizinio aktyvumo apribojimai (sunkių daiktų kėlimas), dėl neseniai įvykusio MI ir nuolatiniai simptomai, tokie kaip krūtinės skausmas ar jaučiamas širdies plakimas, gali pabloginti gyvenimo kokybę (Prabhakaran ir kt., 2020). MI poveikis emocinei sveikatai – didesnė tikimybė patirti depresiją ir nerimą. Depresijos ir nerimo rizikos veiksniai po MI gali būti socialinė izoliacija, fizinių sugebėjimų sumažėjimas, baimė dėl savo ateities, kitų žmonių nesupratingumas dėl jaučiamo streso ir nerimo (Nan ir kt., 2022). Depresijos ir nerimo valdymas yra labai svarbūs gerinant sveikatos rezultatus, nes negydomos psichologinės būklės yra susijusios su prastesniu gyvenimo būdu ir didesniu mirtingumu po MI (World Health Organization 2021). MI gali sutrikdyti socialinius vaidmenis ir santykius dėl sumažėjusio dalyvavimo darbe ar socialinėje veikloje. Kartais žmonės po patirto MI jaučiasi apriboti

gyvenime, nes tam tikrą laikotarpį po MI turi praleisti ligoninėje arba reabilitacijos centruose. Šeimos ir draugų parama atlieka svarbų vaidmenį gerinant pacientų gyvenimo kokybę po MI (Prabhakaran ir kt., 2020). Pacientai po patirto MI turi pakeisti įprastą gyvenimo būdą, keisti mitybos įpročius, atsisakyti žalingų įpročių, laikytis nurodyto vaistų vartojimo režimo, nes tik tada sumažėja rizika pakartotinio MI atsiradimui. Taip pat, laikinas nedarbingumas gali prisidėti prie finansinės įtampos, kuri daro įtaką bendrai gyvenimo kokybei. Žmogus po MI dažniausiai tampa laikinai nedarbingas, dėl to nukenčia finansiškai tiek jis, tiek jo šeima (Falvey ir kt., 2022), (Prabhakaran ir kt., 2020), (World Health Organization 2020).

Szczepańskos su bendraautoriais atliktame tyrime nustatė, kad prieš patiriant MI ir po jo, pacientai pakankamai dažnai vartoja nesveikus produktus, nevertina maisto poveikio sveikatai. Dauguma tyrime dalyvavusių turi žalingų įpročių, kurių nesiruošia atsisakyti, kad pagerintų savo bendrą sveikatos būklę. Tyrimas atskleidė, kad sveiką gyvenimo būdą praktikuoja mažuma dalyvių. Iš šio tyrimo gautų duomenų daroma išvada, kad norint pasiekti geresnių sveikatos rezultatų, reikia įgyvendinti prevencines priemones, didinti žmonių informatyvumą apie sveiką gyvenimo būdą (Szczepańska ir kt., 2023).

Darbo tikslas – įvertinti pacientų gyvenimo kokybę po miokardo infarkto.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinę būseną.
2. Įvertinti miokardo infarktą patyrusių pacientų subjektyvią fizinę sveikatą.
3. Nustatyti miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvensenos įpročius ir jų sąsajas su gyvenimo kokybe.

Tyrimo objektas – pacientų gyvenimo kokybė po patirto miokardo infarkto.

Tyrimo subjektas – pacientai, kurie yra patyrę miokardo infarktą.

Hipotezė – tikėtina, kad po patirto miokardo infarkto ankstyvuoju periodu pacientai žemesniais balais vertina savo emocinę ir fizinę sveikatą, o gyvensenos įpročiai tiesiogiai susiję su tiriamųjų gyvenimo kokybe.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Miokardo infarktas ir jo sąsajos su sveikata

Miokardo infarktas yra širdies raumens mirtis, dėl ilgalaikės išemijos, kuri atsiranda susiformuojant vainikinių arterijų spazmui ar trombozėms. Vienas iš būdingų miokardo infarkto požymių yra mirties baimė. Pasaulyje kasmet nuo ŠKL miršta apie 17,5 mln. žmonių, iš kurių 7,5 mln. mirčių yra siejama su vainikinių arterijų liga ir jos komplikacijomis, įskaitant ūminį miokardo infarktą (Pikala & Maniecka-Bryła, 2017). Pagal Higienos instituto duomenis, remiantis 2023 m. sveikatos statistika: Lietuvoje sergamumas ŠKL buvo 63492 atvejai, iš kurių sergamumas būtent ūmiu ir pakartotiniu miokardo infarktu buvo net 10655 atvejai (Higienos institutas, 2024). Pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje 2023 m. buvo susijusi su kraujotakos sistemos problemomis (Higienos institutas, 2024). 2023 metais Lietuvoje nuo ūmaus ir pakartotinio miokardo infarkto mirė 952 žmonės. Tai mažesnis mirčių skaičius, palyginti su ankstesniais metais – 2022 m. fiksuota 1141 mirtys, 2021 m. – 1110, o 2020 m. – 1165 atvejai, tai rodo mažėjantį mirtingumą nuo šios ligos (Higienos institutas, 2024). Matant šiuos skaičius tampa aišku, kad širdies ir kraujagyslių ligos reikalauja didesnio dėmesio tiek profilaktikoje, tiek ankstyvoje diagnostikoje, tiek užtikrinant gydymo efektyvumą, siekiant kuo labiau sumažinti sergamumą bei mirtingumą (Higienos institutas, 2024), (Laucevičius ir kt., 2019).

Pagrindiniai MI rizikos veiksniai yra šie: cukrinis diabetas, rūkymas, aukštas kraujospūdis, ŠKL, amžius (vyrai nuo 45 metų, moterys nuo 55 metų), stresas, alkoholio vartojimas, nesveika mityba. Šie rizikos veiksniai skatina MI riziką. Tačiau sveika gyvensena, atsisakymas žalingų įpročių ir tinkamai subalansuota mityba gali leisti išvengti MI (Kumar Singh & Kumar Jat, 2022).

Pagal naujus tyrimus dažniausi MI požymiai būna tokie, kaip prakaitavimas ir skausmas, plintantis į abi rankas, galvos svaigimas, kosulys, užspringimo jausmas, nereguliarus širdies plakimas ir krūtinės skausmas (Riley ir kt., 2018). Tuo tarpu moterims dažniau gali pasireikšti tokie simptomai, kaip pilvo skausmas ar galvos svaigimas, o vyresnio amžiaus pacientai dažniausiai išskiria šį požymį - dusulys (Perera ir kt., 2018). Tačiau apžiūrint pacientą fiziškai yra taip pat atkreipiamas dėmesys į širdies susitraukimo dažnį, nes kai kuriems pasireiškia tachikardija, kraujo spaudimo matavimas, nes dažniausiai būna aukštas, nors kartais pasitaiko ir žemas, apžiūros galūnės, jų pakitimas gali rodyti kraujotakos sutrikimus. Kad patvirtinti MI yra atliekami diagnostiniai tyrimai - elektrokardiogramos užrašymas, laboratorinių tyrimų atlikimas. Daugiausiai atkreipiamas dėmesys laboratoriniuose tyrimuose yra troponino rodiklis, nes MI metu jis padidėja per 12 val. ir išlieka maksimalus 7 dienas (Alaour ir kt., 2018).

Sėkmingam pasveikimui po MI yra labai svarbus laikas. Svarbu, kad nuo pirmų simptomų iki koronografijos atlikimo praeitų kuo mažiau laiko, nes tik ankstyvas diagnozės nustatymas leidžia greičiau pasveikti ir grįžti į normalų gyvenimą. Tyrimas, kurį atliko Doddipali su kolegomis (Doddipalli ir kt., 2018) Indijoje, analizavo, kiek žmogui užtrunka laiko nuo pirmų simptomų atsiradimo, iki jo patekimo į gydymo įstaigą ir kol bus jam suteiktas gydymas. Jų tyrime dalyvavo 346 pacientai, kurie tuo metu buvo gydymo įstaigoje. Tyrimas vyko nuo 2016 m. iki 2017 m. Rezultatai parodė, kad dažniausiai pacientai pirmuosius simptomus atpažindavo vidutiniškai per 140 – 150 min. o jų kelionė iki gydymo įstaigos užimdavo vidutiniškai 60 - 82 min., vykstant su greitosios medicinos pagalba, o tie, kurie patys važiuodavo iki gydymo įstaigos, jų kelionė trukdavo vidutiniškai nuo 60 – 130 min. Atkeliavusių pacientų laukimo laikas iki pirmųjų tyrimų būdavo vidutiniškai 3 – 6 min. Visų dokumentų pasirašymas, sutikimų paėmimas ir komandos pasiruošimas dienos metu užtrukdavo vidutiniškai nuo 33 – 72 min. Tuo tarpu, jei pacientas į gydymo įstaigą atvykdavo naktį, visas pasiruošimas užtrukdavo vidutiniškai ilgiau (Doddipalli ir kt., 2018). Tyrimas parodė, kad dienos metu pacientui pagalba yra suteikiama iki 90 min., tuo tarpu naktį paslaugos dažniausiai būdavo suteikiamos vėliau, nei per 90 min. Taip pat nustatyta, kad dienos metu mirtingumo rodiklis buvo 1,4 proc., tuo tarpu nakties metu jis buvo aukštesnis. Tyrimas parodo, kad yra labai svarbu atpažinti kuo anksčiau pirmuosius MI simptomus ir kuo greičiau pasiekti gydymo įstaigą, kad būtų suteikta greita pagalba. Kuo ilgiau nesuteikiama pagalba, patyrus MI, tuo didesnė tikimybė komplikacijų atsiradimui ar net mirčiai (Doddipalli ir kt., 2018).

Apibendrinant, MI yra viena iš pagrindinių mirties ir negalios priežasčių visame pasaulyje (Takahashi ir kt., 2023). Kiekvienais metais milijonai žmonių patiria šią būklę, o sveikimo procesas ir tolesnis gyvenimas po infarkto gali būti labai skirtingas (Lian ir kt., 2021).

1.1.1. Fizinės sveikatos pokyčiai po miokardo infarkto

Pacientams, sergantiems MI, dažnai sumažėja fizinis pajėgumas, dėl širdies raumens pažeidimo, atsiranda nuovargis, dusulys ir sumažėja fizinio krūvio tolerancija (De Schutter ir kt., 2018). Fizinio aktyvumo apribojimai ir nuolatiniai simptomai, tokie kaip krūtinės skausmas ar jaučiamas širdies plakimas, apsunkina gyvenimo kokybę (Prabhakaran ir kt., 2020). Fizinis aktyvumas sukelia naudingus fiziologinius pokyčius širdžiai ir kraujagyslėms, nes mažina širdies ligų rizikos veiksnius, gerina pacientų psichinę būklę. Fizinis aktyvumas yra sveikos gyvensenos pagrindas, vienas iš geriausių ŠKL profilaktikos elementų.

Fizinio aktyvumo didinimas po MI yra viena iš prevencinių priemonių. Svarbu, kad pacientai po MI daugiau užsiimtų fiziniu aktyvumu, pradedant nuo tokių, kaip pasivaikščiojimas. Didelis

fizinis krūvis nepratusiam organizmui ir dar po ligos gali sukelti stresą, todėl fizinį krūvį reikia pradėti palaipsniui ir jį po truputį didinti (Nguyen & Michelis, 2025). Svarbu, kad pacientai pradėtų užsiimti fiziniu aktyvumu, nes tokiu būdu yra siekiama pagerinti jų gyvenimo kokybę ir sumažinti mirtingumo riziką (Ekblom ir kt., 2018). 2018m. atliktas tyrimas, kurio metu buvo tiriamas fizinio aktyvumo poveikis pacientų 1 metų išgyvenamumui po MI ir nustatyta, kad 59 proc. mažesnis mirtingumas tų, kurie išliko fiziškai aktyvūs arba padidino fizinį aktyvumą po MI, lyginant su tais, kurie liko fiziškai neaktyvūs (Ekblom ir kt., 2018). Yra rekomenduojama, kad suaugęs žmogus per savaitę fiziniams pratimams skirtų 150-300 min. vidutinio intensyvumo fizinio aktyvumo arba 75-150 min. (Arnett ir kt., 2019), (Visseren ir kt., 2021). Vidutinio intensyvumo fizinei veiklai galima priskirti pasivaikščiojimus įtemptu tempu, sodininkystę, teniso žaidimą. Akivaizdu, kad fizinis aktyvumas turi būti tinkamai pritaikytas pacientui po MI, nes ne kiekviena veikla gali būti tinkama kiekvienam. Kas yra tinkama ir nesunku vienam pacientui po MI, kitam gali sukelti daug sunkumų (Visseren ir kt., 2021). Taip pat, nustatyta, kad tie, kurie po MI pradeda daugiau užsiimti fiziniu aktyvumu, numeta svorį (Arnett ir kt., 2019), o tai leidžia sumažinti rizikos veiksnius, kurie prisideda prie ŠKL. Net jei sumažėja 5 proc. kūno svorio nuo pradinio, pagerėja kraujo spaudimas, cholesterolio rodikliai sumažėja ir pastebimi glikemijos rodyklių sumažėjimai (Arnett ir kt., 2019), (Visseren ir kt., 2021).

Lenkijoje Grochulska su kolegomis (Grochulska ir kt., 2021) atliko tyrimą, kurio tikslas buvo įvertinti pacientų fizini pajėgumą po MI, prieš ir po reabilitacijos. Tyrimas buvo atliekamas 2 etapais, pirmas etapas buvo po 3 mėn. po MI, o antras - po 6 mėn. Tyrime dalyvavo 126 MI patyrę tiriamieji, iš jų buvo 76,2 proc. vyrų ir tik 23,8 proc. moterų. Iš visų tyrime dalyvavusiųjų 67,5 proc. turėjo antsvorio, o 42,5 proc. buvo padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, bei 35,7 proc. rūkė. Daugumai iš jų (72,2 proc.), buvo diagnozuota hipertenzija, taip pat 26,2 proc. sirgo cukriniu diabetu. Tyrimas parodė, kad pacientų fizinis pajėgumas po MI reikšmingai pagerėjo dalyvaujant širdies reabilitacijos programoje – tiek po 3 mėn., tiek po 6 mėn. buvo stebima teigiama dinamika. Rezultatai atskleidė, kad po reabilitacijos jaunesnio amžiaus pacientų fizinio krūvio tolerancija buvo geresnė, nei vyresnio amžiaus. Taigi galima teigti, kad reabilitacija po MI efektyviai gerina pacientų fizinio krūvio toleranciją (Grochulska ir kt., 2021).

Brunetti su kolegomis (Brunetti ir kt., 2017) atliko įdomų tyrimą, kurio metu buvo nagrinėjama judėjimo baimė, kitaip vadinama kineziofobija (*angl. Kinesiophobia*). Tyrime dalyvavo 132 pacientai, iš kurių 74 pacientai turėjo ūminį koronarinį sindromą, o kiti 58 turėjo ūminį širdies nepakankamumą. Kad įvertinti judėjimo baimę buvo pasirinktas Tampa Scale for Kinesiophobia (liet. Kineziofobijos vertinimo skalė). Klausimynas sudarytas iš 17 klausimų, kuriame kiekvienas klausimas sudarytas taip, kad tiriamieji gali pasirinkti iš galimų atsakymų nuo visiškai nesutinku iki visiškai sutinku, be to, kiekvienas atsakymas turi savo vertę - nuo 0 iki 4 balų. Bendras balas atsakymų

į klausimyną yra nuo 17 iki 68, kuo didesnis balas, tuo tai rodo aukštesnę kineziofobijos lygį. Vlaeyen su kitais tyrėjais atliktame tyrime nustatė ribą – 37 balai, jei yra surenkama daugiau nei 37, tai galima teigti, kad pacientas turi aukštą kineziofobijos lygį (Vlaeyen ir kt., 1995). Brunetto atliktame tyrime nustatyta, kad kineziofobija yra labai paplitusi tarp tyrime dalyvavusių respondentų, tai sudarė net 70,5 proc., o tai yra 93 tiriamieji iš 132. Tyrimu nustatyta, kad moterys 81 proc. yra labiau linkusios susidurti su judėjimo baime, lyginant su vyrais (66 proc.). Taip pat tyrimo pagalba nustatyta, kad žmonės, kurie jaučia judėjimo baimę po ligos, rečiau pasirenka reabilitaciją ir sumažina savo fizinį krūvį, net atliekant namų ruošos darbus. Tyrimo rezultatai parodė, kad kineziofobija yra rimta problema po patirtų ligų. Pacientams atsisakant reabilitacijos ir neužsiimant fizine veikla, padidėja rizika komplikacijų atsiradimui (Brunetti ir kt., 2017).

Pacientams, sergantiems MI, dažnai sumažėja fizinis pajėgumas, patyrus širdies raumens pažeidimą, dėl kurio atsiranda nuovargis, dusulys ir sumažėja fizinio krūvio tolerancija, tačiau reabilitacijos nauda ženkliai pagerina atsistatymo laikotarpį (Zhang ir kt., 2017), (Frampton ir kt., 2023). Taip pat nuolatinis fizinis aktyvumas leidžia pagerinti bendrą savijautą ir sumažinti rizikos veiksnius.

1.1.2. Emocinės sveikatos sąsajos su miokardo infarktu

MI yra viena dažniausių ŠKL, kuri kai kuriais atvejais gali būti mirtina. Per pastaruosius dešimtmečius gydymo pažanga pagerino pacientų sveikatos prognozes po MI, tačiau ši liga vis dar išlieka viena rimčiausių sveikatos problemų. 2019 m. MI išliko pagrindine vyresnių nei 50 metų žmonių mirties ir neįgalumo priežastimi visame pasaulyje (Vos ir kt., 2020), (Salari ir kt., 2023).

Dauguma pacientų, po patirto MI, patiria stiprų emocinį išgyvenimą. Vieni jaučia nerimą, kiti depresiją, o dar kiti susiduria su baime, dėl sveikatos ir ateities. Šios emocinės reakcijos gali turėti įtaką ne tik psichologinei savijautai, bet ir bendram sveikimo procesui (Lissåker ir kt., 2019).

Depresija ir nerimas dažnai pasireiškia pacientams po MI. Atsiranda baimė dėl mirties, ligos pasikartojimo galimybės, o nerimas - dėl gyvenimo būdo pokyčių ir apribojimų (Femia ir kt., 2021), (Saleh & Ambrose, 2018). Depresijos ir nerimo valdymas yra labai svarbūs gerinant sveikatos rezultatus, nes negydoma psichologinė būklė yra susijusi su prastesniu gyvenimo būdu, didesniu mirtingumu po MI ir pasikartojimo rizika (World Health Organization, 2021).

Norlund ir kolegų atliktame tyrime (Norlund ir kt., 2018) buvo vertinamas gydymo veiksmingumas po MI, mažinant nerimo ir depresijos simptomus. Tyrimo dalyvavo 239 MI patyrę žmonės. Tyrimui buvo nustatyti kriterijai: tiriamieji jaunesni nei 75 metai, MI įvyko mažiau nei prieš 3 mėn. ir nerimo bei depresijos klausimyno skalės balai didesni nei 7. Iš visų tiriamųjų buvo atrinkti 92 pacientai, kurie atitiko reikalavimus. Tiriamiesiems buvo pradėta taikyti internetinė kognityvinė

elgesio terapija (angl. *behavioural therapy* - *iCBT*). Tyrime buvo analizuojamos jų emocinės ir psichologinės reakcijos po MI. Rezultatai atskleidė dažnus emocinius sunkumus, įskaitant padidėjusį susijaudinimą, stiprų stresą, dėmesio ir koncentracijos sutrikimus, miego problemas, pyktį bei bejėgiškumo jausmą. Be to, daugelis dalyvių pranešė apie pasikeitusį požiūrį į gyvenimą ir savo emocines reakcijas, savęs suvokimą ir savo psichologinį supratimą, o visi šie pokyčiai lemia gyvenimo kokybės pasikeitimus (Norlund ir kt., 2018).

