

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS

Visuomenės sveikatos fakultetas

Sveikatos vadybos katedra

Danguolė Čeikauskienė

**ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ
RIZIKOS VEIKSNIŲ KONTROLĖ PACIENTŲ POŽIŪRIU
PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRE**

**Magistro diplominis darbas
(Visuomenės sveikatos vadyba)**

Mokslinis vadovas

_____ **habil. dr., prof. Abdonas Tamošiūnas**

KAUNAS, 2010

TERMINŲ PAAIŠKINIMO SĄRAŠAS

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga (ASPI) - įstaiga arba įmonė, įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus.

Bendrosios praktikos arba bendruomenės slaugytojas – tai specialistai, turintys specialų pasirengimą (diplomą) ir dirbantys savarankiškai arba sveikatos priežiūros grupėje, visų sveikatos priežiūros lygių asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir institucijose bei kitose įstaigose, atliekantys įvairaus amžiaus grupių asmenų, neįgaliųjų, šeimų, bendruomenės sveikatos priežiūrą. Slaugytojas moko sveikos gyvensenos, informuoja, pataria, kaip ją saugoti ir išvengti ligų, slaugo gydomus ir (arba) reabilituojamus bei mirštančius ligonius.

Bendrosios praktikos gydytojas (BPG) arba šeimos gydytojas – gydytojas specialistas, turintis medicinos praktikos licenciją ir galintis savarankiškai verstis medicinos praktika.

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis, ir gaudamas šias paslaugas turi įstatymų nustatytas teises bei pareigas.

Pirminės sveikatos priežiūros centras (PSPC) – tai viešoji sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. tai gali būti: ambulatorijos, medicinos punktai, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, greitosios medicinos pagalbos tarnybos, psichikos sveikatos priežiūros, bendrosios odontologijos, bendrosios praktikos gydytojų kabinetai.

Rizikos veiksniai - tai tam tikri elgesio ar gyvensenos aspektai, paveldėtos savybės, aplinkos veiksniai, kurių ryšys su sveikatos sutrikimais yra pagrįstas moksliniais tyrimais.

Sveikata – tai visapusiška individo ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir fizinių trūkumų nebuvimas.

Sveika gyvensena – kasdieninis gyvenimo būdas, kuris stiprina ir tobulina rezervines organizmo galimybes, padeda žmogui išlikti sveikam, saugoti ir gerinti savo sveikatą.

Sveika mityba – mityba, kuomet organizmas gauna visas jam reikalingas medžiagas ir energiją idealiam svoriui palaikyti.

SUTRUMPINIMAI

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga;
AH – arterinė hipertenzija;
AKS- arterinis kraujo spaudimas;
BP – bendros
BPG – bendrosios praktikos gydytojas;
CD- cukrinis diabetas;
ES – Europos Sąjunga;
IŠL – išeminė širdies liga;
KMU – Kauno medicinos universitetas;
MS – metabolinis sindromas
PSO – Pasaulio sveikatos organizacija;
PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras;
SAM – sveikatos priežiūros ministerija;
ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos
RV – rizikos veiksniai;
d. – diena;
 χ^2 - chi kvadrato kriterijus.
lent. – lentelė;
m. – metai;
p - statistinis reikšmingumas;
pav. – paveikslėlis;
proc. – procentai;
t.y. – tai yra;
t.t. – taip toliau;
žr. – žiūrėti;

SANTRAUKA

ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ RIZIKOS VEIKSNIŲ KONTROLĖ PACIENTŲ POŽIŪRIU PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRE

Danguolė Čeikauskienė

Mokslinis vadovas: Prof. habil. dr. Abdonas Tamošiūnas

Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas

TYRIMO TIKSLAS. Išnagrinėti širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius pacientų požiūriu Pirminės sveikatos priežiūros centre.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI. Tyrimas buvo atliktas 2009-10-01 - 2009-12-31 d.d. Pirminės sveikatos priežiūros centre. Tyrimo metu buvo išdalintos 250 anketos. 16 anketų buvo sugadintos: 7 nepilnai užpildytos, 5 subraukytos, 4 užpildytos neįskaitomai. Analizei atlikti tiko 234 anketos, t.y. 93,6 proc. visų apklaustųjų. Pacientams, kurių amžius buvo virš 18 metų, buvo pateiktos anoniminės anketos. Anketas pildė patys pacientai.

REZULTATAI. Mesti rūkyti, mažinti suvartojamo alkoholio kiekį bei mažinti kūno svorį dažniausiai pacientams patarė šeimos nariai, medikai buvo antroje vietoje. Medikai informacijos apie sveiką mitybą suteikė 60 proc. respondentų. 70 proc. moterų ir tik 27 proc. vyrų manė, kad alkoholis sveikatai kenkia. Manančių, kad sveikai maitinai buvo tik 20 proc. apklaustųjų. Pusė vyrų ir ketvirtadalis moterų jau paruoštą maistą sūdė beveik visada. 89 proc. respondentų, kaip vieną iš dažniausiai pasitaikančių širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių nurodė antsvorį, antroje vietoje – genetinį faktorių, trečioje – padidėjusį AKS. 86 proc. moterų ir 37 proc. vyrų darbas ir/ar veikla buvo pasyvūs. Medikų rekomendacijų nemedikamentinėmis priemonėmis reguliuoti AKS nesilaikė 60 proc. vyrų ir 26 proc. moterų. 15 proc. vyrų ir 5 proc. moterų gydytojų ir/ar slaugytojų patarimai įtakos gyvenimo būdui neturėjo.

IŠVADOS. Profilaktinis darbas gydymo įstaigose turi trūkumų. 40 proc. respondentų nebuvo suteikta informacijos apie sveiką mitybą. Pusė apklaustųjų nebuvo informuoti apie padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje arba apie tai neatsimena. Profilaktikos tema kiekvieno apsilankymo metu medikai bendravo tik su puse visų respondentų. Tik 15 proc. vyrų ir 10 proc. moterų pakanka gydymo įstaigoje gaunamos informacijos ir žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas. Manančių, kad sveikai maitinai buvo tik 20 proc. apklaustųjų. Šviežių daržovių visai nevartojo 11 proc. vyrų ir 5 proc. moterų. Pagal sveikos mitybos principus maisto produktus renkasi mažiausia dalis respondentų. Pusė turinčių antsvorio ir ketvirtadalis nutukusių respondentų laisvalaikį leido pasyviai. Pacientai nepakankami skiria dėmesio medikų rekomendacijoms ir dažnai jų nesilaiko.

SUMMARY

THE PATIENTS ATTITUDE TOWARDS THE CONTROL OF RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE PRIMARY HEALTH CARE CENTER

Danguolė Čeikauskienė

Scientific supervisor: Dr. Habil., prof. Abdonas Tamošiūnas

Kaunas University of Medicine, Faculty of Public Health, Department of Health Management

THE AIM OF WORK: To analyse the patients attitude towards the control of risk factors of cardiovascular diseases in primary health care center.

MATERIAL AND METHODS OF THE RESEARCH: The research was performed from 2009 – 10 – 01 till 2009 – 12 – 31 in the primary health care center. During the research 250 questionnaires were shared out. 16 of the questionnaires were tainted: 17 of them were not fully completed, 5 of them were scribbled, 4 of them were completed illegible. Researching the analysis, 234 questionnaires were fitted, that were 93.6% of all respondents. Anonymous questionnaires were presented for patients, that age was over 18. Patients filled the questionnaires themselves.

THE RESULTS: Family members generally advised patients to quit of smoking, using of alcohol and losing weight, whereas doctors' advice were in the second place. Medics informed the patients about healthy nutrition for 60% of respondents. 70% of women and just 27% men thought that alcohol damaged the health. Thinking about healthy food, there were only 20% of respondents. Half of men and a quarter of women practically always salted the prepared food again. 89% of respondents prescribed the overweight of the mostly happening cardiovascular diseases' risk factors, the second place - the genetic factor, the third place – hypertension. 89% of women and 37% of men were passive in job or action. According medics nonmedicamentical measures, 60% of men and 26% of women refused to regulate hypertension. Doctors or carers' suggestions did not influence the habits of life of 15% of men and 5% of women.

