

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

Medicinos akademija

Visuomenės sveikatos fakultetas

Orinta Stankevičiūtė

**PACIENTŲ, PATYRUSIŲ MIOKARDO INFARKTĄ, PATIRTYS
KEIČIANT GYVENSENĄ**

Antrosios pakopos studijų baigiamasis darbas

(Gyvensenos medicina)

Studentė

- Orinta Stankevičiūtė

2020-01-03

Mokslinė vadovė

- Doc. dr. Rūta Butkevičienė

2020-01-03

KAUNAS, 2020

SANTRAUKA

Gyvensenos medicina

PACIENTŲ, PATYRUSIŲ MIOKARDO INFARKTĄ, PATIRTYS KEIČIANT GYVENSENĄ

Orinta Stankevičiūtė

Mokslinė vadovė doc. dr. Rūta Butkevičienė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakultetas.
Kaunas; 2020. 58 p.

Darbo tikslas. Atskleisti pacientų, patyrusių miokardo infarktą, patirtis keičiant gyvenimą.

Uždaviniai.

1. Atskleisti, kaip keitėsi pacientų, patyrusių miokardo infarktą, gyvenimas diagnozavus ligą.
2. Atskleisti, ką gyvenimo pokyčiai reiškia pacientams, patyrusiems miokardo infarktą.

Metodika. Kokybinis tyrimas, taikant aprašomosios fenomenologijos strategiją, pagal A. Giorgi metodą. Duomenys rinkti taikant individualų giluminį interviu. Tyrime dalyvavo aštuoni tiriamieji, trys vyrai ir penkios moterys. Atranka – tikslinė. Visa pokalbių trukmė buvo įrašinėjama diktofonu ir transkribuojama.

Rezultatai. Tyrime išryškėjo temos, kurios atskleidė patirčių esmę – tiriamą reiškinį: 1. „*Dėl ko taip atsitiko?*“: miokardo infarkto priežasčių ieškojimas; 2. Kasdienybės pokyčiai: nuo „*viską reikėjo keisti*“ iki „*liga manęs nesulaikė*“; 3. Specialistai ir jų (ne)parama; 4. Kasdienybės priėmimas ir įprasminimas.

Išvados. 1. Tyrimas atskleidė, kad pacientams yra svarbu atrasti miokardo infarkto priežastį ir suprasti šios diagnozės esmę. Informantų pasakojimuose vyravo kelios priežastys, kurias pacientai įvardijo svarbiomis miokardo infarkto atsiradimui: rūkymas, sunkus darbas, asmeniniai išgyvenimai, paveldėjimas. 2. Tyrimo dalyvių patirtis parodė, kad pacientai, patyrę miokardo infarktą, keičia arba nekeičia savo gyvenimo įpročius priklausomai nuo įvairių vidinių ir aplinkos veiksnių. Pacientų gyvenimo pokyčiams įtakos turėjo ligos pasikartojimo baimės, bejėgiškumo ir beviltiškumo jausmai, sumažėjęs fizinis pajėgumas, artimųjų požiūris ir parama. 3. Informantų pasakojimai atskleidė skirtingą santykių su sveikatos priežiūros specialistais patirtį keičiant arba nekeičiant gyvenimo patyrus miokardo infarktą. Specialistai, kaip ir kiti paciento aplinkos žmonės, stiprina motyvaciją arba demotyvavo ryžtis pokyčiams. Daugumai informantų sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo buvo nepakankamas, jiems trūko individualizuotos informacijos apie sveiką gyvenimą. 4. Tyrimo dalyviams, patyrusiems miokardo infarktą, gyvenimo pokyčiai reiškė kasdienybės priėmimą ir įprasminimą. Dėkingumas, streso įveika bei tikėjimas tyrimo dalyvius skatino kovoti su gyvenimo iššūkiais ir motyvavo rinktis sveikatai palankią gyvenimą.

Raktiniai žodžiai: miokardo infarktas, gyvenimo keitimas, pacientų patirtys.

SUMMARY

Lifestyle medicine

EXPERIENCES IN CHANGING THE LIFESTYLE IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCT

Orinta Stankevičiūtė

Supervisor Dr. Rūta Butkevičienė

Faculty of Public Health, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences. Kaunas; 2020. 58 p.

Aim of the study. To reveal the life-changing experience of patients with myocardial infarction.

Objectives. 1. To reveal the changes in the behavior of patients after they have been diagnosed with myocardial infarction. 2. To reveal what lifestyle changes mean for patients with myocardial infarction. **Methods.** Qualitative research was chosen using a descriptive phenomenology strategy, according to A. Giorgi's method. Data were collected through in-depth individual interviews. The study involved 8 subjects: 3 men and 5 women. The selection of the subjects was targeted. The entire duration of the interviews was recorded and transcribed. **Results.** The research revealed the themes that uncovered the investigated phenomenon, namely the essence of the experiences: 1. „*Why did this happen?*“ searching for causes of myocardial infarction; 2. Changes in everyday life: from „*everything needed to be changed*“ to „*the disease did not restrain me*“; 3. Specialists and their (non)support; 4. Acceptance of everyday life and giving a meaning to it.

Conclusions. 1. The study revealed that it is important for patients to find the cause of myocardial infarction. The informants' narratives were dominated by a number of causes that patients perceived to be likely the cause for developing myocardial infarction: smoking, hard work, personal experiences, inheritance. 2. The study revealed the need for informants to change their daily habits and lead a healthier life as well as a desire to continue living as they did before myocardial infarction without changing anything. Fear of disease recurrence, reduced physical capacity, feeling of helplessness and hopelessness and relatives' support contributed to the lifestyle changes of the study participants. 3. The informants' stories revealed different experiences with health professionals while changing or not changing their lifestyle after experiencing myocardial infarction. Most informants lacked the presence of health professionals and personalized information on a healthy lifestyle. 4. For the participants in the study lifestyle changes meant accepting and giving meaning to their everyday life. Gratitude, coping with stress and a sense of spirituality helped the informants to deal with life's challenges and motivated them to choose a healthy lifestyle.

Keywords. Myocardial infarction, lifestyle changes, patient experiences.

Padėka

Nuoširdžiai dėkoju darbo vadovei docentei gerb. Rūtai Butkevičienei už kantrybę, skirtą laiką ir prasmingus patarimus.

Dėkoju artimiesiems už tikėjimą ir palaikymą mokymosi procese.

Dėkoju tyrimo dalyviams, už jų norą ir sutikimą dalyvauti tyrime, už nuoširdumą ir atvirumą dalinantis patirtimi.

TURINYS

SANTRUMPOS	6
SĄVOKOS	7
ĮVADAS	8
DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	10
1. LITERATŪROS APŽVALGA	11
1.1. Širdies ir kraujagyslių ligų paplitimas	11
1.2. Gyvensenos veiksniai ir motyvacija keisti gyvenseną.....	13
1.3. Socialiniai veiksniai, skatinantys keisti gyvenseną	22
2. TYRIMO METODIKA	25
3. REZULTATAI	29
3.1. „ <i>Dėl ko taip atsitiko?</i> “: infarkto priežasčių ieškojimas	30
3.2. Kasdienybės pokyčiai: nuo „ <i>viską reikėjo keisti</i> “ iki „ <i>liga manęs nesulaikė</i> “	34
3.3. Specialistai ir jų (ne)parama	40
3.4. Kasdienybės priėmimas ir įprasminimas	44
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	46
IŠVADOS	50
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	51
LITERATŪRA	52
PRIEDAI.....	58

SANTRUMPOS

AKS – arterinis kraujo spaudimas

FA – fizinis aktyvumas

IŠL - išeminė širdies liga

KMI – kūno masės indeksas

KŠL – koronarinė širdies liga

MI – miokardo infarktas

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

ŠFN – širdies funkcijos nepakankamumas

ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos

ŠSD – širdies susitraukimo dažnis

ŪMI – ūminis miokardo infarktas

SAVOKOS

Fizinis aktyvumas – tai kūno judesiai, sukeliami skeleto ir raumenų. Jiems atlikti sunaudojama daugiau energijos nei esant ramybės būsenoje. Jis gali būti penkiose žmogaus gyvenimo srityse: sporto, namų ruošos, darbo, laisvalaikio ir susisiekiimo (mobilumo).

Fizinis pajėgumas – tai žmogaus geba patenkinamai atlikti fizinį darbą.

Išeminė širdies liga – tai liga, kurios metu dėl vainikinių širdies arterijų spazmo ar aterosklerozės yra sutrikdoma kraujotaka širdies vainikinėse kraujagyslėse ir, to pasekoje, širdies raumuo (miokardas) yra nepakankamai aprūpinamas krauju.

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

IVADAS

Tiriama problema. Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, buvo ir tebėra pagrindinė mirties priežastis. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų užima pirmąją vietą tarp visų mirties atvejų [1]. Higienos instituto duomenimis, 2017 m. nuo kraujotakos sistemos ligų Lietuvoje mirė daugiau nei pusė, t.y. 56.1 proc., visų mirusiųjų [2]. Daugelio šių mirčių priežastis buvo ūminis miokardo infarktas (MI). Atkreiptinas dėmesys, kad pasaulyje ūminį miokardo infarktą kasmet patiria daugiau nei 7 milijonai žmonių [3]. Pasak Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) 2017m. skelbiamų duomenų, daugumos širdies ir kraujagyslių ligų galima išvengti sprendžiant gyvenimo rizikos veiksnius, pavyzdžiui, žalingus įpročius (tabako ar alkoholio vartojimą), nesveiką mitybą ir nutukimą bei fizinį neveiklumą [4]. Sveikas gyvenimo būdas padeda išvengti koronarinių širdies ligų (KŠL), tačiau antrinės šių ligų prevencijos, kurios pagrindas yra sveiko gyvenimo būdo palaikymas, rezultatai nuvilia [5].

Darbo aktualumas. Sveika gyvensena – svarbus veiksnys siekiant išvengti širdies ir kraujagyslių ligų, kurios yra pagrindinė sergamumo bei mirtingumo priežastis visame pasaulyje [6]. Daugelio ligų prevencijos pagrindas – sveikatai nepalankaus elgesio keitimas. PSO ekspertai akcentuoja, jog jei žmonės laikytųsi tinkamos, subalansuotos mitybos principų, būtų fiziškai aktyvūs, nepiktnaudžiautų alkoholiu ir nerūkytų, būtų galima išvengti 80 proc. širdies ir kraujagyslių ligų bei jų sukeltų sutrikimų [7, 8]. Ekspertai pripažįsta, kad sveika gyvensena leidžia iš esmės sumažinti sergamumą, mirtingumą ir pailginti gyvenimo trukmę. Deja, tyrimai rodo, kad net rizikos grupei priklausantys asmenys yra ne visada linkę keisti savo gyvenseną, vangiai dalyvauja jiems siūlomose sveikatos stiprinimo programose ir nesilaiko specialistų rekomendacijų, – todėl siūlomų programų efektyvumas jų atžvilgiu – gana menkas [9, 10]. Lietuvoje ir užsienyje atliktų tyrimų duomenimis, sergančių asmenų, kurie laikosi gydymo nurodymų (gydymo nurodymų laikymasis apibrėžiamas kaip daugelio su sveikata susijusių elgesio apraiškų visuma, apimanti vaistų vartojimą, pakartotinius apsilankymus gydymo įstaigoje, sveiką mitybą, fizinį aktyvumą, nerūkymą), skaičius neretai nesiekia net 50 proc. [11]. Pastebėta, kad, patyrę ūmią kardiologinę būklę, pacientai susiduria su įvairiais iššūkiais keičiant gyvenseną, todėl labai svarbu yra suprasti, kokios patirtys lydi sergančiuosius ir ką gyvenimo pokyčiai jiems reiškia [12, 13].

Mokslinis naujumas. Mokslinėje literatūroje pripažįstama, jog gyvenimo būdo pokyčių praktika pacientams yra itin sudėtingas iššūkis, nes kiekvienas iš jų turi skirtingą patirtį, poreikius ir lūkesčius. Tyrimuose akcentuojama, jog sėkmingi rezultatai priklauso ir nuo paciento bei sveikatos priežiūros specialistų santykių, lemiančių pacientų įgalinimą ir tvarius ilgalaikius gyvenimo būdo pokyčius [14]. Vis dėlto, pabrėžtina, kad Lietuvoje trūksta mokslinių tyrimų, analizuojančių asmeninę pacientų patirtį keičiant gyvenimo būdą ir galimybes naujus įpročius išlaikyti kuo ilgiau.

Mokslinės literatūros apie pacientų, patyrusių ūmią kardiologinę būklę, gyvenimo būdo pokyčius taip pat nėra daug [15]. Pasak C. Condon ir G. McCarthy (2006), gyvenimo būdo pokyčiai, patyrus miokardo infarktą, gali daryti teigiamą įtaką mažinant ligos pasikartojimo riziką, dėl to pagerėja sveikata ir socialinė nauda. Tikslinga nurodyti, kad mokslininkai pripažįsta, jog pakeisti per ilgus gyvenimo metus susiformavusius įpročius yra labai sudėtinga [14].

Atlikto tyrimo teorinė ir praktinė reikšmė. Atskleidus pacientų, patyrusių miokardo infarktą, patirtis, keičiant gyvenseną, gyvensenos medicinos specialistams ir kitiems sveikatos priežiūros specialistams bus lengviau atpažinti, su kokiomis problemomis susiduria sergantieji, kokios pagalbos jie tikisi, kokios kliūtys jiems trukdo ryžtis pokyčiams.

Asmeninis autorės indėlis. Darbo autorė dalyvavo visuose tyrimo rengimo etapuose, t. y. nuo tyrimo idėjos iki jo atlikimo ir rezultatų analizės.

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas: Atskleisti pacientų, patyrusių miokardo infarktą, patirtis keičiant gyvenimą.

Uždaviniai:

1. Atskleisti, kaip keitėsi pacientų, patyrusių miokardo infarktą, gyvenimą diagnozavus ligą.
2. Atskleisti, ką gyvenimo pokyčiai reiškia pacientams, patyrusiems miokardo infarktą.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Širdies ir kraujagyslių ligų paplitimas

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (ŠKL) yra vienos dažniausių mirties priežasčių. Dėl šių ligų pasaulyje kasmet miršta 17,9 milijonai žmonių (World Health Statistics, 2017). Remiantis išankstiniais 2018 m. Lietuvos gyventojų mirties priežasčių duomenimis, pagrindinė mirtingumo Lietuvoje priežastis yra širdies ir kraujagyslių sistemos ligos, kurios sudaro 55,4 proc. visų mirties atvejų. Mirtingumas Lietuvoje dėl ŠKL yra dvigubai didesnis nei kitose Europos Sąjungos šalyse [16].

Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai

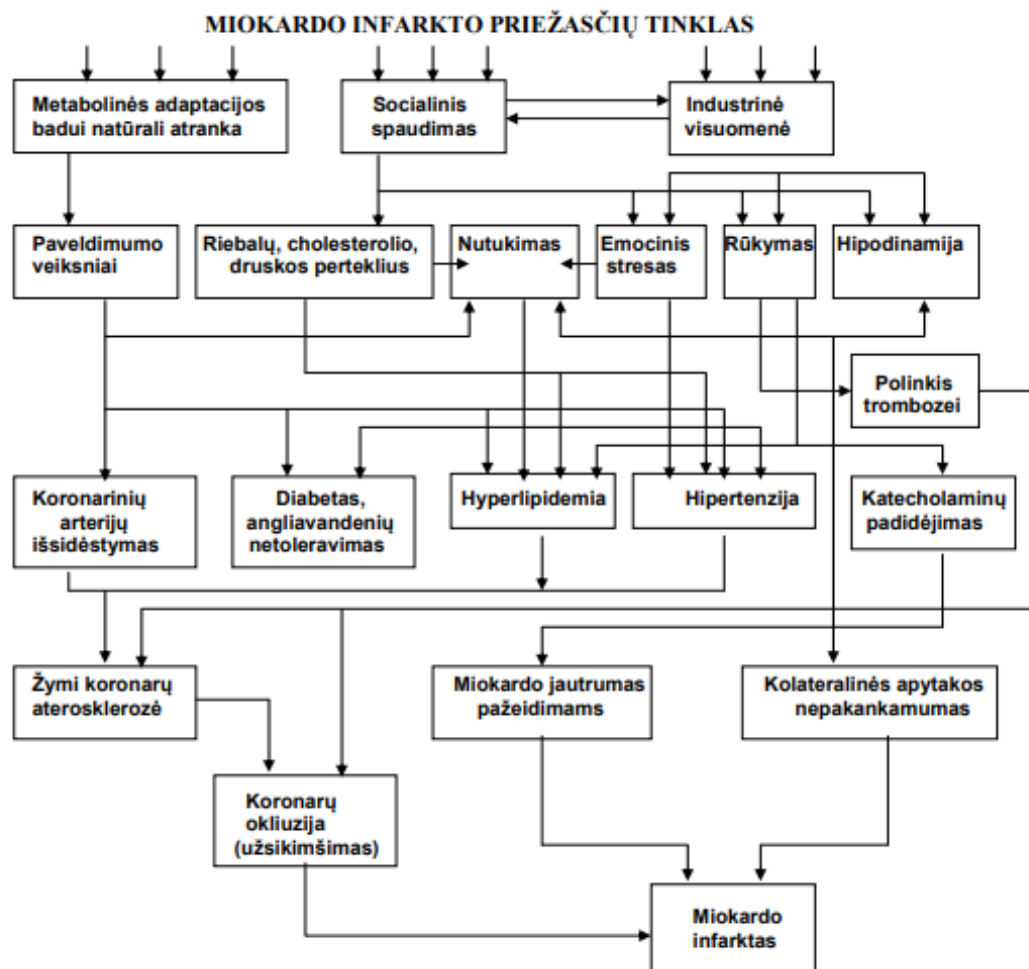
Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos atsiranda bei vystosi dėl daugelio svarbių veiksnių. Vieni rizikos veiksniai yra nekoreguojami, o kiti koreguojami, taigi juos galima pašalinti. Svarbūs širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksniai, kuriuos galima keisti – tai padidėjęs arterinis kraujas spaudimas (arterinė hipertenzija), padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje (hipercholesterolemija), rūkymas, nutukimas, antsvoris, centrinis nutukimas, alkoholio vartojimas, mažas fizinis aktyvumas, nesubalansuota mityba, psichologinis ir socialinis stresas [1, 4].

Nustatyta, jog siekiant užkirsti kelią širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimui ir vystymuisi, svarbu užtikrinti mažą bendrojo cholesterolio, mažo tankio lipoproteinų ir trigliceridų koncentracijos kraujyje palaikymą, žalingų įpročių atsisakymą, optimalią kraujospūdžio kontrolę, subalansuotą mitybą bei palaikyti fizinį aktyvumą. Be to, įrodyta, jog Viduržemio jūros regiono dieta ir vidutinio sunkumo fizinis aktyvumas sumažina riziką sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis [13].

Taigi, gyvenimo būdas yra svarbus rizikos veiksnys pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis. Tam, kad gerintume pacientų išgyvenamumą, gyvenimo kokybę, pagreitintume sveikimą po ūmių kardiologinių įvykių, sumažintume patiriamą skausmą, svarbu pacientams rekomenduoti remtis sveikos gyvensenos principais – rinktis sveikesnius maisto produktus, mesti žalingus įpročius, būti fiziškai aktyviems, išmokti kovoti su stresu. Tai rodo, kad sergančių ŠKL žmonių motyvavimas keisti gyvenimo būdą yra svarbi širdies reabilitacijos ir antrinės prevencijos dalis [17].

Viena iš svarbiausių širdies ir kraujagyslių ligų yra ūminis koronarinis sindromas (ŪKS), kuris sukelia pavojų gyvybei [18]. Ūminis koronarinis sindromas yra pagrindinė sergamumo ir mirtingumo priežastis [15]. Šis sindromas gali pereiti nuo nestabilios krūtinės anginos į ūminį miokardo infarktą (ŪMI) ir negrįžtamos nekrozės miokarde [18].