Nan kartu su kolegomis atliko tyrimą, kuriame įvertino ryšį tarp gyvenimo kokybės ir streso, kurį sukėlė MI (Nan ir kt., 2022). Tyrime dalyvavo 205 pacientai, iš kurių net 105 (51,2 proc.) buvo su įtariamu stresu, sukeltu MI. Vidutinis dalyvių amžius buvo apie 59 metai, 31,2 proc. sudarė moterys. Nustatyta, kad pacientams, kurių MI įvyko dėl streso, depresijos lygis buvo aukštesnis, nei tų, kurių MI nėra susijęs su stresu. Vertinant pacientų atsakymus į klausimyną PHQ – 9 (angl. *Patient Health Questionnaire-9*) nustatyta, kad vidutinis balas buvo 7,9 tų pacientų, kurie patyrė MI dėl streso, tuo tarpu kitų balai buvo 6,6 (Nan ir kt., 2022). Pacientų, kurių MI įvyko dėl streso, turėjo ilgesnį laiką praleisti gydymo įstaigoje, nei kiti tyrime dalyvavę. Tuo tarpu vertinant žalingų įpročių vartojimą nustatyta, kad pacientai ne dėl streso patyrė MI, net 55 proc. vartojo alkoholinius gėrimus lyginant su 38,1 proc. tiriamųjų kurie neutejo žalingų įpročių. Atliekant tyrimą dalyviai atsakinėjo į klausimyną HRQOL (angl. *Health-related quality of life*), taip pat į Sietlo anginos klausimyną (angl. *Seattle Angina Questionnaire – SAQ*) rezultatai neparodė didelių skirtumų. Tačiau po mėnesio, atsakant pakartotinai, buvo pastebėta, kad abi grupės savo sveikatą vertina geriau, nei pradžioje, tačiau pacientai, kurių MI įvyko dėl streso, vis tiek savo gyvenimo kokybę vertino prasčiau. Šie rezultatai rodo, kad tiek pacientai, kurie dėl streso patyrė MI, tiek ne dėl streso, vertina savo gyvenimo kokybę kaip pagėrėjusią. Tiems, kurių MI įvyko ne dėl streso, greičiau grįš į savo nusistovėjusi gyvenimą nei tie, kurie MI patyrė dėl didelio patirto streso (Nan ir kt., 2022).

Po MI dažnai žmonės patiria emocinį stresą, tokį kaip nerimą, baimę, nežinomybės ir nesaugumo jausmą (Liljeroos ir kt., 2023). Liljeroos kartu su bendraminčiais atliko tyrimą, kurio metu vykdė emocinės būsenos po MI, kokybinio turinio analizę. Jie nustatė, kad emocinis stresas po patirto MI yra normalus dalykas, nes tuo metu žmogus yra labiausiai pažeidžiamas ir nėra tikras dėl savo ateities. Nustatyta, kad iš karto po MI žmonės yra labiausiai netikri dėl savo sveikatos, patiria nerimą, baimę, kad MI gali pasikartoti, bei susiduria su sunkumu dėl nemigos. Tyrėjai įžvelgė, kad dauguma žmonių po MI bando savo mintis atitraukti nuo neigiamų minčių, o geriausiai atitraukti padeda kasdieninės veiklos, fizinis aktyvumas ir atsipalaidavimo pratimai arba užsiėmimai (Liljeroos ir kt., 2023). Geriausiai, pagal dalyvius, susidūrus su emocinėmis problemomis pagelbėja šeima ir socialinė aplinka. Tyrimas parodė, kad emocinis stresas po MI yra labai dažnas, nes ligos akivaizdoje žmogus jaučiasi bejėgiškai, taip pat nerimauja dėl savo ateities (Liljeroos ir kt., 2023).

Tyrimas, kuris buvo atliktas Amerikoje nuo 2008 m. iki 2017 m., jo metu buvo vertinama psichinės sveikatos sutrikimai pacientų po MI. Tyrimą atliko Sreenivasan su kolegomis, per 10 metų į tyrimą buvo įtraukti 6117804 pacientai, kurie patyrė MI (Sreenivasan ir kt., 2021). Vidutinis tiriamųjų amžius buvo 67 metai, didžiąją dalyvių dalį sudarė vyrai, o moterų buvo tik 39 proc. Vertinant psichikos sveikatos sutrikimus tyrimo pradžioje nustatyta, kad dažnai pasitaiko dalyviai, sergantys depresija - 6,2 proc., patiriantys nerimo sutrikimus - 6,0 proc., tačiau pasitaikydavo ir su kitais psichologiniais sutrikimais, tokiais kaip bipolinis sutrikimas - 0,9 proc., šizofrenijos sutrikimai - 0,8 proc. Tyrimui vykstant keitėsi pacientų metai ir gyvenimo būdai tačiau buvo pastebėta, kad psichologinių sutrikimų turinčių pacientų ne sumažėjo, o kaip tik padidėjo (Sreenivasan ir kt., 2021). Tačiau pastebėta, kad priešingai yra su šizofrenijos sutrikimais - jie tapo retesni. Psichikos sveikatos vertinimo metu nustatyti skirtumai tarp lyčių. Moterys, lyginant su vyrais, dažniau turėdavo nerimo sutrikimus ir tas rodiklis per tyrimo laikotarpį tik didėjo. Tuo tarpu vyrai dažniau patirdavo stresą, nei moterys. Tyrime buvo vertinami rasiniai ir etiniai skirtumai, dėl psichinės sveikatos sutrikimų paplitimo. Nustatyta, kad nerimo sutrikimai metams einant padidėjo visose grupėse. Tokie ligos sutrikimai, kaip bipolinis, šizofrenijos pastebimai daugiau pasitaikydavo tarp vietinių amerikiečių. Tuo tarpu nuo tyrimo pradžios iki pabaigos šios ligos paplitimas tarp juodaodžių amerikiečių pastebimai padidėjo net 18,5 proc. Apibendrinant tyrimą, psichinės sveikatos sutrikimai ir MI yra labai susiję. Psichiniai sveikatos sutrikimai kelia didelę naštą pacientams po MI, nes reikalauja didesnio ir labiau specializuoto gydymo (Sreenivasan ir kt., 2021).

Pacientai po patirto MI dažnai susiduria su emocinėmis problemomis, kurios stipriai paveikia jų tapatybės suvokimą. Dauguma, susidūrus su emocinėmis problemomis po MI, nesikreipia pagalbos, o problemas sprendžia patys. Dažnam yra sunku pripažinti, kad turi problemų, o sunkiausia yra apie tai pranešti kitiems (Tokarewicz ir kt., 2025).

1.1.3. Socialinės sveikatos pokyčiai po patirto miokardo infarkto

Po patirto MI, dėl sumažėjusio dalyvavimo darbe ar socialinėje veikloje, gali reikšmingai sutrikti paciento socialinis gyvenimas ir santykiai su artimaisiais bei kolegomis. Be fizinių ir emocinių ribojimų, pacientai dažnai patiria socialinę izoliaciją, o tai gali paveikti jų psichologinę būklę (Renata ir kt., 2019), (Dibben ir kt., 2023). Šeimos ir draugų parama atlieka esminį vaidmenį gerinant pacientų gyvenimo kokybę po MI, nes jie ne tik padeda susidoroti su kasdieniais iššūkiais, bet ir stiprina emocinę gerovę bei skatina sveikimo procesą (Prabhakaran ir kt., 2020).

Socialiniai sveikatos veiksniai, kurie veikia pacientą po MI, apima socialinę ir ekonominę padėtį, tokią kaip pajamos ir išsilavinimas (NAM ir kt., 2024), (Shi ir kt., 2022). Šie veiksniai gali

turėti reikšmingą įtaką paciento sveikimo procesui, nes žemesnės pajamos ir mažesnis išsilavinimas gali būti susiję su blogesnėmis sveikatos priežiūros galimybėmis, mažesne prieiga prie reabilitacijos paslaugų ir didesne streso rizika. Socialinė ir ekonominė padėtis taip pat gali paveikti paciento gyvenimo kokybę, motyvaciją laikytis gydymo rekomendacijų ir socialinę paramą, kurią gauna iš artimųjų bei bendruomenės (Bucholz ir kt., 2015). Socialiniai ir ekonominiai veiksniai, tokie kaip išsilavinimo trūkumas, skurdas ir pajamų nelygybė yra vieni iš svarbiausių veiksnių, kurie lemia sumažėjusį gyvenimo kokybės lygį po MI. Žemas išsilavinimo lygis gali riboti paciento gebėjimą suprasti ir laikytis gydymo rekomendacijų, o skurdas ir pajamų nelygybė gali apriboti prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų, įskaitant reabilitaciją ir vaistus. Dėl šių veiksnių pacientams gali būti sunkiau pasiekti geresnę sveikatos būklę, kas gali dar labiau pabloginti jų gyvenimo kokybę ir psichologinę gerovę (Kilpi ir kt., 2016).

Mažas pajamas gaunantiems žmonėms gresia daugybė neigiamų pasekmių sveikatai, įskaitant pakartotinį MI arba net mirtį. Priežastys, dėl kurių mažas pajamas gaunantys asmenys turi didesnę MI riziką, gali būti susijusios su žalingais įpročiais, tokiais kaip rūkymas, nesveika mityba, alkoholio vartojimas, taip pat su negydoma hipertenzija arba bloga cukrinio diabeto kontrole (Schäfer ir kt., 2022), (Ricci ir kt., 2025). Dėl ribotos prieigos prie sveikatos priežiūros paslaugų, šie asmenys gali nesilaikyti gydymo plano arba neturėti galimybės gauti reikalingų vaistų. Tačiau geras pajamas turintys žmonės taip pat gali susidurti su tais pačiais rizikos veiksniais, ypač jei jie turi netinkamų įpročių arba nesuvaldo streso, kuris taip pat gali prisidėti prie širdies ir kraujagyslių ligų rizikos (Kilpi ir kt., 2016).

Nustatyta, kad po MI socialiniai ir ekonominiai veiksniai turi reikšmingą įtaką gyvenimo kokybei ir gali padidinti pakartotinio MI rizikos tikimybę. Žmonės, turintys žemesnį socialinį ir ekonominį statusą, dažnai susiduria su ribota prieiga prie sveikatos priežiūros paslaugų, kas gali lemti nepakankamą gydymą ir reabilitaciją, didinti pakartotinio MI riziką (Sir & Ozakgul, 2022), (Merlo ir kt., 2022). Taip pat, po MI dažnai įvyksta socialinis pasitraukimas – pacientai nustoja dalyvauti laisvalaikio veiklose ir socialinėje veikloje, kas gali dar labiau pabloginti jų psichologinę savijautą, padidinti izoliacijos jausmą ir pabloginti gyvenimo kokybę. Tokie pokyčiai taip pat gali turėti neigiamą poveikį jų sveikatai ir bendram sveikimo procesui (Moledina & Tang, 2021).

Tyrime, kurį atliko Tetzlaff kartu su savo kolegomis, buvo tiriama socialinė nelygybė tarp pacientų, patyrusių MI (Tetzlaff ir kt., 2021). Tyrimui buvo pasitelkti duomenys iš Vokietijos draudimo įmonės nuo 2008 m. iki 2017 m. Duomenys parodė, kad buvo užfiksuoti net 39832 atvejai po lengvai persirgto MI, 22844 atvejai po sunkiai persirgto MI, 276582 mirtys, kurios nėra susijusios su MI, 15120 mirtys po lengvai persirgto MI ir 16495 mirtys po sunkiai persirgto MI. Nustatyta, kad pacientai, kurie turėjo žemas pajamas dažniau turėdavo be komplikacijų MI, kartais pasitaikydavo

MI su komplikacijom bei pastebėtas didelis mirštamumas nuo MI. Pastebėta, kad mažesnes pajamas gaunantys žmonės po MI dažniau greičiau mirdavo, tuo tarpu turintys geresnes pajamas po lengvai persirgto MI vyrai dažniau ilgiau gyvendavo (Tetzlaff ir kt., 2021). Tačiau po sunkiai persirgto MI žmonės dažniau trumpiau gyvendavo tiek gaunantys aukštas pajamas, tiek gaunantys žemas. Tyrimo duomenys parodė socialinės nelygybės įtaką po MI. Asmenys, kurie gauna mažesnes pajamas dažniau susidurdavo su trumpesniu gyvenimo laiku po MI, dėl jų blogesnės socialinės padėties, nei tie, kurie turi aukštesnes pajamas. Tyrimas akcentuoja, kad reikia daugiau dėmesio skirti tiems pacientams, kurie yra socialiai nepalankioje padėtyje, padedant jiems pagerinti jų sveikatą (Tetzlaff ir kt., 2021). Tuo tarpu tyrimo, kurį atliko Szczepańska su kolegomis (Szczepańska ir kt., 2023), rezultatai parodė, kad dauguma (81,9 proc.) tyrimo dalyvių savo finansinę padėtį įvertino vidutiniškai. Beveik pusė jų (49,14 proc.) turėjo nuolatinį darbą, kita didelė tiriamųjų dalis (43,1 proc.) buvo išėję į pensiją arba gavo neįgalumo išmokas, iš kurių didžiausią dalį sudarė moterys (61,29 proc.) o vyrai - 36,47 proc. (Szczepańska ir kt., 2023).

Po patirto MI pacientai dažnai jaučiasi socialiai apriboti, nes jų svarbiausias poreikis – saugumo jausmas, nėra užtikrintas. Dauguma jų patiria baimę, dėl galimybės patirti pakartotinį MI, kas gali lemti nuolatinį nerimą ir stresą. Ši baimė gali skatinti socialinę izoliaciją, nes pacientai vengia įvairių veiklų, kurios, jų nuomone, gali kelti papildomą riziką jų sveikatai. Dėl šių emocinių ir fizinių ribojimų, pacientai gali jaustis nesaugūs ir bejėgiai, kas gali neigiamai paveikti jų gyvenimo kokybę ir psichologinę gerovę (Solano-Ruiz ir kt., 2021).

1.2. Miokardo infarktas ir jo sąsajos su gyvensena

Nesveiko gyvenimo būdo elgesys, prisidedantis prie MI išsivystymo, apima ir netaisyklingą mitybą. Netinkama mityba, ypač pernelyg didelis riebių ir perdirbtų maisto produktų vartojimas, gali sukelti organizmo funkcijų sutrikimus, padidinti kraujo spaudimą ir cholesterolio kiekį, taip pat sukelti uždegimus, kurie prisideda prie širdies ir kraujagyslių ligų (Schmidt-RioValle ir kt., 2020), (Berg ir kt., 2023). Toks nesveiko maisto pasirinkimas gali pernelyg apkrauti organizmą, didindamas širdies darbą ir riziką patirti MI. Nesubalansuota mityba gali sukelti ir kitas sveikatos problemas, kurios dar labiau padidina širdies ligų atsiradimo riziką (Sieri ir kt., 2020). Siekiant sumažinti MI riziką yra rekomenduojama keisti valgymo įpročius. Rekomenduojama daugiau valgyti daržovių, vaisių, pilno grūdo produktų, neperdirbtos mėsos ir žuvies. Tokia mityba gali padėti palaikyti sveiką širdies ir kraujagyslių sistemą, bei užkirsti kelią rizikos veiksniams, tokiems kaip aukštas kraujo spaudimas ir cholesterolis. Be to, yra ir kitų svarbių veiksnių, kurie didina tikimybę patirti MI, tokių kaip nepakankamas miegas, rūkymas ir alkoholio vartojimas. Šie elgesio veiksniai gali reikšmingai

pabloginti sveikatą ir padidinti riziką susirgti širdies ligomis (Hirshkowitz ir kt., 2015). Žmogus turėtų kiekvieną dieną bent 30 min. skirti mankštai, nes reguliarus vidutinio sunkumo fizinis aktyvumas sumažina MI riziką (AL-SHAAR ir kt., 2020). Fizinis aktyvumas padeda gerinti širdies ir kraujagyslių sistemą, mažina AKS, didina gerojo cholesterolio lygį ir gerina kraujotaką. Be to, reguliari mankšta padeda kontroliuoti svorį, mažina stresą ir gerina bendrą savijautą, kas taip pat prisideda prie geresnės širdies veiklos (Lian ir kt., 2021).

Szczepańska su kolegomis (Szczepańska ir kt., 2023) atliko tyrimą, kurio tikslas buvo įvertinti MI patyrusių žmonių mitybos įpročius. Tyrimu siekė nustatyti, kaip mitybos pasirinkimas gali paveikti sveikimo procesą po MI ir kokie veiksniai gali turėti įtaką pacientų mitybos įpročių pokyčiams po MI. Gauti duomenys padeda geriau suprasti, kokie mitybos aspektai yra svarbūs pacientams, siekiant sumažinti pakartotinio MI riziką ir pagerinti gyvenimo kokybę po MI. Tyrime dalyvavo 116 MI patyrusių asmenų (85 vyrai ir 31 moteris). Anketoje buvo pateiktos keturios klausimų grupės, susijusios su mitybos įpročiais (valgymų skaičius per dieną, valgymo reguliarumas, užkandžių valgymas, druskos ir cukraus vartojimas), tam tikrų maisto produktų vartojimo dažnumas (sveikų ir nesveikų), apie žalingus įpročius ir gyvenimo būdą (alkoholio vartojimą, rūkymą, miego laiką, fizinį aktyvumą) ir sociodemografiniai klausimai. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad pacientai dažniausiai valgydavo tris kartus per dieną, tačiau reguliariai valgydavo tik dalis dalyvių. Apie trečdalis pacientų valgė užkandžius tarp pagrindinių valgymų, 45 proc. papildomai prideda druskos į paruoštus patiekalus, o 55 proc. saldina karštus gėrimus. Tyrime taip pat nustatyta, kad tyrimo dalyviai pakankamai dažnai vartoja nesveikus produktus. Be to, tyrimas atskleidė, kad tik maža dalis dalyvių gyvena sveiką gyvenimo būdą. Remiantis šiais rezultatais, buvo nustatyta, kad reikia įgyvendinti prevencines priemones, siekiant didinti žmonių informuotumą apie tai, kaip pakeisti savo gyvenimo būdą ir mitybos įpročius, kad būtų sumažinta širdies ir kraujagyslių ligų rizika (Szczepańska ir kt., 2023).

1.3. Gyvenimo kokybės pokyčiai po miokardo infarkto

Pacientams, kurie išgyveno MI, yra daug didesnė tikimybė patirti pakartotinį MI, lyginant su likusia populiacija. Tai rodo, kad ankstyva diagnostika, tinkamas gydymas ir nuolatinė medicininė priežiūra yra būtina, siekiant sumažinti šią riziką. Medicininė intervencija, vaistų vartojimas, reabilitacija ir gyvenimo būdo pokyčiai atlieka svarbų vaidmenį ne tik pacientų fizinės sveikatos gerinime, bet ir sumažinant pakartotinio MI tikimybę. Tinkama ir laiku suteikta pagalba gali reikšmingai pagerinti pacientų sveikatos ilgalaikes prognozes ir gyvenimo kokybę (De Schutter ir kt., 2018).

Szudy ir Chojnacka-Kowalewska (Szudy & Chojnacka-Kowalewska, 2023) atliko tyrimą, su tikslu įvertinti pacientų gyvenimo kokybę po patirto MI. Gyvenimo kokybei vertinti naudojo SF-36 klausimyną. Nustatyta, kad po MI pacientai patyrė reikšmingus fizinius apribojimus. Sveikatos sutrikimai paveikė jų kasdienę veiklą. Kaimo gyventojai savo sveikatos būklę įvertino geriau, nei miesto gyventojai. Nutukę pacientai savo fizinę būklę įvertino blogiau, nei cukriniu diabetu ar hipertenzija sergantys asmenys. Be to, pacientai savo emocinę ir fizinę būklę įvertino blogiau, nei prieš MI. Tyrime taip pat nustatyta daug fizinių apribojimų ir emocinių problemų, tokių kaip depresija, nerimas, savęs nesupratimas (Szudy & Chojnacka-Kowalewska, 2023). Szudy ir Chojnacka-Kowalewska savo atliktame tyrime nustatė, kad kaimo gyventojai geriau įvertino savo fizinę sveikatą, nei miesto gyventojai. Tai gali būti siejama su didesniu fiziniu aktyvumu, sveikesne mityba ir emociniu stabilumu kaimo vietovėse, palyginti su miesto aplinka.

Miesto gyventojai daugiau laiko praleidžia uždarose erdvėse, mažiau juda, dažniau dirba sėdimą darbą ir rečiau būna gryname ore (Lian ir kt., 2021). Dėl šių veiksnių jų fizinė būklė dažnai būna silpnesnė, nei kaimo gyventojų, kurie daugiau laiko praleidžia lauke ir dažnai dirba fiziškai sunkesnę darbą. Be to, pacientai po MI dažnai susiduria su emocinėmis problemomis, tokiomis kaip depresija ir nerimas. Svarbu laiku atpažinti pirmuosius depresijos simptomus – blogą nuotaiką, nesidomėjimą nauja veikla, aktyvumo stoka ir suteikti reikiamą pagalbą ankstyvoje stadijoje, siekiant pagerinti pacientų gyvenimo kokybę bei užkirsti kelią ilgalaikėms psichologinėms problemoms (Szudy & Chojnacka-Kowalewska, 2023).