THE CONCLUSION: Prophylactic work has got disadvantages in the health institutions. 40% of respondents were not informed about healthy nutrition. Half of the examined were not informed about enlarged cholesterol concentration of blood or they do not remember it. Only 15% of men and 10% women suffice the information about the cardiovascular diseases in the primary health care centres. Just 20% of people thought they had eaten healthy. 11% of men and 5% of women had not used fresh vegetables. According to healthy nutrition principles the least proportion of respondents choose the healthy food. Half of having overweight and a

quarter of fatty respondents their leisure time spend unenterprisingly. The patients do not give an attention for medic recomendations and they usually do not follow them.

TURINYS

ĮVADAS

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	8 psl.
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	9 psl.
1.1. Sveikatos samprata ir ją lemiantys veiksniai.....	9-11 psl.
1.2. Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai.....	11-12 psl.
1.3. Arterinė hipertenzija.....	12-16 psl.
1.4. Gyvensenos veiksniai.....	17 psl.
1.4.1. Metabolinis sindromas.....	16-18 psl.
1.4.2. Nutukimas.....	18-20 psl.
1.4.3. Dislipidemija.....	20-21 psl.
1.4.4. Žalingi įpročiai.....	21-22 psl.
1.4.5. Fizinis aktyvumas.....	23-24 psl.
1.5. Savirūpos samprata.....	25-26 psl.
1.6. Gydytojų ir pacientų bendradarbiavimas.....	26-28 psl.
2. TYRIMO METODIKA.....	29 psl.
2.1. Tiriamojo kontingento atranka ir apklausos organizavimas.....	29-31 psl.
2.2. Kintamųjų grupavimas.....	32-36 psl.
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	37 psl.
3.1. Šeimos gydytojų ir bendros praktikos slaugytojų veikla vykdant rizikos veiksmų kontrolę pacientų požiūriu.....	37- 46 psl.
3.2. Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksmų dažnis. Pacientų žinios ir požiūris į rizikos veiksmus.....	46- 63 psl.
3.3. Pacientų savikontrolės pastangos vykdant širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksmų kontrolę	63- 73 psl.
IŠVADOS.....	74 psl.
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	75 psl.
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	76-79 psl.
PRIEDAI.....	80 psl.

ĮVADAS

Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL) išlieka pagrindine mirtingumo priežastimi tiek išsivysčiusiose, tiek ir besivystančiose šalyse, kur sergamumas jomis didėja paraleliai su spartėjančia industrializacija, urbanizacija bei besivystančiu gyvenimo būdu. Lietuvoje mirtys nuo širdies ir kraujagyslių ligų sudaro 54,5 proc. visų mirčių (62), o Europos Sąjungos valstybėse senbuvėse šis skaičius siekia 40 proc. (4). 2008 m. 45,4 proc. vyrų ir 63,2 proc. moterų mirties priežasčių buvo kraujo apytakos sistemos ligos, jų tarpe didžiausią dalį sudarė asmenys virš 64 metų amžiaus – 66,6 proc.(53). Lietuvos visuomenė yra senstanti, nes jau daugelį metų vyresnio amžiaus gyventojų dalis viršija 7 proc. ir 2006 m. pradžioje sudarė 15,3 proc.(1), todėl ateityje prognozuojama, kad susirgimų ŠKL didės. Lyginant su kaimyninėmis šalimis (Latvija, Estija), gyventojų mirtingumas nuo ŠKL, tiek vyrų, tiek moterų, didžiausias Latvijoje (17). Mažiausias mirtingumas nuo ŠKL ligų Europoje yra Skandinavijos šalyse. Centrinės ir Rytų Europos šalių gyventojų mirtingumas nuo ŠKL yra iki 10 kartų didesnis nei Vakarų Europoje, didžiausias – Rusijoje (36). Rusijoje nuo ŠKL kasmet miršta apie 1 300000 žmonių (54). Prognozuojama, kad 2020 m. ŠKL dažniausiai sukels mirtį ir, kad per ateinančius 30 metų daugiau kaip 1/3 pacientų mirs nuo ŠKL. ŠKL rizikos mažinimas, sunkių kardiovaskulinių komplikacijų prevencija bei mirties nuo ŠKL atitolinimas – vieni svarbiausių sveikatos apsaugos uždavinių (4). Rizikos veiksnių kontrolė ir profilaktika yra pagrindinė kovos su ŠKL strategija.

Patvirtinus PSO visuomenės sveikatos priežiūros „Sveikata visiems XXI amžiuje“ principus, Europos šalys įsipareigojo rūpintis žmonių sveikata ir gerove ir patvirtino, kad siekis kuo geresnės sveikatos yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių. Didelis dėmesys skiriamas visuomenės sveikatos ugdymui ir lėtinių ligų rizikos veiksnių kontrolei, nes žinios apie sveikatą naudingos tiek sveikiems, tiek turintiems sveikatos problemų ar sergantiems lėtinėmis ligomis. Jos padeda formuoti sveikos gyvensenos įgūdžius ir požiūrį į sveikatą, sąmoningai suprasti rizikos veiksnių įtaką, o vėliau keisti elgseną siekiant geresnės sveikatos. Naujausi tyrimai rodo, kad pacientų įtraukimas į sprendimus, susijusius su jų sveikatos problemų sprendimu, didina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir skatina pasitikėjimą bei ugdo atsakomybę už savo pačių sveikatą (70).

Sergamumą ir mirtingumą nuo ŠKL lemia modifikuojami ir nemonifikuojami rizikos veiksniai, kurių vienas svarbiausių - arterinė hipertenzija (AH) (6). Grupei rizikos veiksnių, dažnai skatinančių nutukimą ir susijusių su ŠKL bei 2 tipo cukrinio diabeto (CD) rizika, taikomas metabolinio sindromo (MS) terminas. MS supratimas kilo iš epidemiologinių tyrimų, patvirtinančių ryšį tarp nutukimo ir aterosklerozės bei 2 tipo CD. Didėjantis MS

paplitimas pasaulyje yra daugiausia nulemtas nutukimo, kurį skatina sėslus gyvenimo būdas (31). Norint sumažinti MS paplitimą, vien tik rizikos veiksnių nustatymo nepakanka. Šiuo metu labai svarbu yra per sveikatos ugdymą padėti žmonėms suprasti savo elgesį, sąlygojantį jo sveikatą, ir skatinti žmones, kad jie įgalintų save įgyti sveiko gyvenimo supratimą, išmoktų kontroliuoti sveikatos rizikos veiksnius ir dalyvautų visuomenės sveikatos ugdymo veikloje (57).

Pirminės sveikatos priežiūra – prioritetinga pirminės sveikatos priežiūros sritis, sprendžianti daugumą asmens sveikatos problemų bei vykdanči svarbias visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas. Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje teigiama, kad pagrindinė nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo strateginė kryptis yra sveikatos išsaugojimas, jos stiprinimas bei ligų profilaktikos prioritetai. Šeimos gydytojas dėl prieinamumo, teikiamos ilgalaikės ir tęstinės sveikatos priežiūros turi puikią progą taikyti lėtinių neužkrečiamų ligų profilaktikos ir sveikatos išsaugojimo priemones. (22).

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

DARBO TIKSLAS - Įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių kontrolę PSPC pacientų požiūriu.

DARBO UŽDAVINIAI:

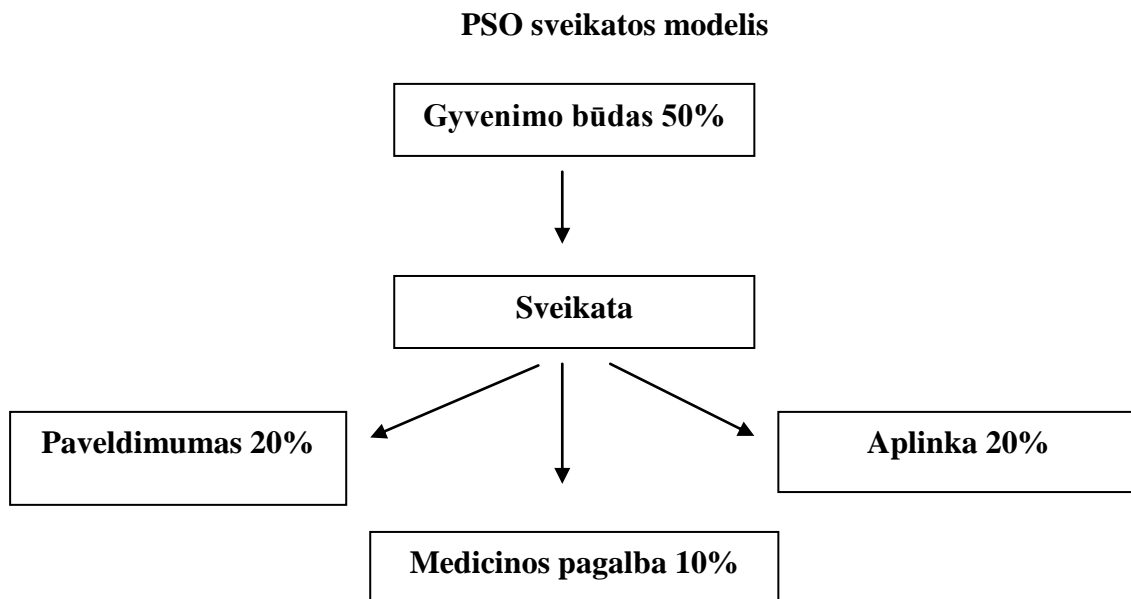
1. Įvertinti bendros praktikos gydytojų ir slaugytojų veiklą vykdant rizikos veiksnių kontrolę pacientų požiūriu.
2. Nustatyti pacientų žinias ir požiūrį į širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius.
3. Įvertinti pacientų savikontrolės pastangas vykdant širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių kontrolę.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. SVEIKATOS SAMPRATA IR JĄ LEMIANTYS VEIKSNIAI