Miokardo infarktas (MI) – tai yra negrįžtamas miokardo ląstelių pažeidimas su ribota širdies raumens nekroze, kurį sukelia ilgai užtrukusi miokardo išemija dėl reliatyviai ar visiškai sumažėjusio miokardo aprūpinimo arteriniu krauju ir deguonimi. Dažniausiai ši sunkiausia išeminės ligos forma pasireiškia vyresniems nei 40 metų vyrams dėl staigaus deguonies stygiaus. Tai yra gyvybei grėsminga vainikinių arterijų liga. Pažeista aterosklerozinė plokštelė arterijos spindyje 90 proc. atvejų užkemša susidariusiu trombu, kitais atvejais arterijos okliuzija gali lemti kraujagyslės spazmas. Tikimybė susirgti miokardo infarktu didina vadinamieji rizikos veiksniai – arterinė hipertenzija, cukrinis diabetas, rūkymas, neracionalus darbo, poilsio ir mitybos režimas [19]. Didelės apimties „Interheart“ tyrime, kuriame dalyvavo net 52 pasaulio šalys, ištyrus daugiau nei 11 000 miokardo infarkto atvejų buvo patvirtinti 8 pagrindiniai modifikuojami rizikos veiksniai – dislipidemija, rūkymas, arterinė hipertenzija, cukrinis diabetas, pilvinis nutukimas, alkoholio vartojimas, reguliaraus fizinio aktyvumo stoka bei nepakankamas vaisių ir daržovių kiekis mityboje [20].



1.1. pav. Miokardo infarkto priežasčių tinklas.

Šaltinis: Z. Javtokas. Sveikatos stiprinimo konspekto papildymas, 2015m. 4 psl.

Miokardo infarktą sukeliantys rizikos veiksniai ne retai yra tarpusavyje susiję. Aukščiau pateikiamas (1.1 pav.) miokardo infarkto priežasčių tinklas kaip biologinių ir socialinių sveikatos determinantų ryšio pavyzdys (pagal Friedman, 1987m.).

Aterosklerozę skatina įvairūs veiksniai, kurie kartu priartina koronarinę širdies ligą. Dauguma šių veiksnių yra netinkamos gyvensenos išdava. Didžiąją dalį rizikos veiksnių galima modifikuoti ir taip sustabdyti ligos progresavimą [21]. Taigi, MI yra širdies ir kraujagyslių liga, kuri stipriai paveikia pacientų gyvenimą, sukelia stresą ir neretai priverčia susirūpinti savo sveikata bei atkreipti didesnę dėmesį į savo gyvenimą [22].

1.2. Gyvensenos veiksniai ir motyvacija keisti elgseną

Gyvensenos veiksniai yra svarbūs rizikos faktoriai susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, todėl motyvacija keisti gyvenimą yra labai svarbi, siekiant sėkmingai įgyvendinti širdies reabilitacijos ir antrinės prevencijos programas [17].

Literatūros apžvalgoje, apimančioje 33 kokybinius 1986–2009 metais atliktus tyrimus, Murray su bendraautoriais nustatė penkias pagrindines gyvenimo būdo pokyčių kliūtis:

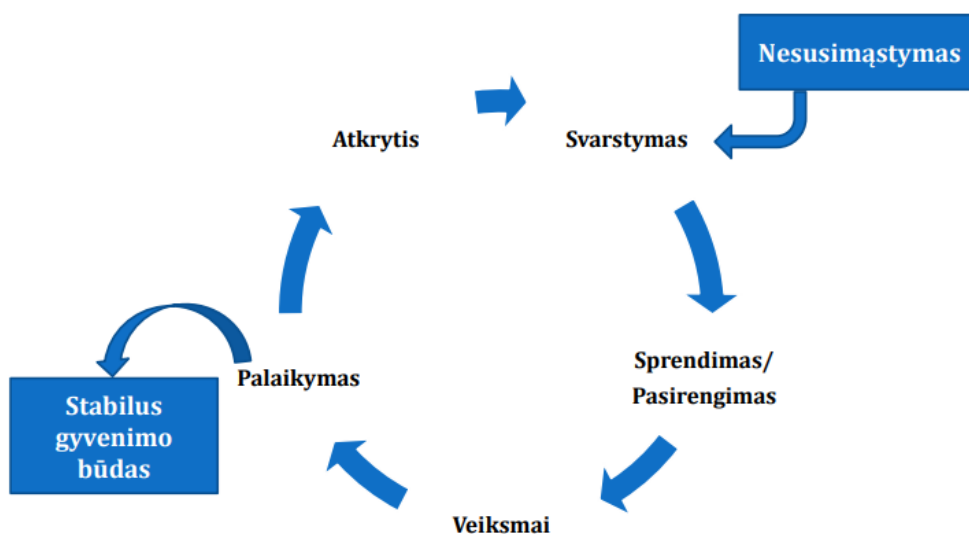
- 1) Emocinė būsena, daugiausia susijusi su motyvacija, stresu, pasitikėjimu savimi ir sumišimu;
- 2) Įsitikinimai apie būtinybę atlikti pokyčius;
- 3) Žinios apie gyvenimo būdą;
- 4) Šeimos ir draugų palaikymas;
- 5) Praktiniai klausimai, pavyzdžiui, pragyvenimo išlaidos [23].

Vieni žmonės yra pakankamai stiprūs ir patys gali priimti sprendimus, kitiems reikia aplinkinių palaikymo: šeimos, draugų arba medikų. Sveikatos priežiūros sistemai iškėlus visuotinę tikslą – sveikatinimą, pradėta ieškoti efektyvių, įrodymais grįstų strategijų, kurios padėtų žmonėms keisti savo gyvenimą. Sukurta nemažai teorijų ir modelių, bandančių paaiškinti su sveikata susijusį elgesį, vienas iš jų – elgesio keitimo stadijų modelis [12].

Elgesio keitimo stadijų modelyje (angl. *The stages of change model*) pabrėžiama, kad elgesio keitimas – tai procesas, kuriame išskiriamos net kelios elgesio keitimo stadijos, atspindinčios žmogaus motyvaciją ir pasirengimą keisti savo elgesį [24, 25]. Modelis buvo sukurtas siekiant paaiškinti žmonių, ketinančių mesti rūkyti, elgesį. Jo autoriai rėmėsi kitų autorių naudojamomis sėkmingomis elgesio keitimo intervencijomis, pateiktomis rekomendacijomis. Todėl šis modelis

dažnai vadinamas transteoriniu. Elgesio keitimo stadijų modelyje išskiriamos 6 elgesio keitimo stadijos (1.2 pav.):

- 1) *Iki svarstymo*. Šioje stadijoje žmogus dar neketina keisti elgesio ir net nemano, kad turi problemų. Problema gali būti akivaizdi kitiems – šeimos nariams, draugams;
- 2) *Svarstymo*. Žmogus suvokia, kad turi problemų, ir mano, jog reiktų kažką daryti. Svarstymo metu neketinama keisti gyvenenos, vėliau, atsiradus ketinimams, jie atidėliojami. Pokyčiai vertinami prieštarinčiai, todėl būtina skatinti, atkreipiant dėmesį į gyvenenos ir simptomų ryšį, kitų šeimos narių ligas, socialines problemas.
- 3) *Pasirengimo*. Asmuo ruošiasi imtis tam tikrų veiksmų artimiausioje ateityje (per mėnesį) ir gali pradėti kažką daryti. Pasirengimo stadijoje bandoma įvykdyti ketinimus, ir pacientai jau būna pasiekę teigiamų gyvenenos pokyčių, pavyzdžiui, sumažinę surūkomų cigarečių skaičių, kiek pakoregavę mitybą.
- 4) *Veiksmų*. Konstatuoti žmogaus veiksmų stadiją galima tik tada, kai jis jau ne mažiau kaip pusmetį laikosi savo plano keisdamas elgesį. Vykdomo stadijoje teigiami pokyčiai jau būna pasiekti, tačiau kyla didelė rizika jų neišlaikyti. Šiuo laikotarpiu svarbi pačios asmenybės (savo sėkmės suvokimo), tarpasmeninė (socialinio palaikymo) ir aplinkos (neišvengiamo buvimo „nesveikoje“ aplinkoje) sąveika. Veiksmų strategija turi būti aktyvi stebint, ar pacientas pereis į pokyčių išlaikymo ar regresio stadiją
- 5) *Palaikymo*. Asmuo jau pusmetį yra pakeitęs savo elgesį. Tačiau tikimybė, kad vėl pradės elgtis taip, kaip anksčiau, išlieka. Todėl labai svarbi tinkama aplinka ir aplinkinių palaikymas. Ši stadija trunka tol, kol įveikiamas nepageidaujamas elgesys;
- 6) *Atkryčio*. Žmogus vėl pradeda elgtis taip, kaip ir anksčiau [26].



1.2. pav. Elgesio pasikeitimų ratas.

Šaltinis: Prochaska et.al. *The transtheoretical approach*, 2005. 466 psl.

Tyrimai rodo, kad asmens pasirengimas ar motyvacija keisti savo elgesį – geriausias elgesio keitimą prognozuojantis veiksnys [27]. Sveika gyvensena yra daugiamačė sąvoka, apimanti įvairius komponentus: mitybą, fizinį aktyvumą, tabako nevartojimą, farmacijos preparatų nevartojimą, alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų nevartojimą, darbo ir poilsio režimą, seksualinę elgseną, patiriamą stresą ir gebėjimą jį įveikti, higienos įpročius, profilaktinį sveikatos tikrinimąsi ir kitą elgseną, galinčią turėti įtakos sveikatai [28].

Elgesio rizikos veiksnių stebėjimo duomenimis (angl. Behavioral Risk Factor Surveillance), tik 5 proc. suaugusiųjų atitinka visus sveikos gyvensenos standartus (yra fiziškai aktyvūs, suvartoja pakankamą kiekį vaisių ir daržovių, nerūko). Mokslininkų komanda iš Ilinojaus universiteto Čikagoje per ilgalaikę „Cardia“ studiją nustatė, jog pasirinkus gyventi sveikesnį gyvenimą ankstyvajame arba vidutiniame amžiaus laikotarpyje, sumažinama širdies ir kraujagyslių ligų vystymosi rizika vyresniame amžiuje. Be to, sveikos gyvensenos skatinimas yra labai svarbus veiksnys ne tik gyvenimo pradžioje, bet ir suaugusiame amžiuje, nes tai gali įtakoti širdies ir kraujagyslių ligų progresavimą [29].

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) savo dokumentuose pabrėžia, kad lėtinių ligų našta gali būti gerokai sumažinta taikant efektyvias prevencijos ir ankstyvosios intervencijos priemones, didinant jau egzistuojančių prevencijos ir intervencijos priemonių efektyvumą bei kontrolę [7]. Svarbiausias nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 m. plėtros programos iškeltas tikslas – stiprinti fizinę ir psichinę sveikatą, formuojant sveiką gyvenseną ir jos kultūrą, skatinant sveikatos raštingumą [30]. Šiaurės Karijijos projektas – tai puikus pavyzdys, kai suvokus širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnių įtaką sveikatai buvo sutelktas visuotinis dėmesys į prevenciją. Šio projekto eigoje paaiškėjo, jog pagrindiniai rizikos veiksniai buvo radikalčiai sumažinti tarp visų gyventojų. Atskiros studijos parodė esminę gyvenimo būdo pasikeitimo įtaką mažinant mirčių dėl širdies ir kraujagyslių ligų skaičių [31].

Deja, net ir remiantis mokslu grįstais įrodymais kartais nepavyksta pacientų įtikinti rinktis sveikesnę gyvenseną. Airijos mokslininkų atlikto kokybinio tyrimo metu buvo siekiama suprasti gyvenimo būdo pokyčių po ūmaus miokardo infarkto realijas. Tyrimo išvados patvirtina, kad ankstyvosios reabilitacijos laikotarpiu gyvensenos pokyčius atlikti yra kur kas sunkiau, nei tikėtasi. Buvo nustatyta, kad iškart inicijuojant per daug pokyčių ir per didelis šeimos narių susirūpinimas vargina pacientus ir taip atitolina pasiryžimą keisti gyvenseną [14].

Įdomu tai, jog 2018 metais Švedijoje atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo išsiaiškinti pacientų, patyrusių antrąjį miokardo infarktą, patirtis, atslaidė, jog tik po antrojo miokardo infarkto pacientai iš tiesų suvokė, kad reikia rinktis sveikesnį gyvenimo būdą, nes tik tai padėtų išvengti dar vieno ligos pasikartojimo. Antrasis miokardo infarktas yra kitoks įvykis, lyginant su pirmuoju, dėl kurio

kenčiantys žmonės suvokia gyvenimo būdo pokyčių rimtumą ir svarbą. Jie yra labiau paveikti tiek fiziškai, tiek psichologiškai [32].

Mityba ir miokardo infarktas

Vienas iš pagrindinių sveikatą saugančių ir stiprinančių gyvensenos veiksnių yra sveika mityba [33]. Mitybos rekomendacijos, skirtos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai, taikomos jau daugiau nei 50 metų. Dauguma dietų rekomenduoja sumažinti sočiųjų riebalų ir cholesterolio kiekį maiste ir didinti polinesočiųjų riebalų kiekį maiste suvartojimą. Nepaisant to, yra tyrimų, teigiančių, kad nors ir šios mitybos rekomendacijos sumažina cholesterolio kiekį, širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimo rizikos jie nesumažina [34].

Remiantis naujausiais mokslinių tyrimų duomenimis, sočiųjų riebalų vartojimas neturi sąsajų su koronarinėmis širdies ligomis, mirtingumu susijusių su širdies ir kraujagyslių ligomis, insulto ar 2 tipo cukrinio diabeto išsivystymu. Mokslininkai vis dažniau skelbia publikacijas, kuriose pabrėžia Viduržemio jūros regiojos dietos privalumus. Viduržemio jūros regiono dieta pasižymi didesniu riebalų suvartojimu nei kitos dietos, remiantis Lyon širdies tyrimo 1988-1997 m. duomenimis, antrinėje prevencijoje taikant Viduržemio dietą sumažėja rizika antrą kartą susirgti miokardo infarktu [35]. Šis tyrimas buvo sustabdytas praėjus 27 mėnesiams, kai tarpinė analizė parodė, kad Viduržemio jūros regiono mityba 73 procentais sumažino mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičių [34]. Viduržemio jūros regiono mityba pasižymi didesniu alyvuogių aliejaus, vaisių, riešutų ir grūdų suvartojimu, vidutiniu žuvies ir paukštienos suvartojimu ir mažu pieno produktų, raudonos mėsos, perdirbtų mėsos gaminių ir saldumynų vartojimu. Ispanijos mokslininkų atlikto tyrimo (PREDIMED) duomenimis, Viduržemio jūros regiono mityba, praturtinta pirmojo spaudimo alyvuogių aliejumi arba riešutais, mažina riziką sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis [36].

Pacientams, kurie dėl vienokių ar kitokių priežasčių, visgi nusprendė keisti savo mitybos įpročius, būtingi tam tikri bruožai. Jungtinėje Karalystėje atliktas tyrimas parodė, kad pacientai yra linkę atsisakyti tam tikro produkto ar maisto grupės – vieni siekė sumažinti riebalų suvartojimą, kiti atsisakė cukraus. Įdomu tai, jog tyrimo dalyviai nekalbėjo apie tai, kaip padidino sveikesnių maisto produktų suvartojimą, ar apie tai, kaip sveikesnius produktus įtraukė į savo mitybos racioną, didžiausią dėmesį jie skyrė įvardijimui, ko jiems teko atsisakyti. Tai rodo, jog keisti mitybos įpročius yra sudėtinga, o kartais ir sunkiai įveikiama užduotis [37].

Patyrę ūmią kardiologinę būklę, pacientai ne visada yra linkę keisti savo mitybos įpročius ir vadovautis sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijomis. Anksčiau užsienyje atlikti kokybiniai tyrimai atskleidė įvairias priežastis, dėl kurių pacientai nesirytą pokyčiams – tai paramos iš

aplinkinių trūkumas, nepakankamas informacijos apie mitybos pokyčius suteikimas, žinių, apie mitybos įpročių keitimą, trūkumas [37].

Italų mokslininkai teigia, jog keisti mitybos įpročius apsunkina pripratimas. 2017 metais atliktas tyrimas parodė, kad du didžiausi iššūkiai pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis, buvo angliavandenių suvartojimo mažinimas ir porcijų kontrolė. Daugelis tiriamųjų teigė, kad jiems labai sunku laikytis sveikos mitybos principų, ypač atostogų metu arba pietaujant ne namuose su kitais žmonėmis. Be to, mitybos įpročių korekcijai įtakos turi pacientų aplinka - jei jų artimieji ir artimi draugai nekeičia savo elgesio, pačiam koreguoti savo mitybos įpročius yra sudėtinga [15].

J. A. Cole su bendraautoriais nustatė, jog viena iš kliūčių keisti gyvenimą – tai pagundos ir malonumo jausmas: nesveiko maisto, įskaitant šokoladą ir „skanėstus“, asociacijos su malonumu kai kuriems asmenims sukėlė neįveikiamą pagundą, ypač kai tai buvo susiję su socialiniu spaudimu, pvz., buvimu svečiuose ar dovanomis. Nuobodulys buvo viena iš sveikų įpročių praradimo priežasčių, pabrėžiant įvairiapusiškumo poreikį planuojant mitybos pokyčius [5].

Kita vertus, sergantieji širdies ir kraujagyslių ligomis, ne visada mato prasmę keisti savo mitybos įpročius. Šveicarijos mokslininkai atliko tyrimą, kurio tikslas buvo ištirti, kokią poveikį tolesnei mitybai turi susirgimas miokardo infarktu. Buvo tiriami pacientų mitybos įpročiai prieš ir po ligos atsiradimo. Remiantis gautais rezultatais, pasitvirtino tyrimo hipotezė - nepaisant rimto ir gyvybei pavojingo įvykio, esminių mitybos pokyčių neatsirado [38]. Be to, S. White ir bendraautorių tyrimo duomenys atskleidė, kad pacientai net po ūmaus kardiologinio įvykio ne visada yra linkę pasirinkti sveikesnę mitybą. Tyrime paaiškėjo, kad kai kurie tyrimo dalyviai nusprendė nieko nekeisti todėl, kad buvo įsitikinę, jog mitybos įpročiai neturi jokios įtakos širdies ligos išsivystymui [37].

Vieną iš pagrindinių priežasčių, kodėl pacientai, patyrę miokardo infarktą, nesiryžta mitybos pokyčiams – tai informacijos ir žinių trūkumas. Pacientams trūksta individualizuotos informacijos, kokius produktus jiems rinktis, ko atsisakyti ar vengti [37]. Italų mokslininkai teigia, kad sveikatos priežiūros specialistų su mityba susijusios rekomendacijos dažnai yra per sudėtingos ir sunkiai pritaikomos realiame gyvenime [15]. Taigi, gyvensenos medicinos specialistų užduotis yra suteikti individualizuotą pagalbą sveikos mitybos klausimais, rekomendacijas skirti kryptingai ir skatinti pacientus rinktis sveikatai palankią mitybą.

Rūkymas ir miokardo infarktas

Dar vienas itin svarbus modifikuojamas ŠKL rizikos veiksnys – rūkymas. PSO duomenimis, rūkymas – daugiau kaip 1,6 milijonų priešlaikinių mirčių priežastis. Tabako dūmuose esančios medžiagos sukelia trombozę ir aterosklerozę, todėl rūkantiesiems didėja miokardo infarkto, staigios

mirties, insulto rizika. Statistikos duomenimis, net 50 proc. ūminių miokardo infarktų jauniems ir vidutinio amžiaus asmenims įvyksta dėl rūkymo sukeltos trombozės. Nustatyta, kad kasdien surūkant po pakelį cigarečių, miokardo infarkto rizika padvigubėja, o dar didesnis cigarečių kiekis riziką padidina trigubai. Be to, rūkantiesiems širdies infarktas dažniau baigiasi mirtimi, didesnė ir kartotinio infarkto tikimybė [2].

Nuo 2007 metų Lietuvoje uždrausta rūkyti viešosiose vietose, o nuo 2015 metų įsigaliojo draudimas rūkyti transporto priemonių salonose, jeigu juose yra asmenų iki 18 metų ir (ar) nėščių moterų. Šios priemonės lėmė rūkymo sumažėjimą Lietuvoje. Tačiau pastaraisiais metais rūkančiųjų skaičius nemažėja ir netgi vėl ėmė didėti ne tik tarp vyrų, bet ir tarp moterų. Metimas rūkyti – ekonomiškai naudingiausia ŠKL prevencijos strategija. Persirgus miokardo infarktu ir metus rūkyti, mirties nuo ŠKL rizika per dvejus metus sumažėja 36 proc. [2].