Waszak (Waszak, 2023) atliktame tyrime, kuriame taip pat gyvenimo kokybei vertinti buvo naudojamas SF-36 klausimynas, dalyvavo 99 asmenys po MI. Daugiau nei pusė apklaustųjų buvo vyrai (59,6 proc.). Beveik pusė (43,4 proc.) respondentų nepatenkinamai įvertino savo sveikatos būklę, o 60,6 proc. nurodė, kad ji pablogėjo lyginant su praėjusiais metais. Tyrimas taip pat parodė, kad 83,8 proc. pacientų patyrė fizinės veiklos apribojimus, užsiimdami didelių pastangų reikalaujančia veikla (bėgimas, sportas). Dažną nuovargį nurodė 40,4 proc. respondentų, o 79,9 proc. teigė jaučiantys trumpalaikį nuovargį. Be to, 57,6 proc. tam tikrą laiką jautėsi prislėgti ir liūdni, o 2 proc. šiuos jausmus išgyveno nuolat. Respondentai pažymėjo, kad jų fizinė sveikata kelia sunkumų kasdieniame gyvenime, nes jie greitai pavargsta net nuo minimalios fizinės veiklos. Tai rodo, kad po MI pacientams svarbu atidžiai valdyti fizinį krūvį ir laipsniškai didinti aktyvumą. Svarbu pabrėžti, jog intensyvi fizinė veikla po MI nerekomenduojama iš karto, ji turėtų būti įtraukiama palaipsniui, kad būtų išvengta per didelio krūvio ir palaikomas sklandus sveikimo procesas (Waszak, 2023).

Kitame tyrime, kurį atliko Džubur ir kolegės, emociškai būsenai vertinti, buvo naudojama Becko depresijos skalė, gyvenimo kokybei SF-36 klausimynas. Tyrime dalyvavo 120 MI patyrusių pacientų, kurių amžius svyravo nuo 41 iki 88 metų. Tyrimo rezultatai parodė, kad visi pacientai buvo

hospitalizuoti dėl ūmaus MI sukeltų komplikacijų, o 59 pacientai (49,17 proc.) sirgo depresija. Depresija buvo neigiamai susijusi su pacientų fizine, emocine ir psichine sveikata, kuri labiau apsunkino sveikimo procesą (Džubur ir kt., 2022). Todėl itin svarbu laiku atpažinti pirmuosius depresijos simptomus, tokius kaip prasta nuotaika, energijos stoka, sumažėjęs domėjimasis veikla ar socialiniu gyvenimu ir suteikti pacientui reikiamą pagalbą. Artimieji dažnai gali būti pirmieji, pastebintys šiuos pokyčius, todėl jų emocinė parama ir palaikymas yra labai svarbūs, siekiant padėti žmogui įveikti šį sudėtingą laikotarpį (Džubur ir kt., 2022).

Atliktuose tyrimuose daugiausia dėmesio skiriama pacientų gyvenimo kokybei po miokardo infarkto (MI), analizuojant fizinius, psichologinius ir socialinius aspektus. Nors visų tyrimų tema išlieka ta pati, jie skiriasi tiriamomis grupėmis ir jų amžiumi. Tačiau visų tyrimų išvados sutampa – MI neigiamai veikia pacientų gyvenimo kokybę. Psichologiniai veiksniai, tokie kaip depresija ir nerimas, išskiriami kaip vieni svarbiausių aspektų, darančių neigiamą poveikį kasdieniam funkcionavimui. Džubur ir kolegų (Džubur ir kt., 2022) atliktas tyrimas atskleidė, kad depresija neigiamai veikia visus gyvenimo kokybės aspektus, ypač fizinį funkcionavimą ir psichinę sveikatą. Panašiai Waszak (Waszak, 2023) tyrimas parodė, kad beveik pusė pacientų po MI patiria depresijos simptomus.

Apibendrinant galima teigti, kad visi tyrimai patvirtina reikšmingą MI poveikį gyvenimo kokybei, ypač fizinei ir psichinei sveikatai. Kiekvienas tyrimas pateikia svarbių įžvalgų – vieni pabrėžia psichologinių veiksnių svarbą, kiti akcentuoja fizinės sveikatos reikšmę. Visų šių aspektų analizė leidžia geriau suprasti, kaip įvairūs veiksniai lemia paciento savijautą ir prisideda prie jo sveikimo proceso po MI (Lee ir kt., 2018).

2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

2.1. Tyrimo metodas ir jo pagrįstumas

Tyrimui atlikti taikytas kiekybinis tyrimo metodas, o duomenims surinkti naudota anoniminė anketinė apklausa (1 priedas). Šiuo tyrimu siekiama patvirtinti arba paneigti hipotezę, pasiekti tikslą ir uždavinius. Gyvenimo kokybei po MI vertinti naudotas SF-36 klausimynas kuris yra validuotas ir patikimas įrankis, tinkantis tyrimo tikslui pasiekti ir uždaviniams įgyvendinti. Tai trumpa sveikatos apklausos forma (angl. *Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire*), kuri susideda iš 36 klausimų, atspindinčių aštuonias gyvenimo sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą, dėl fizinių negalavimų ir emocinių sutrikimų, socialinius ryšius, emocinę būseną, energingumą/gyvybingumą, skausmą ir bendrąją sveikatos vertinimą.

2.2. Tyrimo organizavimas

Tyrimas vyko etapais:

- 1) temos pasirinkimas (2023 m. lapkričio mėn.);
- 2) literatūros paieška pradėta pasirinkus mokslinio darbo temą ir baigta baigus interpretuoti tyrimo rezultatus (2023 m. lapkričio mėn. - 2025 m. gegužės mėn.);
- 3) tyrimo tikslo, uždavinių ir hipotezės formulavimas (2023 m. gruodžio mėn.);
- 4) mokslinės literatūros paieška duomenų bazėse *PubMed (Medline)*, *Science Direct*, *eLABa* (Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka) virtualiajame kataloge ir specializuotoje informacijos paieškos sistemoje *Google Scholar* (2024 m. rugsėjo mėn. – 2025 m. gegužės mėn.);
- 5) tyrimo instrumento paieška ir jo adaptavimas (2024 m. rugsėjo mėn.- spalio mėn.);
- 6) gautas VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas Nr. (1.7 E) 150000 – KT – 456 atlikti tyrimą (2024 m. lapkričio mėn.);
- 7) gautas asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPI) leidimas Nr. SR – 7759 atlikti tyrimą (2024 m. gruodžio mėn.);
- 8) anketavimas ASPI. Anketos buvo atspausdintos ir dalintos ASPI kardiologijos skyriuose besigydančioms po MI pacientams. Anketos buvo dalintos 3 mėnesius (2024 m. gruodžio mėn. – 2025 m. vasario mėn.);
- 9) gautų duomenų suvedimas į IBM SPSS 23.0 statistikos programą (2025 m. vasario mėn.- balandžio mėn.);
- 10) gautų rezultatų analizavimas (2025 m. kovo mėn. - balandžio mėn.);
- 11) išvadų formulavimas ir pateikimas (2025 m. balandžio mėn.);

- 12) rekomendacijų formulavimas ir pateikimas (2025 m. balandžio mėn.);
- 13) literatūros sąrašo sudarymas (2024 m. rugsėjo mėn. – 2025 m. gegužės mėn.).

2.3. Literatūros šaltinių paieškos strategija ir apdorojimas

Mokslinės literatūros paieška buvo atlikta duomenų bazėse *PubMed (Medline)* ir *Science Direct*. Literatūros paieškai naudoti raktiniai žodžiai anglų kalba: *quality of life and after and myocardial infarction, quality of life and myocardial infarction, myocardial infarction and life*. Buvo rasta 390 straipsnių. Dauguma straipsnių neatitiko įtraukimo kriterijų, nes buvo neatvira prieiga prie straipsnių bei straipsniai publikuoti vėliau, nei prieš 10 metų. Nesuradus pakankamai straipsnių, buvo ieškoma dar ir lenkų kalba straipsniai, specializuotoje informacijos paieškos sistemoje *Google Scholar* naudojant paieškos žodžius: *jakość życia po zawale mięśnia sercowego, zawał mięśnia sercowego* (100 straipsnių). Lietuvių kalba (67 straipsniai) straipsniai buvo ieškomi eLABa (Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka) virtualiajame kataloge naudojant raktinius žodžius: gyvenimo kokybė po miokardo infarkto, gyvenimo kokybė, miokardo infarktas. Galutinei analizei buvo pasirinkti anglų, lenkų ir lietuvių kalba publikuoti straipsniai. Rasti ir peržiūrėti straipsniai pagal įtraukimo ir neįtraukimo kriterijus.

Įtraukimo kriterijai: 1) paieškos žodžiai (gyvenimo kokybė po MI); 2) publikuoti anksčiau, nei prieš 10 metų, susiję su tema; 3) nemokama ir atvira viso straipsnio prieiga; 4) publikacijos parašytos lietuvių, anglų, lenkų kalbomis.

Neįtraukimo kriterijai: 1) publikacijos, kurių pavadinimas neatitiko ieškomos temos; 2) vadovėliai ir knygos; 3) mokama ir neatvira prieiga; 4) publikacijos, kurių viso teksto turinys neatitiko ieškomos temos.

2.4. Tyrimo procesas

Tyrimas buvo planuojamas ir įgyvendinamas remiantis slaugos baigiamojo darbo reglamentu (Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto taryba, 2023).

Tyrimas atliktas 2024 m. spalio mėn. – 2025 m. vasario mėn. Analizuojant mokslinę literatūrą buvo nuspręsta, kad tyrimui atlikti, pasirinkti kiekybinį metodą, dėl galimybės apklausti daugiau respondentų. Tyrimui atlikti pasirinktas standartizuotas SF-36 klausimynas (angl. *Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire*) (1 priedas). Klausimynas yra laisvai prieinamas ir leidimo juo naudotis nereikia. Buvo kreiptasi į VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetą dėl pritarimo atlikti tyrimą. 2024 m. lapkričio mėn. gautas VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto

pritarimas atlikti kiekybinį tyrimą (Nr. (1.7 E) 150000 – KT – 456) (2 priedas). 2024 m. gruodžio mėn. gautas ASPI leidimas Nr. SR – 7759 atlikti tyrimą, susipažinti su juo galima asmeniškai susiekus su darbo autoriais.

Gavus ASPI leidimą atlikti tyrimą, kreiptasi į I-o ir II-o kardiologinio skyriaus vyr. slaugytojus ir skyrių vedėjus, dėl skyriuose gydomų pacientų anketavimo. Skyrių vyr. slaugytojams ir vedėjams buvo pristatytas tyrimo tikslas, paaiškinta, kas bus tirama ir paaiškinta, kad tyrimas yra anoniminis bei nėra reikalaujama teikti asmens duomenų. Taip pat buvo supažindinti su klausimyno turiniu (1 priedas) ir pateikti įstaigos leidimai bei VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas atlikti tyrimą. Skyrių vedėjai ir vyr. slaugytojai pritarė, dėl tyrimo atlikimo jų skyriuose. Anketos buvo atspausdintos ir išdalintos I-ame ir II-ame kardiologiniuose skyriuose gydomiems pacientams po MI. Pacientų anketavimas vyko jų palatose, prieš tai prisistatant, paklausiant ar sutiktų dalyvauti tyrime. Buvo pristatytas tyrimo tikslas, paaiškinta, kas bus tirama, kad šis tyrimas yra anoniminis, jokių asmens duomenų nereikia teikti. Sutikus dalyvauti tyrime respondentams buvo paduodama popierinė anketa ir palikta palatoje, kad galėtų neskubant užpildyti be tiesioginio tyrėjo dalyvavimo. Pacientai, sutikę dalyvauti tyrime, raštiškai patvirtino savo sutikimą dalyvauti tyrime, atsakydami į klausimą „Ar sutinkate dalyvauti apklausoje“. Visi surinkti duomenys, susiję su respondentų atsakymais, prieinami tik tyrėjams, o gauti duomenys panaudoti rengiant baigiamąjį darbą. Anketavimas vyko 2024 m. gruodžio mėn. – 2025 m. vasario mėn.

ASPI I-ame ir II-ame kardiologijos skyriuose buvo išdalintos 325-ios anketos, užpildyta ir gražinta 316 anketų, tačiau 4 anketos nebuvo tinkamos analizei, nes buvo ne pilnai užpildytos. Baigiamai analizei iš I-o ir II-o kardiologijos skyrių buvo tinkamos ir analizuojamos 312 anketų (2025 m. vasario mėn.). Vykdam duomenų analizę ir duomenų interpretaciją buvo analizuojama ar pasiekti visi išsikelti uždaviniai (2025 m. vasario mėn.- balandžio mėn.). Baigus gautų duomenų analizę buvo aprašomos išvados ir rekomendacijos (2025 m. balandžio mėn.).

2.5. Tyrimo metodas ir instrumentas

Tyrimui atlikti pasirinkta anketinė anoniminė apklausa. Tyrimo instrumentą sudaro dvi dalys: 1) standartizuotas SF-36 klausimynas ir 2) bendri klausimai apie tiriamuosius (1 priedas).

1. SF-36 klausimynas yra laisvai prieinamas internete, jo naudojimui nereikia specialaus leidimo. Klausimynas susideda iš 36 klausimų, kurie atspindi aštuonias gyvenimo kokybės sritis: 1 - fizinį aktyvumą, 2 - veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų, 3 - skausmą, 4 - bendrąjį sveikatos vertinimą, 5 - gyvybingumą, 6 - socialinę funkciją, 7 - veiklos apribojimą dėl emocinių sutrikimų bei 8 - emocinę būklę. Šios sritys sudaro dvi sveikatos kategorijas – fizinės sveikatos (1-4 sveikatos

sritys) bei psichikos sveikatos (5-8 sveikatos sritys). Atsakymai vertinami balais ir pagal algoritmą apskaičiuojama kiekviena sritis atskirai. Kiekvienos srities skaitinė reikšmė yra nuo 0 iki 100. Kuo didesnis balas, tuo geresnė su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (Ware & Sherbourne, 1992), (Staniūtė Margarita, 2007)

2. Pateikti bendri klausimai apie tyrimo dalyvių amžių, išsilavinimą, lytį, gyvenamą vietą, žalingus įpročius, gyvenseną ir ligos veiksnius. Respondentai, sutikę dalyvauti tyrime, savo sutikimą patvirtino raštiškai, atsakydami į klausimą „Ar sutinkate dalyvauti apklausoje“.

2.6. Tiriamųjų atranka

Tiriamųjų imtis paskaičiuota pagal Paniotto formulę: $n=1/(\Delta^2 + 1/N)$, kur: n – atvejų skaičius atrankinėje grupėje, N – generalinė aibė, Δ – paklaidos dydis.

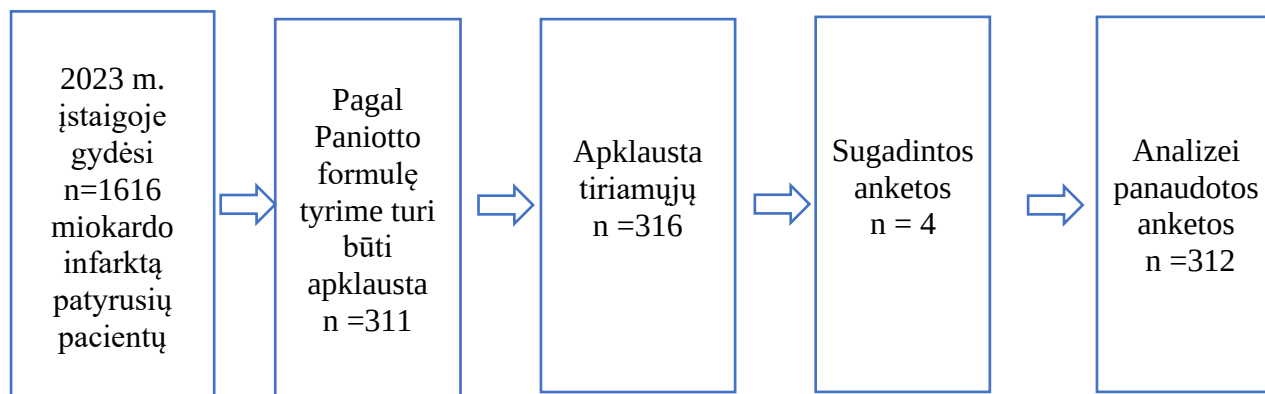
Pagal ASPĮ veiklos ataskaitą 2023 m. įstaigoje gydėsi 1616 miokardo infarktą patyrusių žmonių. Siekiant, kad apklausa būtų reprezentatyvi ir patikima su 5 proc. paklaida, tyrime turi būti apklausta 311 tiriamųjų. Tyrimo imties sudarymas pateiktas 1 paveiksle.

Tiriamųjų atrankos į tyrimą kriterijai:

- pacientai po patirto MI;
- sutinkantys dalyvauti tyrime;
- pacientai, suprantantys lietuvių kalbą ir galintys lietuviškai skaityti;
- sąmoningi pacientai, kurie gali suprasti tyrimo tikslą bei sugebantys atsakyti į

pateiktus klausimus.

Buvo planuojama, kad tyrime dalyvaus 311 pacientų, kurie gydėsi ASPĮ I ir II kardiologijos skyriuose. Anketos buvo atspausdintos ir išdalintos kardiologijos skyriuose, kad pacientai galėtų jas užpildyti pagal pateiktas instrukcijas.



1 pav. Tyrimo imties sudarymo schema

2.7. Duomenų apdorojimas ir analizė

Tyrimo rezultatai analizuoti IBM SPSS programos 23.0 versija, grafikai ir lentelės sudarytos naudojant Microsoft Office Excel 2019 ir Microsoft Office Word 2019 programas. Gautų kintamųjų įvertinimui buvo naudojami aprašomosios statistikos metodai. Duomenys pateikiami procentais ir vidurkiais $\pm$ standartiniais nuokrypiais. Dviejų nepriklausomų kintamųjų vidurkiai ir jų dispersijos buvo lygintos taikant Mann-Whitney testą. Kategorinių kintamųjų ryšiams vertinti buvo naudojamas Chi kvadrato kriterijus. Duomenų rezultatai yra statistiškai reikšmingi, jei apskaičiuotos kriterijaus p reikšmė yra ne didesnė už reikšmingumo lygmenį 0,05.

2.8. Tyrimo etika

Tyrimui atlikti buvo gautas VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas Nr. (1.7 E) 150000 – KT - 456 Vilnius (2 priedas). Gavus VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimą (2024 m. lapkričio mėn.), kreiptasi į ASPI administraciją su prašymu atlikti tyrimą jų įstaigos kardiologijos skyriuose. Gavus gydymo įstaigos leidimą (2024 m. gruodžio mėn.) (Nr. SR – 7759) tyrimui, kreiptasi į skyrių vedėjus ir vyr. slaugytojus dėl leidimo atlikti jų skyriuose tyrimą. Gavus leidimą pradėtas pacientų anketavimas.

Tyrimas buvo atliktas laikantis tyrimo etikos principų, nebuvo pažeista Helsinkio deklaracijos autonomiškumo, geradarystės, nepakenkimo, privatumo ir konfidencialumo principai. Prieš atsakant į klausimus respondentai buvo supažindinti su klausimynu, paaiškinta kodėl yra atliekamas tyrimas, koks jo tikslas. Apklausa yra anonimiška, nereikėjo teikti jokių asmens duomenų. Visi surinkti duomenys apie respondentų atsakymus prieinami tik tyrėjai ir darbo vadovai. Gauti duomenys naudojami apibendrintai, rengiant baigiamąjį darbą.

3. TYRIMO REZULTATAI

Atliekant tyrimą buvo išdalintos 325 anketos, atgal grįžo 316 anketos. Tyrimo atlikimui buvo netinkamos 4 anketos. Galutinei analizei buvo atrinkta 312 anketų. Atsako dažnis siekia 96,0 proc.

3.1. Demografiniai tiriamųjų duomenys

Anketa yra suskirstyta į 2 dalis - specialioji ir bendroji dalys. Bendrojoje dalyje respondentai atsakė į klausimus apie amžių, išsilavinimą, lytį, gyvenamą vietą, žalingus įpročius, gyvenseną ir ligos veiksnius. Respondentai, sutikę dalyvauti tyrime, savo sutikimą patvirtino raštiškai, atsakydami į klausimą „Ar sutinkate dalyvauti apklausoje“. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal sociodemografinius požymius pateiktas 1 lentelėje.

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal sociodemografinius požymius (n=312)

Tiriamasis požymis		Absolutus skaičius (n)	Santykinis dažnis (proc.)
Lytis	vyras	164	52,6
	moteris	148	47,4
Amžius	iki 55 m.	70	22,4
	55-59 m.	67	21,5
	60-64 m.	63	20,2
	65-69 m.	66	21,2
	70 m. ir vyresni	46	14,7
Išsilavinimas	pradinis	6	1,9
	vidurinis	116	37,2
	aukštesnysis	165	52,9
	aukštasis	25	8,0
Gyvenamoji vieta	miestas	202	64,7
	miestelis	75	24,0
	kaimas	35	11,2

Nustatyta, kad tyrimo dalyviai gana tolygiai pasiskirstė pagal lytį, amžius svyruoja nuo 33 m. iki 95 m., vidurkis siekia 61,13±9,34 m., didžioji dalis tiriamųjų turi aukštesnįjį išsilavinimą (52,9 proc.) ir gyvena mieste (64,7 proc.) (1 lentelė).