Gyvensena – tai įpročių ir papročių visuma. Gyvensenos ypatumai - tai individo savos pozicijos gyvenime suvokimas, jo tikslų, lūkesčių, interesų bei kultūros vertybių sistemoje. Gyvensena turi didelę įtaką sveikatai. Gyvenseną sudaro mitybos, fizinio aktyvumo, alkoholio bei tabako vartojimo ir kiti įpročiai. Visi jie sąveikauja tarpusavyje, stiprindami arba žalodami sveikatą (30).

Remiantis PSO galima teigti, kad „sveikata yra visiškos fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos ar negalios nebuvimas“. PSO teigia, kad medikų pastangos išsaugoti bendruomenės sveikatą lemia tik apie 10 proc. Šiuolaikinės medicinos tikslas - ligų profilaktika ir sveikatos stiprinimas, kurie pasiekiami ugdant sveiką gyvenseną. Sveikata, remiantis PSO, visapusiškas reiškinys, kurio buvimą įtakoja paveldimumas, fizinė ir socialinė aplinka, žmogaus gyvenimo būdas, medicinos pagalbos lygis ir prieinamumas. PSO išskėlė pagrindines lėtinių neinfekcinių ligų prevencines priemones: sveika mityba, optimalus fizinis aktyvumas ir grūdinimasis, racionalus darbo ir poilsio režimas, asmens higiena ir kūno priežiūra, psichoemocinis stabilumas, saugi ir sveika aplinka, žalingų įpročių atsisakymas (47,51).



Vienas iš elgsenos veiksnių, sudarančių sveiką gyvenseną - sveika mityba. Sveika mityba vadinama tokia, kurioje yra subalansuotas maisto medžiagų kiekis (riebalų, angliavandenių ir baltymų), gaunama reikiama energetinė vertė, laikomasi tinkamo mitybos režimo. Sveikos mitybos principai (59):

1. Saikingumas. Net ir būtina maisto medžiaga, jeigu jos per daug vartojama, yra kenksminga sveikatai;

2. Įvairumas. Reikia valgyti kuo įvairesnį maistą, nes su maistu gauna apie 40 įvairių mastinių medžiagų;

3. Subalansavimas. Mitybos subalansavimas – tai tinkamas baltymų, riebalų, angliavandenių, vitaminų, mineralinių medžiagų santykis (8).

Pagal PASS metodiką išskiriami šie dietinio gydymo (mitybos elgesio) ypatumai (41). Metodika pateikiama klausimyno forma (priedas Nr. 3).

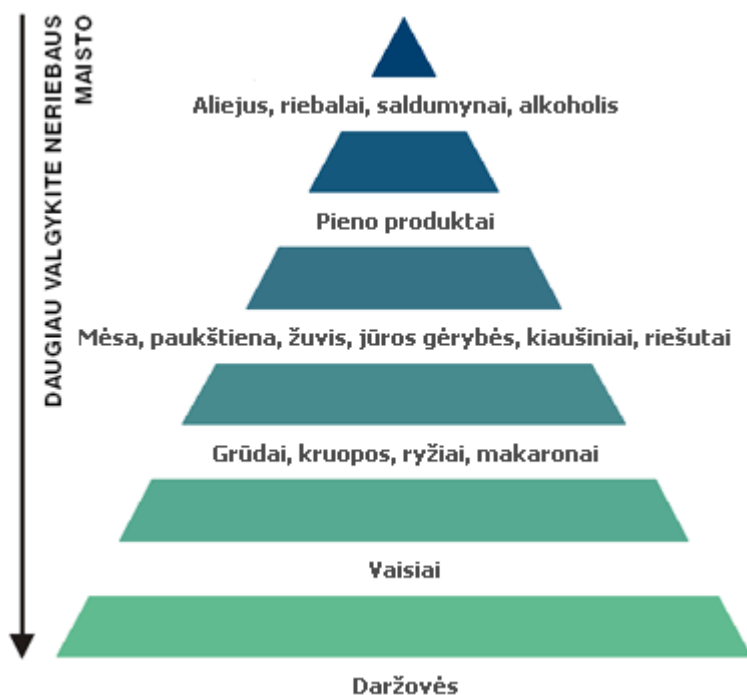
- P (portion - porcija) – porcijos dydis.
- A (adding – papildymas) – raciono papildymas sveikais maisto produktais.
- S (substituting – pakeitimas) – kai kurių maisto produktų pakeitimas.
- S (stopping – sustabdymas) – kai kurių mitybos įpročių atsisakymas.

Mažiau vartoti valgomosios druskos naudinga visiems sergantiems ŠKL, tai sumažina sistolinį AKS 5-10 mm Hg, diastolinį – 2-6 mm Hg. Daug vaisių ir daržovių, mažai riebalų, daug kalio, magnio ir kalcio turinti dieta visiems sergantiems ŠKL sumažina sistolinį AKS 11,5 mm Hg, diastolinį – 5,5 mm Hg. (67).

2009 m. pasaulinės hipertenzijos dienos šūkis buvo vartok mažiau druskos ir gyvenk ilgiau. Pagrindinė druskos savybė ta, kad ji smarkiai didina kraujo spaudimą, sukelia inkstų ir galvos smegenų pažeidimus. Labai svarbus supratimo apie druskos vartojimą akcentas yra tas, kad daugiausia druskos (net 75 proc.) esti jau pagamintuose produktuose. Druskos yra visur: duonos, mėsos gaminiuose, konservuose ir kt. Lietuvos žmonės vidutiniškai per parą suvartoja 12 g druskos, kai didžiausias rekomenduojamas kiekis – 6 g. Druska maistą skaninti rekomenduojama tada, kai jis jau išvirtas, tuomet druskos reikia mažiau. Patartina druskos palaipsniui atsisakyti visai (63).

Taigi šiandieniniame gyvenime svarbūs ne tik šeimos mitybos įpročiai, bet ir maisto gamybos kultūra. Mūsų šalyje liesesnis, mažiau konservantų turintis maistas yra brangesnis, o didžioji dauguma žmonių renkasi pigesnius maisto produktus (45).

Sveikos mitybos piramidė



Sveikai maitinantis svarbu ne tik laikyti sveikos mitybos taisyklių, bet ir režimo. Mitybos režimas – tai valgymas tam tikru laiku. Labai svarbu valgyti tuo pačiu paros metu, nes atėjus valgio laikui gausiau išsiskiria virškinimo sultys, atsiranda apetitas, o pavalgus – maistas geriau suvirškinamas. Rekomenduojama valgyti 3-4 kartus per dieną, išgerti 1,5-2 litrus skysčių (55).

1.2. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ RIZIKOS VEIKSNIAI

Nuo XX amžiaus medicinoje pradėta vartoti rizikos veiksnių (RV) sąvoka (23). Visus ŠKL rizikos veiksnius galima skirstyti į dvi grupes: modifikuojamus ir nemodifikuojamus.