Koronarinių tyrimų registro duomenimis, 70 metų ir vyresnių ligonių, kurie sirgo išemine širdies liga (IŠL) ir nebuvo metę rūkyti, MI ar mirties rizika per 6 metų stebėjimo laikotarpį buvo 3 kartus didesnė, palyginus su tais, kurie nustojo rūkyti. Mesti rūkyti pavyksta maždaug 5 proc. asmenų, bandančių tai padaryti [39]. Kita vertus, P. Steca su bendraautoriais nustatė, jog lyginant su kitais sveikos gyvensenos komponentais, lengviausiai pacientai ryžtasi žalingų įpročių pokyčiams. Mesti rūkyti buvo lengviau įgyvendinamas gyvensenos pokytis palyginus su mityba ar fiziniu aktyvumu [15]. Pasak Kanados mokslininkų atlikto tyrimo, metimas rūkyti dažniausiai pasitaikantis elgesio pokytis - rūkančių žmonių procentas pastebimai sumažėjo diagnozavus širdies ligas, diabetą, vėžį ir insultą. Pavyzdžiui, žmonių, sergančių širdies ligomis, rūkymas sumažėjo nuo maždaug 14% iki mažiau nei 11 proc. Tyrimo metu paaiškėjo, kad rūkymo metimas ir sumažėjęs surūkytų cigarečių skaičius buvo dažniausiai pastebimi pokyčiai [40].

Sveikos gyvensenos komponentai yra vienas su kitu susiję, tai įrodo S. White ir bendraautorių atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo ištirti koronarinę širdies ligą sergančių pacientų patirtį keičiant mitybą ir režimo laikymąsi ilgalaikėje perspektyvoje. Tyrimas parodė, jog žalingo įpročio atsisakymas gali kelti sunkumų – atsisakius vieno įpročio, kenčia kiti. Taip yra, nes pacientams tampa sunku sutelkti dėmesį į sveikesnę mitybą todėl, kad jiems dažnai kyla poreikis užkandžiauti siekiant sumažinti nikotino potraukį [37].

Rūkymo nutraukimas yra puikus pavyzdys, kad gyvensenos pokyčiai sergantiesiems gali būti labai sudėtingi. Pacientai po ūmaus kardiologinio įvykio iš sveikatos priežiūros specialistų neretai sulaukia informacijos apie rūkymo žalą sveikatai ir jos ryšį su tuo, kas jam nutiko. Vis dėlto pakartotinis tokios informacijos gavimas gali būti interpretuojamas kaip socialinis spaudimas ir, savo ruožtu, galimai skatina neigimą ir prieštaravimą rūkymo nutraukimui, o tai gali sustiprinti sprendimą tęsti rūkymą. Siekiant apginti savo poziciją, susikuriami „pasiteisinimai“, jog būnant apsuptyje

rūkančių draugų ir šeimos narių, atsiranda pagunda, kuri mažina socialinę atskirtį. Taigi, socialinės paramos stoka gali būti rimta kliūtis pokyčiams [22].

Psichoemocinė būseną ir miokardo infarktas

Įrodyta, jog prasta socioekonominė padėtis, socialinė atskirtis, stresas darbe ar šeimyniniame gyvenime, depresija, priešiškumas bei kitos neigiamos emocijos lemia ir susirgimą koronarine širdies liga, ir sunkesnę klinikinę eigą bei prognozę susirgus [41]. Studija, kurios metu buvo tirti 849 ūminiu miokardo infarktu (ŪMI) sirgę pacientai, parodė, kad 48 proc. jų, iki ligos buvo veikiami vieno ar kelių galimų emocinių rizikos veiksnių, iš kurių dažniausias buvo liūdesys (14 proc.). Lietuvių mokslininkų tyrime paaiškėjo, jog daugiau nei pusė respondentų prieš susirgdami ŪMI buvo veikiami psichosocialinių bei elgsenos rizikos veiksnių. Psichosocialiniai bei elgsenos rizikos veiksniai, veikdami kartu, turėjo didesnę įtaką moterų nei vyrų ŪMI išsivystymui. Vien tik psichosocialiniai rizikos veiksniai dažniau įtaką darė ŪMI susirgusioms moterims, nei vyrams [42]. Anksčiau atliktame epidemiologiniame atvejo – kontrolės tyrime nustatyta, kad moterų rizika patirti pirmąjį MI, esant stresui, ženkliai padidėja kontroliuojant ir nekontroliuojant kitų rizikos veiksnių [43].

MI yra gyvybei pavojinga būklė, kuri susijusi su didesne depresijos rizika. Remiantis PSO duomenimis, prognozuojama, kad iki 2020 m. pagal dažnumą depresija bus antra po išeminės širdies ligos negalios ir mirtingumo priežastis pasaulyje [44]. Depresiškas ir nerimastingumas po MI yra dažnas sutrikimas, pasireiškiantis beveik 65% pacientų, patyrusių MI, šie veiksniai daro įtaką apie 18% visų pacientų gyvenimo kokybei [45]. Danų mokslininkė K. K. Larsen, remiantis hospitaline nerimo ir depresijos skale (HADS) įrodė, kad po 3 mėnesių nuo MI penktadalis pacientų suseraga depresija [46]. Kohortinė studija, atlikta J. Romanelli ir bendraautorių parodė, kad depresija po ūmaus MI yra dažnesnė tarp pacientų, vyresnių nei 65 m. [47].

Vienas iš svarbiausių rizikos veiksnių, lemiančių širdies ir kraujagyslių išsivystymą – stresas. Lėtinis stresas padidina gliukokortikoidų receptorių atsparumą, o tai lemia nesugebėjimą reguliuoti uždegiminio atsako [35]. Sėkmingas streso valdymas žymiai sumažina širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimo riziką ir mirtingumą [48].

Persirgus miokardo infarktu, dauguma ligonių patiria baimę ir nerimą, kurie didina komplikacijų pasireiškimo ir mirties riziką. Tai gali tapti priežastimi, kuri turės įtakos suprantėjusiai gyvenimo kokybei [49]. Tam, kad asmuo sugebėtų išgyventi tai, ką patiria, labai svarbų vaidmenį atlieka paciento savikontrolė. Paciento savireguliacija/savikontrolė (angl. *self-management*) – tai asmens gebėjimas susidoroti su simptomais, gydymu, fizinėmis ir socialinėmis pasekmėmis bei gyvenimo pokyčiais, kuriuos sukelia lėtinė liga [50]. Vienas iš bruožų, kad pacientas yra paveiktas

streso ir jam trūksta resursų – nenoras arba nesugebėjimas aktyviai savimi rūpintis nepaisant supratimo, kad taip elgtis nėra tinkama ar nepalanku sveikatai.

Tam, kad suvoktume, kas pacientus skatina ar demotyvuoja gyvensenos pokyčiams, svarbu išsiaiškinti jų psichologinę būklę. M. Staniūtės ir J. Brožaitienės teigimu, ypatingas dėmesys turi būti skiriamas psichoemocinės būsenos ir sveikatos ryšiui [51]. Vertinant sergančių asmenų psichikos būseną labiausiai atsižvelgiama į psichologinius rizikos veiksnius, susijusius su emocine būsena. Nustatyta, kad 59,3 proc. asmenų kamuoja bloga nuotaika (moterų daugiau negu vyrų), 13,3 proc. – kankina nemiga (moterų daugiau negu vyrų), 42,7 proc. – patiria stresą, 60 proc. – jaučiasi sudirgę, įsitempę. Literatūros duomenimis, kai kurie psichologiniai veiksniai gali daryti įtaką širdies ligomis sergančių žmonių sveikatai [4].

Staiga ištikęs miokardo infarktas ilgainiui pacientams sukelia įvairių jausmų. Jungtinėje Karalystėje atliktas kokybinis tyrimas parodė, jog širdies priepuolis gali būti traumatiškas ir bauginantis patyrimas, darantis didelę įtaką visiems pacientams. Remiantis tyrimo duomenimis paaiškėjo, kad dažniausiai pacientai jaučia baimę, kad priepuolis pasikartos ir kad kitą kartą jis gali būti mirtinas [37]. Apie tai, kad motyvacijai keisti gyvenseną turi įtakos baimė, kalba ir J. A. Cole su bendraautoriais tyrime, kurio tikslas buvo ištirti pacientų požiūrį į veiksnius, turinčius įtakos gyvenimo būdo pokyčiams. Baimė dėl asmeninių pasekmių sveikatai nekeičiant gyvenimo būdo, buvo stiprus motyvacinis veiksnys pokyčiams [5].

Kitas svarbus veiksnys siekiant keisti gyvenseną – tai dėkingumas. Mokslininkų iš Jungtinės Karalystės atliktoje metanalizėje teigiama, kad dėkingumas tam, kad išgyveno, paskatino kai kuriuos tiriamuosius išnaudoti kiekvieną dieną ir spręsti gyvenimo būdo pokyčius, kurie padėtų gyventi ilgiau [11]. Šiam tyrimui antrina ir Norvegijoje atlikta kokybinė analizė. Pacientai, kuriems vos prieš keletą dienų buvo diagnozuotas miokardo infarktas, pajuto dėkingumą gyvenimui, jautėsi lyg gavę antrą šansą. Visa tai rodo, jog pacientams, patyrusiems ūmų kardiologinį įvykį yra reikalingas palaikymas bei individualizuota psichoemocinė parama.

Fizinis aktyvumas ir miokardo infarktas

Literatūros duomenimis, daugiau nei dviejų trečdalių Lietuvos suaugusiųjų gyvensena yra fiziškai pasyvi. Žmonės, kurie yra fiziškai neaktyvūs, mažai juda, nesimankština, jau būdami 17–35 metų patiria tam tikrų širdies ir kraujagyslių sistemos pakitimų, padidėja kraujospūdis. Fiziniai pratimai ŠKL riziką mažina įvairiais būdais (mažina bendrojo cholesterolio kiekį, reguliuoja kraujospūdį, treniruoja ir stiprina širdies raumenį ir kt.) [4]. Palyginus asmenis, kurie yra fiziškai neaktyvūs su tais, kurie vaikšto sparčiu ėjimu ar yra fiziškai aktyvūs bent 150 min per savaitę, pastarieji gali prailginti savo gyvenimo trukmę 3,4 – 4,5 metais, nepriklausomai nuo kūno svorio.

Siekiant išvengti koronarinės širdies ligos atsiradimo, reguliarius vaikščiojimas sparčiu žingsniu yra daug efektyvesnis nei bėgimas [35].

Siekiant atgauti sutrikusias organizmo funkcijas, fizinės reabilitacijos priemonės po ūminių koronarinių ligų rekomenduojama skirti kaip galima anksčiau [49]. Fizinio krūvio metu didėja deguonies poreikis miokarde, todėl pagerėja periferinė kraujotaka širdies vainikinėse kraujagyslėse, padidėja širdies susitraukimo jėga. Visa tai padeda didinti ligojimo ištvėrmę, dėl kurios pagerėja fizinio krūvio toleravimas [52].

Staigus sveikatos sutrikdymas ateityje gali lemti žymiai sumažėjusį fizinį aktyvumą. Italų mokslininkų atliktas tyrimas parodė, jog praėjus šešiams mėnesiams po ūminio koronarinio įvykio pacientai yra mažiau fiziškai aktyvūs nei buvo anksčiau, o po 12 mėnesių jie vis dar fiziniu aktyvumu užsiima nedaug. Įdomu tai, jog tyrimas taip pat atskleidė, kad pacientams, nusprendus keisti gyvenimą, sunkiausi pokyčiai yra susiję būtent su fizinio aktyvumo korekcija [15].

Viena iš sumažėjusio fizinio aktyvumo priežasčių – baimė, jog liga pasikartos. Pasak A. Tod, pacientai, patyrę miokardo infarktą, vengia didesnio fizinio aktyvumo dėl baimės, kad patirs tą patį skausmą [53]. Apie tai, kad pacientai, patyrę ūminį kardiologinį įvykį, pradeda kreipti didesnę dėmesį į savo kūno siunčiamus signalus, kalba ir P. Steca su bendraautorais. Tyrimo metu buvo atskleista, jog pacientai fizinio aktyvumo metu reaguoja į pasunkėjusį kvėpavimą, dusulį, tai sieja su tuo, ką patyrė ūminio koronarinio įvykio metu ir todėl nusprendžia sumažinti krūvį, vengia didesnio fizinio aktyvumo [15]. Veikla, kuri anksčiau buvo kasdienio gyvenimo dalis, apribojama, o sugrįžus į ankstesnį gyvenimą pacientams tenka iš naujo pažinti savo kūno fizines galimybes. F. Astin ir bendraautorų teigimu, baimė dirbti per daug intensyviai dažnai reiškia, kad pacientai pernelyg bijo ligos pasikartojimo [11]. Apie tai kalba ir Kanados mokslininkai savo atliktame tyrime, trukusiame 12 metų. Pasak jų, baimė ar susirūpinimas, kad fizinis aktyvumas gali būti pavojingas, gali atgrasyti lėtinėmis ligomis sergančius asmenis, ypač turinčius širdies negalavimų. Paradoksalu, tačiau kliniškai stabiliems pacientams, kuriems nėra išemijos, mankšta prižiūrint gydytojui turi mažesnę riziką nei sėslus gyvenimo būdas [40].

Tinkamas ir individualizuotas fizinis aktyvumas gali paskatinti sveikimo procesą, gerina nuotaiką ir pasitikėjimą savimi. J. A. Cole ir bendraautorų teigimu, vienas iš motyvuojančių veiksnių keisti gyvenimą - pasitenkinimo jausmas: mėgavimasis sveikesniu gyvenimo būdu ir jo teikiama nauda buvo svarbus aspektas tyrimo dalyviams. Pastarieji kalbėjo apie teigiamą fizinio krūvio poveikį psichikos sveikatai bei pasitenkinimą pasiekimais keičiant gyvenimo būdą [5].

Taigi, atkreipus dėmesį į savo gyvenimo būdą, keičiant gyvenimą galima pagerinti ilgąamžiškumą, gyvenimo kokybę ir sumažinti medicinos išlaidas. Deja, anksčiau atlikti tyrimai atskleidžia, kad žmonės retai kada ryžtasi teigiamiems gyvenimo būdo pokyčiams, kai jiems buvo

diagnozuota lėtinė liga [40]. Tačiau, kita vertus, pasak A. Malhotra ir bendraautorių, tik sujungus visus sveikos gyvensenos komponentus – sveiką, subalansuotą mitybą, reguliarią fizinį aktyvumą ir streso mažinimą – galime tikėtis, jog pacientai pagerins gyvenimo kokybę ir sumažins mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų [35].

1.3. Socialiniai veiksniai, skatinantys keisti gyvenseną

Artimųjų parama

Ūminis miokardo infarktas dažniausiai būna staigus ir jam būdingi dramatiški simptomai, dėl kurių pacientams ir jų šeimos nariams gali kilti didelis emocinis stresas. Ūminis ligos laikotarpis yra bauginantis ir gyvybei pavojingas įvykis, po kurio pacientą supanti šeima turi spręsti svarbius gyvenimo klausimus. Tai lemia staigius gyvenimo padėties pokyčius, nuolatinę kovą su gyvybei pavojinga liga ir nesaugią ateitį. Taigi, tokia patirtis gali sukelti pažeidžiamumo jausmą tarp paciento ir jo artimųjų [47].

Pacientams, kurie serga širdies ir kraujagyslių ligomis, motyvaciją keisti gyvenseną gali paveikti asmenys, su kuriais jie turi ilgalaikius, intymius santykius. 2018 metais Danų mokslininkų atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo atrasti ryšį tarp širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių pacientų ir jų artimųjų siekiant pakeisti gyvenseną. Tyrimas atskleidė, kad pasitenkinimas gyvensenos pokyčiais, atsakomybės priėmimas, pasitikėjimas savo jėgomis keičiant gyvenseną ir emocinė baimė – tai veiksniai, turintys įtakos tiek sergančiųjų, tiek jų artimųjų motyvacijai keisti gyvensenos įpročius [17].

Šeimos ir artimųjų parama gali leisti arba apriboti gyvenimo būdo pokyčius. 2014 m. atliktas tyrimas atskleidė, kad šeima ir draugai vaidina svarbų vaidmenį sveikimo procese, o jų palaikymas suteikia daugiau motyvacijos bei leidžia lengviau pacientams siekti keisti gyvenimo būdą [11]. A. J. Cole teigimu, motyvacijai keisti gyvenseną įtakos turi ir socialiniai ryšiai: ypač svarbus šeimos ir draugų palaikymas, skatinimas ir teigiama įtaka [5].

Kita vertus, artimoje aplinkoje esantys žmonės gali ir neigiamai įtakoti pacientų pasirinkimą susirūpinti savo gyvensena. Tyrimuose teigiama, kad šeimos nariai, būdami pernelyg globėjiški, siekdami apsaugoti pacientą perdėtu rūpesčiu, pacientams gali sukelti įtampą ir nusivylimą [11]. Be to, artimųjų elgsena ir gyvenimo būdas turi didžiulę įtaką pacientų gyvensenos pasirinkimui. 2018 metais atliktame tyrime buvo atskleista, jog jei artimoje aplinkoje esantys žmonės nuspręstų kartu keisti gyvenimo būdą, tai sustiprintų pokyčių siekimą ir motyvuotų pačius pacientus gyventi sveikiau

[22]. Artimųjų neigiamas pavyzdys apsunkina žalingų įpročių atsisakymą. Tyrimo duomenimis, rūkantys šeimos nariai pacientams, kurie šio įpročio siekia atsisakyti, kelia nusivylimą [11].

Parama iš šeimos, kolegų, draugų gali paskatinti imtis gyvensenos pokyčių. Kita vertus, sveikatos priežiūros specialistai turėtų skirti daugiau dėmesio tiems pacientams, kurie yra vieniši ir paramos iš artimos aplinkos nesulaukia [48].

Taigi, sveikatos priežiūros specialistai, teikdami konsultacijas sveikos gyvensenos klausimais privalo informaciją skirti ne tik kiekvienam pacientui asmeniškai, bet ir į gyvensenos keitimo procesą įtraukti ir sergančiojo artimuosius, nes tai gali sustiprinti jo motyvaciją ir sumažinti kliūtis, užkertančias kelią gyventi sveikiau [17].

Paramos grupės

Pagrindinė dominuojančių širdies ir kraujagyslių ligų priežastis – gyventojų nepakankamas dėmesys savo sveikatai: netinkama gyvensena, neracionali mityba, mažas fizinis aktyvumas. Siekiant pagerinti visuomenės gyvensenos įpročius, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija parengė „Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos grupės asmenų sveikatos stiprinimo tvarkos aprašą“. Pagal šį dokumentą integruotomis pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų bei savivaldybių visuomenės sveikatos biurų pajėgomis, nuo 2015 m. sausio 1 d. pradėtas visuotinis intensyvus darbas su širdies ligų rizikos grupės asmenimis, dalyvaujant kardiologams, dietologams, kineziterapeutams, psichologams ir visuomenės sveikatos specialistams. Jie stebi ir vertina rizikos grupės asmenų sveikatą, moko juos sveikiau maitintis, racionaliai judėti, atsisakyti žalingų įpročių, valdyti stresą, suprasti savo sveikatos rodiklių reikšmes, mažinti neigiamų pasekmių riziką. Rizikos grupės asmenys išsamiai konsultuojami, o po metų vertinami jų gyvensenos bei sveikatos rodiklių pokyčiai. Vien per pirmuosius 2015 m. šią sveikatos stiprinimo programą baigė virš 700 rizikos grupės asmenų. Programos tikslas – integruojant pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų bei savivaldybių visuomenės sveikatos biurų vykdomą sveikatinimo veiklą efektyviau stiprinti rizikos grupės asmenų sveikatą, supažindinti šiuos asmenis su širdies ir kraujagyslių ligų bei cukrinio diabeto rizikos veiksniais, sveikos gyvensenos principais, išmokyti keisti gyvenseną, valdyti stresą, pasirinkti sveikatai palankią mitybą bei fizinį aktyvumą. Programa skirta 40–65 m. amžiaus rizikos grupių asmenims, tačiau joje gali dalyvauti ir kiti suaugę asmenys, pagal sveikatos būklę priskirtini rizikos grupės asmenims [54].