Tolimesnėje analizėje, siekiant detaliau nustatyti tyrimo dalyvių gyvenimo kokybės skirtumus tarp skirtingų sociodemografinių grupių, tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes pagal amžių (iki 60 m. (n=137) ir 60 m. ar daugiau (n=175)), pagal išsilavinimą (turintys vidurinį ar žemesnį išsilavinimą (n=122) ir turintys aukštesnįjį ar aukštesnį išsilavinimą (n=190)) ir pagal gyvenamąją vietą (gyvenantys mieste (n=202) ir gyvenantys mažesniame miestelyje (n=110)).

Taip pat buvo vertinami tyrimo dalyvių su MI susiję veiksniai. Buvo klausiama apie tai, kokią darbą dirbo prieš įvykstant MI ar pirmą kartą įvyko miokardo infarktas, prieš kiek laiko tai įvyko ir ar kam nors iš artimųjų buvo MI (2 lentelė).

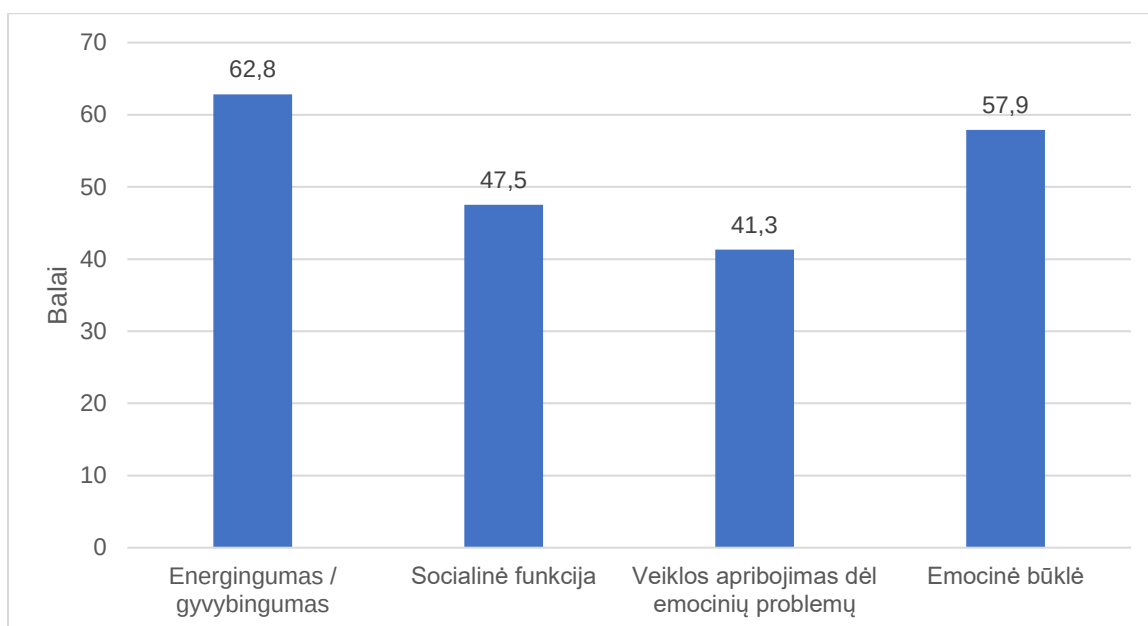
2 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal darbinę veiklą ir su liga susijusius veiksnius (n=312)

Tiriamasis požymis		Absoliutus skaičius (n)	Santykinis dažnis (proc.)
Darbo tipas, kurį dirbo prieš įvykstant miokardo infarktui	fizinis	141	45,2
	protinis	84	26,9
	mišrus	87	27,9
Kelintą kartą įvyko miokardo infarktas	pirmą	301	96,5
	antrą	10	3,2
	trečią	1	0,3
Prieš kiek laiko įvyko miokardo infarktas	mažiau nei prieš metus	194	62,2
	daugiau nei prieš metus	118	37,8
Ar kam nors iš artimųjų buvo miokardo infarktas	taip	92	29,5
	ne	78	25,0
	nežino	142	45,5

Iš 2-oje lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad dauguma tyrimo dalyvių prieš įvykstant miokardo infarktui dirbo fizinį darbą (45,2 proc.), didžioji dauguma miokardo infarktą patyrė pirmą kartą (96,5 proc.), didesnė dalis jų tai patyrė mažiau nei prieš metus (62,2 proc.), 29,5 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad kažkas iš jų artimųjų taip pat yra patyręs miokardo infarktą (2 lentelė).

3.2. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinė būseną

Siekiant įvertinti tyrimo dalyvių emocinę būseną, buvo pateiktas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimynas SF-36, vertinantis keturias emocinės būsenos sritis: energingumą/gyvybingumą, socialinę funkciją, veiklos apribojimą dėl emocinių problemų ir emocinę būklę. Kiekvienos srities įverčiai gauti perkoduojant atsakymo balus nuo 1 iki 100, kai aukštesnis balas reiškia aukštesnę gyvenimo kokybę konkrečioje srityje. Gauti tyrimo dalyvių gyvenimo kokybės balai emocinės būsenos kontekste, pateikti 2 paveiksle.



2 pav. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai (SF-36 klausimynas) (n=312)

Nustatyta, kad tyrimo dalyvių emocinė būsena yra aukščiausia energingumo / gyvybingumo srityje ($62,8 \pm 12,7$ balo), taip pat gana aukšta emocinės būsenos srityje ($57,9 \pm 13,9$ balo), žemiausia – veiklos apribojime, dėl emocinių problemų ($41,3 \pm 26,3$ balo).

Siekiant detaliau įvertinti tyrimo dalyvių, patyrusių MI, emocinę būseną, buvo vertinami jų emocinės būsenos skirtingų skirčių balai, atsižvelgiant į sociodemografinius rodiklius (3-6 lentelės).

3 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių vertinimas, atsižvelgiant į lytį (n=312)

Emocinės būsenos sritis (SF-36 klausimynas)	Lytis		Z	p
	Vyrai (n=164)	Moterys (n=148)		
	M (SD)	M (SD)		
Energingumas / gyvybingumas	59,2 (10,4)	66,7 (13,9)	-5,073	<0,001
Socialinė funkcija	39,5 (21,1)	56,5 (18,2)	-7,005	<0,001
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	43,3 (38,5)	38,5 (33,6)	-1,030	0,303
Emocinė būklė	57,6 (13,8)	58,1 (13,9)	-0,700	0,484

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p < 0,05$)

Nustatyta, kad moterų, patyrusių MI, emocinė būsena statistiškai reikšmingai įvertinta geriau, lyginant su vyrais, šiose srityse: energingumo / gyvybingumo ($Z = -5,073$; $p < 0,001$) ir

socialinės funkcijos ($Z=-7,005$; $p<0,001$). Veiklos apribojimo dėl emocinių problemų ir emocinės būklės sričių raiška statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp lyčių ($p>0,05$) (3 lentelė).

Analizuojant tyrimo rezultatus apie emocinę būseną, apžvelgiant tiriamųjų amžių, nustatyta, kad pacientų, patyrusių MI, emocinė būsena reikšmingai nesiskyrė skirtingose amžiaus grupėse: visų emocinės būsenos sričių balai gana panašūs tiek tarp jaunesnių nei 60 m. pacientų, tiek tarp vyresnių ($p>0,05$) (4 lentelė).

4 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai, atsižvelgiant į amžių ($n=312$)

Emocinės būsenos sritis (SF-36 klausimynas)	Amžius		Z	p
	Iki 60 m. ($n=137$)	60 + m. ($n=175$)		
	M (SD)	M (SD)		
Energingumas / gyvybingumas	63,6 (13,7)	62,14 (11,9)	-0,510	0,610
Socialinė funkcija	48,1 (22,2)	47,1 (21,0)	-0,470	0,638
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	41,6 (37,2)	41,1 (35,7)	-0,011	0,992
Emocinė būklė	59,3 (15,8)	56,7 (12,1)	-1,071	0,284

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p<0,05$)

Pacientų, įgijusių aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą, beveik visos emocinės būsenos sritys statistiškai reikšmingai aukštesnės, lyginant su pacientais, turinčiais žemesnį išsilavinimą: energingumas / gyvybingumas ($Z=-3,288$; $p=0,001$), veiklos apribojimas dėl emocinių problemų ($Z=-2,450$; $p=0,014$) ir emocinė būklė ($Z=-5,655$; $p<0,001$). Galima teigti, kad patyrę MI pacientai, turintys aukštesnį išsilavinimą, pasižymėjo geresne emocine būsena (5 lentelė).

5 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai, atsižvelgiant į išsilavinimą ($n=312$)

Emocinės būsenos sritis (SF-36 klausimynas)	Išsilavinimas		Z	p
	Vidurinis ar žemesnis ($n=122$)	Aukštesnysis ar aukštasis ($n=190$)		
	M (SD)	M (SD)		
Energingumas / gyvybingumas	59,6 (11,1)	64,8 (13,3)	-3,288	0,001
Socialinė funkcija	49,9 (20,3)	46,0 (22,2)	-1,389	0,165
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	38,2 (38,8)	46,2 (31,6)	-2,450	0,014
Emocinė būklė	51,7 (9,5)	61,8 (14,8)	-5,655	<0,001

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p<0,05$)

Mieste gyvenančių pacientų emocinė būseną taip pat statistiškai reikšmingai skyrėsi - geresnė, lyginant su pacientais, gyvenančiais mažesniame miestelyje, energingumo / gyvybingumo srityje ($Z=-3,654$; $p<0,001$), veiklos apribojimo, dėl emocinių problemų ($Z=-2,721$; $p=0,007$) ir emocinės būklės srityje ($Z=-7,517$; $p<0,001$) (6 lentelė).

6 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai, atsižvelgiant į gyvenamąją vietą (n=312)

Emocinės būsenos sritis (SF-36 klausimynas)	Gyvenamoji vieta		Z	p
	Miestas (n=202)	Mažesnis miestelis (n=110)		
	M (SD)	M (SD)		
Energingumas / gyvybingumas	64,8 (13,3)	59,1 (10,8)	-3,654	<0,001
Socialinė funkcija	47,4 (23,5)	47,8 (17,4)	-0,383	0,701
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	45,9 (38,2)	33,0 (31,1)	-2,721	0,007
Emocinė būklė	62,1 (14,6)	50,1 (7,9)	-7,517	<0,001

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p<0,05$)

Siekiant įvertinti pacientų emocinę būseną, atsižvelgiant į su liga susijusius veiksniai, emocinės būsenos sričių balai buvo vertinami atsižvelgiant į nuo patirto MI praėjusį laiką (7 lentelė).

7 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinės būsenos sričių balai, atsižvelgiant į laiką, prieš kurį įvyko miokardo infarktas (n=312)

Emocinės būsenos sritis (SF-36 klausimynas)	Laikas, prieš kurį įvyko miokardo infarktas		Z	p
	Mažiau nei prieš metus (n=194)	Daugiau nei prieš metus (n=118)		
	M (SD)	M (SD)		
Energingumas / gyvybingumas	61,4 (13,8)	65,1 (10,5)	-3,222	0,001
Socialinė funkcija	49,0 (18,8)	45,2 (25,2)	-0,934	0,350
Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	35,6 (34,6)	50,8 (37,2)	-3,563	<0,001
Emocinė būklė	54,8 (13,1)	62,9 (13,7)	-5,603	<0,001

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p<0,05$)

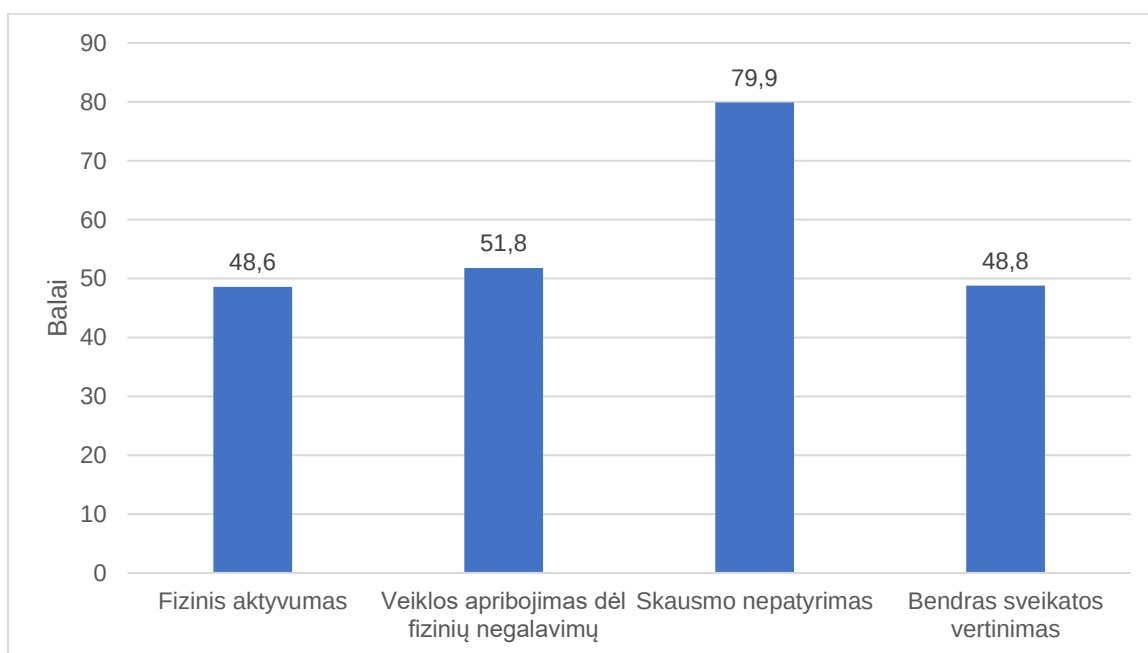
Nustatyta, kad beveik visų emocinės būsenos sričių įverčiai buvo statistiškai reikšmingai aukštesni tarp tų pacientų, kurie patyrė MI daugiau nei prieš metus, lyginant su pacientais, patyrusiais mažiau nei prieš metus: energingumas / gyvybingumas ($Z=-3,222$; $p=0,001$), nėra veiklos

apribojimų, dėl emocinių problemų ($Z=-3,563$; $p<0,001$) ir emocinė būklė ($Z=-5,603$; $p<0,001$). Todėl galima teigti, kad po patirto MI ankstyvuoju periodu pacientai savo emocinę sveikatą vertina žemesniais balais (7 lentelė).

3.3. Miokardo infarktą patyrusių pacientų subjektyvi fizinė sveikata

Siekiant įvertinti tyrimo dalyvių subjektyvią fizinę sveikatą, buvo pateiktas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimynas SF-36, vertinantis keturias fizinės sveikatos sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą, dėl fizinių negalavimų, skausmą ir bendrą sveikatos vertinimą. Kiekvienos srities įverčiai gauti perkoduojant atsakymo balus nuo 1 iki 100, kai aukštesnis balas reiškia aukštesnę gyvenimo kokybę konkrečioje srityje.

Gauti tyrimo dalyvių gyvenimo kokybės balai fizinės sveikatos kontekste pateikti 3 paveiksle.



3 pav. Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai (SF-36 klausimynas) (n=312)

Nustatyta, kad tyrimo dalyvių subjektyvi fizinė sveikata yra aukščiausia skausmo nebuvimo srityje ($79,9 \pm 18,8$ balo), žemiausia – fizinio aktyvumo ($48,6 \pm 17,7$ balo) ir bendro sveikatos vertinimo srityse ($48,8 \pm 10,2$ balo) (3 pav.).

Siekiant detaliau įvertinti tyrimo dalyvių, patyrusių MI, subjektyvią fizinę sveikatą, buvo vertinami fizinės sveikatos skirtingų skirčių balai, atsižvelgiant į sociodemografinius rodiklius (8-11 lentelės).

Nustatyta, kad moterų, patyrusių miokardo infarktą, bendras sveikatos vertinimas buvo statistiškai reikšmingai aukštesnis, lyginant su vyrais ($Z=-6,383$; $p<0,001$). Fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo, dėl fizinių negalavimų ir skausmo nepatyrimo skalių raiška reikšmingai nesiskyrė skirtingose lyčių grupėse ($p>0,05$) (8 lentelė).

8 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į lytį (n=312)

Fizinės sveikatos sritis (SF-36 klausimynas)	Lytis		Z	p
	Vyrai (n=164)	Moterys (n=148)		
	M (SD)	M (SD)		
Fizinis aktyvumas	48,0 (14,3)	49,3 (20,8)	-1,673	0,094
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	50,9 (26,8)	52,9 (21,7)	-0,763	0,446
Skausmo nepatyrimas	79,5 (19,0)	80,3 (16,2)	-0,493	0,622
Bendras sveikatos vertinimas	45,9 (8,5)	52,0 (10,9)	-6,383	<0,001

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p<0,05$)

Vertinome pacientų, patyrusių MI, fizinę sveikatą, apžvelgiant amžiaus grupes. Iš 9-oje lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad fizinė sveikata reikšmingai nesiskyrė skirtingose amžiaus grupėse: visų fizinės sveikatos sričių balai gana panašūs tiek tarp jaunesnių, nei 60 m. pacientų, tiek tarp vyresnių ($p>0,05$).

9 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į amžių (n=312)

Fizinės sveikatos sritis (SF-36 klausimynas)	Amžius		Z	p
	iki 60 m. (n=137)	60 + m. (n=175)		
	M (SD)	M (SD)		
Fizinis aktyvumas	48,6 (19,4)	48,6 (16,2)	-0,602	0,547
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	52,9 (23,9)	51,0 (25,1)	-0,434	0,664
Skausmo nepatyrimas	78,7 (19,3)	80,8 (18,4)	-1,029	0,304
Bendras sveikatos vertinimas	49,6 (10,9)	48,2 (9,6)	-0,642	0,521

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p<0,05$)

Tiriamųjų, turinčių aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą, veiklos apribojimo, dėl fizinių negalavimų ($Z=-3,297$; $p<0,001$) ir skausmo nepatyrimo ($Z=-2,28383$; $p=0,017$) įverčiai buvo statistiškai reikšmingai aukštesni, lyginant su pacientais, turinčiais žemesnį išsilavinimą. Likusių fizinės sveikatos sričių įverčiai reikšmingai nesiskyrė skirtingose išsilavinimo grupėse ($p>0,05$) (10 lentelė).

10 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į išsilavinimą (n=312)

Fizinės sveikatos sritis (SF-36 klausimynas)	Išsilavinimas		Z	p
	Vidurinis ar žemesnis (n=122)	Aukštesnysis ar aukštasis (n=190)		
	M (SD)	M (SD)		
Fizinis aktyvumas	49,5 (20,7)	48,0 (15,4)	-0,869	0,385
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	46,3 (29,9)	55,4 (19,6)	-3,297	<0,001
Skausmo nepatyrimas	77,6 (19,4)	83,4 (17,3)	-2,383	0,017
Bendras sveikatos vertinimas	48,6 (10,5)	49,0 (10,0)	-1,672	0,095

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas (p<0,05)

Mieste gyvenančių tyrimo dalyvių fizinė sveikata taip pat statistiškai reikšmingai geresnė, lyginant su pacientais, gyvenančiais mažesniame miestelyje, veiklos apribojimo, dėl fizinių negalavimų (Z=-4,638; p<0,001) ir skausmo nepatyrimo srityse (Z=-2,026; p=0,043) (11 lentelė).

11 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į gyvenamąją vietą (n=312)

Fizinės sveikatos sritis (SF-36 klausimynas)	Gyvenamoji vieta		Z	p
	Miestas (n=202)	Mažesnis miestelis (n=110)		
	M (SD)	M (SD)		
Fizinis aktyvumas	49,7 (15,4)	46,6 (21,1)	-1,786	0,074
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	56,6 (19,7)	43,2 (29,7)	-4,638	<0,001
Skausmo nepatyrimas	80,7 (19,6)	78,4 (17,3)	-2,026	0,043
Bendras sveikatos vertinimas	48,4 (10,7)	49,6 (9,2)	-1,261	0,224

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas (p<0,05)

Siekiant įvertinti fizinę sveikatą, atsižvelgiant į su liga susijusius veiksnius, fizinės sveikatos sričių balai buvo vertinami, atsižvelgiant į nuo patirto MI praėjusį laiką.