1. Rizikos veiksniai, kuriuos galima valdyti (modifikuojami):

1. Padidėjęs AKS;
1. Rūkymas;
2. Alkoholio gausus vartojimas;
3. Dislipidemija (MTL – cholesterolis > 3 mmol/l, ir/arba trigliceridai > 1,7 mmol/l, ir/arba DTL cholesterolio koncentracija: vyrų < 1 mmol/l, moterų < 1,2 mmol/l);
4. Valgomosios druskos kiekio vartojimas viršijant fiziologinį poreikį;

5. Nesubalansuota mityba;
6. Antsvoris;
7. Mažas fizinis aktyvumas;
8. Stresas ir depresija;
9. Antro tipo cukrinis diabetas, gliukozės tolerancijos sutrikimas;

2. Rizikos veiksniai, kurių negalima pakeisti (nemodifikuojami):

1. Amžius (vyrams – virš 45 metų, moterims – daugiau kaip 55 metai);
2. Vyrishkoji lytis;
3. Paveldimumas: anksti pasireiškusios širdies ir kraujagyslių ligos artimiesiems - tėvams, broliams, seserims;
4. Jau nustatyta arterinė hipertenzija (AH) ($\geq 130/85$ mm Hg).

Pastaraisiais dešimtmečiais atlikti epidemiologiniai ir klinikiniai tyrimai liudija, kad AH, hipercholesterolemija, padidėjusi trigliceridų koncentracija, sumažėjusi didelio tankio lipoproteinų (DTL) cholesterolio koncentracija, nutukimas ir CD yra pagrindiniai savarankiški ŠKL rizikos veiksniai. Vienas asmuo tuo pačiu metu gali turėti visą grupę rizikos veiksnių. Didėjant šių veiksnių skaičiui, ŠKL rizika didėja (48).

1.3. ARTERINĖ HIPERTENZIJA

Sergamumą ir mirštamumą nuo ŠKL lemia modifikuojami ir nemodifikuojami rizikos veiksniai, kurių viena svarbiausių – arterinė hipertenzija (AH). AH yra medicininis terminas, kuriuo vadinamas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas (AKS). Kraujo spaudimas – tai kraujo slėgis į kraujagyslės sienelę, augantis ir krentantis sulig kiekvienu širdies dūžiu. Kraują, kuris neša deguonį, širdis turi išstumti tam tikru spaudimu, kad jis pasiektų vidaus organus. Jei tas spaudimas per didelis, pakenkiamos kraujagyslių sienelės, storėja širdies raumuo, atsiranda pokyčių inkstuose, smegenyse, akyse. Sveiko žmogaus kraujo spaudimas irgi nėra pastovus ir kinta priklausomai nuo veiklos. Jei žmogus sunkiai dirba arba sportuoja, labai nervinasi, tuomet spaudimas pakyla, tačiau ramybės būsenoje, miegant, jis sumažėja. Kraujo tėkmės jėga kiekvieno širdies susitraukimo pradžioje didėja, o vėliau mažėja. Todėl kraujo spaudimas išreiškiamas dviem skaičiais: pirmasis, didesnysis, skaičius atspindi širdies susitraukimo sukurtą spaudimą ir vadinamas sistoliniu, o antrasis, mažesnysis, skaičius

atspindi spaudimą kraujagyslėse širdžiai ilsintis ir vadinamas diastoliniu. Kraujo spaudimas matuojamas gyvsidabrio stulpelio milimetrais (mm Hg).

Šiuo metu Europos kardiologų draugijos / Europos hipertenzijos draugijos gairėse išskiriamas optimalus, normalus, didelis normalus AKS., trijų laipsnių hipertenzija bei izoliuota sistolinė hipertenzija. Geriausias yra optimalus AKS- 120/80 mm Hg. Didelis normalus AKS esant bent vienam rizikos veiksnių padidina ŠKL atsiradimo riziką (6).

Arterinės hipertenzijos klasifikacija pagal AKS dydį (8):

Kategorija	sAKS mm Hg	dAKS mm Hg
Optimalus	< 120	< 80
Normalus	120-129	80-84
Didelis normalus	130-139	85-89
I ^o hipertenzija	140-159	90-99
II ^o hipertenzija	160-179	100-109
III ^o hipertenzija	≥ 180	≥ 110
Izoliuota sistolinė hipertenzija	≥ 140	< 90
sAKS- sistolinis arterinis kraujo spaudimas; dAKS – diastolinis arterinis kraujo spaudimas		

AKS links plačiai keistis per parą, tiek ir skirtingomis dienomis. Todėl AH diagnozė turi remtis daugkartiniais AKS matavimais, atliktais skirtingų vizitų metu. Jei AKS yra tik nedaug padidėjęs, kraujo spaudimo matavimai turi būti pakartoti po kelių mėnesių, kadangi dažnai per tą laiką AKS tampa normalus. Jei paciento AKS pakilęs labiau, yra organų taikinių pažeidimo požymių (priedas Nr.1) ar didelė arba labai didelė papildoma ŠKL rizika, AKS matavimai turi būti pakartoti per kelias savaites ar dienas.

Bendros praktikos gydytojo kabinete ar klinikoje išmatuotu AKS remiamasi diagnozuojant AH. Rekomenduojama matuojant AKS laikytis tam tikrų taisyklių (18):

- Sudaryti sąlygas pacientui prieš matuojant AKS keletą minučių pasėdėti ramiai tyliame kambaryje.
- Pamatuoti bent du kartus 1-2 min. intervalu. Jei šių dviejų matavimų metu AKS vertės gana skirtingos, reikia matuoti papildomai.
- Naudoti standartinę manžetę (12-13 cm pločio ir 35 cm ilgio), tačiau turėti ir didesnių bei mažesnių, skirtų storesnėms ir plonesnėms rankoms.

- Manžetę uždėti širdies lygyje, neatsižvelgiant į paciento padėtį.
- Registruoti I ir V (garso išnykimas) fazės Korotkovo garsus, kurie atitinkamai nurodys sistolinio ir diastolinio AKS vertes.
- Pirmojo vizito metu matuoti AKS abiejose rankose norint nustatyti dėl periferinės kraujagyslių ligos atsiradusius AKS skirtumus ir, kai taikomas auskultacinis metodas, remtis didesne AKS verte.
- Vyresniems pacientams, sergantiems CD, bei pacientams, kuriems įtariama ortostatinė hipotenzija, rekomenduojama matuoti AKS praėjus 1 ir 5 minutėms po perėjimo į vertikalią kūno padėtį.
- Matuoti širdies susitraukimų dažnį čiuopiant pulsą (30 s) po antro AKS matavimo sėdimuojuose padėtyje.

Skatinamas AKS matavimas pačių pacientų namuose. Tai suteikia gydytojui informacijos apie kraujo spaudimo svyravimus pacientui įprastoje aplinkoje gyvenant kasdieniu ritmu, padeda įvertinti tikrąjį paciento kraujo spaudimą, išvengti „balto chalato“ efekto (29). Kraujo spaudimo matavimas namuose yra rekomenduojamas prieš pradėdant gydyti ir gydymo metu dar ir todėl, kad ši priemonė gerina pacientų bendradarbiavimą ir gydymo rekomendacijų laikymąsi (32).

Rekomenduojant pacientams patiems matuoti kraujo spaudimą namuose reikėtų atkreipti dėmesį į šiuos aspektus(32):

- Patarti naudoti tik patvirtintus prietaisus, kurie atitinka tikslumo reikalavimus.
- Pusiau automatiniai kraujospūdžio matavimo aparatai yra rekomenduojami labiau, nei gyvsidabriniai manometrai, nes pacientus lengviau išmokyti jais naudotis.
- Pacientai AKS turėtų matuoti sėdėdami, pailsėję bent keletą minučių, pageidautina ryte ir vakare.
- Pacientui reikia paaiškinti, kokie duomenys apie namuose matuojamą AKS yra svarbūs gydytojui ir kaip juos pateikti.

Paties paciento namuose išmatuotas AKS paprastai yra keletu mm Hg žemesnis už gydytojo kabinete išmatuotą AKS. Reiktų laikyti, kad 130-135/85 mm Hg AKS namuose atitinka 140/90 mm Hg AKS, nustatytą gydymo įstaigoje.