Be to, nuo 2010 metų keletą metų iš eilės Lietuvos širdies asociacija rengė renginius, skirtus priminti apie miokardo infarktą ir jo sukiamą žalą žmogaus sveikatai. „Miokardo infarkto savaitės“ metu sveikatos apsaugos ministerija visus savo širdies sveikatai neabejingus žmones kvietė sveiku gyvenimo būdu mažinti širdies kraujagyslių ligų riziką ir apsilankyti didžiuosiuose šalies miestuose

organizuojamuose renginiuose. Programos metu vyko teoriniai ir praktiniai užsiėmimai, kuriuos vedė kvalifikuoti specialistai: kineziterapeutai, dietologai, psichologai, šeimos gydytojai, visuomenės sveikatos stiprinimo specialistai. Šios akcijos metu įvairiuose šalies miestuose visuomenei primenama apie miokardo infarkto rizikos veiksnius ir gyvenimo įtaką šios ligos atsiradimui.

Taigi, siekiant padidinti gyventojų sąmoningumą ir stengiantis atkreipti dėmesį į savo gyvenimo įpročius, visuomenė yra paruošusi tam tikrų programų, kurių pagalba būtų galima pagerinti pacientų, patyrusių miokardo infarktą, gyvenimo kokybę ir užtikrinti ilgaamžiškumą.

Specialistų vaidmuo motyvacijoje

Labai svarbų vaidmenį motyvuojant pacientus atlieka šeimos gydytojai ir visi medicinos specialistai dirbantys sveikatos priežiūros įstaigose. Dažnai pacientai, esant įvairiems negalavimams, pirmiausia kreipiasi į sveikatos priežiūros specialistus, todėl jie vieni iš pirmųjų turėtų padėti ir patarti pacientams keisti gyvenimo įpročius. Taip pat sveikatos priežiūros specialistai dažnai jau yra susipažinę su visos šeimos anamneze, o remiantis ja, jau gali numatyti, kokioms ligoms pacientui reikėtų skirti didesnę dėmesį ir išvengti arba anksti diagnozuoti ligą bei motyvuoti keisti gyvenimo įpročius, motyvuoti atsisakyti veiksnių, kurie didina tam tikrų ligų atsiradimo riziką [55]. Deja, vis dažniau pasigirsta kalbos, kad dėl didelio sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvių, pacientui skiriama vis mažiau laiko. Vienas iš nepalankių pacientui sveikatos priežiūros sistemą bei sveikatos problemų vadybos stoką apibūdinančių veiksnių - nepakankamas konsultacijos laikas. Norvegų mokslininkų teigimu, pagrindinis būdas pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir poveikį yra į asmenį orientuota sveikatos priežiūra. Svarbu, pasitelkus tarpdisciplininę komandą, sugebėti pacientą įtraukti į aktyvią ir atsakingą savipriežiūrą ir stengtis motyvuoti rinktis sveikatai palankesnę gyvenimą. Mokslininkų teigimu, motyvacijos įgyvendinti ilgalaikius gyvenimo būdo pokyčius bei patarimų, kaip kovoti su kasdieniais iššūkiais pacientas galėtų tikėtis tik pritaikant individualizuotą konsultaciją bei rekomendacijas [48].

Taigi, gyvenimo įpročių keitimas turi būti ilgalaikis kiekvieno žmogaus tikslas. Tam, kad būtų lengviau pasiekti norimų rezultatų, reikalinga motyvacija. Padėti pacientams, patyrusiems miokardo infarktą, motyvuoti juos keisti gyvenimo įpročius gali įvairių sričių sveikatos priežiūros specialistai, artimieji, draugai, žiniasklaida bei pačio žmogaus suvokimas apie galimas ligos pasekmes, todėl tik veikiant komandoje ir gaunant palaikymą iš aplinkinių galima pasiekti norimų rezultatų ir pagerinti sveikatą.

2. TYRIMO METODIKA

Tyrimo idėja

Artimoje aplinkoje susidūriau su žmonėmis, patyrusiais ūmią kardiologinę būklę. Ilgainiui stebėdama šių žmonių gyvenimo pokyčius nusprendžiau giliau panagrinėti, kokios patirtys lydi pacientus, persirgusius panašia liga, kas juos motyvuoja keisti gyvenimą arba galbūt kodėl jie ne visada ryžtasi pokyčiams net po tokių sukrečiančių išgyvenimų. Norėdama sukonkretinti temą, konsultavausi su universiteto dėstytoja, šeimos gydytoja, kuri man patarė „lėtines širdies ir kraujagyslių ligas“ sukonkretinti ir kalbinti žmones, patyrusius ūmią kardiologinę būklę – miokardo infarktą. Gydytojos teigimu, šie pacientai, patyrę ryškesnius išgyvenimus, dažniau ryžtasi gyvenimo pokyčiams, lyginant su pacientais, kurie serga tik arterine hipertenzija.

Tyrimo rūšis

Siekiant atskleisti pacientų, patyrusių miokardo infarktą, patirtis ir prasmę, kurią tiriamieji suteikia šiai patirčiai, buvo pasirinktas kokybinis tyrimas, taikant aprašomosios fenomenologijos strategiją. Kokybinis tyrimo tipas buvo pasirinktas todėl, kad: „Kokybiniame tyrime svarbiausia sužinoti ne reiškinių išplitimą, o suprasti reiškinių savitumus: jis skirtas dėl ypatingų savybių atsiradusių reikšmių, motyvų, emocijų analizei“ [56; p.151]. Siekis atskleisti pacientų, patyrusių miokardo infarktą, patirtį yra šio tyrimo konceptualusis pagrindas. Be to, atliekant kokybinį tyrimą galima geriau ištirti kiekybiškai neišmatuojamus dalykus, tokius kaip: patirtis, lūkesčiai, emocijos, išgyvenimai. Kokybinės duomenų analizės procese atsiskleidžia tai, ką žmonės mąsto, jaučia, išgyvena, patiria konkrečiomis aplinkybėmis [57], šiuo atveju – keičiant gyvenimą, patyrus miokardo infarktą.

Tiriamasis reiškinys

Tyrimas vykdomas norint atskleisti, kokios patirtys lydi pacientus, patyrusius miokardo infarktą, gyvenimo keitimo kontekste. Siekiama išsiaiškinti, ar gyvybei pavojinga būklė priverčia susimąstyti ir ryžtis keisti iki šiol gyvavusius gyvenimo įpročius. Mokslinėje literatūroje pripažįstama, kad pakeisti per ilgus gyvenimo metus susiformavusius įpročius yra labai sudėtinga [14]. Sveikatos priežiūros specialistų užduotis – skirti individualizuotą pagalbą sergančiajam. Šiuolaikinėje visuomenėje nepakanka tik rekomenduoti, ką iš savo įpročių pacientas turėtų pakoreguoti, nes tai reikštų informuoti ir pasiūlyti, kas sveika, suteikti žinių. Kartais rekomendacijos neveikia, arba žmonės žino, ką reikia daryti, tačiau dėl vienokių priežasčių nesiryžta pokyčiams. Šio tyrimo tikslas yra išsiaiškinti, kokios patirtys, keičiant gyvenimą, lydi pacientus, patyrusius miokardo infarktą.

Tyrimo organizavimas

Tyrimas vyko nuo 2019 metų sausio mėnesio iki 2019 metų spalio mėnesio. Gavus LSMU Bioetikos centro leidimą nuo 2019 metų vasario mėnesio pradėta tyrimo dalyvių paieška.

Suformulavus tyrimo tikslą ir klausimus, buvo pasirinktas duomenų rinkimo ir analizės metodas. Pasirinkus aprašomosios fenomenologinės analizės pagal A. Giorgi metodą [58], suformuluotas giluminio interviu planas, kuriame pažymimi trys pagrindiniai klausimai, užduodami visiems tyrimo dalyviams. Papildomi klausimai buvo suformuluoti pokalbio metu, vadovaujantis tyrimo dalyvių iškeltomis temomis, skatinant dalyvius plėsti savo pasakojimą, atskleisti gilumines patirties detales, kuo išsamiau apibūdinti tuometinius vidinius išgyvenimus.

Interviu įrašinėjimo trukmė – nuo 1 valandos 5 minučių iki 2 valandų 15 minučių, interviu trukmės vidurkis – 1 valanda 25 minutės. Visa pokalbių trukmė buvo įrašinėjama diktofonu ir transkribuojama.

Teorinis modelis ir jo taikymas.

Teorinis tiriamos problemos analizės modelis – aprašomoji fenomenologija. Šis specifinis metodas yra pagrįstas E. Husserlio fenomenologine filosofija, tiriančia žmogaus patyrimo fenomenus bei reiškinius, tokius kaip mąstymo procesai ir suvokimas. Aprašomoji fenomenologija – tai yra indukcinis tyrimo metodas, kuris apibūdina fenomeną taip, kaip jis yra patirtas, išgyventas. Pasak K. A. Lopez ir D. G. Willis D, fenomenologija išryškina socialinių reiškinių savitumą, siekdama paaiškinti reiškinį kaip sąmoningą asmens patirtį. Laikomasi nuostatos, kad reiškinys yra toks, kokį jį patiria skirtingi individai [59]. Šiuo atveju, fenomenologinio metodo pasirinkimas padeda pažvelgti į pacientus, patyrusius miokardo infarktą, taip, kaip jie suvokia ir apibūdina, todėl tyrimas orientuotas į išgyventą patirtį (angl. *lived experience*) ir padeda atskleisti, kaip jie jaučiasi ir kas pasikeitė jų gyvenime patyrus ligą.

Tyrėjo dėmesio centre – reiškinys ir tai, kaip tas reiškinys yra patiriamas skirtingų asmenų [60]. Tyrėjas ieško to, kas bendra skirtingose individų patirtyse, ką patiria visi, susidūrę su tiriamu reiškiniu. Minima bendra patirtis suprantama ne kaip išankstinės tyrėjo žinios apie reiškinį, o iš tyrime dalyvavusių asmenų kylanti reiškinio esmė (angl. *essence*) [61]. Taikant aprašomosios fenomenologijos strategiją tyrėjas neinterpretuoja tyrime dalyvaujančių asmenų pasakojimų, jis skaito tyrimo dalyvių pasakojimus, siekia įsigilinti ir perimti tyrimo dalyvių mąstyseną, ieško ir išskiria juose prasmę turinčius teiginius – vienetų, kurie yra esminiai tiriamajam reiškiniui, fenomenui sukonstruoti. Galiausiai tyrėjas pateikia tiriamo reiškinio, fenomeno aprašymą. Ši strategija ypač tinkama naudoti, kai yra mažai žinoma apie reiškinį, o tyrimu yra siekiama atskleisti patirtis ir pažinti, suvokti esminę fenomeno, reiškinio struktūrą [62].

Tiriamasis kontingentas

Tiriamąjį kontingentą sudarė pacientai, priklausantys X šeimos medicinos centrui Kaune. Iš viso tyrime dalyvavo 8 asmenys – 3 vyrai ir 5 moterys. Dalyvauti tyrime buvo pakviesti 9 pacientai, vienas tiriamasis tyrime nedalyvavo dėl didelio užimtumo. Jauniausiam tyrimo dalyviui buvo 62 metai, vyriausiam – 84 metai. Vidutinis informantų amžius – 73 metai. Visi tyrimo dalyviai yra pensinio amžiaus. Interviu atlikimas ir duomenų rinkimas sustabdyti po 8-ojo interviu dėl didelio surinktos interviu medžiagos kiekio, pasikartojimų ir mažėjančio duomenų informatyvumo – prisisotinimo [56]. Detalesnė tiriamųjų charakteristika pateikta skyriuje „Rezultatai“ 3.1. lentelėje (tiriamųjų vardai pakeisti).

Tyrimo imtis ir imties sudarymo metodas

Fenomenui išaiškinti svarbu pasirinkti optimalų tyrimo dalyvių skaičių, kad būtų sudarytos sąlygos giluminei analizei. A. Giorgi teigia, jog fenomenologiniuose tyrimuose didelė tyrimo imtis yra nerekomenduojama, nes labai gausus kiekis surinktų duomenų apsunkina giluminę fenomenologinę analizę [58].

Tyrimo imtis buvo sudaryta taikant tikslinę atranką. Atrenkant dalyvius, jie turėjo vieną atrankos kriterijų – pacientai, patyrę ūminį miokardo infarktą (TLK-10-AM I21). Tyrimo dalyvių atrankai įtakos, prieš kiek laiko pacientą ištiko miokardo infarktas, neturėjo. Ieškant galimų tyrimo dalyvių buvo kreiptasi į X medicinos centre dirbančius šeimos gydytojus. Tyrimo proceso eigoje atsirado vartininkai (angl. *gatekeeper* [63]) – įstaigų administracijos, kolegos, kurių pagalba buvo rasti visi tyrimo dalyviai, su jais interviu vyko X medicinos centro viename iš kabinetų po vizitų pas šeimos gydytoją.

Tyrimo instrumentai ir duomenų šaltiniai

Duomenys tyrimo metu rinkti taikant individualųjį giluminį (angl. *in-depth*) interviu, pateikiant tris vedamuosius klausimus (2 priedas). Šis interviu apibrėžiamas kaip tyrėjo ir informanto dialogas – tiesioginis bendravimas, siekiant gauti svarbios ir detalios informacijos, kurią galima būtų nagrinėti [64]. Buvo užduodami keli vedamieji klausimai, susiję su tyrimo dalyvių gyvenimo eiga skirtingais gyvenimo etapais ir taikomas išklausinėjimas (angl. *probe*) – skatinantys kalbėti, pagilinantys ir patikslinantys informaciją klausimai, priklausomai nuo situacijos [65].

Duomenų analizės metodai

Duomenų kodavimas ir transkripcija. Po kiekvieno interviu, turima garsinė medžiaga buvo klausoma ir transkribuojama į teksto redagavimo programą Microsoft Word. Dalyvių pasakojimai

išrašyti autentiška, netaisyta kalba. Pažymėti nutylėjimai ((tyla), ...), pakartojimai, pasakojimų iškarpymai (). Duomenų interpretacijai buvo naudojami tyrimo metu vedami lauko užrašai [63] (angl. *field notes*) – tai tyrėjo pastebėjimai, mintys, klausimai, interpretacijos, kurios pasižymimos tyrimo metu ar po jo. Lauko užrašai leido papildyti žodinę informaciją, tiksliau perteikti pokalbio emocionalumą (dalyvių emocionalumą, neverbalinį bendravimą) ir gauti išpildytą tekstą.

Metodas. Surinktų duomenų analizei atlikti buvo naudojama aprašomosios fenomenologijos strategija pagal A. Giorgio metodą [58]. Apžvelgus įvairias fenomenologinių tyrimų paradigmas (A. Giorgis (1997, 2006, 2007), J. V. Creswellas (2007), C. Moustakas (1994), P. Collaizi (1978), A. Giorgio metodika pasirinkta dėl to, kad ji pasižymi griežta struktūra, kuri leidžia glaudžiai sieti tyrimą su E. Husserlio fenomenologiniu filosofiniu metodu.

Atliekant fenomenologinę analizę buvo remtasi A. Giorgi [58] koncepcija, kurią apibūdina keturi kokybinių duomenų analizės principai:

1. Duomenų skaitymas: pradinis duomenų skaitymas vykdomas tol, kol skaitomas tekstas suvokiamas kaip visuma;
2. Duomenų skaidymas į dalis: duomenų atskyrimas ir išrinkimas dalijant juos į prasminius vienetus, kurie yra atskiriami ženklų, kai prasmė kinta („keičia kryptį“);
3. Duomenų organizavimas ir aprašymas specifine kalba – identifikuojami prasminiai vienetai ir jie yra nagrinėjami, aprašomi, įvardijami ir pervardijami; tyrėjas pertvarko analizuotus duomenis, remdamasis tiriamos srities perspektyva;
4. Fenomeno struktūros išraiška: sukuriami atskira struktūra, remiantis išanalizuotų duomenų sinteze ir išskirtų prasminių vienetų kombinavimu, vykdamas tai iki kokybinių duomenų pabaigos; pagrindine taisykle šiuo atveju išlieka tyrėjo „ištikimybė“ gautiems duomenims, o pagrindinė fenomenos struktūra yra tai, kas iškyla iš gautų kokybinių duomenų [67].

Tyrimo etika

Tyrimui atlikti 2019-02-14 gautas LSMU Bioetikos centro komisijos leidimas Nr. BEC-9M(M)-65 (2 priedas). Laikantis pagrindinių tyrimo etikos principų, prieš tyrimą informantai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, informuoti apie duomenų panaudojimo aspektus bei anonimiškumą. Gauti raštiški visų tyrimo dalyvių informuoti sutikimai (3 priedas). Užtikrintas laisvanoriškas informantų įsitraukimas. Tyrimo dalyvių anonimiškumas užtikrintas pakeičiant jų vardus ir nenurodant jokių kitų juos identifikuojančių duomenų.

Validumui ir patikimumui užtikrinti buvo taikomas detalus proceso aprašymas, taikyta tyrėjų trianguliacija [63] – galutinės temos buvo išgrynintos diskutuojant su darbo vadove.

3. REZULTATAI

Tyrimo dalyviai ir aprašomoji jų charakteristika

Tyrimė dalyvavo aštuoni tiriamieji – trys vyrai ir penkios moterys. Visi tiriamieji yra pensinio amžiaus, amžiaus vidurkis – 73 metai (žr. 3.1. lentelė).

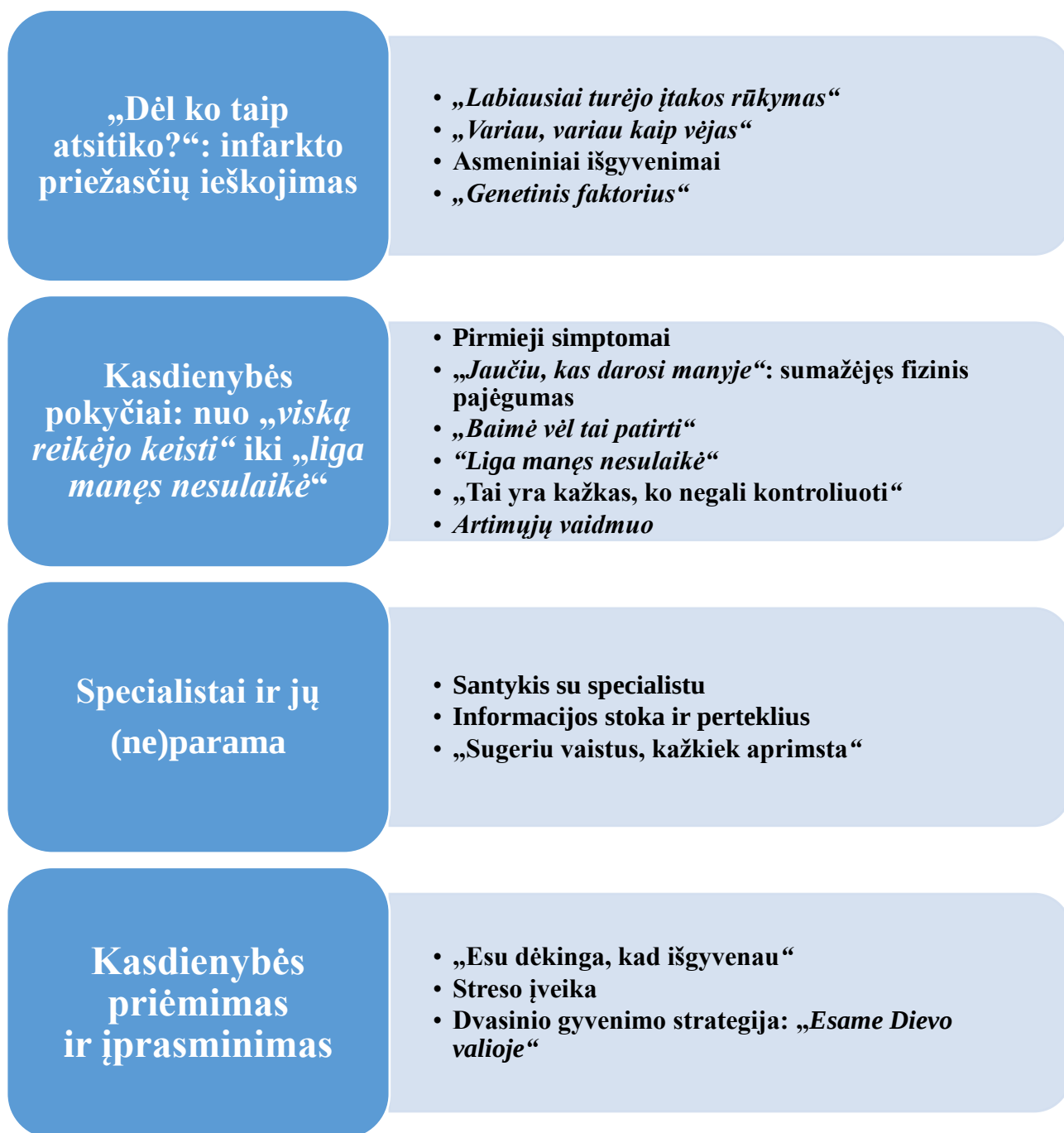
3.1. lentelė. Tyrimo dalyvių charakteristikos

Dalyvio Nr.	Tiriamąjo vardas	Amžius (metais)	Laikas, praėjęs nuo patirto miokardo infarkto	Šeiminė padėtis
1.	Vladas	75 m.	2000m. – 19 metų	Našlys
2.	Valentina	68 m.	2004m. – 15 metų	Išsiskyrusi
3.	Česlovas	84 m.	2017m. – 2 metai	Vedęs
4.	Genovaitė	78 m.	2013m – 6 metai	Našlė
5.	Alina	73 m.	2017m. – 2 metai	Ištekėjusi
6.	Regina	67 m.	2016m. – 3 metai	Našlė
7.	Aldona	62 m.	2009m. – 10 metų	Našlė
8.	Jonas	83 m.	2014m. – 5 metai	Vedęs

Atliekant tyrimą, nebuvo atsižvelgta į tai, prieš kiek laiko pacientai patyrė miokardo infarktą, todėl ligos patyrimas svyruoja nuo 2-iejų iki 19-olikos metų. Penki iš aštuonių tiriamųjų yra našliai arba išsiskyrę, gyvena vieni ir savarankiškai savimi rūpinasi. Įdomus socialinis veiksnys yra tai, kad visi tyrimo dalyviai kažkurį savo gyvenimo tarpsnį rūkė cigaretes arba tai daro iki šiol.