12 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų fizinės sveikatos sričių balai, atsižvelgiant į laiką, prieš kurį įvyko miokardo infarktas (n=312)

Fizinės sveikatos sritis (SF-36 klausimynas)	Laikas, prieš kurį įvyko miokardo infarktas		Z	p
	Mažiau nei prieš metus (n=194)	Daugiau nei prieš metus (n=118)		
	M (SD)	M (SD)		
Fizinis aktyvumas	49,5 (21,0)	47,2 (9,8)	-0,161	0,872
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	49,6 (27,2)	55,5 (18,8)	-2,786	0,005
Skausmo nepatyrimas	77,4 (17,9)	83,9 (19,5)	-3,984	<0,001
Bendras sveikatos vertinimas	47,0 (7,7)	49,3 (11,5)	-2,116	0,034

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas (p<0,05)

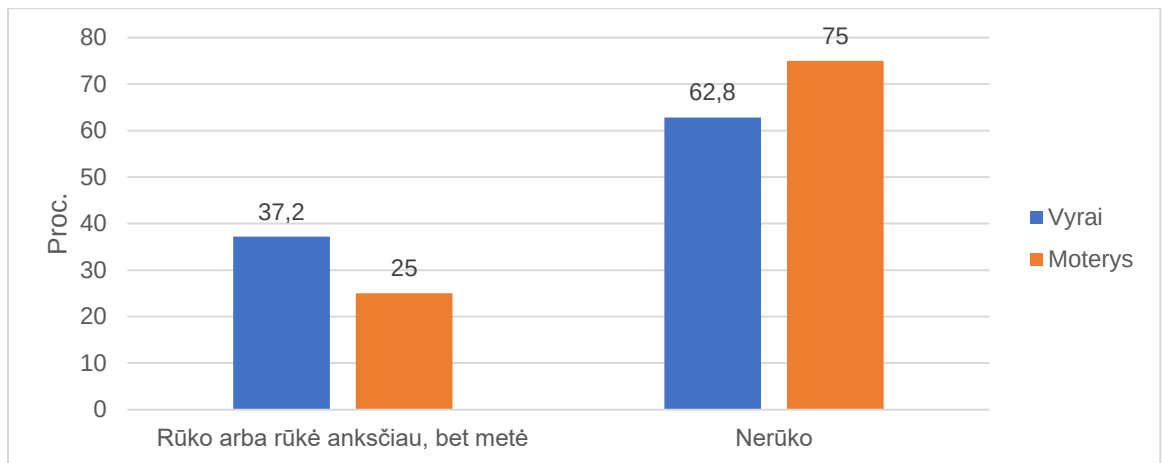
Nustatyta, kad beveik visų fizinės sveikatos sričių įverčiai buvo statistiškai reikšmingai aukštesni tarp tų pacientų, kurie patyrė MI daugiau nei prieš metus, lyginant su pacientais, patyrusiais mažiau nei prieš metus: veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų (Z=-2,786; p=0,005), skausmo nebuvimas (Z=-3,984; p<0,001) ir bendras sveikatos vertinimas (Z=-2,116; p=0,034). Vadinasi, galima teigti, kad po patirto MI ankstyvuoju periodu pacientai savo fizinę sveikatą vertina žemesniais balais (12 lentelė).

3.4. Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenimosios įpročiai ir jų sąsajos su gyvenimo kokybe

Siekiant įvertinti tyrimo dalyvių gyvenimosios įpročius, jų buvo klausiama apie žalingus įpročius, mitybos bei fizinio aktyvumo įpročius.

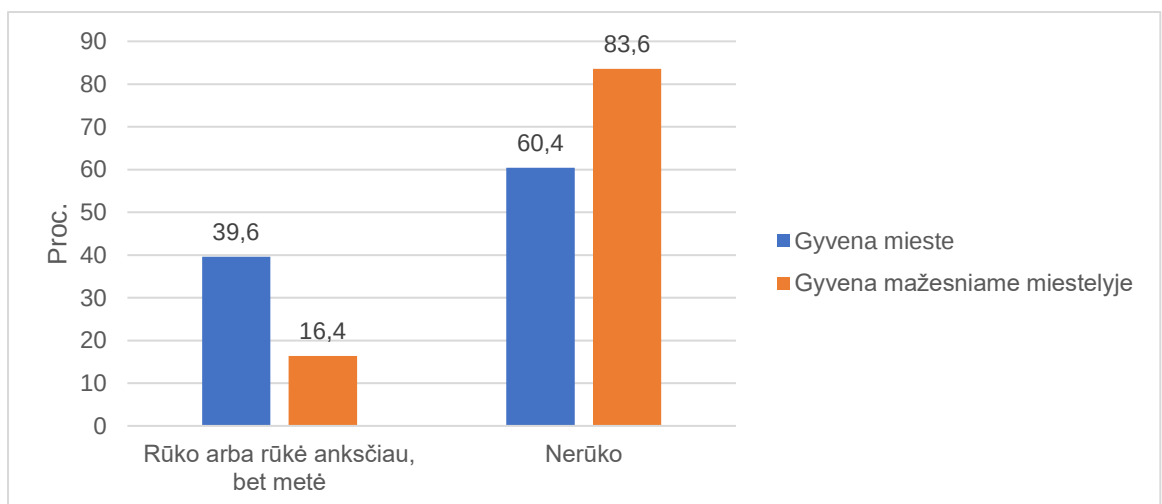
Vertinant pacientų, patyrusių MI, rūkymo įpročius, nustatyta, kad 18,6 proc. (n=58) yra rūkančiųjų, 12,8 proc. (n=40) nurodė, kad rūkė anksčiau, bet metė, didžioji dalis – nerūko (68,6 proc.; n=214).

Siekiant detaliau įvertinti tyrimo dalyvių rūkymo įpročius, atsakymų pasiskirstymai buvo vertinami pagal jų sociodemografinius rodiklius (4, 5 pav.).



4 pav. Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, rūkymo įpročiai, atsižvelgiant į jų lytį (n=312)

Nustatyta, kad daugiau nei trečdalis (37,2 proc.) vyrų rūko ar rūkė anksčiau ir tai yra statistiškai reikšmingai didesnė dalis, lyginant su moterimis (25 proc.) ($\chi^2=5,370$; $p=0,014$) (4 pav.) χ^2 - Chi kvadrato kriterijus.

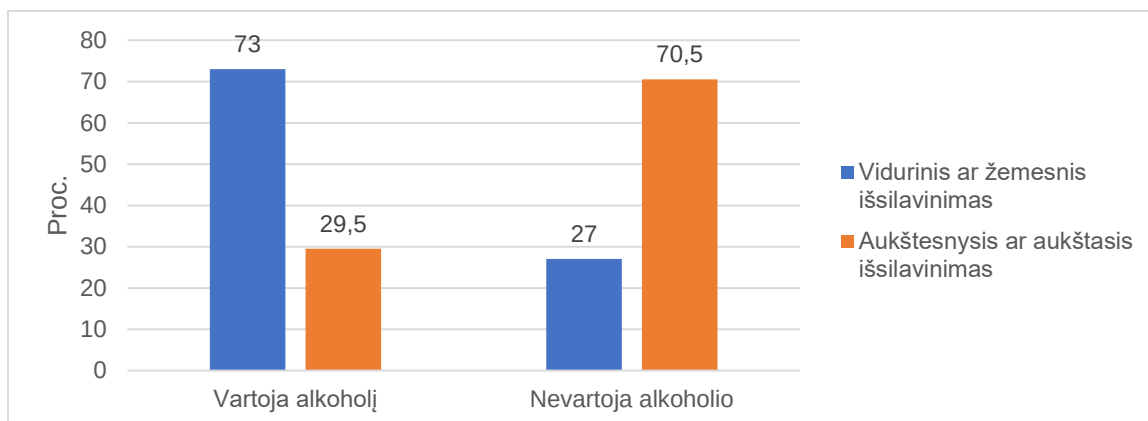


5 pav. Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, rūkymo įpročiai, atsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą (n=312)

Rasta, kad tarp gyvenančių mieste, 39,6 proc. yra rūkantys (ar rūkiusiųjų, bet metusių), tuo tarpu mažesniame miestelyje gyvenantys pacientai rečiau nurodė, kad rūko (16,4 proc.) ($\chi^2=17,854$; $p<0,001$) (5 pav.).

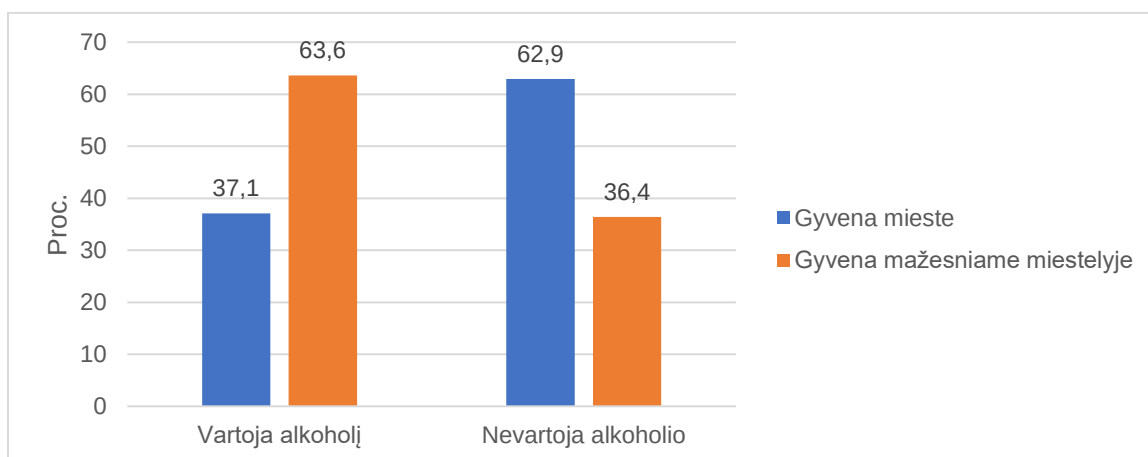
Vertinant pacientų, patyrusių MI, alkoholio vartojimo įpročius, nustatyta, kad kiek mažesnė dalis nurodė vartojantys alkoholį (46,5 proc.; n=145), nevartoja – 53,5 proc. (n=167). Trečdalis tyrimo dalyvių, vartojančių alkoholį (34 proc.; n=49) nurodė, kad jį vartoja tik savaitgaliais ar švenčių dienomis, 22,2 proc. (n=32) – kartą per savaitę, 22,9 proc. (n=33), 2-3 kartus per savaitę, 9 proc. (n=13) – kasdien, likusi dalis (5,4 proc.; n=17) – alkoholį vartoja labai retai.

Tyrimo dalyvių alkoholio vartojimo įpročiai taip pat buvo vertinami atsižvelgiant į sociodemografinius rodiklius (6,7 pav.).



6 pav. Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, alkoholio vartojimo įpročiai, atsižvelgiant į jų išsilavinimą (n=312)

Matyti, kad didelė dalis, vidurinį ar žemesnį išsilavinimą turinčių pacientų, nurodė, kad vartoja alkoholį (73 proc.), tuo tarpu, tarp aukštesnį išsilavinimą turinčių tiriamųjų, alkoholį vartojančių buvo statistiškai reikšmingai mažiau (29,5 proc.) ($\chi^2=56,455$; $p<0,001$) (6 pav.).



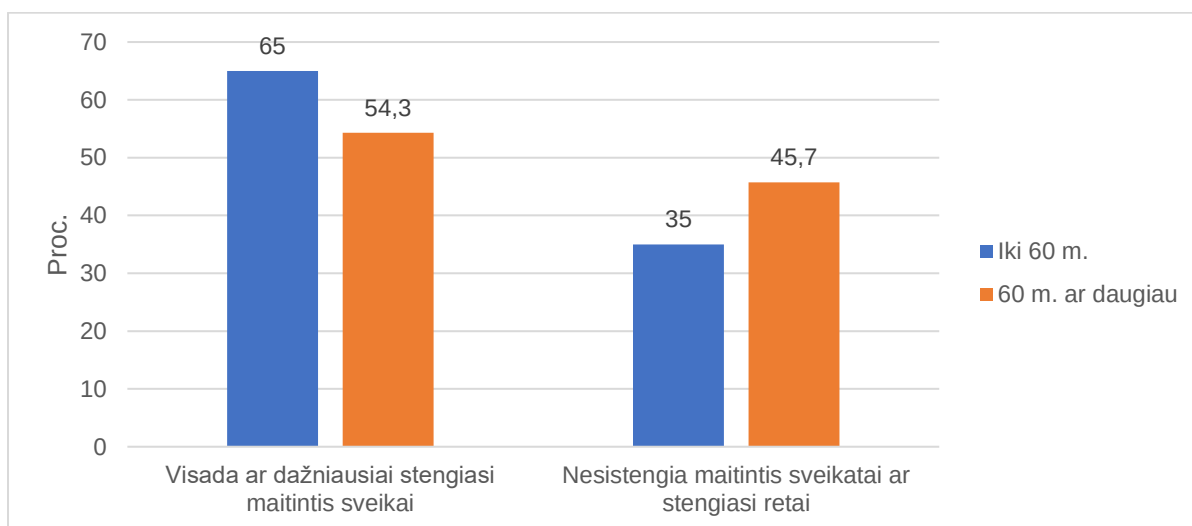
7 pav. Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, alkoholio vartojimo įpročiai, atsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą (n=312)

Taip pat statistiškai reikšmingai didesnė dalis vartojančiųjų alkoholį yra tarp gyvenančių mažesniame miestelyje (63,6 proc.), lyginant su pacientais, gyvenančiais mieste (37,1 proc.) ($\chi^2=20,117$; $p<0,001$) (7 pav.).

Vertinant pacientų, patyrusių MI mitybos įpročius, nustatyta, kad ketvirtadalis (25,6 proc.; n=80) visada stengiasi maitintis sveikai, trečdalis (33,3 proc.; n=104) – dažniausiai, mažesnė dalis

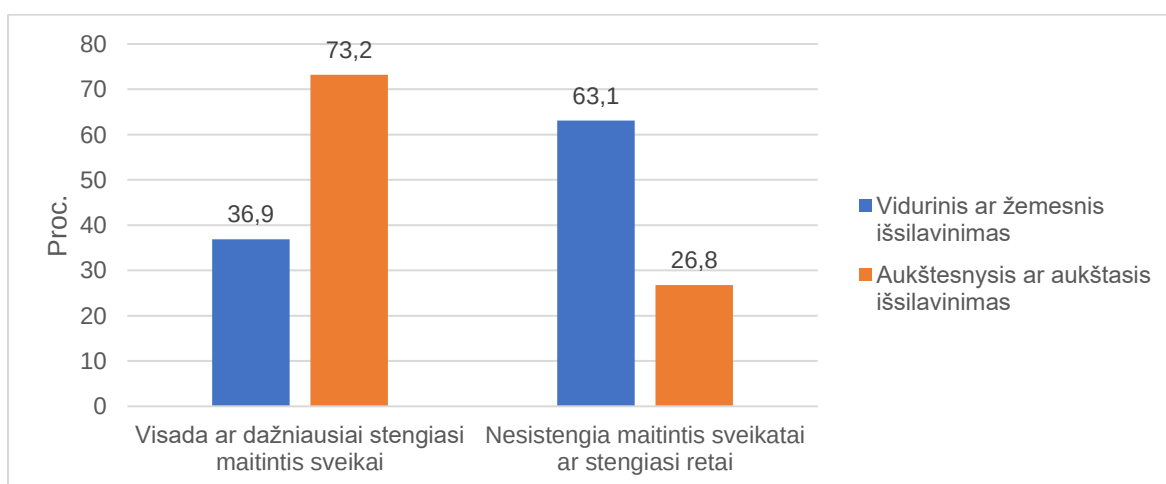
(13,5 proc.; n=42) – kartais ar retai, 27,6 proc. (n=86) nurodė, kad maitintis sveikai nesistengia visai. Daugiau nei pusė (51,3 proc.; n=160) tyrimo dalyvių nurodė, kad sveikai maitintis stengiasi dėl savo sveikatos, 15,3 proc. (n=49) – dėl to, kad rūpinasi savo kūno svoriu.

Vertinant tyrimo dalyvių mitybos įpročius, tiriamųjų atsakymai buvo perkuoduoti, suskirstant juos į dvi grupes (visada ar dažniausiai stengiasi maitintis sveikai (n=184) ir nesistengia maitintis sveikai arba stengiasi retai (n=128)).



8 pav. Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, mitybos įpročiai, atsižvelgiant į jų amžiaus grupę (n=312)

65 proc. tyrimo dalyvių, kurių amžius iki 60 metų, nurodė, kad visada ar dažniausiai stengiasi maitintis sveikai, tuo tarpu vyresni tyrimo dalyviai sveikai maitintis stengiasi statistiškai reikšmingai rečiau: 54,3 proc. visada ar dažniausiai, 45,7 proc. nesistengia visai ar stengiasi retai ($\chi^2=3,621$; $p=0,037$) (8 pav.).

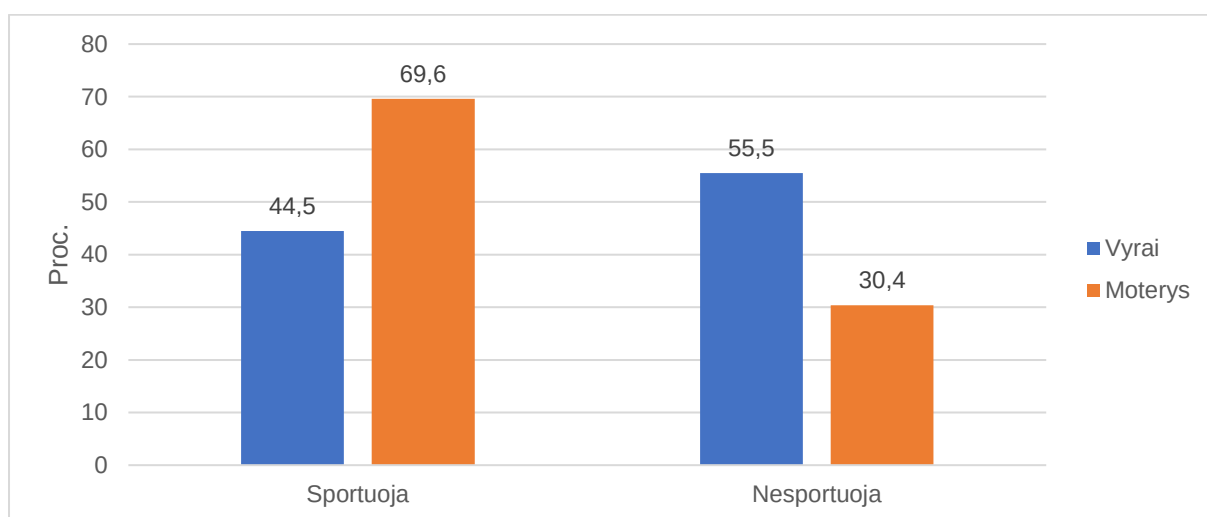


9 pav. Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, mitybos įpročiai, atsižvelgiant į jų išsilavinimą (n=312)

Pastebima, kad mitybos įpročiai statistiškai reikšmingai skiriasi ir tarp skirtingą išsilavinimą turinčių tyrimo dalyvių: 73,2 proc. turinčių aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą stengiasi maitintis sveikai visada ar dažniausiai, tuo tarpu tarp žemesnį išsilavinimą turinčių tiriamųjų ši dalis kur kas mažesnė (36,9 proc.) ($\chi^2=40,402$; $p<0,001$) (9 pav.).

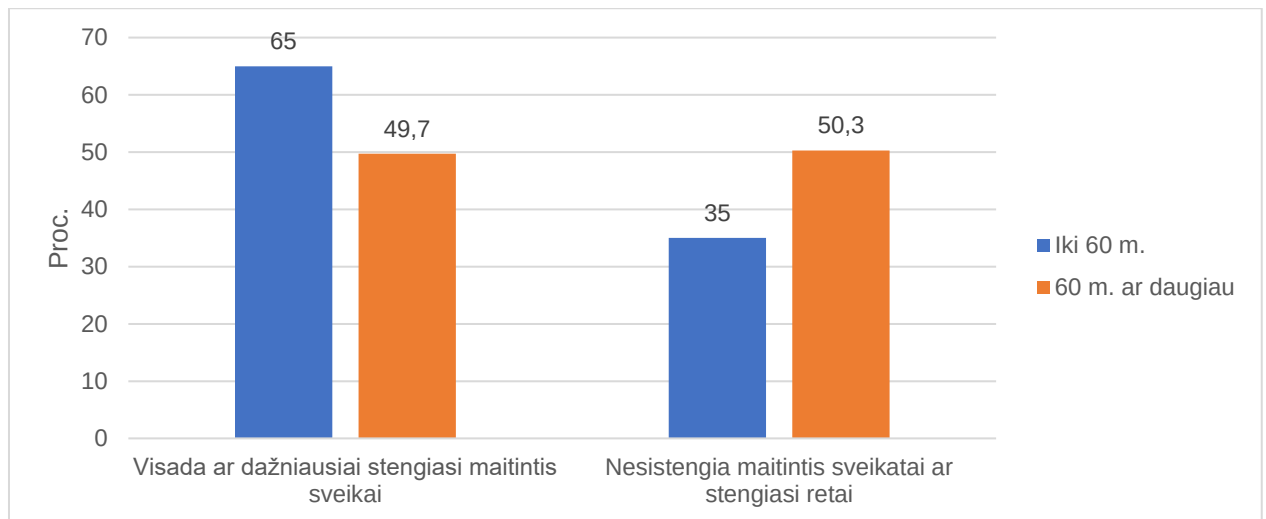
Vertinant pacientų, patyrusių MI, fizinį aktyvumą, nustatyta, kad 56,4 proc. ($n=176$) jų sportuoja, 43,6 proc. ($n=136$) nurodė, kad nesportuoja. Iš sportuojančiųjų beveik pusė 47,4 proc. ($n=83$) fiziniu aktyvumu užsiima 30-60 min. per dieną, 23,4 proc. ($n=41$) – 60-90 min. per dieną, 5,7 proc. ($n=10$) – 90-120 min., 17,7 proc. ($n=31$) – daugiau nei 2 val., likusi dalis (5,7 proc., $n=10$) – fiziniu aktyvumu užsiima iki pusvalandžio per dieną.