Tokie gyvenimo būdo nulemti veiksniai, kaip nutukimas, besaikis druskos ir alkoholio vartojimas, susiję su sunkiau kontroliuojama AH (67). Svarbiausiais AH sergančiųjų gydymo tikslas yra pasiekti, kad maksimaliai sumažėtų ilgalaikė bendros sergamumo širdies ir kraujagyslių ligomis ir mirtingumo nuo jų rizika. Norint pasiekti šį tikslą, būtina koreguoti

visus nustatytus modifikuojamus rizikos veiksnius, gydyti gretutines kliniskines būkles bei patį padidėjusį AKS. Keisti gyvenimo būdą rekomenduojama visiems pacientams, tarp jų ir tiems, kurių kraujo spaudimas aukštas normalus, ir tiems, kurie vartoja vaistus nuo AH. Jei nustatoma maža ir vidutinė AH rizika, pirmiausia 3-6 mėnesius pacientui rekomenduojamos nemedikamentinės AH gydymo priemonės.(45). Gyvenimo būdo pakeitimo rekomendacijų tikslas yra sumažinti AKS bei kontroliuoti kitus rizikos faktorius bei gretutines kliniskines būkles. Gydant AH sergantį pacientą rekomenduojamos šios plačiai pripažintos mažinančios AKS bei ŠKL riziką gyvenimo būdo korekcijos priemonės (18):

- Metimą rūkyti;
- Svorio mažinimą;
- Alkoholio vartojimo apribojimą;
- Fizinį aktyvumą;
- Druskos vartojimo sumažinimą;
- Vaisių ir daržovių vartojimo padidinimą ir bendro riebalų bei sočiųjų riebalų kiekio mažinimą.

Yras nuomonių, kad kasmet vaikui, pradėdant nuo 3 m. amžiaus, kartą per metus reikėtų pamatuoti AKS. Taip nuo mažens vyktų vaikų AKS stebėseną ir AH profilaktiką. Profilaktiką pradėta vaikams ir paaugliams - perspektyviausia priemonė gyventojų sergamumui, mirtingumui ir nedarbingumui dėl širdies ir kraujagyslių ligų mažinti (45).

AH nustatoma praktiškai kas antram vyresniam nei 65 metų amžiaus pacientui. Senyvo amžiaus pacientų AH gydymas nėra lengvas uždavinys. Tai yra dėl to, kad be hipertenzijos, tokie asmenys serga keletu gretutinių ligų (5).

CD ir ŠKL dažnai susiję. CD 2-4 kartus padidina mirštamumą nuo ŠKL (42). Siekiant suvienyti kardiologų ir diabetologų pastangas kuo geriau gydyti širdies ligomis ir diabetu sergančius pacientus, Europos kardiologų draugija ir Europos diabeto tyrimo asociacijos parengė naujas šių ligų gydymo rekomendacijas. AH sergantiems 2 tipo CD pasitaiko beveik 3 kartus dažniau nei cukriniu diabetu nesergantiems asmenims. Nutukimas, vyresnis amžius, inkstų pažeidimas dar labiau didina AH paplitimą tarp CD sergančių pacientų. CD ir AH yra nepriklausomi aterosklerozės bei ŠKL rizikos veiksniai. Visuotinai yra sutariama, kad CD sergantiems pacientams tikslinis AKS turėtų būti mažesnis (< 130/80 mm Hg) nei CD nesergantiems pacientams (< 140/80 mm Hg). Gyvensenos pokyčiai turėtų sudaryti visų sergančių AH gydymo pagrindą (33).

1.4. GYVENSENOS VEIKSNIAI

1.4.1. METABOLINIS SINDROMAS

Pirmą kartą AH ir hiperglikemijos kompleksas, pavadintas metaboliniu sindromu (MS), buvo aprašytas 1923 m. (48). MS supratimas kilo iš epidemiologinių tyrimų (6). Naujausiose Europos hipertenzijos gydymo gairėse MS apibrėžiamas kaip būklė, kuriai būdingi gliukozės, lipidų metabolizmo sutrikimai bei AH (38). PSO konsultantai CD ir jo komplikacijoms ir JAV Nacionalinės cholesterolio švietimo programos suaugusiųjų gydymo grupės III (NCEP ATP III) ekspertai 2002 metais pateikė plačiausiai moksliniuose tyrimuose ir klinikinėje praktikoje naudojamą MS diagnostikos kriterijų metodiką. Pagal šią metodiką MS yra įvertinamas, kai yra trys ar daugiau iš penkių komponentų (17): centrinis nutukimas (juosmens apimtis >102 cm vyrams, >88 cm moterims), sutrikusi gliukozės reguliacija (gliukozės koncentracija nevalgius $\geq 6,1$ mmol/l), padidėjusi trigliceridų koncentracija ($\geq 1,7$ mmol/l), maža DTL cholesterolio koncentracija ($< 1,04$ mmol/l vyrams ir $< 1,30$ mmol/l moterims), padidėjęs arterinis kraujo spaudimas ($\geq 130/85$ mm Hg). Remdamiesi epidemiologinių studijų rezultatais, ekspertai atrinko šiuos komponentus ir jų kriterijus kurie pademonstravo MS įtaką ŠKL ir CD rizikos padidėjimui, koregavus duomenis pagal kitus rizikos faktorius, tiesiogiai nesusijusius su MS - rūkymą, didelę bendrojo ir mažo tankio lipoproteinų (MTL) cholesterolio koncentraciją bei kuitus tradicinius rizikos faktorius (23). 2002 m. rekomenduoti MS kriterijai dabar įvardijami kaip ATP-III (Adult Treatment Pannel III) kriterijai. Yra duomenų, kurie įrodo, kad MS ryšys su IŠL yra labai išreikštas, įvertinant MS pagal ATP-III negu pagal kitus kriterijus (44).

MS paplitimas nustatytas įvairiose šalyse. MS dažnis tarp vyresnių negu 20 metų amerikiečių nustatytas 24,0 proc. vyrų ir 23,4 proc. moterų. MS paplitimas didėja su amžiumi. Tarp vyresnių nei 20 metų amerikiečių MS nustatytas 23,7 proc., tarp vyresnių nei 50 metų – 40 proc. amerikiečių. MS dažnis Prancūzijoje yra 2,5 karto mažesnis nei JAV (17): tarp 30-64 metų amžiaus asmenų MS nustatytas 10 proc. vyrų ir 7 proc. moterų. MS paplitimas tarp Pietų Korėjos suaugusių žmonių yra mažesnis nei JAV: 17,7 proc. moterų ir 14,2 proc. vyrų. Šiaurės Korėjoje MS tarp 20-80 metų amžiaus gyventojų nustatytas 3 proc. moterų ir 1,7 proc. vyrų. Indijoje tarp 20-60 metų ir vyresnių miesto gyventojų MS nustatytas 39,9 proc. moterų ir 22,9 proc. vyrų (48).

Medicinos mokslo literatūroje gausėja duomenų, kad MS tiesiogiai susijęs su sergamumu ŠKL (priedas Nr.2) (17). Taip pat yra atlikta studijų, kuriose įrodyta MS įtaka

ŠKL ir sergantiems 2 tipo CD. Sergančių 2 tipo CD, kuriems nustatytas MS, IŠL rizika 7 kartus didesnė negu sergančių CD asmenų be MS. Studijoje, kurioje dalyvavo ligoniniai sergantys AH, gauti rezultatai parodė, kad pacientai su MS turėjo dvigubai didesnę ŠKL riziką negu pacientai be MS nepriklausomai nuo AH (60).

Atlikti tyrimai taip pat rodo, kad ŠKL rizikos padidėjimas tiesiogiai susijęs su MS komponentų skaičiumi. Japonijoje, ištyrus 35-59 metų vyrus, kurie pirminio patikrinimo metu nesirgo ŠKL, per 7 stebėjimo metus, didėjant MS komponentų skaičiui, ŠKL rizika reikšmingai didėjo: vyrų grupėje, palyginus su asmenimis, kuriems nenustatytas nei vienas MS komponentas, asmenimis, kurie turėjo vieną, du ir tris ar daugiau komponentų, ŠKL santykinė rizika atitinkamai didėjo (50).

Tarp 35-64 m. Kauno gyventojų (603 vyrų ir 733 moterų), pagal ATP-III kriterijus įvertintas MS buvo nustatytas 19,4 proc. vyrų ir 26,3 proc. moterų. Taigi tarp Kauno gyventojų, kaip ir kitose, tarp vidutinio amžiaus moterų populiacijose MS paplitimas yra didesnis nei tarp atitinkamo amžiaus vyrų (48).