Duomenų apibendrinimas ir vertinimas

Pirmojoje, įvadinėje, dalyje įvardijamos tyrimo duomenų struktūrinės dalys – temos ir potėmės (žr. 3.1. pav.) ir kiekviena iš jų aprašoma detalai, atskleidžiant pagrindinius, esmingiausius aspektus. Toliau pristatomas tyrimo kontekstas, išgyventos patirties kelias, atrasta fenomeno esmė. Aprašymas remiasi išimtinai tyrimo medžiaga, kuri yra apibendrinta. Rezultatai bus pateikiami chronologine tvarka, pradedant tiriamųjų pasakojimais apie savo gyvenimą prieš ištinkant miokardo infarktui, diagnozavus ligą ir sugrįžus atgal į „įprastą gyvenimą“.



3.1 pav. Rezultatų struktūrinės dalys

3.1. „Dėl ko taip atsitiko?": infarkto priežasčių ieškojimas

Prieš gilinantis į gyvensenos pokyčių patirtį ir prasmę patyrus miokardo infarktą, informantų buvo prašoma pasidalinti, koks jų gyvenimas buvo prieš ištinkant šiai ligai. Pastebėta, kad pacientai stengiasi rasti ligos priežastį ir atsakyti, dėl ko juos ištiko miokardo infarktas. Kartais šis atsakymas gali būti toks svarbus, kad jo ieškoma net „*atsisėdus su gydytoju*“. Gali būti, kad priežasties identifikavimas yra tam tikras atskaitos taškas, parodantis, ką ir kaip gyvenime reikėtų keisti.

Informantų pasakojimuose vyraavo kelios priežastys, kurias pacientai suprato kaip galimas miokardo infarkto atsiradimui: rūkymas, sunkus darbas, asmeniniai išgyvenimai, paveldėjimas.

„Labiausiai turėjo įtakos rūkymas“

Žalingi įpročiai viena ryškiausių šio tyrimo temų. Įdomu tai, kad nepaisant informantų amžiaus, lyties ar socialinės padėties, visi tyrime dalyvavę pacientai, buvo (kai kurie iki šiol ir yra) rūkantys:

„Na aišku rūkiau jau taip... smarkiai nerūkiau, taip maždaug pakelį cigarečių į parą ir taip maždaug rūkiau nuo penkiolikos metų iki, palaukit, iki kaip čia dabar, du tūkstantaisiais kiek gi čia man buvo... 56 metai. Taip, iki 56-erių metų rūkiau ir nieko nejaučiau.“ (Vladas)

„Tai aišku rūkiau, tai kaip čia pusryčiai be rūkymo, kaip čia vakaras? O paskui – o ką aš veiksiu, jei mesiu rūkyti, na, ta priklausomybė buvo...“ (Aldona)

„<...> aš rūkiau daug metų, gal virš trisdešimt metų, paskutiniaisiais metais tai buvo pakelis per dieną.“ (Alina)

Rūkymas buvo siejamas su pacientų ligos pasireiškimu ir įvardijama kaip pagrindinė priežastis, galėjusi sukelti miokardo infarktą:

„<...> viršsvorio nėra, mano ūgis 165cm, sveriu 55-57kg, neišglebus, raumenys yra, aš vieną dalyką savo turėjau ir galbūt dėl to man taip nutiko, nežinau... labiausiai, man atrodo, turėjo įtakos rūkymas.“ (Alina)

Taigi, tyrimas atskleidė, jog rūkymo priklausomybė yra suvokiama kaip reali priežastis, dėl kurios tiriamuosius galėjo ištikti miokardo infarktas. Suvokimas, jog šis žalingas įprotis galimai pablogino tiriamųjų sveikatą, pacientus paskatino susirūpinti savo gyvensenos įpročiais tam, kad ateityje liga nepasikartotų.

„Variau, variau kaip vėjas“

Kai kurių tiriamųjų nuomone, pašlijusią sveikatą lėmė ne tik žalingi įpročiai, bet įtakos galėjo turėti jų visą gyvenimą užsiimama veikla, profesija, darbo pobūdis ar gyvenimo būdas.

Valentinos teigimu, jos gyvenimas buvo sunkus – teko šeimą išlaikyti vienai:

„<...> aš kazokas, darboholikas, už save ir už vyrą... Esu matematikė, valstybiniai egzaminai... variau variau kaip vėjas. Už save, nes vyras žuvęs...“ (Valentina)

Kitos tyrimo dalyvės taip pat guodėsi, jog dirbo sunkius darbus, patyrė daug streso bei įtampos:

„Prieš tai dirbau pieno įmonėje taros paruošėja, tai buvo sunkus fizinis darbas. Nuėjau dirbti sverdama septyniasdešimt penkis kilogramus, tada prasidėjo trijų pamainų darbas, kažkiek dadėjo tai...“ (Regina)

„<...> žinot, kaip sako, arklys dirba dirba nežiūrėdamas savęs, tik kitų, visa laiką eina, dirba, taip ir aš.“ (Genovaitė)

„<...> zoologijos sode dirbau kai nepriklausomybę atkūrėm, prisiminiau, kad aš biologė, tai ten turėjau 9 vyrus savo pavaldume, tai man buvo kultūrinis šokas, buvo sunku su jais, įtampos netrūko ir kažkaip taip... Man labai sunku buvo...“ (Aldona)

Taigi, tyrimo dalyvių teigimu, sunkus darbas, nuolatinis stresas ir įtampa, galimai turėjo įtakos jų sveikatos problemoms ir miokardo infarkto patyrimui.

Asmeniniai išgyvenimai

Tyrimo dalyvių požiūriu, esmine suprastėjusios sveikatos ir infarkto priežastimi gali būti stresas, patiriamas dėl išgyvenamų netekčių, tokių kaip artimo žmogaus mirtis ar skyrybos. Tyrime dalyvavusi Aldona pasakoja, kad ne finansinė našta, o skyrybos labiausiai apsunkino jos gyvenimą:

„Nu žinot, viskas dar motyvuojama nerviškai. Gyvenime turėjau daug streso. Suprantat, ir tas stresas ne dėl to, kad pinigų nėra, bet 25-erių mane paliko su mažu vaiku, verkiau, labai sunkiai išgyvenau.“ (Aldona)

Anksti netekusi vyro, Genovaitė už visą buitį liko atsakinga viena:

„<...> stresas irgi prisidėjo prie šito irgi... Aišku, mano vyras buvo inžinierius, išėjo į darbą... tai kaip tau nebus streso, kada tau praneša, kad vyras su infarktu mirė darbe 53-ųjų metų. Tada visa našta buvo man, anūkų gimimai... žinokit taip viskas susideda, atrodo nenori galvoti, nenori, bet viskas yra užfiksuota tavo smegenyse...“ (Genovaitė)

Kalbant apie netekties skausmą, tyrime dalyvavusi Alina išgyveno ypatingai skaudų gyvenimo tarpsnį, kai per trumpą laiko tarpą neteko dviejų savo artimiausių žmonių – dukters ir brolio:

„<...> nežinau kaip gavosi, vaistai buvo mažinami, buvo geras kraujospūdis. Čia priežastis tai buvo stresas... Man atrodo čia tai buvo stresai, aš per du metus turėjau žiaurius stresus... Kaip tik prieš tą operaciją dukra mirė ir dar brolis mirė, irgi dėl širdies. Ir mes buvome

labai artimi, ką jau čia bekalbėt, man buvo nu nepaprastai sunku... Ir aš galvoju, kad tie stresai... aš tiesiog kasdien verkiau, nieko aš nenorėjau, labai sunkiai ir vieną netektį, o po to ir kitą netektį... ir man atrodo, kad šitie stresai mane paveikė.“ (Alina)

Taigi, tyrimo dalyviai atskleidė, jog skaudūs išgyvenimai artimoje aplinkoje giliai įsirėžę jų atmintyje, o palikta žymė galimai turėjo įtakos miokardo infarkto atsiradimui.

„Genetinis faktorius“

Atliekant tyrimą paaiškėjo, kad kai kurie informantai ieško ryšių ir su paveldėjimu, genetika:

„<...> mano tėvelis turėjo problemų su širdele, irgi taip pat iki 70-ties metų buvo sveikas, bet po to suprastėjo sveikata, tai, matyt, yra kažkoks genetinis faktorius.“ (Genovaitė)

„<...> na mama rūkė, žinokit, ir mama mano 36-erių metų mirė. Aš buvau maža, jai išoperavo skydliaukę, po dviejų savaitių mirė... (susimąsto) Kas jai nutiko, aš nežinau, aš buvau vaikas, bet aš taip suprantu, kad širdis. Ir kai man pradėjo tą skydliaukę tikrinti aš labai išsigandau, kad ir man tas pats bus.“ (Regina)

Tyrimas atskleidė, jog pacientai savo diagnozę sieja ir su giminystės ryšiais. Tyrimo dalyvių teigimu, svarbu vaidmenį atlieka ir vienas iš nekontroliuojamų rizikos veiksnių – paveldėjimas. Galbūt šeimos anamnezės žinojimas pacientams leidžia numatyti, ko galima tikėtis ateityje, jei nebus skiriama pakankamai dėmesio savo sveikatai.

„Valgiau ką norėjau“

Įdomu tai, jog ligos atsiradimo informantai niekaip nesiejo su savo mitybos įpročiais ir *„nemanė, kad tai turėjo įtakos sveikatos problemoms“*. Apie mitybą informantai kalbėjo labai vaizdžiai, vardindavo konkrečius, lietuviškoje kultūroje įprastus patiekalus. Valgyti *„ką nori“* ir kiek nori – daugumos tyrime dalyvavusių mitybos bruožas:

„Prieš tai mityba buvo įvairi, gerai jaučiausi, valgiau viską – lašinius, taukus, blynus, cepelinus... Viską... Jokių ribojimų. Na ir svoris buvo pakilęs iki šimto, šimto penkių kilogramų, atrodo.“ (Vladas)

„<...> aš visą gyvenimą buvau mėsaėdė, mėsą kapojau, ką tik norėjau, tą ir valgiau.“ (Valentina)

Didelę reikšmę tiriamųjų mitybos pasirinkimui turėjo asmeniniai įsitikinimai, kad mitybos įpročiai nėra susiję su jų sveikatos pokyčiais:

„Aš viską valgydavau, lašinukai tai patinka, bet kasdien gi nevalgydavau... Užsimanau ir suvalgydavau, nemanau, kad tai turėjo įtakos mano sveikatos problemoms.“ (Česlovas)

Akivaizdu, kad nėra vienos priežasties, kas gali turėti įtakos įvykti miokardo infarktui, tačiau atpažinus pagrindinius rizikos veiksnius, galima siekti, kad liga nebepasikartotų. Tyrimas atskleidė, jog žinoti priežastis tiriamiesiems yra labai svarbu, nes tik taip galima motyvuoti save ir išdrįsti ryžtis pokyčiams.

3.2. Kasdienybės pokyčiai: nuo „viską reikėjo keisti“ iki „liga manęs nesulaikė“

Pirmieji simptomai

Interviu metu pastebėta, jog tiriamieji labai aiškiai prisimena savo ligos pradžią ir nori detalai ją papasakoti. Greičiausiai taip yra todėl, kad yra kažkas, ko žmogus apie savo gyvensenos patirtį po ligos patyrimo negali pasakoti tol, kol neprimena, nuo ko viskas prasidėjo, kaip jį ištiko miokardo infarktas. Tiriamųjų klausiant, kaip pasikeitė jų gyvenimas patyrus ligą, visi respondentai pasakojimą pradėjo apie tai, kaip juos ištiko miokardo infarktas. Įdomu tai, jog nesvarbu, prieš kiek metų (kelis ar keliolika) tiriamieji patyrė miokardo infarktą, visi dalyviai labai aiškiai prisimena ligos pradžią. Prieš tai pacientai keletą metų sveikata nesiskundė, tačiau jau turėjo padidintą arterinę kraujo spaudimą. Pasakojimai atskleidė, kad kalbant apie ligos pradžią, dominavo „*beprotiško skrandžio skausmo*“ patirtis:

„<...> paskui keletą dienų, buvo vidurvasaris, keletą dienų pradėjo spausti krūtinės ląstą. Nu tai pirmas įtarimas – skrandis. Tai pradėjau šiek tiek maistą pažiūrėt, vieną dieną, kitą... Vėl tas pats.“ (Vladas)

„<...> aš pusę metų kankinausi, kol vieną dieną man net širdies neskaudėjo ir beprotiškas buvo skrandžio skausmas, beprotiškas. Mane net ant ratukų išvežė, neleido net eiti. Viskas, ant rytojaus įdėjo stentą.“ (Regina)

Taigi, tyrimas atskleidė, kad staigi ligos pradžia drastiškai sutrikdo pacientų gyvenimo ritmą, sukelia nežinomybę, baimę, kuri veda į gyvenimo prasmės kvestionavimą, skiriamas didesnis dėmesys į savo sveikatos būklę.

„Jaučiu, kas darosi manyje“ – sumažėjęs fizinis pajėgumas

Patyrus miokardo infarktą pacientai išmoko reaguoti į kūno siunčiamus signalus – esant didesniai krūviui, paskausta krūtinė, tai reiškia, kad reikia sumažinti fizinį aktyvumą, pailsėti. Tą patyrė ir šio tyrimo dalyviai:

„<...> krūtinės anginos skausmas, kai ateina aš jaučiu, anksčiau nemokėdavau jo suvaldyti.“ (Valentina).

Dėl padidėjusio fizinių simptomų suvokimo tiriamieji yra priversti atidžiau stebėti savo kūną nei anksčiau, todėl tai paskatina baimės, netikrumo ir pažeidžiamumo jausmus prarandant pažįstamą fizinį savo kūno suvokimą:

„Tiesiog sunku, va ir vaikai mato... jau pavargstu, pati sau net sakau, va paskalbei ką nors truputėlį, jau jauti ir viskas, stop ir susilaikai, ir jau vakare blogiau, mano pulsas aukštas... ir jaučiu jau, kad kažkas darosi manyje, ir trūksta oro, ir krūtinė jau kažkaip, jau turbūt per silpna širdutė tiek mušti...“ (Aldona)

Tyrimo dalyviams teko nustatyti naujas savo fizinių galimybių ribas. Kai kurie pacientai apribojo savo fizinį aktyvumą, bijodami „per daug to nedaryti“. Baimė persistengti dažnai reiškė, kad tiriamieji per daug bijojo mankštintis tuo atveju, jei tai sukeltų pasikartojantį miokardo infarktą:

„Negaliu nieko sunkiau pakelti, nes jaučiu, kaip gniaužia kvapą. Man ir sakė nieko sunkiai nekilnoti. Iš tikrųjų, aš nepanešu. Atrodo, kad viskas, ima dusinti. Jau trys kilogramai man yra sunku, maksimumas. O dabar pirkinių, ar ko, jau žiūriu, gal šito jau neimsiu, ateisiu antrą kartą ar kitą dieną. Kartais gniaužia iš apačios, retkarčiais būna toks lyg kvapą užgniaužia, bet labai retai.“ (Jonas)

„Net negaliu langų valyti, nes pradeda širdis plakti, greičiau paeiti, pasilenkti, kad ir tuos pačius namus tvarkyti man jau labai sunku...“ (Regina)

Be to, kaip dar viena iš kliūčių ryžtis gyvensenos pokyčiams įvardijamas gretutinių ligų valdymas. Vienu atveju buvo užsiminta apie gretutines ligas, kurios galimai apsunkina gyvensenos pokyčius, nes pacientas yra suinteresuotas į tų ligų valdymą (dažniausiai tik medikamentinėmis priemonėmis), ir rečiau skiria dėmesį į gyvensenos korekciją:

„<...> paskui dasidėjo ir skrandyje reflukso liga, išvaržą rado, paskui dasidėjo diabetas, paskui atsirado miastenija, pradėjo vokai krist. Ir kiekvienais metais man vis rasdavo po naują ligą. Šiuo metu daktarės surašyti visi kodai, tai gal penkiolika ligų turiu. Suprantate, aš dabar tik pagrindines išvardinau.“ (Regina)

Tuo tarpu kiti tiriamieji mano, kad naujas ribas galima sužinoti tik „peržengus jas“:

„<...> būna kartais jau pradeda krūtinę lyg tai spausti, jau ir gal krūvis didesnis ten kažkoks. Bet juk vistiek, judi, judi, eini vat kaip senas žmogus (juokiasi) ir turi stebėti.“
(Genovaitė)

„Prie mano namų yra toks gražus renovuotas stadionas ir aš kiekvieną dieną einu ratukus. Einu taip, kaip man einasi, bet kasdien nueinu 3 kilometrus. Ir aš taip gerai jaučiuosi, aš apeinu 5 ratukus, aš juos nueinu visai nesunkiai, bet kaip aš gerai jaučiuosi po to... labai gerai... ir aš žiemą, ar lyja, ar ką, aš einu kiekvieną dieną.“ (Alina)

Taigi, tyrimo dalyviai, patyrę miokardo infarktą, išmoko atkreipti dėmesį į kūno siunčiamus signalus, daugelis jų buvo linkę apriboti savo fizinį aktyvumą dėl skausmo ar ligos pasikartojimo baimės, tačiau kai kurie pacientai, suvokę fizinio aktyvumo naudą, drąsiai renkasi įvairią fizinę veiklą.