Stebimi statistiškai reikšmingi skirtumai tarp tyrimo dalyvių fizinio aktyvumo įpročių ir sociodemografinių rodiklių (10, 11 pav.).



10 pav. Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, fizinio aktyvumo įpročiai, atsižvelgiant į jų lytį ($n=312$)

Rezultatai rodo, kad daugiau nei du trečdaliai moterų (69,6 proc.) sportuoja, tuo tarpu tarp vyrų sportuojančiųjų dalis siekė 44,5 proc. Taigi, moterys statistiškai reikšmingai labiau fiziškai aktyvios, lyginant su vyrais ($\chi^2=19,904$; $p<0,001$) (10 pav.).



11 pav. Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, fizinio aktyvumo įpročiai, atsižvelgiant į jų amžiaus grupę (n=312)

Vertinant fizinio aktyvumo įpročius pagal amžiaus grupes stebima, kad jaunesni nei 60 m. tyrimo dalyviai, statistiškai reikšmingai dažniau sportuoja (65 proc.), lyginant su vyresniais tiriamaisiais (49,7 proc.) ($\chi^2=7,267$; $p=0,005$) (11 pav.).

Siekiant įvertinti pacientų, patyrusių MI, gyvenimo įpročių ir gyvenimo kokybės sąsajas, buvo vertinami su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimyno SF-36 sričių įverčiai, atsižvelgiant į gyvenimo įpročius (13-16 lentelė).

13 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenimo kokybės sričių, atsižvelgiant į jų rūkymo įpročius vertinimas (n=312)

Gyvenimo kokybės sritis (SF-36 klausimynas)		Rūko arba rūkė anksčiau (n=98)	Nerūko (n=214)	Z	p
		M (SD)	M (SD)		
Fizinė sveikata	Fizinis aktyvumas	48,1 (18,9)	49,6 (14,7)	-2,353	0,019
	Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	48,9 (24,5)	58,2 (23,5)	-4,540	<0,001
	Skausmo nepatyrimas	74,5 (17,9)	91,7 (14,7)	-9,024	<0,001
	Bendras sveikatos vertinimas	45,7 (9,9)	50,2 (10,0)	-4,015	<0,001
Emocinė būseną	Energingumas / gyvybingumas	61,8 (13,2)	64,9 (11,3)	-2,298	0,022
	Socialinė funkcija	49,4 (17,5)	43,5 (28,0)	-1,408	0,159
	Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	40,2 (20,5)	55,6 (26,3)	-7,630	<0,001
	Emocinė būklė	54,7 (12,0)	64,8 (14,8)	-6,483	<0,001

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p<0,05$)

Nustatyta, kad beveik visos gyvenimo kokybės sritys įvertintos statistiškai reikšmingai aukštesniais balais tyrimo dalyvių, kurie nerūko, lyginant su rūkančiais ar rūkiusiais, bet metusiais: fizinis aktyvumas ($Z=-2,353$; $p=0,019$), veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų ($Z=-4,540$; $p<0,001$), skausmo nepatyrimas ($Z=-9,024$; $p<0,001$), bendras sveikatos vertinimas ($Z=-4,015$; $p<0,001$), energingumas / gyvybingumas ($Z=-2,298$; $p=0,002$), veiklos apribojimas dėl emocinių problemų ($Z=-7,630$; $p<0,001$), emocinė būklė ($Z=-6,483$; $p<0,001$). Vadinasi galima teigti, kad nerūkantys gyvenimo kokybę vertina geriau (13 lentelė).

Tyrimo dalyvių gyvenimo kokybė taip pat siejosi su alkoholio vartojimo įpročiais. Nevartojantys alkoholio pasižymėjo aukštesne gyvenimo kokybe šiose srityse: fizinis aktyvumas ($Z=-2,659$; $p=0,008$), veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų ($Z=-2,900$; $p=0,004$), energingumas / gyvybingumas ($Z=-4,756$; $p<0,001$), veiklos apribojimas dėl emocinių problemų ($Z=-2,135$; $p=0,033$) ir emocinė būklė ($Z=-5,960$; $p<0,001$) (14 lentelė).

14 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenimo kokybės sričių, atsižvelgiant į jų alkoholio vartojimo įpročius vertinimas ($n=312$)

Gyvenimo kokybės sritis (SF-36 klausimynas)		Vartoja alkoholį ($n=145$)	Nevartoja alkoholio ($n=167$)	Z	p
		M (SD)	M (SD)		
Fizinė sveikata	Fizinis aktyvumas	47,7 (19,2)	49,4 (16,2)	-2,659	0,008
	Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	48,4 (26,8)	54,8 (21,9)	-2,900	0,004
	Skausmo nepatyrimas	82,7 (14,1)	77,4 (21,8)	0,433	0,665
	Bendras sveikatos vertinimas	49,2 (9,9)	48,5 (10,5)	-0,650	0,516
Emocinė būseną	Energingumas / gyvybingumas	59,4 (12,3)	65,7 (12,4)	-4,756	<0,001
	Socialinė funkcija	48,1 (19,8)	47,0 (22,9)	-0,026	0,979
	Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	38,5 (29,9)	44,6 (21,5)	-2,135	0,033
	Emocinė būklė	52,7 (11,9)	62,3 (14,1)	-5,960	<0,001

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p<0,05$)

Nustatyta, kad tyrimo dalyvių gyvenimo kokybė buvo susijusi ir su mitybos įpročiais. Beveik visos gyvenimo kokybės sritys statistiškai reikšmingai aukščiau įvertintos tų tiriamųjų, kurie nurodė, kad visada ar dažniausiai stengiasi sveikai maitintis: fizinis aktyvumas ($Z=-3,922$; $p<0,001$), veiklos apribojimas, dėl fizinių negalavimų ($Z=-2,650$; $p=0,008$), skausmo nepatyrimas ($Z=-10,772$; $p<0,001$), bendras sveikatos vertinimas ($Z=-2,250$; $p=0,024$), socialinė funkcija ($Z=-2,853$; $p=0,004$),

veiklos apribojimas dėl emocinių problemų ($Z=-8,139$; $p<0,001$) ir emocinė būklė ($Z=-5,389$; $p<0,001$) (15 lentelė).

15 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenimo kokybės sričių, atsižvelgiant į jų mitybos įpročius vertinimas ($n=312$)

Gyvenimo kokybės sritis (SF-36 klausimynas)		Visada ar dažniausiai stengiasi maitintis sveikai ($n=184$)	Nesistengia maitintis sveikai ar stengiasi retai ($n=128$)	Z	p
		M (SD)	M (SD)		
Fizinė sveikata	Fizinis aktyvumas	52,0 (19,9)	46,3 (15,5)	-3,922	<0,001
	Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	53,1 (20,4)	50,9 (19,4)	-2,650	0,008
	Skausmo nepatyrimas	90,8 (16,8)	72,3 (16,2)	-10,772	<0,001
	Bendras sveikatos vertinimas	49,7 (7,7)	47,5 (12,9)	-2,250	0,024
Emocinė būseną	Energingumas / gyvybingumas	64,1 (13,7)	61,9 (11,9)	-1,018	0,309
	Socialinė funkcija	51,1 (16,8)	42,4 (26,1)	-2,853	0,004
	Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	52,2 (28,8)	36,6 (26,8)	-8,139	<0,001
	Emocinė būklė	63,3 (16,4)	54,0 (10,3)	-5,389	<0,001

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas ($p<0,05$)

Tyrimo dalyviai, kurie nurodė, kad sportuoja, taip pat pasižymėjo statistiškai reikšmingai aukštesniais gyvenimo kokybės įverčiais, ypač emocinės būsenos sričių: skausmo nepatyrimas ($Z=-2,703$; $p=0,007$), bendras sveikatos vertinimas ($Z=-6,477$; $p<0,001$), energingumas / gyvybingumas ($Z=-7,601$; $p<0,001$), socialinė funkcija ($Z=-11,527$; $p<0,001$), veiklos apribojimas, dėl emocinių problemų ($Z=-4,018$; $p<0,001$) ir emocinė būklė ($Z=-5,102$; $p<0,001$) (16 lentelė).

16 lentelė. Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvenimo kokybės sričių, atsižvelgiant į jų fizinio aktyvumo įpročius (n=312)

Gyvenimo kokybės sritis (SF-36 klausimynas)		Sportuoja (n=176)	Nesportuoja (n=136)	Z	p
		M (SD)	M (SD)		
Fizinė sveikata	Fizinis aktyvumas	48,9 (14,9)	48,2 (20,7)	-1,261	0,207
	Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	52,9 (16,1)	50,4 (22,3)	-1,203	0,229
	Skausmo nepatyrimas	83,9 (16,1)	76,7 (20,1)	-2,703	0,007
	Bendras sveikatos vertinimas	52,1 (8,9)	44,5 (10,2)	-6,477	<0,001
Emocinė būseną	Energingumas / gyvybingumas	67,3 (13,5)	56,9 (8,6)	-7,601	<0,001
	Socialinė funkcija	59,8 (15,8)	31,7 (17,1)	-11,527	<0,001
	Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	51,5 (29,1)	33,5 (21,9)	-4,018	<0,001
	Emocinė būklė	60,0 (12,1)	55,1 (15,5)	-5,102	<0,001

M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, Z – Mann-Whitney testo reikšmė, p – statistinis reikšmingumas (p<0,05)

Taigi, apibendrinat galima teigti, kad hipotezė, teigianti, jog po patirto miokardo infarkto ankstyvuoju periodu pacientai žemesniais balais vertina savo emocinę ir fizinę sveikatą, o gyvensenos įpročiai tiesiogiai susiję su tiriamųjų gyvenimo kokybe, pasitvirtino.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktas tyrimas, kurio buvo tikslas įvertinti pacientų gyvenimo kokybę po patirto miokardo infarkto.

Mūsų atliktame tyrime dalyvavo 312 MI patyrę respondentai, iš kurių 96,5 proc. persirgo pirmą kartą. Didžioji dalis tiriamųjų (62,2 proc.) mažiau nei prieš metus persirgo MI, o 29,5 proc. nurodė, kad kažkas iš jų artimųjų taip pat yra patyręs MI. Tyrimo dalyviai gana tolygiai pasiskirstę pagal lytį - 164 vyrai ir 148 moterys, o amžius svyruoja tarp 33 m. ir 95 m., taip pat didžioji dalis tiriamųjų (52,9 proc.) įgiję aukštesnįjį išsilavinimą bei gyvena mieste (64,7 proc.). Dauguma tyrimo dalyvių (45,2 proc.) prieš įvykstant MI dirbo fizinį darbą. Pacientai, turintys aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą, beveik visas emocinės būsenos sritis vertino aukštesniais balais, lyginant su pacientais, įgijusiais žemesnį išsilavinimą. Atliktu tyrimu nustatyta, kad mieste gyvenančių pacientų fizinė sveikata taip pat statistiškai reikšmingai geresnė, lyginant su pacientais, gyvenančiais mažesniame miestelyje. Pagal gautus rezultatus matyti, kad tarp gyvenančių mieste buvo 39,6 proc. rūkančiųjų (ar rūkusiųjų, bet metusių), tuo tarpu mažesniame miestelyje gyvenantys pacientai rečiau nurodė, kad rūko (16,4 proc.). Vertinant ar pacientai turi žalingus įpročius, tokius kaip alkoholio vartojimas, nustatyta, kad kiek mažesnė dalis nurodė, kad vartoja alkoholį (46,5 proc., n=145), nevartoja – 53,5 proc. (n=167). Trečdalis tyrimo dalyvių, vartojančių alkoholį (34 proc., n=49) nurodė, kad jį vartoja tik savaitgaliais ar švenčių dienomis, 22,2 proc. (n=32) – kartą per savaitę, 22,9 proc. (n=33) – 2-3 kartus per savaitę, 9 proc. (n=13) – kasdien, likusi dalis (5,4 proc., n=17) – nurodė, kad alkoholį vartoja labai retai. Taip pat buvo įvertinti pacientų mitybos įpročiai, nustatyta, kad ketvirtadalis (25,6 proc., n=80) visada stengiasi maitintis sveikatai, trečdalis (33,3 proc., n=104) – dažniausiai, mažesnė dalis (13,5 proc., n=42) – kartais ar retai, 27,6 proc. (n=86) nurodė, kad maitintis sveikai nesistengia visai. Šiek tiek daugiau nei pusė (51,3 proc., n=160) tyrimo dalyvių nurodė, kad sveikai maitintis stengiasi dėl savo sveikatos ir 15,3 proc. (n=49) – dėl to, kad rūpinasi savo kūno svoriu. Siekiant nustatyti, ar po MI pacientai užsiima fiziniu aktyvumu, 56,4 proc. (n=176) atsakiusiųjų nurodė, kad sportuoja, o 43,6 proc. (n=136) – nesportuoja. Iš gautų rezultatų nustatyta, kad daugiau nei du trečdaliai moterų (69,6 proc.) sportuoja, tuo tarpu tarp sportuojančiųjų vyrų siekė tik 44,5 proc. Taigi, moterys labiau fiziškai aktyvios, lyginant su vyrais.

Sahanaa kartu su kolegomis atliktame tyrime (Sahanaa et al., 2023) vertino gyvenimo kokybę po MI, naudodant SF – 36 klausimyną. Tyrime dalyvavo pacientai, kurie gydėsi ligoninėje pietų Indijoje. Tyrimas parodė, kad tiriamieji savo fizinį pajėgumą, bendrą sveikatą, emocinę ir psichinę sveikatą įvertino aukštesniais balais, nei energingumo/gyvybingumo sritį. Taip pat tyrimas parodė, kad vyresnio amžiaus žmonės savo gyvenimo kokybę įvertino žymai blogiau, nei jaunesni tiriamieji. O mūsų tyrimas parodė dar ir tai, kad MI patyrusios moterys bendrą sveikatą vertino

aukštesniais balais, lyginant su vyrais ($p < 0,001$). Toliau analizuojant tyrimo rezultatus nustatyta, kad jaunesnio amžiaus respondentai pasižymėjo geresniais rodikliais fizinės veiklos apribojimuose, bendros sveikatos, energingumo ir socialinio funkcionavimo srityse (Sahanaa ir kt., 2023). Vertinant gyvenimo kokybės rodiklių pokyčius nuo patirto MI iki atliekamo tyrimo, nustatyta, kad geriau gyvenimo kokybę vertino tie tiriamieji, kuriems nuo MI yra praėję daugiau nei 1-2 metai (87-100 balai). Pacientams, kuriems nuo MI yra praėję 2-3 metai, įvertino savo gyvenimo kokybę vidutiniškai (60-87 balai). Tuo tarpu tiriamieji, kuriems nuo MI yra praėję nuo 3 mėn. iki 1 metų, savo gyvenimo kokybę įvertino žemesniais balais (0-64 balai). Sahanaa ir jo kolegų (Sahanaa et al., 2023) atliktas tyrimas parodė, kad MI turi poveikį gyvenimo kokybei tokiose srityse, kaip fizinė, socialinė ir psichologinė sveikata. Po MI pacientų gyvenimo kokybė gerėja, tačiau vis tiek yra susiduriama su sunkumais ir ta gyvenimo kokybė blogėja. Jaunesnio amžiaus pacientai greičiau reabilituojasi po MI ir jų gyvenimo kokybė grįžta į tą patį lygį arba tampa net geresnė. Tačiau vyresnio amžiaus žmonės susiduria su didesniais iššūkiais, nes daugumai reikia ilgesnio laiko reabilituotis po MI, o kai kuriems po MI gali pasilikti šalutiniai poveikiai arba ligos sukelti apribojimai. Todėl vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybė dažniausiai yra vertinama blogiau (Sahanaa ir kt., 2023). Tokius pačius rezultatus gavome ir mes savo tyrime. Analizuojant fizinio aktyvumo įpročius pagal amžiaus grupes nustatėme, kad jaunesni nei 60 m. tyrimo dalyviai, statistiškai reikšmingai dažniau sportuoja (65 proc.), lyginant su vyresniais tiriamaisiais (49,7 proc.). Iš šių gautų duomenų galima teigti, kad vyresnio amžiaus žmonės dažniau susiduria su fizinio aktyvumo apribojimais, dėl savo amžiaus.

Kitame analizuotame tyrime, kurį atliko Shlomo su kitais tyrėjais, buvo analizuota fizinis aktyvumas po pirmo MI (Shlomo et al., 2022). Tyrime dalyvavo 71 tiriamieji, iš kurių 36 dalyvavo reabilitacijoje po MI, o kiti 35 pasirinko nedalyvauti. Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti, kaip reabilitacija po MI paveikia žmonių fizinį aktyvumą, gyvenimo būdo pasirinkimą ir kokios atsiranda psichologinės pasekmės po MI. Tyrimo rezultatai parodė, kad yra pastebimi skirtumai tarp žmonių, kurie dalyvavo reabilitacijoje po MI ir kurie nedalyvavo. Pagal PSO rekomendacijas yra rekomenduojama nuo 600 iki 1500 MET- minučių per savaitę užsiimti fiziniu aktyvumu. Tyrimo rezultatai parodė, kad reabilitacijoje dalyvavę 74 proc. patenkino iškeltas PSO rekomendacijas. Tuo tarpu tie, kurie nedalyvavo reabilitacijoje, tik 39 proc. atliko nustatytas normas (Shlomo ir kt., 2022). O mūsų atliktas tyrimas parodė, kad iš sportuojančiųjų beveik pusė 47,4 proc. ($n=83$) fiziniu aktyvumu užsiima 30-60 min. per dieną, 23,4 proc. ($n=41$) – 60-90 min. per dieną, 5,7 proc. ($n=10$) – 90-120 min., 17,7 proc. ($n=31$) – daugiau nei 2 val., likusi dalis (5,7 proc., $n=10$) – fiziniu aktyvumu užsiima iki pusvalandžio per dieną. Tyrime, kurį atliko Shlomo su kolegomis (Shlomo ir kt., 2022) nustatyta, kad net 50 proc. tiriamųjų rūkė iki MI. Tuo tarpu po MI praėjus 6-10 mėn. rūkančiųjų po reabilitacijos sudarė tik 11 proc., tai rodo, kad dauguma tiriamųjų atsisakė žalingo įpročio po

reabilitacijos, tačiau tie, kurie nedalyvavo reabilitacijoje, trečdalis (30 proc.) neatsisakė rūkymo (Shlomo ir kt., 2022). O mūsų atliktame tyrime nustatyta, kad 18,6 proc. (n=58) yra rūkančiųjų, 12,8 proc. (n=40) nurodė, kad rūkė anksčiau, bet metė, didžioji dalis – nerūko (68,6 proc., n=214). Nustatyta, kad daugiau nei trečdalis (37,2 proc.) vyrų rūko ar rūkė anksčiau ir tai yra statistiškai reikšmingai didesnė dalis, lyginant su moterimis (25 proc.). Rezultatai parodė, kad didžioji dalis (78 proc.) tiriamųjų po MI į darbą grįžo po 6-10 mėn. (Shlomo ir kt., 2022). Vertinant tiriamųjų dalyvavimą kasdienėje veikloje nustatyta, kad tiriamieji, dalyvavę reabilitacijoje, buvo aktyvesni socialinėje ir fizinio krūvio reikalaujančiose veiklose nei tie, kurie nedalyvavo reabilitacijoje, tikėtina, kad po reabilitacijos pacientai greičiau tampa socialiai ir fiziškai aktyvesni bei tai lemia geresnę jų gyvenimo kokybę (Shlomo et al., 2022).