Pagrindinėmis MS atsiradimo priežastimis laikoma nesubalansuota mityba ir dėl mažo fizinio aktyvumo nepakankamas energijos sunaudojimas (49,56). MS komponentus- nutukimą, AH, padidėjusią trigliceridų koncentraciją bei sumažėjusią DTL cholesterolio koncentraciją kraujo serume, remiantis daugelio šalių sveikos gyvensenos rekomendacijomis, galima koreguoti nemedikamentinėmis priemonėmis, t.y. laikantis sveikos mitybos ir gyvensenos įpročių (43). Labai svarbu sureguliuoti balansą tarp gaunamos ir išiekuojamos energijos (58). Airijoje buvo atlikti tyrimai, kurių metu gauti duomenys parodė, kad MS dažnis buvo reikšmingai mažesnis tarp asmenų, kurie buvo fiziškai aktyvūs palyginti su fiziškai neaktyviais asmenimis. Alkoholio vartojimasis rūkymas tiriant nebuvo reikšmingai susiję su MS paplitimu (65). Naujausių tyrimų, kurie buvo atlikti JAV rodo, kad fiziškai neaktyvus gyvenimo būdas yra svarbus MS rizikos veiksnys (19). MS paplitimą galima koreguoti keičiant gyvensenos įpročius, formuojant visuomenės požiūrį į sveiką gyvenseną. Pagrindinės su tuo susijusios problemos yra įgyti pamatines žinias apie sveiką gyvenseną ir sugebėti susirasti naujų žinių.

MS yra didžiulė pasaulinės žmonių bendrijos problema, reikalaujanti pakankamo specialistų žinojimo ir dėmesio, efektyvios prevencijos, aktyvios diagnostikos bei savalaikio kompleksinio gydymo (48).

1.4.2. NUTUKIMAS

Nutukimas- patloginė organizmo būklė, kai susidaro perteklinės riebalinio audinio sankaupos (35). Padidėjusi kūno masė tampa liga, kai susikaupusių riebalų kiekis pasiekia ribą, neigiamai veikiančią žmogaus sveikatą. Nutukimas yra viena iš dažniausiai pasitaikančių ligų šeimos gydytojų, endokrinologų, gastroenterologų, dietologų ir chirurgų klinikinėje praktikoje. Pasaulyje 300 milijonų žmonių yra nutukę, o 750 milijonų turi antsvorio. Tai viršija skaičių žmonių, stokojančių maisto ir turinčių mažesnę nei normali kūno masę. Per pastaruosius tris praėjusio mažiaus dešimtmečius šia liga sergančių žmonių skaičius padvigubėjo. Tokia padėtis vertinama kaip pasaulinio masto epidemija, vadinama globaliu nutukimu (globesity – global obesity). Lietuvoje 2002 m. antsvorio turėjo 392,7 tūkst. vyrų ir 342,1 tūkst. moterų. Nutukimu sirgo 308,1 tūkst. gyventojų: vyrų – 141,3, moterų – 168,4 tūkst. Vidutinio (I^o) nutukimas prognozuotas apytiksliai 246 tūkst. gyventojų, didelio (II^o) laipsnio – 41 tūkst. ir labai didelio (III^o) laipsnio – 21,6 tūkst. gyventojų. Galima teigti, kad ypač pavojingu sveikatai didelio ir labai didelio laipsnio nutukimu Lietuvoje serga 62,6 tūkst. žmonių (8).

PSO pateikusi mitybos būklės klasifikaciją pagal KMI, nurodo ir rizikos, susijusios su nutukimo laipsniu, atsiradimo tikimybę (8).

1 lentelė. Mitybos būklės klasifikacija pagal KMI

Mitybos būklės klasifikacija	KMI (kg/m²)	Nutukimo komplikacijų išsivystymo rizikos laipsnis
Mitybos nepakankamumas	< 18,5	Nėra rizikos (bet atsiranda su mitybos nepakankamumu susijusių sveikatos problemų)
Normali mityba	18,5- 24,9	Nėra rizikos
Antsvoris	25,0-29,9	Nereikšmingai padidėjusi rizika
I laipsnio nutukimas	30,0-34,9	Saikingai padidėjusi rizika
II laipsnio nutukimas	35,0-39,9	Labai padidėjusi rizika
III laipsnio nutukimas	> 40,0	Labai stipriai padidėjusi rizika

KMI viršijant 25 kg/m² atsiranda su nutukimu susijusių ligų rizika, mažėja gyvenimo trukmė. Didelių problemų kyla KMI viršijus 30 kg/m². Nutukimas tampa rizikos veiksiu, sukeliančių šias ligas: AH, II tipo CD, dislipidemijas, MS, infarktą, širdies vainikinių kraujagyslių ligą, plaučių hipertenziją ir kt.

JAV antsvorio turi apie 61 proc. amerikiečių, o nutukusių žmonių skaičius siekia epideminį lygį ir sudaro apie 23 proc.(34). Pagal pilvinio nutukimo paplitimą pirmauja JAV, mažiau nutukę Šiaurės Europos šalių gyventojai (35).

2. lentelė. Pilvinio nutukimo paplitimas pasaulyje (35):

Valstybės pavadinimas	Vyrai (proc.)	Moterys (proc.)	Bendroji populiacija (proc.)
JAV	36,9	55,1	46,0
Pietų Europos dalis	33,2	43,8	38,5
Pietų Korėja	21,0	42,4	32,5
Australija	26,8	34,1	30,5
Pietų Afrika	9,2	42,0	27,3
Šiaurinė Europos dalis	22,8	25,9	24,4

Tyrimais įrodyta, kad svorio sumažėjimas 10 kg vidutiniškai sumažina sistolinį AKS 6 mm Hg, diastolinį - 4,6 mm Hg.

Nutukimas ir su juos susijusios lėtinės ligos yra visuomenės sveikatos problema, kuriai išspręsti reikalinga tam tikra prevencija ir valdymo strategija. Dabar iš esmės sutariama, kad pagrindinės pasaulyje paplitusios nutukimo epidemijos priežastys yra nejudrus gyvenimo būdas ir riebus, daug energijos turintis maistas. Įtikinamiausia yra hipotezė, kad nutukimas atsiranda dėl genetinių ir aplinkos veiksnių sąveikos, todėl būtent į šią sąveiką telkiamas mokslinių tyrimų dėmesys(8).

Nutukimas gydomas šiais pagrindiniais metodais: maitinimosi korekcija (maisto raciono sudėties ir valgymo režimo modifikacija), fizinio aktyvumo didinimu, įpročių korekcija (elgsenos modifikacija), medikamentiniu ir chirurginiu būdu (8). Pradedant gydyti nutukimą svarbiausia išsiaiškinti ir surinkti informacijos apie paciento nutukimo problemas praityje: įvertinamos gretutinės ligos, ankstesni bandymai mesti svorį, esminė nutukimo anamnezė, dietos įpročiai, galimi valgymo sutrikimai (39). Nutukusiam ligoniui svorio sumažinimas yra geriausiai žinomas nemedikamentinis AH gydymo būdas (28). Gydymas medikamentais taikomas tik kai išnaudotos visos įmanomos nemedikamentinės priemonės, kai KMI 30 kg/m² bei nustatyta AH ir hiperlipidemija (37). Reikia pripažinti, kad nė vienas iš šių metodų negydo ligos – nutukimo, o tik mažina svorį. Šią sveikatos problemą galim padėti

įveikti tik sutelktos valdžios žmonių, pramonininkų, pedagogų, mokslininkų ir profesionalių sveikatos priežiūros darbuotojų pastangos (8).

Nutukimas – tai negreitai išsprendžiama problema. Daugiausia vilties numesti ir kontroliuoti svorį teikia visapusiškos daugiadalinės programos. Šių programų jungiamoji grandis yra pirminės sveikatos priežiūros lygio gydytojai, kurie gali ir privalo pateikti pacientui naujausias medicinos mokslo įrodymais pagrįstas rekomendacijas (34).

1.4.3. DISLIPIDEMIJA

Dislipidemija yra viena iš sudėtinių MS dalių (26). Dislipidemijos korekcija tampa viena svarbiausių uždavinių, siekiant apsaugoti pacientus nuo jos sukeltų pasekmių (45). Dislipidemija – tai lipidų koncentracijos pokyčiai kraujo serume (52). Skiriamos dvi pagrindinės lipidų rūšys: cholesterolis ir trigliceridai. Lipoproteinai pagal dydį ir tankį skirstomi:

- Labai mažo tankio lipoproteinai (LMTL);
- Tarpinio tankio lipoproteinai (TTL);
- Mažo tankio lipoproteinai (MTL);
- Didelio tankio lipoproteinai (DTL).

Pagal Europos 2003 m. nuorodas rekomenduojami lipidų kiekiai:

Bendras cholesterolis < 5 mmol/l

- MTL cholesterolis < 3 mmol/l;
- DTL cholesterolis:
 - > 1 mmol/l vyrams;
 - > 1,2 mmol/l moterims;
- trigliceridai < 1,7 mmol/.