„Tai yra kažkas, ko negali kontroliuoti“

Tyrimas atskleidė, jog pacientai jautėsi negalintys kontroliuoti savo ligos ir jos progresavimo, dėl to atsirado bejėgiškumo ir beviltiškumo jausmas, o tai savo ruožtu sumažino motyvaciją pakeisti gyvenimo būdą:

„Tai yra kažkas, ko negali kontroliuoti ir su tuo turi gyventi.“ (Valentina)

„Man kiekvieną dieną kažką skaudą, man kiekvieną dieną kažkas negerai. Pramerkiu akis, - aha, išmiegojau, gyva, nenumiriau dar, - nu ir mintys tokios ateina... Žudytis nesiruošiu, nuodytis nesiruošiu, bet gyvenimas man nemielas. Būna dienų, kada nenoriu nei tvarkyti namų, nei praustis...“ (Regina)

„Taip ir kankinuos, vaikelį, ne gyvenau, o egzistuoju...“ (Aldona)

Ryžtis gyvensenos pokyčiams yra nelengva užduotis ir kartais pareikalauja ypatingai daug pastangų. Vienas iš tyrimo dalyvių pasakoja apie tai, kaip sunku atsisakyti įpročio, su kuriuo gyvenai daug metų, kalba apie tai, kokia sunki kartais gali būti kova su priklausomybe. Tiriamasis Vladas pripažįsta, kad net praėjus daug metų po to, kai nusprendė atsisakyti rūkymo, vis dar kartais sapnuoja, kaip tai daro. Tokios patirtys tik įrodo, kaip sunku atsisakyti ilgus metus turėto įpročio:

„Sunkiausia, aišku buvo rūkymas... Rūkymo atsisakyti buvo sunku. Po ligoninės, kai išėjau iš ligoninės, tai kur tik biškį... praeidavo mieste, kai praeivis praeidavo rūkydamas, tai man

net kvepėdavo. Tai reikia suprast dar tokį dalyką, kad ir dabar dar kartais, retai, bet kartais, sapnuoju, kad rūkau. Cigaretę išsitraukiu, į burną įsidedu cigaretę, ieškau kišenėse degtukų arba žiebtuvėlio ir niekur nerandu, tada tik staigiai prisimenu, kad aš nerūkau, cigaretę išmetu ir atsibundu. Tai dar tas viskas stovi atminty dar...“ (Vladas)

„<...> įpročius pakeitus ypač pirmais metais buvo labai sunku, netgi labai...“ (Jonas)

„<...> dėl maisto sakau, vat kartais noris kažko skaniau ir kas iš to, žinau, kad negaliu to valgyti.“ (Genovaitė)

Taigi, kai kurie tyrimo dalyviai atskleidė, kad patyrę miokardo infarktą, nebesijaučia galintys valdyti savo ligą, todėl neretai patiria bejėgiškumo jausmą, pripažįsta, kad jiems sunku atrasti motyvacijos atlikti net įprastus buitines darbus, galbūt todėl jiems labai sunku keisti ir per ilgą laiko tarpą susiformavusius elgesnio įpročius.

Artimųjų vaidmuo

Šeimos ir draugų palaikymas dažnai buvo minimas kaip naudingas pacientams bandant pasirinkti sveiką gyvenimo būdą:

„<...> artimieji labai rūpinosi saugojo net labai ir netgi kaip žmona tai daugiau nei aš pats mityba rūpinosi, stengdavosi gaminti sveikesnį maistą, kad valgyčiau sveikiau, saugodavo, kad sunkiai nekelčiau, labai saugodavo.“ (Vladas)

Interviu parodė, kad dalyviai gali lengviau susitaikyti su gyvenimo būdo pokyčiais, jei artimieji taip pat kartu nusprendžia keisti savo gyvenimą:

„Dukra Stokholmo dietos laikėsi, tai ir aš kartu. Sau kažką gamina, tai ir aš kartu.“ (Valentina)

„Mano dukra labai rūpinasi, visokių žuvų taukų priperka....(juokiasi)“ (Alina)

Įdomu tai, kad atsisakyti rūkymo priklausomybės įtakos turėjo skaityta literatūra. Net kelios tyrimo dalyvės paminėjo teigiamą skaitytos knygos įtaką siekiant atsisakyti šio žalingo įpročio:

„<...> aš visą laiką labai norėjau mesti rūkyti, visą laiką. Tik nebuvo, kad kas man į užpakalį įspirtų gerai... bet aš jau buvau nusipirkus knygą. Tai žinokit sanatorijoje tą knygą ir skaičiau. Buvau labai tokioj pagundoj, žiauriai... Bet aš skaičiau tą knygą, tarp kita ko buvau nusipirkus cigarečių paketį, bet labai bijojau, kad man kas nors neatsitiktų, galvoju Dieve,

čia kaip man susispazmuos ar dar kas nors.... (juokiasi). Ir žinokit baigiau skaityt tą knygą ir tą pokelį į šiukšlių dėžę išmečiau. Supratau, kad čia yra juoda priklausomybė...” (Alina)

Vienai iš tiriamųjų perskaityti tą pačią knygą paskatino kaimynė, tačiau ne pati knyga, o kaimynės pavyzdys ją įkvėpė mesti rūkyti:

„Kaimynė mergaitė perskaičius knygą apie tai, kaip mesti rūkyti pasiūlė ją perskaityt ir man. Bet joje nieko nebuvo parašyta apie tai, kaip mesti rūkyti, kaip tik, atvirkščiai, ten rašė: “jei nori rūkyti, eik ir parūkyk” ... Bet aš galvoju, jei ta maža piemenka sugebėjo mesti rūkyti, tai ir aš galiu.“ (Valentina)

Kita vertus, kai kurie tiriamieji iš artimųjų palaikymo nesulaukė, dalyviai taip pat paminėjo, kad socialiniai veiksniai gali kliudyti keistis:

„Tik man labai sunku buvo, nes manęs aplinka visai nepalaikė, kaip tik, atvirkščiai, sūnus tik pasijuokdavo sužinojęs, kad nerūkau jau 2 savaites, netikėjo, kad taip bus visada, galvojo, kad palūšiu.“ (Aldona)

Taigi, aplinkinių, o labiausiai artimųjų parama, tyrimo dalyviams turėjo didelę reikšmę – kai kuriems pacientams ji motyvavo rinktis sveikatai palankią mitybą ir elgesį, kita vertus neigiamas artimųjų elgesys demotyvavo pokyčiams.

„Baimė vėl tai patirti“

Tyrimo metu paaiškėjo, kad pagrindinis motyvas keisti savo gyvenimosi įpročius, yra „baimė vėl tai patirti“; „baimė, kad nepablogėtų“:

„Gyvenimo būdą keisti motyvavo baimė, kad nesusirgti dar ir dar... Jeigu taip būtų... galėjo tik vienas kartas būtų ir nereikėtų daugiau, galėjo ir taip būti. Didžiausia baimė, kad susirgau tokia sunkia liga, tai viską reikėjo keisti ir dabar dar ta baimė yra.“ (Vladas).

„Po infarkto, kardinaliai viskas pasikeitė... labai išsigandau tada, kai tai buvo, cigaretė iš pat pirmos dienos buvo numesta ir po šiai dienai, tai jau dvidešimt metų tuoj bus, nerūkantis, ir maistą prižiūriu, kaip sakant, saugausi labai.“ (Jonas)

Tyrimo dalyvė Aldona po miokardo infarkto lydima ligos pasikartojimo baimės nusprendė kardinaliai pakeisti savo mitybos įpročius:

„<...> po tos ligos jau maistas buvo griežtai... pati sau pasakiau griežtai – riebalų jokių, taukų, nieko... Pirmus metus labai, netgi labai ribojau tuos dalykus. Cukrų sumažinau iki minimumo visiškai.“ (Aldona)

Interviu metu pastebėta, kad tiriamieji po patirto miokardo infarkto ne tik stengėsi pakeisti savo mitybos įpročius, bet ir atsisakyti tabako vartojimo:

„Oj, tas rūkymas... (tyla) Nuo tos dienos, kai į ligoninę papuoliau, tai taip ir baigėsi...“ (Alina)

„Mečiau, nes išsigandau biškį, davė per pakinklius. Po infarkto iškart mečiau, išsigandau labai.“ (Jonas)

Taigi, ūmios kardiologinės būklės patyrimas kai kuriuos tyrimo dalyvius įbaugino, todėl ligos pasikartojimo ir mirties baimė veikė kaip motyvacinis veiksnys gyvensenos pokyčiams.

„Liga manęs nesulaikė“

Kita vertus, nepaisant skausmingų patyrimų ištikus miokardo infarktui, kai kurių tiriamųjų požiūrio liga nepakeitė – atsirado tokių, kurių patirtas miokardo infarktas neišgąsdino ir jie nusprendė savo gyvensenoje nieko nekeisti:

„Liga manęs nesulaikė, sanatorijoje būdama rūkiau. Daktarai bijojo, kad nebūtų dar blogiau, todėl nevertė mesti rūkyti.“ (Aldona)

Kai kurie tyrimo dalyviai pripažino, kad ir mitybos įpročių nekeitė net patyrus miokardo infarktą:

„Valgau tą patį kaip ir prieš tai. Valgau viską, tai ir koldūnai, šonkauliukų kai gaunu nusiperku, tai va taip ir gyvenu.“ (Česlovas)

„<...> rūkytus gaminius valgydavau, ir po šiai dienai patinka.“ (Jonas)

„<...> pagaminau ir jeigu man nepatiks – aš geriau išmesiu, bet nevalgysiu, valgau tą, ką noriu. Suvalgiau karbonadžiuką vakar, žinoma, jis toks nesudegintas, bet būna taip kad ir papiktnaudžiauju kartais kokios rūkytos žuvies gabalėlį, kokios dešros įsidedu. Sakau, mano mityba yra nenormali – arba aš nevalgau 5-6 valandas, arba atsisėdu ir privalgau. Niekaip negaliu šito įpročio pakeisti. Žinau, viską aš žinau, ką blogai darau, bet...“ (Regina)

Taigi, tyrimas atskleidė, jog ne visi tyrimo dalyviai buvo linkę drąstiškai keisti savo gyvensenos įpročius patyrus miokardo infarktą – kai kurie pacientai liko prie senų įpročių.

3.3. Specialistai ir jų (ne)parama

Santykis su specialistu

Tikėtina, kad santykis su specialistu lemia pacientų motyvaciją keistis. Jeigu santykiai yra geri, pacientas sveikatos priežiūros specialistą gerbia kaip autoritetingą asmenybę, tokiu atveju jo patarimų, siekiant pakeisti gyvenamosios įpročius, pacientas klausys ir į juos atsižvelgs dažniau. Pasak N. Kupstytės, draugiškas ir teigiamas gydytojo bei paciento ryšys yra lemiamas, nes abipusis supratimas skatina pacientą laikytis gydytojo nurodymų bei išvengti destruktivių emocijų, kurios sąlygoja gydymo režimo pažeidimus, nesveiką gyvenimą [26].

Tyrimo dalyvei Aldonai pasisėkė užmegzti tinkamą ryšį su sveikatos priežiūros specialistais, pasakojo apie teigiamą patirtį ligoninėje bei sanatorijoje:

„<...> nu žinokit fantastika, man taip sekėsi su tais daktarais... ir tas chirurgas nu nuostabiausias, geresnio žmogaus nežinau, kol aš klinikose gulėjau jis kiekvieną dieną ateidavo manęs aplankyti, tai man žinokit tai būdavo kaip balzamas... ta jo kalba, aš nežinau jis kaip psichologas, ar kaip.. nu jis.. kiti ten nevaikščiojo, o jis vaikščiojo (pas pacientus).. Vėliau man papasakojo, kad jis labai tikintis žmogus, jis labai myli savo pacientus, labai rūpinasi, jis nori žinoti kaip ten viskas, dar žiūri, dar palydi žmogų... jam rūpi. Jau tokio gerumo prisipildydavau nuo jo... O sanatorijoje tai irgi ta prižiūrinti gydytoja... iš ryto anksčiausiai ateina, dieną ten kviečiasi, pavakare žiūri, prieš naktį ateina, nu nežinau...“
(Aldona)

Deja, ne visi tiriamieji buvo linkę pasitikėti sveikatos priežiūros specialistais. Kai kurie pacientai pripažino, kad kartais jais yra sunku pasikliauti:

„<...> mes gyvenam tokiais laikais, kai nebežinai, kas tau sako teisybę, o kas tau bruka firminius vaistus.“ (Valentina)

Tyrimo dalyvė Alina pripažino, jog savo šeimos gydytojos negerbė, ja naudojosi „tik iš reikalo“:

„<...> lyg ir matuodavau tą kraujospūdį, retkarčiais nueidavau nusipirkt biuletenio... (juokiasi) nu taip buvo, ten spekuliantė sėdėjo, aš akivaizdžiai sakau, aš jos negerbiau, nevertinau, tiek aš ją naudojausi, kai man reikdavo biuletenio, ateidavau ir nusipirkdavau.“
(Alina)

Interviu metu dalyvė Aldona papasakojo, kaip ją nustebino ir šokiravo nepagarbus medikės elgesys, kuris galbūt lėmė ir neigiamo įspūdžio į sveikatos priežiūros specialistų darbą susidarymą:

„<...> daktarai turi labai atsargiai kalbėti su tokiais pacientais. Kai nuvažiavau į Druskininkus, mano daktarė kardiologė pasiėmė mano popierius ir man sako: nu gražiausiai, tai ko čia? Eikit į bažnyčią pasimelsti, nes jūs jau seniai po velėna jau turėjote būti...“ (Aldona)

Pacientai pripažino, jog patyrus miokardo infarktą iš sveikatos priežiūros specialistų jiems trūko empatijos ir nuoširdaus rūpesčio jų sveikata:

„Visur eini ir pats prašai... Mano daktarė buvo kaip vadybininkė... Sako jūs turite išmokti gyventi su savo diagnoze, taip, aš sutinku, bet kai aš atvažiuoju pas savo gydytoją, sakau viskas, mano nervai yra ant ribos, aš nesusitvarkau su savimi, ir dabar sakau aš tuoj žliumbsiu kalbėdama. Ir viskas, kaip ateinu, taip išeinu. Aš noriu, kad ji biški pasidomėtų, kad pažiūrėtų į mano kortelę ir matytų, kad va buvo tokie kraujo rezultatai, dabar tokie, dabar biški blogėja ir panašiai.“ (Valentina)

„<...> mano šeimos gydytoja tai nieko nedarė, ji man net nesakė, kad mano kraujospūdis aukštas, aš tik paprasčiausiai blogai jaučiausi ir nežinojau kas man yra.“ (Alina)

„Bet koks tas infarktas buvo aš taip ir nesuvokiau, nieks man neaiškino.“ (Česlovas)

„Aš neturiu tokio kardiologo, kuris sektų mano būklę.“ (Jonas)

Keli tyrimo dalyviai pastebėjo, kad pakeitus specialistą, situacija žymiai pagerėjo:

„<...> X klinikoje sutikau gydytoją docentę kardiologę, ir tada aš jos globoje... man ten po biški ji mane sureguliovo, padarė tyrimus, aš tada gavau jau normalią, profesionalią pagalbą“ (Aldona)

„Kai pakeičiau šeimos gydytoją, tai buvo dieną ir naktis, net negalvojau, kad gali būti tokia rūpestinga šeimos gydytoja...“ (Alina)

Taigi, medikų, o tame tarpe ir gyvensenos medicinos specialistų, vaidmuo ir santykis su pacientu gyvensenos keitimo procese yra labai svarbus veiksnys, kuris gali padėti pacientams ryžtis gyvensenos pokyčiams.

Informacijos stoka ir perteklius

Mokslinėje literatūroje buvo atrasta daugybė veiksnių, kurie trukdo pacientams ryžtis gyvensenos pokyčiams, tai - sveikatos priežiūros specialistų profesinės paramos stoka, pagundos, susijusios su savidisciplina, maisto pasirinkimas, nepakankamas žinių kiekis, nenaudingi socialiniai

kontaktai, asmeninės problemos, suvokimas, kad gyvenimo būdo pokyčiai nelemia sveikatos pagerėjimo ir sunkumai pritaikant papildomus dietos reikalavimus sergant gretutinėmis ligomis. Vis dėlto daugelyje tyrimų išryškėja dvi pagrindinės kliūtys, kurios gali trukdyti siekti gyvensenos pokyčių – tai sveikatos priežiūros specialistų pateikiamos informacijos apimtis ir prieštaringas jos pobūdis [70].

„Šiais laikais tos informacijos visur ir visokios tiek daug, kad kartais, žmogau, net nežinai, kuo čia tikėti“ (Aldona)

„Kad dažnai patys daktarai nesutaria, kas yra ta sveika mityba. Vieni sako vieną, kiti kitą...“ (Jonas)

„<...> internete tai pilna visko, tik skaityk, bet, kad neaišku, ar tikėti viskuo galima“ (Vladas)

Tiriamieji pripažino, kad jiems trūko išsamios bei individualizuotos informacijos, pritaikytos būtent pagal jų asmeninius interesus. Tyrimo dalyvei Valentinaui neužteko gautos bendrinės informacijos, jai norėjosi konkrečių nurodymų, ką ji turi valgyti, ko jai nerekomenduotų sveikatos priežiūros specialistai:

„<...> aš pačioje pradžioje, kai grįžau iš sanatorijos, ką buvau ten, nė velnio nenusimaniau... man reikėjo, kad kas nors parašytų: pusryčiams tas, pietums tas, vakarienei tas galima valgyti. Aš norėjau šito. Na aišku, kad mačiau, kad košė turi būti be druskos ir panašiai, aišku stengiausi, būdama mėsine, pradėjau valgyti košytes.“ (Valentina)

Tyrimo dalyvis Vladas pripažino, kad sveikatos priežiūros specialistai teikdami rekomendacijas apsiribojo įprasta, jau girdėta ir žinoma informacija:

„Pasakojo, kad dabar tik liesas maistas ir viskas. Ir daugiau na ką... Na ką dar, cukraus ir riebios mėsos atsisakyti, kepto mažiau ypač mėsos keptos ir kaip čia pasakyt, blynai lietiniai, bulvės... tas irgi retai. Bet šitą tai jau pats žinau.“ (Jonas)

Vienas iš tyrimo dalyvių gavo informacinio pobūdžio skrajutę apie mitybą po miokardo infarkto, tačiau kyla klausimas, ar ją skaitė? Neretais atvejais, kai rekomendacijos skirtos daugeliui pacientų, jos yra neindividualizuotos, mažėja susidomėjimas tą informaciją priimti ir pritaikyti pagal asmeninius poreikius.

„Buvo įteikę, kaip čia pasakyt, rekomendacines tokias knygeles, skrajutes, kaip maitintis“ (Vladas)

Kita vertus, atsirado ir tokių tiriamųjų, kurie rekomendacijų apie tolimesnes gaires, kaip gyventi, kuo maitintis, gavo labai mažai arba iš viso negavo, todėl papildomų žinių teko ieškoti savarankiškai:

„Iš daktarų labai mažai patarimų gaunu, skaitau internete, aiškinuosi kiekvieną kraujo tyrimą ką jis reiškia...“ (Regina)

„Ji man pasakė, tu skaityt moki, išprusęs žmogus, susižiūrėk, pasiskaityk, aš neturiu laiko šnekėti (juokiasi). Buvusi šeimos gydytoja sakė: „raštinga esi, susižinosi“.“ (Alina)

Ši potėmė atskleidžia sveikatos priežiūros specialistams, ypač gyvensenos medicinos specialistams, poreikį stengtis pateikti informaciją taip, kad pacientas ją suprastų, informacija atitiktų jo lūkesčius, pacientas gebėtų ją pritaikyti pagal savo poreikius ir galimybes. Tyrimų duomenimis, tinkamų nurodymų poreikis yra ypač svarbus vyresnio amžiaus pacientams [70].