Analizuotas tyrimas, kuriame buvo vertinama subjektyvi sveikatos būklė po patirto MI, kurį atliko Pietryka-Michałowska kartu su kolegomis (Pietryka-Michałowska et al., 2012). Tyrime dalyvavo 100 pacientų, iš kurių didžiąją dalį sudarė vyrai (64 proc.), o likusią – moterys (36 proc.). Dalyvavusių tiriamųjų amžius buvo nuo 41 iki 70 metų. Tyrimas parodė, kad daugiau nei pusė (59 proc.) tiriamųjų savo sveikatą įvertino gerai arba labai gerai, tuo tarpu 41 proc. savo sveikatą vertino kaip blogą arba labai blogą. Tolimesnėje tyrimo analizėje buvo nustatyta, kad vyrai savo sveikatos būklę yra linkę vertinti geriau nei moterys. Taip pat nustatyta, kad jaunesni pacientai (iki 60 metų) vertino savo sveikatą geriau, nei vyresnio amžiaus žmonės (Pietryka-Michałowska ir kt., 2012). Mūsų atliktame tyrime nustatyta, kad patyrusių MI, fizinė sveikata reikšmingai nesiskyrė skirtingose amžiaus grupėse – visų emocinės ir fizinės sveikatos balai gana panašūs, tiek tarp jaunesnių, nei 60 m. pacientų, tiek tarp vyresnių ($p>0,05$). Kitų tyrėjų rezultatai rodo, kad pacientai, kurie pažymėjo geresnę savijautą, gerą fizinį pasirengimą ir gebėjimą atlikti kasdienę veiklą be jokių apribojimų, savo sveikatos būklę vertino teigiamai (Pietryka-Michałowska ir kt., 2012). Nustatyta, kad reabilitacijoje dalyvavę pacientai savo sveikatos būklę vertino geriau nei tie, kurie nedalyvavo reabilitacijoje. Reabilitacijoje dalyvavę tiriamieji teigia, kad po reabilitacijos turi didesnę motyvaciją sveikai gyventi, užsiimti fiziniu aktyvumu, maitintis sveikiau bei pažymėjo pasitikėjimą savo sveikatos būkle. Tyrime dalyvavę pacientai taip pat paminėjo, kad jiems buvo pasireiškę depresijos ir nerimo simptomai, todėl savo sveikatos būklę dažniausiai vertino kaip blogą (Pietryka-Michałowska ir kt., 2012). Taigi, galima dalyti prielaidą, kad psichikos sveikata atlieka svarbų vaidmenį, sveikstant po MI. Apibendrinant tyrimą galima teigti, kad daugumą po MI savo sveikatos būklę vertina teigiamai, tuo tarpu subjektyvus vertinimas yra labai susijęs su fiziniais simptomais, amžiumi, lytimi ir psichologine savijauta bei dalyvavimu reabilitacijoje. Reabilitacija yra ne tik fizinis atsistatymas po MI, o taip pat ir psichologinis bei emocinis paciento atsistatymas po ligos (Pietryka-Michałowska et al., 2012).

Išanalizuotame tyrime, kurį atliko Kroemeke su savo bendradarbiais (Kroemeke, 2016), buvo vertinti savijautos pokyčiai po MI. Respondentai dalyvavo atrankoje, kurioje buvo vertinami 3 etapais: 1 etapas – praėjo kelios dienos po MI (n=141), 2 etapas – praėjus mėnesiui (n = 126), 3 etapas – po 6 mėnesių (n = 121). Galiausiai tyrime dalyvavo 121 pacientas po MI, iš kurių didžiąją dalį sudarė vyrai. Tyrimui buvo nustatyti įtraukimo kriterijai: pirma kartą diagnozuotas MI, neturi gretutinių ligų, jaunesni nei 65 metai. Tyrimas parodė, kad po MI visų tiriamųjų emocinė būklė buvo bloga, tačiau laikui einant ir sveikstant, jų sveikatos būklė pagerėjo (Kroemeke, 2016). Mūsų atliktas tyrimas parodė, kad pacientų, patyrusių MI, emocinė būseną reikšmingai nesiskyrė skirtingose amžiaus grupėse – visų emocinės būsenos sričių balai gana panašūs, tiek tarp jaunesnių, nei 60 m. pacientų, tiek tarp vyresnių ($p>0,05$). Pacientai, kurie po MI buvo pasirinkę reabilitaciją, parodė, kad vertina savo gyvenimo kokybę geriau ir yra žymiai aktyvesni, nei tie, kurie nedalyvauja reabilitacijoje (Kroemeke, 2016). Reabilitacijoje dalyvavę pacientai turėjo geresnius rodiklius, vertinant jų fizinį aktyvumą ir socialinį įsitraukimą. Nedalyvaujantys reabilitacijoje pacientai blogiau vertino savo fizinį aktyvumą ir socialinį įsitraukimą. Tyrimas parodė, kad pacientai, kurie aktyviai įsitraukė į reabilitaciją, greičiau grįžo į savo normalų gyvenimą ir vertino savo gyvenimo kokybę geriau nei tie, kurie nepasinaudojo siūloma reabilitacija. Apibendrinant galima teigti, kad reabilitacija po MI yra labai teigiamai vertinama, nes leidžia pacientams greičiau tapti fiziškai aktyviais, taip pat yra svarbus socialinis įsitraukimas po ligos. Reabilitacijos metu pacientai bendrauja tarpusavyje, dalinasi savo išgyvenimais, patirtimis bei vienas kitą skatina greičiau grįžti į savo įprastą gyvenimą.

Apibendrinant analizuotus tyrimus ir mūsų atliktą, galima išskirti kelias svarbias išvadas apie pacientus po MI. Didžiąją dalį tyrimų dalyvių sudarė vyrai, iš ko galima teigti, kad vyrai dažniau patiria MI, nei moterys. Pacientai, kurie dalyvavo reabilitacijose, parodė žymiai geresnius ir greitesnius rezultatus savo sveikimo procese. Pacientai po reabilitacijos greičiau ir sąmoningiau pradeda į savo gyvenimą įtraukti fizinį aktyvumą. Supranta, kad nors ir minimalus fizinis krūvis, bet jis yra reikalingas organizmui tam, kad jaustųsi gerai. Yra pastebima, kad tie, kurie prieš MI užsiimdavo fiziniu aktyvumu, dažniau greičiau grįžta į savo gyvenimo būdą bei rečiau patiria komplikacijas, susijusias su MI. Taip pat reabilitacijos metu yra suprantama, kad yra svarbu sveika gyvensena ir dauguma atsisako žalingų įpročių. Po MI yra labai svarbu palaikyti pacientą psichologiškai, nes tuo metu jis yra labiausiai pažeidžiamas. Po MI dažnai pacientai susiduria su nerimu, baime ir nežinomybe, todėl labai svarbu tuo metu palaikyti pacientą, suteikiant jam saugumo jausmą. Tyrimų rezultatai parodė, kad dažniausiai per reabilitaciją pacientai pasijaučia geriau ir vertina savo emocinę būklę geriau, tikėtina, kad to priežastis yra ligos akivaizdoje pacientai supranta, jog yra ne vieni. Kuo greičiau pacientai po MI įsitraukia į socialinį gyvenimą, tuo lengviau jie

išgyvena savo ligą. Sveika gyvensena ir atsisakymas žalingų įpročių lemia mažesnę tikimybę pakartotiniam MI.

Darbui išsikelta hipotezė pasitvirtino – po patirto MI ankstyvuoju periodu pacientai žemesniais balais vertina savo emocinę ir fizinę sveikatą, o gyvensenos įpročiai tiesiogiai susiję su tiriamųjų gyvenimo kokybe. Remiantis atliktais skaičiavimais, beveik visų emocinės būsenos sričių įverčiai buvo statistiškai reikšmingai aukštesni tarp tų pacientų, kurie patyrė MI daugiau nei prieš metus, lyginant su pacientais, MI patyrusiais mažiau nei prieš metus, tokiose srityse kaip energingumas / gyvybingumas ($p=0,001$), veiklos apribojimas, dėl emocinių problemų ($p<0,001$) ir emocinė būklė ($p<0,001$). Taip pat fizinės sveikatos sričių įverčiai buvo statistiškai reikšmingai aukštesni tarp tų pacientų, kurie patyrė MI daugiau nei prieš metus, lyginant su pacientais, MI patyrusiais mažiau nei prieš metus, tokiose srityse kaip veiklos apribojimas, dėl fizinių negalavimų ($p=0,005$), skausmo nebuvimas ($p<0,001$) ir bendras sveikatos vertinimas ($p=0,034$).

Tyrimo privalumai ir trūkumai: mūsų atliktas tyrimas yra pagrįstas tiriamųjų pateiktais subjektyviais sveikatos būklės atsakymais. Mes, kaip tyrėjai, negalime užtikrinti ar respondentai, kai atsakinėjo į klausimus, nebuvo paveikti individualios savijautos ar nuotaikos. Tyrime naudojamas SF- 36 klausimynas, kuris yra pripažintas, plačiai naudojamas pasaulyje, vertinant gyvenimo kokybę ir adaptuotas daugelyje šalių bei kalbų. Klausimynas apima įvairias gyvenimo kokybės sritis, nuo fizinės ir emocinės sveikatos, iki socialinio funkcionavimo ir bendros savijautos. Taip pat klausimynas yra nesudėtingas naudoti, aiškus tiek respondentams, tiek tyrėjui, o gauti duomenys gali būti lengvai apdorojami statistiškai. Tačiau įžvelgėme sunkumą su kuriuo gali susidurti vyresnio amžiaus žmonės atsakant į klausimą, kai kurios klausimyno formuluotės gali būti ne visiškai suprantamos vyresnio amžiaus žmonėms.

IŠVADOS

1. Miokardo infarktą patyrusių pacientų emocinė būseną geriausiai įvertinta energingumo ir gyvybingumo srityje, o prasčiausiai – veiklos apribojimo, dėl emocinių problemų. Moterų emocinė būklė geresnė nei vyrų, taip pat palankesni rodikliai būdingi pacientams, įgijusiems aukštesnį išsilavinimą ir gyvenantiems mieste. Be to, praėjus daugiau nei metams po infarkto, pacientai savo emocinę būseną vertina geriau, nei ankstyvuojų laikotarpiu po ligos.
2. Miokardo infarktą patyrusių pacientų subjektyvi fizinė sveikata geriausiai vertinama skausmo nebuvimo srityje, o prasčiausiai – fizinio aktyvumo ir bendros sveikatos vertinimo aspektuose. Moterys savo bendrą sveikatą vertina geriau nei vyrai, o aukštesnis išsilavinimas ir gyvenimas mieste taip pat siejasi su geresne subjektyvia fizine sveikata. Taip pat pacientai, kuriems nuo miokardo infarkto praėję daugiau nei metai, savo fizinę sveikatą vertino geriau nei tie, kurie jį patyrė anksčiau nei prieš metus.
3. Gyvensenos įpročiai tarp pacientų, patyrusių miokardo infarktą, yra įvairūs: vyrai ir mieste gyvenantys tyrimo dalyviai dažniau nurodė, kad rūko ar rūkė; alkoholį vartoja beveik pusė tiriamųjų, dažniau – mažesnių miestelių gyventojai ir įgiję žemesnį išsilavinimą; sveikai maitintis stengiasi daugiau nei pusė pacientų, ypač jaunesni ir turintys aukštesnį išsilavinimą; nemaža dalis tyrimo dalyvių nurodė, kad užsiima fiziniu aktyvumu, dažniau moterys ir jaunesni nei 60 metų žmonės. Miokardo infarktą patyrusių pacientų gyvensenos įpročiai yra reikšmingai susiję su jų gyvenimo kokybe. Tyrimo dalyviai, kurie nurodė, kad nerūko, nevartoja alkoholio, stengiasi sveikai maitintis ir sportuoja, pasižymėjo geresniais su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodikliais.

REKOMENDACIJOS

Šios rekomendacijos yra skirtos žmonėms, kurie patyrė MI. Jos gali pagerinti gyvenimo kokybę, sumažinti komplikacijų riziką ir išvengti ligos pasikartojimo.

1. Sveikas gyvenimo būdas - po MI būtina keisti gyvenimo būdą ir atsisakyti žalingų įpročių. Vienas iš svarbiausių veiksnių tai - sveika mityba. Kitas veiksnys yra fizinis aktyvumas, toks kaip vaikščiojimas, plaukimas, važiavimas dviračiu. Nerekomenduojama iškart po patirto MI užsiimti sunkiu fiziniu aktyvumu, o tik palaipsniui didinti fizini krūvį. Taip pat svarbu ir rekomenduojama atsisakyti rūkymo ir sumažinti alkoholio vartojimą, nes šie veiksniai didina pakartotino MI riziką.
2. Emocinė gerovė ir socialinė parama - MI gali sukelti stresą, nerimą ar depresiją, todėl svarbu pasirūpinti emocine sveikata. Atsiradus psichologiniams sunkumams rekomenduojama kreiptis pagalbos pas psichologą. Taip pat rekomenduojama išbandyti atsipalaidavimo technikas, tokias kaip meditacija, kvėpavimo pratimai ar joga, jos gali padėti pagerinti savijautą ir emocinę būseną. Be to, socialinis ryšys ir artimųjų palaikymas yra labai svarbūs po MI – bendravimas su šeima ir draugais padeda lengviau prisitaikyti prie pasikeitusio gyvenimo būdo ir greičiau grįžti į socialinį gyvenimą.

Atspausdintos tezės ir skaitytas pranešimas:

1. Pažusinskaitė M, Mikaliūkštienė A. Miokardo infarktą patyrusių pacientų psichoemocinė sveikata. VU MF Studentų mokslinės veiklos LXXVII konferencija. Vilnius, 2025 m. gegužės 16 d. Pranešimų tezės: STUDENTŲ MOKSLINĖS VEIKLOS TINKLO LXXVII KONFERENCIJA. "Vilnius, 2025 m. gegužės 16 d. PRANEŠIMŲ TEZĖS" (vu.lt)
2. Pažusinskaitė M, Mikaliūkštienė A. Miokardo infarktą patyrusių pacientų psichoemocinė sveikata. VU MF Studentų mokslinės veiklos LXXVII konferencija (Slaugos sekcija). Vilnius, 2025 m. gegužės 07 d. skaitytas pranešimas.

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju vadovei Dr. Aldonai Mikaliūkšienei už suteiktą pagalbą rašant baigiamąjį magistro darbą, skirtą laiką, bendravimą, padėsinimus, motyvavimą, vertingas konsultacijas ir patarimus.

Taip pat noriu padėkoti darbo konsultantui Pauliui Razmiui, kuris suteikė naudingus patarimus ir įžvalgas.

Pagarbiai, Miroslava Pažusinskaitė

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Abbasi, M., Neishaboury, M., Koohpayehzadeh, J., Etemad, K., Meysamie, A., Asgari, F., Noshad, S., Afarideh, M., Ghajar, A., Ganji, M., Rafei, A., Mousavizadeh, M., Khajeh, E., Heidari, B., Saadat, M., Nakhjavani, M., & Esteghamati, A. (2018). National Prevalence of Self-Reported Coronary Heart Disease and Chronic Stable Angina Pectoris: Factor Analysis of the Underlying Cardiometabolic Risk Factors in the SuRFNCD-2011. *Global Heart*, 13(2), 73. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2018.01.001>
2. Alaour, B., Liew, F., & Kaier, T. E. (2018). Cardiac Troponin - diagnostic problems and impact on cardiovascular disease. *Annals of Medicine*, 50(8), 655–665. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1530450>
3. AL-SHAAR, L., LI, Y., RIMM, E. B., MANSON, J. E., ROSNER, B., HU, F. B., STAMPFER, M. J., & WILLETT, W. C. (2020). Physical Activity and Mortality among Male Survivors of Myocardial Infarction. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 52(8), 1729–1736. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002309>
4. Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(10), e177–e232. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.010>
5. Berg, E., Agewall, S., Brolin, E. B., Caidahl, K., Cederlund, K., Collste, O., Daniel, M., Ekenbäck, C., Jensen, J., Y-Hassan, S., Henareh, L., Maret, E., Spaak, J., Sörensson, P., Tornvall, P., & Lyngå, P. (2023). Health-related quality-of-life up to one year after myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*, 9(6), 639–644. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcac072>
6. Brunetti, N. D., Guerra, A., Ieva, R., Correale, M., Santoro, F., Tarantino, N., & Di Biase, M. (2017). Scared for the scar: fearsome impact of acute cardiovascular disease on perceived kinesiphobia (fear of movement). *Clinical Cardiology*, 40(7), 480–484. <https://doi.org/10.1002/clc.22682>
7. Bucholz, E. M., Ma, S., Normand, S.-L. T., & Krumholz, H. M. (2015). Race, Socioeconomic Status, and Life Expectancy After Acute Myocardial Infarction. *Circulation*, 132(14), 1338–1346. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.017009>

8. De Schutter, A., Kachur, S., Lavie, C. J., Menezes, A., Shum, K. K., Bangalore, S., Arena, R., & Milani, R. V. (2018). Cardiac rehabilitation fitness changes and subsequent survival. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcy018>
9. Doddipalli, S. R., Rajasekhar, D., Vanajakshamma, V., & Sreedhar Naik, K. (2018). Determinants of total ischemic time in primary percutaneous coronary interventions: A prospective analysis. *Indian Heart Journal*, 70, S275–S279. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.05.005>
10. Džubur, A., Lisica, D., Hodžić, E., Begić, E., Lepara, O., Fajkić, A., Gogić, E., & Ejubović, M. (2022). Relationship between depression and quality of life after myocardial infarction. *Medicinski Glasnik*, 19(1), 0–0. <https://doi.org/10.17392/1404-21>
11. Ekblom, O., Ek, A., Cider, Å., Hambraeus, K., & Börjesson, M. (2018). Increased Physical Activity Post–Myocardial Infarction Is Related to Reduced Mortality: Results From the SWEDEHEART Registry. *Journal of the American Heart Association*, 7(24). <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.010108>
12. Falvey, J. R., Hajduk, A. M., Keys, C. R., & Chaudhry, S. I. (2022). Association of Financial Strain With Mortality Among Older US Adults Recovering From an Acute Myocardial Infarction. *JAMA Internal Medicine*, 182(4), 445. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.8569>
13. Femia, G., French, J. K., Juergens, C., Leung, D., & Lo, S. (2021). Right ventricular myocardial infarction: pathophysiology, clinical implications and management. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 22(4). <https://doi.org/10.31083/j.rcm2204131>
14. Frampton, J., Ortengren, A. R., & Zeitler, E. P. (2023). Arrhythmias After Acute Myocardial Infarction. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 96(1), 83–94. <https://doi.org/10.59249/LSWK8578>
15. Grochulska, A., Glowinski, S., & Bryndal, A. (2021). Cardiac Rehabilitation and Physical Performance in Patients after Myocardial Infarction: Preliminary Research. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), 2253. <https://doi.org/10.3390/jcm10112253>
16. Higienos institutas. (2024). *Ataskaita: Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes (2024)*. [Elektroninis išteklius] Prieiga per internetą: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168 [žiūrėta 2025-02-02]
17. Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Ware,

- J. C., & Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40–43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
18. Kilpi, F., Silventoinen, K., Konttinen, H., & Martikainen, P. (2016). Disentangling the relative importance of different socioeconomic resources for myocardial infarction incidence and survival: a longitudinal study of over 300 000 Finnish adults. *The European Journal of Public Health*, 26(2), 260–266. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv202>
 19. Kroemeke, A. (2016). Changes in well-being after myocardial infarction: Does coping matter? *Quality of Life Research*, 25(10), 2593–2601. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1286-6>
 20. Kumar Singh, A., & Kumar Jat, R. (2022). Myocardial Infarction. *Himalayan Journal of Health Sciences*, 16–32. <https://doi.org/10.22270/hjhs.v6i4.116>
 21. Laucevičius, A., Rinkūnienė, E., Ryliškytė, L., Kasiulevičius, V., Jatužis, D., Petrulionienė, Ž., Badarienė, J., Navickas, R., Jucevičienė, A., Kutkienė, S., Solovjova, S., Andrejevaitė, V., Lissauskienė, I., Zupkauskienė, J., Puronaite, R., Gurevičius, R., & Mikolaitytė, J. (2019). Primary prevention strategy for cardiovascular disease in Lithuania. *Seminars in Cardiovascular Medicine*, 25(1), 14–39. <https://doi.org/10.2478/semcard-2019-0004>
 22. Lee, Y.-M., Kim, R. B., Lee, H. J., Kim, K., Shin, M.-H., Park, H.-K., Ahn, S.-K., Kim, S. Y., Lee, Y.-H., Kim, B.-G., Lee, H., Lee, W. K., Lee, K. S., Kim, M.-J., & Park, K.-S. (2018). Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0921-z>
 23. Lian, X., Gu, J., Wang, S., Yan, J., Chen, X., Wang, M., Zhang, Y., & Wang, L. (2021). Effects of sleep habits on acute myocardial infarction risk and severity of coronary artery disease in Chinese population. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 481. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02251-8>
 24. Liljeroos, T., Humphries, S., Puthoopparambil, S. J., Norlund, F., & Olsson, E. M. G. (2023). Management of emotional distress following a myocardial infarction: a qualitative content analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(1), 47–64. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2135591>