Gyvenimo būdo koregavimas padeda mažinti ne tik MTL-C, bet ir kitus rizikos veiksnius. Todėl bet kokią dislipidemiją reikia pradėti gydyti nemedikamentinėmis priemonėmis, esant reikalui, derinti su medikamentinėmis. Nemedikamentinio dislipidemijos gydymo principai (52):

- Hipolipideminė dieta (rekomenduojama riebalų sumažinti iki 30 proc., o sočiųjų rūgščių iki 7 proc. bendro kalorijų kiekio).

- Metimas rūkyti (gydytojas turi patarti kiekvienam rūkančiam kiekvieno apsilankymo metu mesti rūkyti, pasiūlyti konkrečią pagalbą – nikotino pakaitalus, įgūdžių ugdymą ir kt.).
- Saikingas alkoholio vartojimas (alkoholio kiekio sumažinimas iki 15-30 g/d. etilo alkoholio).
- Fizinio aktyvumo didinimas (rekomenduojami cikliniai pratimai, vaikščiojimas vidutiniu tempu 30 - 40 min. kasdien, fizinis darbas, laiptai vietoj lifto ir kt.)
- Antsvorio mažinimas (rekomenduojamas paros kalorijų kiekis: angliavandeniai turi sudaryti 70 proc., baltymai – 20-25 proc., riebalai – 5-10 proc.).
- Sergantiems CD labai svarbi gera glikemijos kontrolė.

10 proc. sumažinus bendrojo cholesterolio kiekį plazmoje, širdies vainikinių arterijų ligų dažnis po 5 metų sumažėja 25 proc., o MTL cholesterolio sumažėjimas 1 mmol/l širdies vainikinių kraujagyslių ligų dažnį sumažina 20 proc.(61).

1.4.4. ŽALINGI ĮPROČIAI: RŪKYMAS IR ALKOHOLIO VARTOJIMAS

Tabakas - sveikatą žalojantis produktas ir visuotinė problema (11). Apie 1,1 mlrd. pasaulio gyventojų rūko. Nuo rūkymo sukeltų ligų kasmet miršta daugiau negu 3 mln. pasaulio gyventojų. Jei rūkymo paplitimo tendencijos išliks, pradedant nuo 2030 m., nuo rūkymo sukeltų ligų kasmet mirs apie 10 mln. žmonių. Vakarų Europos šalyse ir JAV rūko 24-30 proc. gyventojų. Pietų ir Rytų Europos šalyse rūko 30-50 proc. gydytojų. Lietuvoje rūko apie 53 proc. vyrų ir apie 16 proc. moterų (10). Tabakas yra mažiausiai 25 ligų priežastis. Lietuvoje kasmet dėl tabako vartojimo įvyksta 7-8 tūkstančiai mirčių (40). Bendras rūkalių mirtingumas 1,7 karto didesnis už nerūkančiųjų mirtingumą. Vidutiniškai nerūkantys žmonės gyvena 7,5 metų ilgiau (10). Cigarečių rūkymas 2-4 kartus didina riziką susirgti bei mirti nuo ŠKL, taip pat didina staigios mirties riziką sergant AH, hipercholesterolemija, gliukozės tolerancijos sutrikimu bei cukriniu diabetu (9).

Pasaulio sveikatos asamblėja 2000 m. patvirtino globalią kovos su lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis strategiją, kurioje prioritetas suteiktas kovai su tabako vartojimo epidemija. PSO teigia, kad kas antras rūkalius žūsta dėl tabako sukeltų ligų. 2005 m. PSO tabako kontrolės konvencija skelbia, kad tabako vartojimas ir priverstinis kvėpavimas tabako

dūmais sukelia mirtį, ligas ir neįgalimą (40). Tabakas yra mažiausiai 25 ligų priežastis. Lietuvoje kasmet dėl tabako vartojimo įvyksta 7-8 tūkstančiai mirčių (40). 2000 m. apklausos rezultatai rodo, kad rūkymo paplitimas tarp Lietuvos gyventojų didėja. Rūkymo įpročiai priklauso nuo išsilavinimo. Aukštojo išsilavinimo žmonės rūko rečiau negu žemesnio išsilavinimo. Nustatytas rūkymo įpročių ryšys su gaunamomis pajamomis. Kuo asmens pajamos didesnės, tuo mažiau jų vartoja tabaką (15). Norui mesti rūkyti, ypač moterims, nemažą įtaką daro svorio prieaugio baimė (27). Yra tyrimų apie rūkymo paplitimą tarp 65-72 metų amžiaus žmonių grupėje, kurie teigia, kad su amžiumi žalingo įpročio paplitimas mažėja (7).

Vykdant rūkymo prevenciją turime realių pokyčių: neberūkoma visuomeninėse maitinimo įstaigose, viešose vietose (2).

ES suvartojamas didžiausias alkoholio kiekis. Kiekviena suaugęs europietis suvartoja po 15 litrų gryno alkoholio per metus. Lietuva taro visų ES šalių pagal alkoholio suvartojimo kiekį vienam asmeniui per metus yra antroje vietoje po Vengrijos. Kiekvienam Lietuvos gyventojui per metus tenka apie 17 litrų absoliutaus alkoholio (16). Alkoholio poveikis širdies ir kraujagyslių sistemai priklauso nuo jo suvartojamo kiekio. Alkoholis-kaloringas produktas, todėl gausus jo vartojimas skatina nutukimo atsiradimą (11). 2006 m. bent kartą per savaitę stiprius alkoholinius gėrimus gėrė kas trečias vyras ir kas dešimta moteris. Alaus vartojimo dažnis didėjo. Vyrų, bent kartą per savaitę geriančių alaus, dalis padidėjo nuo 44 proc. 1994 m., iki 56 proc. 2006 m., o moterų atitinkamai nuo 7 proc. iki 18 proc.(11). Amerikos kardiologų draugija teigia, kad 0,5 – 2 suvartoti alkoholio vienetai per parą nekelia pavojaus. Tačiau rekomenduoti saugius alkoholio kiekius AH profilaktikai būtų neetiška. Visuomet lieka didelis pripratimo pavojus (15).

1998 metais Seimo patvirtintoje Lietuvos sveikatos programoje yra numatytas tikslas iki 2010 metų sumažinti alkoholio vartojimą 25 proc. Iškeltas Sveikatos programoje tikslas ne tik neįgyvendinamas – alkoholio vartojimas nuolat auga. Tai patvirtina Statistikos departamento kasmet skelbiami duomenys. 1999 metais vienam Lietuvos gyventojui tenkantis absoliutaus alkoholio kiekis buvo 9,5 litro, o 2006 metais – jau 11 litrų.

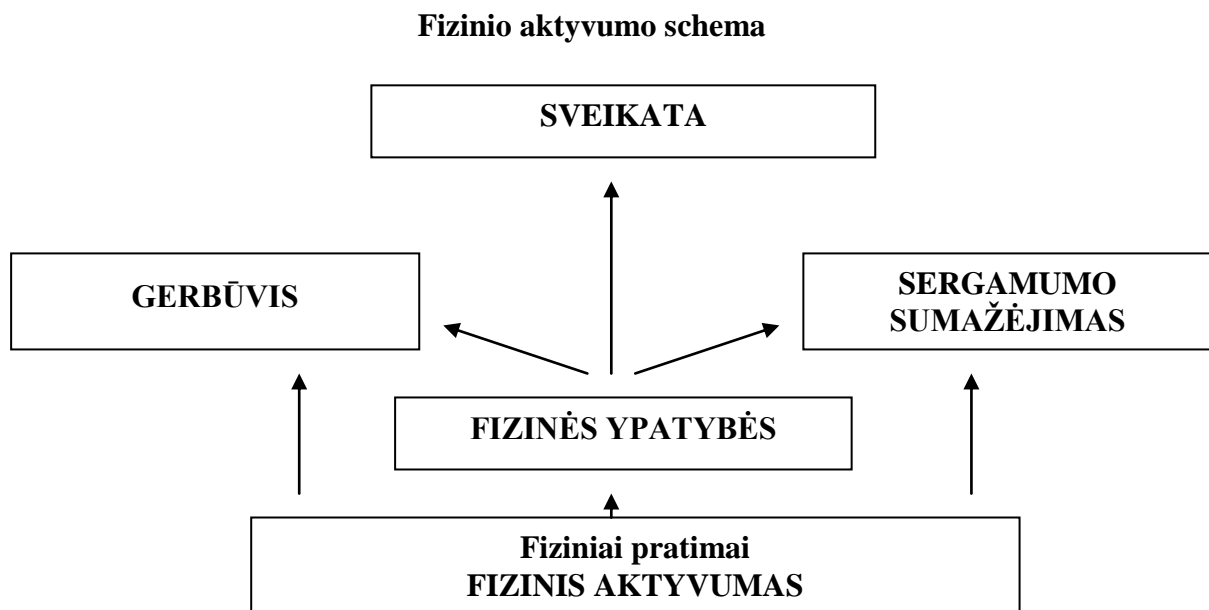
Kalbant apie sveiką gyvenseną, žmogaus gyvenime alkoholiui neturi likti vietos. Net saikingas alkoholinių gėrimų vartojimas prieštarauja sveikai gyvensenai.