„Sugeriu vaistus, kažkiek apimsta“

Interviu metu pastebėta, jog tiriamieji skiria didelį dėmesį vaistų vartojimui ir akivaizdu, kad į tai žiūri labai atsakingai:

„Bet kol kas dar gerai jaučiuosi, vaistus vartoju nuo širdies mažais kiekiais jau aštuoniolika metų.“ (Vladas)

„Va parėjau iš anūko iš paskutiniųjų jį pasaugojus, jau man nebeleidžia su juo į lauką išeiti, bijo, kad nenukrisčiau kur, užeina, kad pasisuka galva, ir va dabar parėjau, po pietų pradeda spaudimas arba pulsas varyt... Šokinėjančiai taip, suprantat? Nu ir va, sugeriu visus vaistus, kažkiek apimsta biškį.“ (Aldona)

Ankstesniuose tyrimuose taip pat pastebėta, jog vaistų vartojimas pacientams suteikia saugumo jausmą [71]. Galbūt taip yra todėl, kad pacientai supranta, kad vaistų vartojimas yra paprastas veiksmas, kuris greitai tampa „rutina“ ar „įprotis“, o norint laikytis sveikos gyvensenos, reikia įdėti žymiai daugiau fizinių ir psichologinių pastangų. Vienas iš tyrimo dalyvių buvo įsitikinęs, jog jo būklė yra per daug sudėtinga, jog tik gyvensenos pokyčiai galėtų pagerinti jo sveikatą ir išreiškė pasitikėjimą medikamentų vartojimui:

„Jei jau turi problemų su širdimi, aš nemanau, kad gyvenimo būdo pokyčiai tam padės dramatiškai. Man atrodo, kad tam reikia vaistų“ (Jonas)

Australijoje atliktame tyrime nustatyta, kad tiek patys kardiologiniai pacientai, tiek jų šeimos gydytojai teigiamai vertina sveikos gyvensenos poveikį sveikatai, tačiau pastebėta, jog pacientai

manė, kad vaistai yra veiksmingesni klinikiniam tikslams pasiekti, o šeimos gydytojų teigimu, vaistai yra efektyvesni tiems pacientams, kurie turi didesnę širdies ir kraujagyslių ligų riziką, turi daugiau nekontroliuojamų rizikos veiksnių ar patiria didesnius sunkumus laikantis sveikos gyvensenos [71].

3.4. Kasdienybės priėmimas ir įprasminimas

Šiame skirsnyje pacientai kalba apie pastangas priimti realybę tokią, kokia ji yra ir patirtis, kurios jiems padėjo įprasminti ligos patyrimą.

„Esu dėkinga, kad išgyvenau“

Moksliniuose tyimuose atskleista, jog išgyvenus ūmią kardiologinę būklę, kai kuriuos dalyvius maksimaliai išnaudoti kiekvieną dieną ir spręsti gyvenimo būdo pokyčius paskatino **dėkingumo jausmas**. Šiame tyrime kai kurie dalyviai taip pat jaučiasi labai dėkingi likimui ir stengiasi džiaugtis kiekviena diena:

„Reikia džiaugtis kiekviena diena, va saulytė, gyvenimu, viskas gerai, visi vaikai, anūikai, visi žmonės man geri, aplamai – kokie jie bebūtų, kokių religijų ar kokių ko, jie yra žmonės, aš džiaugiuosi, kad jie yra tokie, gal kartais nesuprantantys gyvenimo, tik skūstis, skūstis.. Man tik norisi jiems išaiškinti, kad turėtumėme jaustis dėkingi už tai, ką turime, kad gyvenimas yra gražus.“ (Genovaitė)

„Ir iš viso reikia būti dėkingai, kad išgyvenau... (susimąsto)“ (Aldona)

Tyrimas atskleidė, jog pacientai, optimistiškai vertinantys realybę, geriau ir greičiau prisitaiko prie neįprastų aplinkybių nei pesimistai. Taigi, pažintinė (kognityvinė) įveika yra potenciali jėga, lemianti gyvenimo pokyčius [72].

Streso įveika

Ankstesniuose moksliniuose tyimuose paaiškėjo, kad nepaisant to, jog daugelis tiriamųjų stresą įvardijo kaip pagrindinę priežastį, susijusią su jų kardiologinės ligos atsiradimu, tiriamieji tiksliai nežinojo, ką jie galėtų padaryti, kad sumažintų stresą. Vieni pasirinko „*ignoruoti tai*“ arba tiesiog „*išmokti gyventi su juo*“, o kiti stengėsi vengti bet kokių stresinių situacijų. Vieni tiriamieji priėmė sąmoningą sprendimą nesijaudinti, kiti bandė stresines situacijas įtraukti į normalaus gyvenimo kokybės kontekstą, todėl jie labiau priėmė stresą sukeliančias situacijas. Praktinės susidorojimo strategijos apėmė atsipalaidavimą, jogą ir mankštą, o kai kurie žmonės netgi pakeitė savo profesinį gyvenimą [11].

Šiame tyrime viena iš tyrimo dalyvių kreipėsi į specialistus ir su jų pagalba nusprendė išmokti vengti stresinių situacijų:

„<...> tiesa, aš pusę metų vaikščiojau X (įstaigos pavadinimas), nežinau, ten mane susirado tokia psichologė ir aš supratau, kad ji daro mokslinį darbą, ten buvo mūsų grupė, mes buvome penki žmonės ir kartą per savaitę mes vaikščiojome į užsiėmimus. Ji mus mokino kaip atsipalaiduoti, kaip vykdyti relaksaciją, kaip neimti į galvą, nieko (juokiasi). Ji ten mus klausinėdavo, ten toks būdavo 2 valandas... Duodavo namų darbų, klausinėjo, ar nebijau mirties ir dabar ji man nesenai vėl skambino. Žinot, ji kaip psichologė, tai labai įdomu su ja kalbėt, tiek visokių naudingų patarimų davė... Svarbiausia ką ji man įkalė – vengti nemalonių žmonių. Ne visada pavyksta susitvarkyti, bet kodėl reikia tvarkytis, jei galima tiesiog vengti. Man anksčiau nebūdavo taip, kad aš ko nors vengčiau gyvenime, būdavau tokia tiesus žmogus, aplinkui nelabai vaikščiojau, tai aš dabar permąščiau savo elgesį, o kam man reikia? Kam man reikia eiti ten, kur mane pastoviai sunervuoja? Neisiu. Pavyzdžiui, sodo bendrijos susitikimai, nebeeinu į nei vieną, nes jie ten susitinka bartis. Galvoju, nu ko aš ten eisiu, nu kas nuo to pasikeis. Išvis nebeinu.“ (Alina)

Ir literatūros apžvalgoje minėtame tyrime kalbama apie tai, kad suvokę streso poveikį jų sveikatai, tiriamieji pradėjo stengtis kiek įmanoma labiau išvengti streso. Suvaldyti stresą naudojo įvairias technikas – ėjimą miegoti, stengtis pamiršti ir atleisti [68].

Dvasinio gyvenimo strategija: „Esame Dievo valioje“

Tyrimas atskleidė, jog pacientams kasdienybės priėmimui ir įprasminimui didelę įtaką turėjo tikėjimas. 2017 metais atliktoje metaanalizėje taip pat kalbama apie dvasingumo reikšmę pacientų gyvenimui ir pasaulėžiūrai [68].

„Aš esu tikinti, ir kad mes esame Dievo valioje ir nereikia rūstinti likimo ir padėkoti už viską. Aš džiaugiuosi, kad man nereikia skausmų kentėti, čia tikrai malonė. Doktorai viskuo pasirūpino, kada turėjo skaudėti man neskaudėjo. Esu dėkinga savo chirurgui, savo šeimos gydytojai.. jie man yra Dievo siųsti.“ (Alina)

„Aš tikiu, kad Dievas man davė šią ligą. Bet tuo pačiu jis suteikė man kantrybės ir su tuo susidoroti.“ (Aldona)

Ir mokslinėje literatūroje atrandama tikėjimo reikšmė keičiant gyvenseną. Irane atlikto tyrimo dalyviai pabrėžė, kad pasitikėdami Dievu jie priėmė savo ligą ir patikėjo, kad egzistuoja dieviška valia. Be to, dėl savo tikėjimo į Dievą jie jautėsi ramiau ir, patyrę stresą, stengėsi išlikti ramūs melsdamiesi [68]. Taigi, kai kuriems tyrimo dalyviams dvasingumas bei tikėjimas palengvino pokyčius priimant sveiką gyvenimo būdą.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Pagrindinių rezultatų palyginimas su kitais tyrimais.

Tyrime paaiškėjo, kad pacientai buvo linkę ieškoti ligos atsiradimo priežasties. Pastebėta, kad informantai, ieškodami ligos priežasčių, buvo linkę bendradarbiauti su gydytoju. Tai įrodo, jog asmenims yra svarbu žinoti, kas sukėlė sveikatos sutrikimus. Veikiausiai, priežasties, kodėl juos ištiko miokardo infarktas, įvardijimas informantams svarbus todėl, kad galėtų skirti didesnę dėmesį šių rizikos veiksnių likvidavimui ir ryžtis gyvenimo pokyčiams. Anksčiau atliktuose moksliniuose tyrimuose [11] taip pat pastebima, jog pacientai, patyrę ūmią kardiologinę būklę dažnai kelia sau šį klausimą. 2014 metais atliktoje metaanalizėje atrasta, jog ryšių tarp gyvenimo įpročių ir širdies ligų išsivystymo ieškojimas yra gyvenimo būdo pokyčių proceso dalis.

Šiame tyrime išryškėjo šios pagrindinės galimos priežastys: rūkymas, sunkus darbas, asmeniniai išgyvenimai ir genetikos įtaka. Įdomu tai, kad apie alkoholio vartojimą tiriamieji nebuvo linkę kalbėti, keli informantai užsiminė: „*aš gi negėriau visai*“ ir „*širdies lašai – didžiausias mano alkoholis... (juokiasi)*“. Kituose moksliniuose tyrimuose, kuriuose kalbama apie gyvenimo pokyčius, alkoholio vartojimo nutraukimas ar apribojimas taip pat nebuvo paminėtas [67]. Dalyvių nenoras kalbėti apie alkoholį gali kilti dėl to, kad jie turi nepakankamai žinių apie alkoholio žalą sveikatai arba tiesiog tai yra didesnė stigma nei rūkymas, o galbūt tai yra kultūros bruožas. Pavyzdžiui, alkoholio vartojimas Irano ir islamo kultūroje laikomas tabu [70]. Anksčiau atliktuose tyrimuose taip pat pastebėta, jog gyvenimo būdo susiejimas su ligos diagnoze yra svarbus žingsnis priimančiam atsakomybę už savo sveikatą ir ypač išryškėjo tarp asmenų, rūkančių cigaretes [11]. Nors kiti žalingi įpročiai, pavyzdžiui, mankštos trūkumas ir netinkama dieta, buvo įvardyti kaip paveikūs, tačiau juos linkstama laikyti antriniais veiksniais, lyginant su neigiamu streso ir rūkymo poveikiu sveikatai.

Šio tyrimo tikslas buvo ištirti patirtis, susijusias su gyvenimo būdo pokyčiais patyrus miokardo infarktą ir nustatyti, kokie veiksniai skatina gyvenimo būdo pokyčius. Tyrimo rezultatai rodo, kad sėkmę ar nesėkmę inicijuojant ir palaikant gyvenimo būdo pokyčius po miokardo infarkto lemia sudėtinga vidinių ir išorinių veiksnių sąveika. Rūkymo metimas arba sveikesnės mitybos pasirinkimas yra geras šių veiksnių santykių sudėtingumo pavyzdys. Miokardo infarktą išgyvenę asmenys turi gauti informaciją, padedančią jiems suprasti, kad rūkymas ir nesveika mityba yra vieni iš pagrindinių rizikos veiksnių, skatinančių jų ligos vystymąsi [22]. LaCharity su bendraautoriais (1997) pastebėjo, kad vyresnio amžiaus asmenys, ypač moterys, susiduria su sunkumais keičiant mitybos įpročius dėl potraukio maistui [71]. Kita vertus, mokslininkų teigimu, renkantis sveikesnę, subalansuotą mitybą, nebūtinai reikia visiškai susilaikyti nuo nesveiko maisto, ir kaip tik visiškai

susilaikymas nėra propaguojamas dabartinėse sveikos mitybos rekomendacijose. Tai yra svarbus aspektas konsultuojant pacientus, nes nesveikas maistas dažnai yra tas, kurį žmonės ypač mėgsta ir norėdami išlaikyti visišką atsiribojimą nuo šių maisto produktų, pacientai neretai jaučiasi suvaržyti. Iš esmės „suplanuotos išimty“, gali būti subalansuotos mitybos dalis, ypač kai tokios paskatos palengvina pacientams subalansuotos mitybos palaikymą, o ne visišką susilaikymą [37].

Šis tyrimas atskleidė, kad pacientams, patyrusiems miokardo infarktą, pasireiškia sumažėjęs fizinis pajėgumas, kuris apsunkina įprastą tiriamųjų gyvenimą. Ir anksčiau atliktuose moksliniuose tyrimuose pastebėta, jog nesugebėjimas susitvarkyti su kasdieniais buities rūpesčiais, demotivuoja gyvensenos pokyčiams [5]. Pacientams yra sunku ryžtis kažką keisti savo gyvensenoje, nes sumažėjęs fizinis pajėgumas apsunkina paprasčiausią gebėjimą pasirūpinti savo buitimi, todėl sumažėja motyvacija ir noras keistis. Pasak F. Astin ir bendraautorių, patyrus miokardo infarktą, veikla, kuri anksčiau buvo kasdienio gyvenimo dalis, tampa sudėtinga, nes pacientai turi iš naujo išmokyti valdyti savo kūną [11]. Be to, ne retais atvejais pacientai, patyrę miokardo infarktą, serga ir kitomis gretutinėmis ligomis. J. A. Cole ir bendraautorių teigimu, gretutinės ligos, dažniausiai artritas, dažnai nurodomos kaip kliūtys pakeisti gyvenimo būdą. Mokslininkų atlikto tyrimo metu pastebėta, kad keletas cukriniu diabetu sergančių dalyvių pranešė, kad labiau rūpinasi fizinių problemų valdymu, o ne gyvenimo būdo pakeitimu [5].

F. Astin ir bendraautorių (2014) teigimu, sveikatos priežiūros specialistai yra pagrindinis informacijos šaltinis, tačiau mokslininkų atliktame tyrime paaiškėjo, kad specialistų patarimai nebuvo pakankamai individualizuoti ir kad dalyviai išreiškė poreikį, kad į juos būtų žvelgiama holistiškai ir pateikiamos rekomendacijos būtų tinkamos būtent pagal jų asmeninę situaciją [11].

Pacientų, patyrusių miokardo infarktą, patirtys keičiant gyvenseną susijusios su daugeliu faktorių, vienas iš jų – santykis su sveikatos priežiūros specialistais. Tyrime paaiškėjo, jog pacientai, turintys glaudų ryšį su savo šeimos gydytoju, yra labiau linkę paisyti jo rekomendacijų siekiant užtikrinti sveikatai palankų elgesį. Pasak N. Kupstytės (2007), sveikatos priežiūros specialisto ir paciento ryšys – svarbi priemonė siekti tikslo, nes nepalaikantis pokyčių ryšys sąlygoja motyvacijos problemas, poreikio keisti gyvenseną ar gydyti lėtinę ligą ignoravimą. Socialinis medikų palaikymas yra svarbiausias veiksnys, padedantis išlaikyti sveikus įpročius bei laikytis medicininių nuorodų [26].

Be to, svarbi yra ir teikiamų rekomendacijų kokybė bei mokslinis pagrindimas. Tyrimo dalyviai atskleidė turėję neigiamą patirtį gaunant rekomendacijas apie sveiką gyvenseną, tolesnį gydymą nemedikamentinėmis priemonėmis. Informantai pripažino, jog gauta informacija buvo neindividualizuota, prieštaringo pobūdžio, dažnai neatitiko jų lūkesčių. Tikėtina, jog tik gavęs moksliniais įrodymais pagrįstas ir konkrečiam žmogui aktualias rekomendacijas apie sveiką gyvenseną, asmuo gali save motyvuoti ryžtis pokyčiams. Apie tai, kad informacijos apie sveiką

subalansuotą mitybą apimtys ir prieštaringas pobūdis buvo akivaizdžios kliūtys pokyčiams, pabrėžiama ir Kanados mokslininkų S. B. Meyer, J. Coveney ir P. R. Ward (2014) atliktame tyrime. Tyrimo dalyviai teigė, kad susiduria su pertekline informacija, susijusia su mityba ir tai riboja jų galimybes priimti sprendimus, kokius maisto produktus pirkti ir vartoti. Tiriamieji teigė, kad dėl jiems aktualios informacijos (tiek gautos medicinos įstaigoje, tiek už jos ribų, t. y. internete, televizijoje) apimties ir prieštaringumo buvo sunku laikytis sveikos mitybos rekomendacijų. Daugelis dalyvių nustojo laikytis bet kokių rekomendacijų, nes jiems buvo sunku nuspręsti, kuri informacija yra teisinga [67]. Be to, neretai pacientams suteikiama nepakankamai informacijos, todėl jiems trūksta žinių, ką konkrečiai reiktų keisti savo įpročiuose. S. White ir bendraautorių (2011) atliktame tyrime paaiškėjo, jog nepaisant to, kad pacientai žinojo, kad reikia mažinti suvartojamų riebalų kiekį, tačiau dažnai nebuvo tikri dėl to, ką tiksliai turėtų valgyti. Viena dažniausių pacientų problemų buvo tai, kad gauta informacija yra apibendrinta, visi pacientai gauna „*tas pačias instrukcijas*“, informacija nėra pritaikyta jų individualiems poreikiams [37]. Taigi, sveikatos priežiūros specialistai turėtų remtis individualizuota gydymo strategija, pritaikyta konkrečiam asmeniui, o sveikatos priežiūra būti pagrįsta kiekvieno asmens unikalios klinikine, genetinė ir aplinkos sąlygota informacija.

Tyrimo dalyvių patirtys atskleidė, kokie yra pagrindiniai veiksniai, skatinantys arba demotyvuojantys keisti gyvenimą. Vienas iš dažniausiai įvardijamų veiksnių, skatinančių dalyvius rinktis sveikatai palankų elgesį, buvo baimė, jog liga pasikartos. Tai patvirtina ir anksčiau atlikti moksliniai tyrimai – 2014 metais atliktoje metaanalizėje išsiaiškinta, jog pradinė gyvenimo būdo pokyčių, patyrus miokardo infarktą, motyvacija dažnai yra ligos progresavimo, pasikartojančio miokardo infarkto, negalios ar mirties baimė [11]. Apie tai, kad patyrus ūmią kardiologinę būklę ir baiminantis, kad liga ištiks dar kartą, pacientai dažniau pradeda rūpintis savo mityba kalba ir H. Vahedparast su bendraautoriais. 2017 metais atliktame tyrime paaiškėjo, kad daugelis dalyvių, ypač moterys, pasisakė apie savo pastangas daugiau dėmesio skirti sveiko maisto paruošimui ir parinkimui [70]. Be to, J. Nicolai ir kitų mokslininkų teigimu, noras išvengti miokardo infarkto pasikartojimo, yra stiprus motyvas keisti gyvenimą [22].

Tyrimo fenomeno paaiškinimas. Atlikto tyrimo metu buvo atskleista, jog pacientams svarbų vaidmenį keičiant gyvenimą turėjo kasdienybės priėmimas ir įprasminimas. Pastangos priimti realybę tokią, kokia ji yra, pacientams padėjo atrasti jėgų siekti gyvenimo pokyčių, rinktis sveikatai palankų gyvenimo būdą. Kai kurie tyrimo dalyviai atskleidė, jog jaučiasi dėkingi, kad išgyveno, kad neturi kęsti didelių skausmų ir tai yra didžiulė motyvacija siekti labiau rūpintis savo sveikata. Pasak O. G. Butkienės ir R. Guzaitytės (2009), dėkingumas motyvuoja paslaugų bei pagarbų elgesį ir atlieka moralinio stiprintojo funkciją [72].

Be to, tyrimo metu kasdienybės priėmimas ir įprasminimas buvo siejamas ir su dvasingumu. Tyrimo dalyviai atskleidė, jog tikėjimas jiems padėjo išgyventi skaudžius gyvenimo įvykius, o malda padėjo lengviau kovoti su stresu. Pasak S. Anuškevičienės (2013), itin dvasingų žmonių elgesys rečiau būna žalingas sveikatai, turi geresnius streso įveikos resursus, lengviau išgyvena sunkumus ir skaudžius išgyvenimus, negu mažiau dvasingų žmonių. Tokie rezultatai grindžiami tuo, jog dvasingi žmonės, jausdami ryšį su dievybe, jaučia atsakomybę prieš savo dievybę, pagarbą savo kūnui. Taip pat dvasingumas glaudžiai siejasi su priklausymu religinei bendruomenei, o daugelis religinių dogmų yra prieš sveikatai žalingą elgesį, todėl tai yra tarsi socialinės kontrolės forma [73].