25. Lissåker, C. T., Norlund, F., Wallert, J., Held, C., & Olsson, E. M. (2019). Persistent emotional distress after a first-time myocardial infarction and its association to late cardiovascular and non-cardiovascular mortality. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(14), 1510–1518. <https://doi.org/10.1177/2047487319841475>
26. Łuczak, M., & Połuszna-Owczar, M. (2016). Rehabilitacja kardiologiczna czynnikiem poprawy jakości życia chorych po przebytym zawale mięśnia sercowego. *Innowacje w Pielęgniarstwie*, 1(4), 16–25. <https://doi.org/10.21784/IwP.2016.020>
27. Merlo, A. C., Bona, R. Della, Ameri, P., & Porto, I. (2022). Type 2 myocardial infarction: a diagnostic and therapeutic challenge in contemporary cardiology. *Internal and Emergency Medicine*, 17(2), 317–324. <https://doi.org/10.1007/s11739-021-02920-8>
28. Moledina, A., & Tang, K. L. (2021). Socioeconomic Status, Mortality, and Access to Cardiac Services After Acute Myocardial Infarction in Canada: A Systematic Review and Meta-analysis. *CJC Open*, 3(7), 950–964. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2021.02.006>
29. NAM, H., JEON, H.-E., KIM, W.-H., JOA, K.-L., & LEE, H. (2024). Effect of maximal-intensity and high-intensity interval training on exercise capacity and quality of life in patients with acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(1). <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.08094-2>
30. Nan, N., Dong, W., Gao, B., Cui, F., Chang, Z., Jiao, J., Zuo, H., Mi, H., Song, X., Lyu, S., & Zhang, H. (2022). Association between quality of life and mental stress-induced myocardial ischaemia in high-risk patients after coronary revascularization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01976-0>
31. Nguyen, N., & Michelis, K. C. (2025). Pharmacotherapy, Lifestyle Modification, and Cardiac Rehabilitation after Myocardial Infarction or Percutaneous Intervention. *US Cardiology Review*, 19. <https://doi.org/10.15420/usc.2024.34>
32. Norlund, F., Wallin, E., Olsson, E. M. G., Wallert, J., Burell, G., von Essen, L., & Held, C. (2018). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety Among Patients With a Recent Myocardial Infarction: The U-CARE Heart Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(3), e88. <https://doi.org/10.2196/jmir.9710>
33. Perera, M., Aggarwal, L., Scott, I. A., & Logan, B. (2018). Received care compared to ADP-guided care of patients admitted to hospital with chest pain of possible cardiac

- origin. *International Journal of General Medicine*, Volume 11, 345–351. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S166570>
34. Pietryka-Michałowska, E., Szymańska, J., & Walewska, A. (2012). The patients' subjective assessment of health status after myocardial infarction. *Current Issues of Pharmacy and Medical Sciences*, 25(2), 134–137. <https://doi.org/10.12923/j.2084-980X/25.2/a.04>
 35. Pikala, M., & Maniecka-Bryła, I. (2017). Fifteen-year mortality trends in Poland analysed with the use of standard expected years of life lost, 2000–2014. *Scientific Reports*, 7(1), 8730. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-09441-5>
 36. Prabhakaran, D., Chandrasekaran, A. M., Singh, K., Mohan, B., Chattopadhyay, K., Chadha, D. S., Negi, P. C., Bhat, P., Sadananda, K. S., Ajay, V. S., Singh, K., Praveen, P. A., Devarajan, R., Kondal, D., Soni, D., Mallinson, P., Manchanda, S. C., Madan, K., Hughes, A. D., ... Madappa, N. U. (2020). Yoga-Based Cardiac Rehabilitation After Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(13), 1551–1561. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.01.050>
 37. Renata, S.-Z., Elżbieta, D., & Piotr, L. (2019). Dental treatment of post-myocardial infarction patients: A review of the literature. *Dental and Medical Problems*, 56(3), 291–298. <https://doi.org/10.17219/dmp/109232>
 38. Ricci, F., Martini, C., Scordo, D. M., Rossi, D., Gallina, S., Fedorowski, A., Sciarra, L., Chahal, C. A. A., Meyers, H. P., Herman, R., & Smith, S. W. (2025). ECG Patterns of Occlusion Myocardial Infarction: A Narrative Review. *Annals of Emergency Medicine*, 85(4), 330–340. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2024.11.019>
 39. Riley, R. F., Miller, C. D., Russell, G. B., Soliman, E. Z., Hiestand, B. C., Herrington, D. M., & Mahler, S. A. (2018). Usefulness of Serial 12-Lead Electrocardiograms in Predicting 30-Day Outcomes in Patients With Undifferentiated Chest Pain (the ASAP CATH Study). *The American Journal of Cardiology*, 122(3), 374–380. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2018.04.031>
 40. Sahanaa, C., Purty, A. J., Prabakaran, S., Arokiaraj, M. C., & Manjunatha, C. H. (2023). Quality of Life among Myocardial Infarction Patients Attending a Tertiary Care Center in Puducherry, South India. *Journal of Clinical and Preventive Cardiology*, 12(3), 78–85. https://doi.org/10.4103/jcpc.jcpc_7_23
 41. Salari, N., Morddarvanjoghi, F., Abdolmaleki, A., Rasoulpoor, S., Khaleghi, A. A., Hezarkhani, L. A., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of

- myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03231-w>
42. Saleh, M., & Ambrose, J. A. (2018). Understanding myocardial infarction. *F1000Research*, 7, 1378. <https://doi.org/10.12688/f1000research.15096.1>
 43. Schäfer, A., König, T., Bauersachs, J., & Akin, M. (2022). Novel Therapeutic Strategies to Reduce Reperfusion Injury After Acute Myocardial Infarction. *Current Problems in Cardiology*, 47(12), 101398. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2022.101398>
 44. Schmidt-RioValle, J., Abu Ejheisheh, M., Membrive-Jiménez, M. J., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., Correa-Rodríguez, M., & Gómez-Urquiza, J. L. (2020). Quality of Life After Coronary Artery Bypass Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8439. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228439>
 45. Shi, H., Huang, Z., Xu, T., Sun, A., & Ge, J. (2022). New diagnostic and therapeutic strategies for myocardial infarction via nanomaterials. *eBioMedicine*, 78, 103968. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2022.103968>
 46. Shlomo, R. W., Kizony, R., Nahir, M., Grosman-Rimon, L., & Kodesh, E. (2022). Active Lifestyle Post First Myocardial Infarction: A Comparison between Participants and Non-Participants of a Structured Cardiac Rehabilitation Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3617. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063617>
 47. Sieri, S., Agnoli, C., Grioni, S., Weiderpass, E., Mattiello, A., Sluijs, I., Sanchez, M. J., Jakobsen, M. U., Sweeting, M., van der Schouw, Y. T., Nilsson, L. M., Wennberg, P., Katzke, V. A., Kühn, T., Overvad, K., Tong, T. Y., Conchi, M.-I., Quirós, J. R., García-Torrecillas, J. M., ... Krogh, V. (2020). Glycemic index, glycemic load, and risk of coronary heart disease: a pan-European cohort study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 112(3), 631–643. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa157>
 48. Sir, O., & Ozakgul, A. (2022). Evaluation of the Perception of Illness and Quality of Life in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Türk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology*, 50(3), 209–216. <https://doi.org/10.5543/tkda.2022.21048>
 49. Solano-Ruiz, Mc., Freitas, G. F. de, Ugarte-Gurrutxaga, M. I., Gómez-Cantarino, S., & Siles-González, J. (2021). Men's Positive and Negative Experiences Following Acute Myocardial Infarction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1053. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031053>

50. Sreenivasan, J., Khan, M. S., Khan, S. U., Hooda, U., Aronow, W. S., Panza, J. A., Levine, G. N., Commodore-Mensah, Y., Blumenthal, R. S., & Michos, E. D. (2021). Mental health disorders among patients with acute myocardial infarction in the United States. *American Journal of Preventive Cardiology*, 5, 100133. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2020.100133>
51. Staniūtė Margarita. (2007). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 9(1), 22–25.
52. Strömbäck, U., Engström, Å., & Wälivaara, B.-M. (2019). Realising the seriousness – The experience of suffering a second myocardial infarction: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 51, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.12.002>
53. Szczepańska, E., Białek-Dratwa, A., Filipów, K., & Kowalski, O. (2023). Lifestyle and the risk of acute coronary event: a retrospective study of patients after myocardial infarction. *Frontiers in Nutrition*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1203841>
54. Szudy, E., & Chojnacka-Kowalewska, G. (2023). Ocena jakości życia pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego. *Innowacje w Pielęgniarstwie*, 8(3), 60–73. <https://doi.org/10.21784/IwP.2023.016>
55. Takahashi, K., Enomoto, D., Morioka, H., Uemura, S., & Okura, T. (2023). Identification of the Vessels Causing Myocardial Ischemia by a Synthesized 18-Lead Electrocardiogram Obtained After the Master Two-Step Exercise Test in a Patient With Effort Angina. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.47840>
56. Tetzlaff, J., Geyer, S., Westhoff-Bleck, M., Sperlich, S., Epping, J., & Tetzlaff, F. (2021). Social inequalities in mild and severe myocardial infarction: how large is the gap in health expectancies? *BMC Public Health*, 21(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10236-7>
57. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto taryba. (2023). *VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO BAIGIAMŲJŲ DARBŲ RENGIMO, GYNIMO IR KAUPIMO METODINIAI NURODYMAI*. Prieiga per internetą: https://www.mf.vu.lt/images/VU_Medicinos_fakulteto_metodiniai_nurodymai_2023.pdf
58. Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M., ... Williams, B. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease

- prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
59. Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R. G. B., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363–372. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00279-N](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00279-N)
 60. Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
 61. Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30, 473–483.
 62. Waszak, D. (2023). Ocena jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. *Innowacje w Pielęgniarstwie*, 8(1), 39–58. <https://doi.org/10.21784/IwP.2023.003>
 63. World Health Organization. (2021). *Mental Health Atlas 2020*. ISBN 978-92-4-003670-3
 64. World Health Organization 2020. (2020). *Basic Documents : Forty-Ninth Edition 2020*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-000051-3
 65. Zhang, Q., Lu, H., Pan, S., Lin, Y., Zhou, K., & Wang, L. (2017). 6MWT Performance and its Correlations with VO2 and Handgrip Strength in Home-Dwelling Mid-Aged and Older Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 473. <https://doi.org/10.3390/ijerph14050473>

PRIEDAI

1 priedas. Tyrimo instrumentas

Gerbiami respondentai, esu Mirosława Pażusinskaitė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto išplėstinės praktikos slaugos studijų programos II kurso studentė. Šiuo metu kartu su darbo vadove dr. A. Mikaliūkštieene atlieku mokslinį tyrimą tema: „Gyvenimo kokybė po patirto miokardo infarkto“. Šio tyrimo tikslas – įvertinti pacientų gyvenimo kokybę po patirto miokardo infarkto. Tyrimas yra anonimiškas, o Jūsų atsakymai – konfidencialūs. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrintai baigiamajame darbe. Atsakydami į klausimus, pažymėkite Jums tinkamą atsakymo variantą. Anketai užpildyti užtruksite apie 5-10 minučių. Iškilus neaiškumams, kreipkitės el. paštu: mirosława.pazusinskaite@mf.stud.vu.lt.

Iš anksto dėkoju už Jūsų atsakymus ir skirtą laiką.

Ar sutinkate dalyvauti apklausoje?

☐ Taip

☐ Ne

Specialioji dalis

SF- 36 klausimynas

1. **Apskritai**, ar galite sakyti, kad Jūsų sveikata yra:

(Prašau pažymėti vieną atsakymą)

Puiki	☐	Labai gera	☐	Gera	☐
Nebloga	☐	Bloga	☐		

2. **Palyginus prieš 1 metus**, kaip pasikeitė Jūsų sveikata dabar:

(Prašau pažymėti vieną atsakymą)

Žymiai geresnė, negu prieš 1 metus	☐	Truputį geresnė, negu prieš 1 metus	☐
------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Panaši, kaip ir buvo ☐ Truputį blogesnė, negu prieš 1 metus ☐
 Žymiai blogesnė, negu prieš 1 metus ☐

3. Sveikata ir kasdieninė veikla

Šie klausimai yra apie veiklą, kurią Jūs atliekate kasdien. Ar Jūsų sveikata riboja šią veiklą?

Jei taip, tai kiek?

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Taip, labai riboja	Taip, truputį riboja	Ne, neriboja visai
a) Energinga veikla , tokia kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, dalyvavimas įtemptame sporte	☐	☐	☐
b) Vidutinio sunkumo veikla , tokia kaip stalo perstūmimas, valymas dulkių siurbliu	☐	☐	☐
c) Kėlimas ir nešimas maisto prekių	☐	☐	☐
d) Lipimas keletą aukštų laiptais	☐	☐	☐
e) Lipimas vieną aukštą	☐	☐	☐
f) Pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas	☐	☐	☐
g) Ėjimas daugiau negu 1,5 kilometro	☐	☐	☐
h) Ėjimas pusę kilometro	☐	☐	☐
i) Ėjimas 100 metrų	☐	☐	☐
j) Prausimasis ir apsirengimas	☐	☐	☐

4. Per pastarąsias 4 savaites, ar Jūs turėjote kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdienine veikla dėl fizinės sveikatos?

(Prašau atsakykite TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

	TAIP	NE
a) mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur	☐	☐
b) atlikote mažiau, negu Jūs norėtumėte	☐	☐
c) apribojote darbo rūšį ar kitą veiklą	☐	☐

d) iškilo sunkumai atliekant darbą ar kitą veiklą (pvz.: ☐ ☐
reikia žymiai daugiau pastangų)

5. **Per pastarąsias 4 savaites**, ar Jūs turėjote kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdienine veikla **dėl kokių nors emocinių problemų** (tokių kaip depresijos ar nerimo jautimas)?

(Prašau atsakykite TAIP arba NE į kiekvieną klausimą)

	TAIP	NE
a) mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur	☐	☐
b) atlikote mažiau, negu norėtumėte	☐	☐
c) neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai	☐	☐

6. **Per pastarąsias 4 savaites**, kaip Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos trukdė Jums bendrauti su šeima, draugais, kaimynais ar grupėmis?

(Prašau pažymėti vieną langelį)

Ne, visiškai ne	☐	Nežymiai	☐	Vidutiniškai	☐
Gana nemažai	☐	Ypatingai	☐		

7. Kokio intensyvumo būdavo **kūno skausmai per pastarąsias 4 savaites**?

(Prašau pažymėti vieną langelį)

Nebuvo	☐	Labai silpni	☐	Silpni	☐
Vidutinio intensyvumo	☐	Sunkūs	☐	Labai sunkūs	☐

8. **Per pastarąsias 4 savaites**, kaip **skausmas** pertraukė Jūsų normalų darbą (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namie)?

(Prašau pažymėti vieną langelį)

Ne, visai ne	☐	Labai nedaug	☐	Vidutiniškai	☐
Gana nemažai	☐	Ypatingai	☐		

JŪSŲ JAUSMAI

9. Šie klausimai yra apie Jūsų savijautą ir kaip Jūs tai apibūdintumėte **per paskutinį mėnesį**.
(Kiekvienam klausimui parinkite po vieną atsakymą).

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Visada	Dažniau- siai	Kartai s	Retkar- čiais	Retai	Niekad a
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį :						
a) Ar Jūs jautėte gyvenimo pilnatvę?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Ar Jūs buvote labai nervingas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Ar Jūs jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksminti?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Ar Jūs jautėtės ramus ir taikus?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Ar Jūs turėjote daug energijos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) Ar Jūs jautėtės nuliūdęs ir niūrus?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) Ar Jūs jautėtės išsisėmęs?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h) Ar Jūs buvote laimingas žmogus?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i) Ar Jūs jautėtės pavargęs?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j) Ar Jūsų sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (kaip draugų ar artimų giminių lankymas)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BENDRA SVEIKATA

10. Prašau parinkti atsakymą, kuris geriausiai išreiškia **teisingas** ar **klaidingas** Jums yra kiekvienas iš šių tvirtinimų?

(Prašau pažymėti vieną langelį kiekvienoje eilutėje)

	Tiksliai teisingas	Dažniausiai i teisingas	Nesu įsitikinę s	Dažniausiai klaidingas	Tiksliai klaidinga s
a) Man atrodo, kad aš labiau linkęs sirgti negu kiti žmonės	☐	☐	☐	☐	☐
b) Aš esu toks sveikas kaip ir kiti, ką aš pažįstu	☐	☐	☐	☐	☐
c) Aš manau, kad mano sveikata blogės	☐	☐	☐	☐	☐
d) Mano sveikata puiki	☐	☐	☐	☐	☐

Bendroji dalis

1. Jūsų amžius:.....(įrašykite, kiek Jums yra metų).

2. Jūsų išsilavinimas:

- ☐ Pradinis;
- ☐ Vidurinis;
- ☐ Aukštesnysis;
- ☐ Aukštasis.

3. Jūsų lytis:

- ☐ Vyras;
- ☐ Moteris;
- ☐ Kita (nenoriu atskleisti)

4. Kur Jūs gyvenate?

- ☐ Mieste;
- ☐ Kaime;

☐ Miestelyje (500 – 3000 gyventojų).

5. Kokį darbą dirbote prieš susergant?

☐ Fizinį;

☐ Protinį;

☐ Mišrų.

6. Ar pirmą kartą įvyko miokardo infarktas?

☐ Taip;

☐ Jei Ne, tai kelintą kartą.....

7. Prieš kiek laiko įvyko miokardo infarktas?

☐ Prieš (kiek dienų?);

☐ Prieš(kiek savaitių?);

☐ Prieš(kiek mėnesių?);

☐ Prieš (kiek metų?)

8. Kokių turite žalingų įpročių?

☐ Rūkau;

☐ Vartoju alkoholį;

☐ Žaidžiu azartinius žaidimus;

☐ Vartoju narkotikus.

9. Ar rūkote? (Jei, „ne“ pereikite prie 11 kl.)

☐ Taip, rūkau;

☐ Rūkiu, bet mažiau;

☐ Ne.

10. Kiek metų rūkote/rūkėte?

☐ 1-5 metų;

☐ 6-10 metų;

☐ 11-20 metų;

☐ virš 20 metų;

☐ visą gyvenimą.

11. Ar vartojate alkoholi? (Jei, „ne“ pereikite prie 13 kl.)

☐ Taip;

☐ Ne.

12. Kiek kartų per savaitę vartojate/vartojote alkoholinius gėrimus?

☐ kiekvieną dieną;

☐ 1 kartą per savaitę;

☐ 2-3 kartus per savaitę;

☐ tik savaitgaliais/švenčių dienomis;

☐ labai retai (vieną, du kartus per metus).

13. Ar stengiatės sveikai maitintis? (Jei, „ne“ pereikite prie 15 kl.)

☐ Taip, visada;

☐ Dažniausiai;

☐ Kartais, labai retai;

☐ Ne, niekada.

14. Kodėl stengiatės sveikai maitintis?

☐ Dėl savo sveikatos;

☐ Rūpinuosi savo kūno svoriu;

☐ Nes dabar tai madinga;

☐ Nesistengiu.

15. Ar sportuojate? (Jei, „ne“ pereikite prie 17 kl.)

☐ Taip;

☐ Ne.

16. Kiek laiko per dieną užsiimate fizine veikla?

☐ 15 - 30 min.;

- ☐ 30 - 60 min. (iki 1 valandos);
- ☐ 60 - 90 min. (iki 1,5 valandos);
- ☐ 90 - 120 min. (iki 2 valandų);
- ☐ 120 - 150 min. (iki 2,5 valandų).
- ☐ Kita.....

17. Ar kam nors iš jūsų artimųjų buvo įvykęs miokardo infarktas?

- ☐ Taip;
- ☐ Ne;
- ☐ Nežinau.

Dėkoju už Jūsų atsakymus.

Išrašas



**VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETO
MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS**

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2024-11-18 Nr. (1.7 E) 150000-KT-456
Vilnius

El. balsavimas vyko 2024 m. lapkričio 13-18 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Slaugos katedros vadovė prof. dr. Natalja Istomina
Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asist. dr. Aldona Mikaliūnaitė, VU MF SMI Visuomenės katedros asistentė dr. Jelena Stanislavovienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Buzinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros lektorė Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė. Kvorumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11.

4. SVARSTYTA. Išplėstinės praktikos slaugos magistrantūros studijų antro kurso studentės Miroslavos Pažusinskaitės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Miroslavos Pažusinskaitės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui.

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

prof. dr. Natalja Istomina

Posėdžio sekretorė

Greta Zambžickaitė