Apibendrinant, galima teigti, kad gyvenimo būdo pokyčiai yra nuolatinė kova su savimi, o kasdienybės priėmimas ir įprasminimas tam suteikia jėgų [73], todėl gyvensenos medicinos specialistui konsultuojant pacientą labai svarbu įvertinti paciento lūkesčius, pasaulėžiūrą, įsitikinimus ir į juos atsižvelgiant skirti veiksmingą gyvensenos keitimo planą, motyvuoti pacientą siekti palankių sveikatai gyvensenos pokyčių.

Tyrimo privalumai ir trūkumai

Privalumai. Tyrimas leido pacientams iš arčiau pažvelgti į tai, kaip jie patys mato dabartinę savo situaciją ir pokyčių būtinumą. Be to, šių žmonių patirtys padėjo suformuoti visuminį šios problemos vaizdą, kuris būtų naudingas tolesnėje sveikatos priežiūros specialistų veikloje ir konsultuojant pacientus.

Trūkumai. Tyrimo imtį sudarė tik pensinio amžiaus pacientai. Remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, sergančiųjų miokardo infarktu amžius jaunėja, todėl tolesnėje mokslinėje analizėje rekomenduotina į tyrimą įtraukti daugiau jaunesnio amžiaus informantų.

Praktinė tyrimo rezultatų reikšmė

Šis tyrimas gyvensenos medicinos specialistui atskleidė tai, kad bendraujant ir komunikuojant su pacientu, reikėtų skirti didesnę dėmesį įvertinant kiekvieno paciento gyvenimo būdo aspektų įvairovę, skirti individualizuotą pagalbą matant žmogų kaip visumą, pirmiausiai įsiklausant į tai, kaip supranta ir kokią prasmę ligai suteikia pats pacientas ir konsultaciją kaip pagalbos procesą pradėti nuo to, *kur yra pacientas*.

Interesų konfliktas

Tyrimo organizavimo vieta bei tyrėjos, dirbančios X medicinos centre bendrosios praktikos slaugytoja, vaidmuo šioje organizacijoje galimai turėjo įtakos kai kurių tyrimo dalyvių atsakymams.

IŠVADOS

1. Tyrimo dalyviams buvo svarbu suprasti juos ištikusio miokardo infarkto priežastis ir šios diagnozės esmę. Informantų pasakojimuose vyravo kelios priežastys, kurias pacientai įvardijo svarbiomis miokardo infarkto atsiradimui: rūkymas, sunkus darbas, asmeniniai išgyvenimai, paveldėjimas.
2. Tyrimo dalyvių patirtis parodė, kad pacientai, patyrę miokardo infarktą, keičia arba nekeičia savo gyvenamosios įpročius priklausomai nuo įvairių vidinių ir aplinkos veiksnių. Pacientų gyvenamosios pokyčiams įtakos turėjo ligos pasikartojimo baimės, bejėgiškumo ir beviltiškumo jausmai, sumažėjęs fizinis pajėgumas, artimųjų požiūris ir parama.
3. Informantų pasakojimai atskleidė skirtingą santykių su sveikatos priežiūros specialistais patirtį keičiant arba nekeičiant gyvenamąją patyrus miokardo infarktą. Specialistai, kaip ir kiti paciento aplinkos žmonės, stiprina motyvaciją arba demotyvuoja ryžtis pokyčiams. Tyrimas atskleidė, kad pacientai pasigedo daugiau konkrečiai jiems skirtos informacijos, jiems trūko individualizuotų rekomendacijų apie sveiką gyvenamąją.
4. Tyrimo dalyviams, patyrusiems miokardo infarktą, gyvenamosios pokyčiai reiškė kasdienybės priėmimą ir įprasminimą. Pastangos priimti realybę tokią, kokia ji yra, pacientams padėjo atrasti jėgų siekti gyvenamosios pokyčių. Dėkingumas, streso įveika bei tikėjimas tyrimo dalyvių skatino kovoti su gyvenimo iššūkiais ir motyvavo rinktis sveikatai palankią gyvenamąją.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Sveikatos priežiūros specialistams:

- Rekomenduojama pacientams teikti individualizuotą, konkrečiam žmogui pritaikytą, pagalbą keičiant gyvenseną, atsižvelgiant į individualias paciento socialines, emocines problemas, pažinimo funkcijų sutrikimus, rizikos veiksnius, lūkesčius, tikėjimą ir norą keistis.
- Siekiant užtikrinti efektyvų gyvensenos keitimo poveikį, rekomenduojama pasitelkti terapinės ir tarpdisciplininės komandos darbą.

Tolimesniems tyrimams:

- Atlikti kokybinius tyrimus apie pacientų, patyrusių miokardo infarktą pobūdžio tyrimus, apie pacientų patirtis keičiant gyvenseną patyrus miokardo infarktą, patirtis, keičiant gyvenseną, įtraukiant jaunesnio amžiaus sergančiuosius.

LITERATŪRA

1. Rinkūnienė E, Petrulionienė Ž, Zdanevičiūtė I, Dženkevičiūtė V. Mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų tendencijos Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse. *Med Teor ir Prakt.* 2013;19(2):130–6.
2. Laucevičius A, Rinkūnienė E, Ryliškytė L, Kasiulevičius V, Jatužis D, Petrulionienė Ž, et al. Primary prevention strategy for cardiovascular disease in Lithuania. In: *Seminars in Cardiovascular Medicine.* Sciendo; 2019. p. 14–39.
3. Piepoli MF, Corra U, Dendale P, Frederix I, Prescott E, Schmid JP, et al. Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23(18):1994–2006.
4. Laurinskaitė J, Šostakienė N, Darginavičienė R. Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis. *Visuomenės Sveik.* 2013;1:121–8.
5. Cole JA, Smith SM, Hart N, Cupples ME. Do practitioners and friends support patients with coronary heart disease in lifestyle change? A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013;14(1):126.
6. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Miller NH, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63(25 Part B):2960–84.
7. Organization WH. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2013;
8. Organization WH. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. *Proc Reg Comm Eur.* 2012;10–3.
9. Rongen A, Robroek SJW, van Ginkel W, Lindeboom D, Pet M, Burdorf A. How needs and preferences of employees influence participation in health promotion programs: a six-month follow-up study. *BMC Public Health.* 2014;14(1):1277.
10. Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, van Mechelen W. Factors associated with non-participation and drop-out in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009;6(1):80.
11. Astin F, Horrocks J, Closs SJ. Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences. *BMC Cardiovasc Disord.* 2014;14(1):96.
12. Bulotaitė L, Vičaitė S. Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: kas skatina keisti elgesį. *Redaktorių Taryb.* 2016;8.
13. Sofi F, Fabbri A, Marcucci R, Gori AM, Balzi D, Barchielli A, et al. Lifestyle modifications

- after acute coronary syndromes in a subset of the AMI-Florence 2 Registry. *Acta Cardiol.* 2011;66(6):791–6.
14. Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006;5(1):37–44.
 15. Steca P, Monzani D, Greco A, Franzelli C, Magrin ME, Miglioretti M, et al. Stability and change of lifestyle profiles in cardiovascular patients after their first acute coronary event. *PLoS One.* 2017;12(8):e0183905.
 16. Kravčikaitė A, Velička D, Poderienė K. Širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinų rodiklių kaita sveikatos stiprinimo pratybose taikant tradicinę aerobinę bei didelio intensyvumo intervalinius krūvius. *Sport Moksl.* 2018;93(3–4).
 17. Nissen NK, Jónsdóttir M, Spindler H, Zwisler A-DO. Resistance to change: Role of relationship and communal coping for coronary heart disease patients and their partners in making lifestyle changes. *Scand J Public Health.* 2018;46(6):659–66.
 18. Zobernienė J, Mockienė V. Demografinių veiksnių įtaka pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. *Visuomenės Sveik.* 2017;6:85-90.
 19. Praškevičius A, Ivanovienė L, Gailys R, Sadauskienė I, Banienė R, Labanauskas L. Dažniausiai vartojamų biomedicinos terminų ir sąvokų aiškinamasis žinynas (medikams). LSMU Leidyb namai, Kaunas. 2014;
 20. Giugliano D, Ceriello A, Esposito K. Are there specific treatments for the metabolic syndrome? *Am J Clin Nutr.* 2008;87(1):8–11.
 21. Volodkaitė A. Koronarinė širdies liga sergančių pacientų sveikatos priežiūros ir slaugos poreikiai. Vilnius University; 2014.
 22. Nicolai J, Müller N, Noest S, Wilke S, Schultz J-H, Gleißner CA, et al. To change or not to change—That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illn.* 2018;14(1):25–41.
 23. Murray J, Fenton G, Honey S, Bara AC, Hill KM, House A. A qualitative synthesis of factors influencing maintenance of lifestyle behaviour change in individuals with high cardiovascular risk. *BMC Cardiovasc Disord.* 2013;13(1):48.
 24. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. *Handb Psychother Integr.* 2005;2:147–71.
 25. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for good.* Avon Books New York; 1994.
 26. Kupstytė N. Gyvensenos korekcijos strategija. Kauno krašto kardiologų draugijos

- konferencijos pranešimų tezės. Ligonių mokymo apie širdies ligas ypatumai; 2007 rugs 25; Kaunas: Kardiologijos projektai; 2007. P. 3-4.
27. Schwarzer R. Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Appl Psychol.* 2008;57(1):1–29.
 28. Rapolienė L, Eigelytė A, Gedrimė L, Norkienė S, Sąlyga J. Gyventojų informuotumas apie sveiką gyvenseną. *Visuomenės Sveik.* 2017;T27.
 29. Spring B, Moller AC, Colangelo LA, Siddique J, Roehrig M, Daviglus ML, et al. Healthy lifestyle change and subclinical atherosclerosis in young adults: Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Circulation.* 2014;130(1):10–7.
 30. Vyriausybės LR. m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1291 „Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo“. Teisės aktų Regist. 2015;2015–19827.
 31. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, Salonen JT, Koskela K, McAlister A, et al. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia project. *Annu Rev Public Health.* 1985;6(1):147–93.
 32. Strömbäck U, Engström Å, Wälivaara B-M. Realising the seriousness—The experience of suffering a second myocardial infarction: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019;51:1–6.
 33. Dobrovolskij V, Stukas R. Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai 2013 metais. *Sveik Moksl.* 2013;23(4):34–41.
 34. Dalen JE, Devries S. Diets to prevent coronary heart disease 1957-2013: what have we learned? *Am J Med.* 2014;127(5):364–9.
 35. Malhotra A, Redberg RF, Meier P. Saturated fat does not clog the arteries: coronary heart disease is a chronic inflammatory condition, the risk of which can be effectively reduced from healthy lifestyle interventions. *BMJ Publishing Group Ltd and British Association of Sport and Exercise Medicine;* 2017.
 36. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M-I, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013;368(14):1279–90.
 37. White S, Bissell P, Anderson C. A qualitative study of cardiac rehabilitation patients’ perspectives on making dietary changes. *J Hum Nutr Diet.* 2011;24(2):122–7.
 38. Marques-Vidal P, Fidalgo ASQ, Schuh DS, Voortman T, Guessous I, Franco OH. Lessons learned? Changes in dietary behavior after a coronary event. *Clin Nutr ESPEN.* 2019;29:112–8.
 39. Norkienė S. Klinikinės medicinos pagrindai. Mokomoji knyga. Klaipėdos Univ. 2010;

40. Newsom JT, Huguet N, Ramage-Morin PL, McCarthy MJ, Bernier J, Kaplan MS, et al. Health behaviour changes after diagnosis of chronic illness among Canadians aged 50 or older. *Health reports*. 2012;23(4):49.
41. Knudsen MV, Laustsen S, Petersen AK, Angel S. Lifestyle after cardiac rehabilitation: did the message come across, and was it feasible? An analysis of patients' narratives. *Health (Irvine Calif)*. 2014;6(19):2641.
42. Palevičiūtė E, Petrulionienė Ž, Veličkienė I. Psichosocialinių ir elgsenos rizikos veiksnių įtaka ūminio miokardo infarkto išsivystymui. *Med Teor ir Prakt*. 2011;17(3):293–7.
43. Jankauskienė K, Gražulevičienė R, Garšvienė D, Dulskienė V. Psichosocialinis stresas ir moterų rizika susirgti miokardo infarktu. *Sveikatos teisės ir ekonomikos centras*. 2004;18.
44. Šerpytis P, Aranauskas R, Deksnytė A, Maskeliūnaitė D, Alunderytė J. Miokardo infarkto įtaka depresijai ir nerimastingumui. *Sveik Moksl Sci*. 2014;24(3 (94)):102–8.
45. Thomas P, Michael GK, Gary NE, Pharm D, Eugene JB. Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. *Am Fam Physician*. 2001;64(4):641–8.
46. Larsen KK. Depression following myocardial infarction. *Danish Med Journ*. 2013;60(7):B4689.
47. Romanelli J, Fauerbach JA, Bush DE, Ziegelstein RC. The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(5):817–22.
48. Fållun N, Fridlund B, Schaufel MA, Schei E, Norekvål TM. Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(7):495–503.
49. Pocienė M, Valatkienė D, Karpavičiūtė S, Morkūnienė R, Boltutienė J, Šniepienė G. Skirtingų kineziterapijos metodikų poveikis ligonių fiziniam aktyvumui po miokardo infarkto. *Reabil Moksl slauga, Kineziter Ergoter*. 2017;1(16).
50. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002;48(2):177–87.
51. Staniūtė M, Brožaitienė J. Sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusi gyvenimo pilnatvė priklauso nuo psichoemocinės būsenos. *Reabil Metod ir Priem Ef*. 2009;202.
52. Uysal H, Ozcan Ş. The effect of individual education on patients' physical activity capacity after myocardial infarction. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(1):18–28.
53. Tod A. Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction. *Nurs Stand*. 2008;23(3).
54. Jagelavičius P. Širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenų sveikatos stiprinimo programos organizavimo Lietuvos savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose

- vertinimas. 2019;
55. Nemčiauskaitė E. Gyvenimo kokybė ir veiksniai, skatinantys keisti gyvensenos įpročius po ūminių išeminės širdies ligos komplikacijų, atsižvelgiantį D tipo asmenybę. 2018;
 56. Valackienė A, Mikėnė S. Sociologinis tyrimas: metodologija ir atlikimo metodika. Kaunas Technol. 2008;131.
 57. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
 58. Giorgi A. Phenomenology and the practice of science. *Existential Anal J Soc Existential Anal*. 2010;21(1).
 59. Lopez KA, Willis DG. Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qual Health Res*. 2004;14(5):726–35.
 60. Moustakas C. *Phenomenological research methods*. Sage; 1994.
 61. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications; 2017.
 62. Penner JL, McClement SE. Using phenomenology to examine the experiences of family caregivers of patients with advanced head and neck cancer: Reflections of a novice researcher. *Int J Qual Methods*. 2008;7(2):92–101.
 63. Liamputtong P. Qualitative data analysis: conceptual and practical considerations. *Health Promot J Aust*. 2009;20(2):133–9.
 64. Rupšienė L. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija. Klaipėda Klaipėdos Univ leidykla. 2007;
 65. Guion LA, Diehl DC, McDonald D. *Conducting an in-depth interview*. University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agricultural Sciences; 2001.
 66. Vaivada S, Blinstrubas A. Fenomenologijos, kaip kokybinės diagnostikos metodo, taikymas socialiniuose moksluose. *Stud Mod Soc*. 2011;(2).
 67. Meyer SB, Coveney J, Ward PR. A qualitative study of CVD management and dietary changes: problems of ‘too much’ and ‘contradictory’ information. *BMC Fam Pract*. 2014;15(1):25.
 68. Speechly C, Bridges-Webb C, McKenzie S, Zurynski Y, Lucas A. Patient and general practitioner attitudes to healthy lifestyle behaviours and medication following coronary heart disease: an exploratory study. *Aust J Prim Health*. 2010;16(2):154–8.
 69. Butkevičienė R. Šeima, kurioje auga vaikas, turintis negalią: mokomoji knyga. Kaunas: Vitae Litera. 2008;
 70. Vahedparast H, Mohammadi E, Ahmadi F. From threat to gradual lifestyle changes: Iranians’ experiences with chronic illnesses. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):405–12.

71. LaCharity LA, King KM, King KB. The experiences of postmenopausal women with coronary artery disease. *West J Nurs Res.* 1997;19(5):583–607.
72. Butkienė OG, Guzaitytė R. Psichologinė dėkingumo samprata ir veiksniai. *Lietuvių katalikų Mokslo Akad metraštis.* 2009;32:23–44.
73. Anuškevičienė S. Palankaus sveikatai elgesio sąsaja su dvasingumu ir vidine darna suaugusiame amžiuje. *Vytautas Magnus University;* 2013.

PRIEDAI

1 priedas

BIOETIKOS CENTRO LEIDIMAS



LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

BIOETIKOS CENTRAS

Kodas 302536989, Tilžės g. 18, LT- 47181, Kaunas, tel.: (8 37) 327233, www.lsmuni.lt, el.p.: bioetika@lsmuni.lt

Medicinos akademijos (MA)
Antrosios pakopos studijų programa –
Gyvensenos medicina
I k. magistrantei Orintai Stankevičiūtei
Darbo vadovė doc. Rūta Butkevičienė
LSMU Bioetikos katedra

2019-02-14

Nr. *DEC-34(M)-65*

DĖL PRITARIMO TYRIMUI

LSMU Bioetikos centras, įvertinęs Orintos Stankevičiūtės pateiktus dokumentus, magistrantės tiriamajam darbui tema „Pacientų, sergančių lėtinėmis širdies ir kraujagyslių ligomis, patirtys keičiant gyvenimą“ pritaria*.

Dr. Jekaterina Stankevičiūtė
[Signature]

* Pastaba: šis pritarimas neatleidžia tiriamąjį mokslinį darbą vykdančių asmenų nuo prievolės laikytis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento nuostatų ir nuo atsakomybės gauti nacionalinio arba regioninio bioetikos komiteto leidimą, jei toks leidimas būtinas pagal LR Biomedicininų tyrimų etikos įstatyme numatytus reikalavimus.

INDIVIDUALAUS GILUMINIO INTERVIU PROTOKOLAS

Tyrimo metodai - tyrimas bus atliekamas taikant aprašomąją fenomenologinę kokybinio tyrimo strategiją. Informantai bus pasirenkami tikslinės atrankos būdu. Tyrimo duomenys bus renkami iš dalies struktūruoto giluminio interviu metodu.

Interviu vedamieji klausimai:

1. Kaip apibūdintumėte savo gyvenseną iki miokardo infarkto?
2. Kokia jūsų patirtis keičiant savo gyvenseną patyrus miokardo infarktą?
3. Ką šie pasikeitimai jums reiškia?

TIRIAMOJO ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto studentė Orinta Stankevičiūtė magistrinio darbo rengimo metu atliks tyrimą, skirtą „Atskleisti pacientų, patyrusių miokardo infarktą, patirtis keičiant gyvenimą“. Tyrimo dalyviai - pacientai, patyrę miokardo infarktą.

- Planuojamo tyrimo metodai - tyrimas bus atliekamas taikant aprašomąją fenomenologinę kokybinio tyrimo strategiją. Tyrimo duomenys bus renkami individualaus giluminio interviu metodu.
- Tiriamųjų atranka - informantai bus pasirenkami tikslinės atrankos būdu.
- Galimi tyrimo nepatogumai – interviu gali sukelti nepatogumų dėl sugaišto laiko.
- Iškilus neaiškumams tiriamasis gali kreiptis: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto Bioetikos katedra, Tilžės g. 18 (Centriniai rūmai), Rūta Butkevičienė, el. paštas - ruta.butkeviciene@lsmuni.lt).
- Tyrimo duomenys bus panaudoti tik studijų tikslams, interviu yra anoniminis. Anonimiškumas ir gautų duomenų konfidencialumas garantuojamas.

Tiriamasis		<i>Vardas, pavardė</i>
	<i>(parašas)</i>	
Studentas (-ė)		<i>Orinta Stankevičiūtė</i>
	<i>(parašas)</i>	
Darbo mokslinis vadovas		<i>Doc. Rūta Butkevičienė</i>
	<i>(parašas)</i>	