1.4.5. FIZINIS AKTYVUMAS

PSO pabrėžia, kad sveikata yra ne tik gyvenimas be ligų, bet ir žmogaus fizinė, psichinė bei socialinė gerovė. Vienas sveikatos rodiklių yra organizmo fizinis išsivystymas – organizmo sandaros ir funkcinių savybių visuma (8).

Sveikata ir gyvenimo būdas saugo širdį (7). Funkcinis širdies nutukimas, dabar dažnai pasitaikantis vadybininkams, biznio žmonės ir/ar panašios profesijos asmenims, kurie mažai juda, sukelia būseną, kad širdis negarantuoja geros kraujo apytakos, nors pats širdies raumuo ir vožtuvai yra sveiki. Šiais technologijų laikais dauguma žmonių dirba protinį, sėdimą darbą, juos vargina stresinės situacijos, o fiziniam aktyvumui laiko visai nelieka. Neaktyvus gyvenimo būdas, kaip rizikos veiksnys, toks pat žalingas kaip ir rūkymas, alkoholis, nutukimas ir kt.

Fizinis aktyvumas yra vienas iš sveikos gyvensenos veiksnių. Žmogaus fizinis aktyvumas pasireiškia aktyviai poilsiaujant, mankštinantis, sportuojant, dirbant namų ruošos darbus ir kitoje veikloje, susijusioje su energijos suvartojimu.



Fizinis aktyvumas – labai svarbus veiksnys, padedantis kontroliuoti kūno masę. Pradinė rekomendacija – vaikščioti vidutiniškai 150 minučių per savaitę. Kai kuriems pacientams, prieš pradėdant intensyvią fizinę veiklą reikia numesti kažkiek svorio. Fizinio aktyvumo dėka ne tik mažėja kūno masė, bet ir išlaikomi pasiekti svorio netekimo rezultatai. Pasiekus sėkmės metant svorį vaikstant, toliau rekomenduojama plėsti fizinės veiklos įvairovę (39). Tyrimais nustatyta, kad mažiausias fizinis aktyvumas sergant širdies ligomis - tai bent

30 minučių fizinių pratimų mažiausiai tris kartus per savaitę. Geriausia būtų fizinius pratimus daryti reguliariai, 60 min. 5 dienas per savaitę ir/ar dažniau.

Fizinis aktyvumas turėtų būti pakankamo intensyvumo ir trukmės. Pagyvenę žmonės, parenkant fizinį aktyvumą, turėtų pasitarti su medikais. Geras krūvio rodiklis yra pulsas. Jis, priklausomai nuo amžiaus, turėtų būti:

- Iki 30 metų – 130 tvinksnių per minutę;
- Iki 40 metų – 127 tvinksniai per minutę;
- Iki 50 metų – 123 tvinksniai per minutę;
- Iki 60 metų -118 tvinksnių per minutę;
- Iki 70 metų – 111 tvinksnių per minutę;
- Iki 80 metų – 103 tvinksniai per minutę.

Veiksmingas tik reguliarus, pakankamai intensyvus ir dažnas, pakankamos trukmės fizinis aktyvumas. Geriausia judėti įtraukiant kuo daugiau raumenų grupių, fizinį aktyvumą derinant su mažai riebalų turinčia dieta bei kūno svorio mažinimu.

Fiziniai pratimai – tai sąmoningi žmogaus judesiai ir veiksmai, atliekami fizinio lavinimosi, sveikatos stiprinimo ir gydymo tikslu. Tai natūralus judėjimas ir specialiai parinkti judesiai bei jų kompleksai. Fizinis krūvis ir pratimai turi būti parenkami individualiai. Fizinį krūvį lemia pratimų intensyvumas, trukmė, kartojimų skaičius, poilsio pertraukėlių trukmė bei jų pobūdis. Fiziniai pratimai turi būti atliekami taisyklingai, juos atliekantieji turi išmokti stebėti savo savijautą. Nuolat atliekami fiziniai pratimai sumažina sistolinį AKS 4 mm Hg, diastolinį - 3 mm Hg. Todėl pacientų fizinį aktyvumą verta skatinti didinti bent iki 30 min. fizinės veiklos kasdien (67).

Bendraujant su pacientu reikia nepamiršti paklausti, ar jis mėgsta mankštintis. Paprastai daugelis pacientų pamiršta paminėti vaikščiojimą. Gydytojui patartina vartoti terminą „fizinis aktyvumas“, o ne „fiziniai pratimai“. Kuo didesnė kūno masė, tuo labiau tikėtina, kad pacientas nemėgsta mankštintis (39).

Blogos sveikatos ir ankstyvų ligų viena iš priežasčių – fizinės vaikų raidos ikimokyklinėse ir mokyklinėse įstaigose nepaisymas. Yra mažai sportuojama, išnyko masinis sportas. Padaugėjo jauno amžiaus žmonių KŠL, CD bei kitų lėtinių ligų (66).

1.5. SAVIRŪPOS SAMPRATA

Savirūpa - tai rūpinimasis pačiu savimi. Savirūpa susijusi su tikslingais veiksmais, nukreiptais į patį save, taip pat į objektus bei aplinkos sąlygas, siekiant išsaugoti gyvybę, sveikatą ir gerą savijautą (64).

Savirūpa yra slauga, kurios imasi pats pacientas, kad prižiūrėtų pats save ir prisidėtų prie sveikatos ir gyvenimo kokybės gerinimo. Šis apibrėžimas apima reguliarių medikamentų vartojimą, teisingą ir sveiką mitybą, fizinį aktyvumą, informacijos ieškojimą ir vertinimą, gydytojų nurodymų vykdymą, gyvensenos keitimą, gyvybinių funkcijų stebėjimą ir kt. Savirūpa priklauso nuo asmens pastangų, noro ir išgalių būti atsakingam už savo priežiūrą.

Savirūpa – su sveikata susijusi veikla, kurią gali atlikti pats pacientas ar jo artimieji, taip pat sveikatos išsaugojimas, apsaugojimas nuo ligų (prevencija), sveikatos pablogėjimo atpažinimas ir gebėjimo pačiam vykdyti gydytojo paskirtą gydymą skatinimas (14).

PSO savirūpą apibrėžia kaip individo aktyvumą, šeimos ir visuomenės ketinimą imtis sveikatos stiprinimo, kelių ligoms užkirsti ir sugrąžinti sveikatą. Šis aktyvumas įgyjamas dėka žinių ir įgūdžių iš specialistų ir ne specialistų patirties.

Netgi išsivysčiusiose pasaulio šalyse, tik kas antras pacientas laikosi gydymo nuorodų, o juk sveikata –visų pirma paciento atsakomybė, o ne gydytojo (13).

Gydytojos endokrinologės teigimu – savirūpa yra nenutrūkstamas procesas – be išėiginių dienų ar atostogų, tai gyvenimo būdas, kurio tikslas – gera savijauta ir valdoma liga.

Paciento sveikatos paso projektas, kurį pristatė doc. Pranas Šerpytis, taip pat yra savirūpos išraiška, nes turėdamas tokį pasą pacientas galės sekti kraujo spaudimą, įvairių lipidų kitimus, gliukozės koncentraciją kraujyje, t.y. pasas įtrauks pacientą į gydymo procesą ir paskatins laikytis gydytojų nurodymų (3).

Ligų profilaktika. Profilaktiniai kabinetai, jų paskirtis ir darbas juose

Dėl nepaprastai didelių šeimos gydytojų darbo krūvių ir daugybės funkcijų jie daug ko nespėja. Išėitis – profilaktinių kabinetų ASPĮ steigimas. Kabinetuose turėtų dirbti patyrusios slaugytojos. Profilaktikos kabineto pagrindinė funkcija ir tikslas turi būti pacientų mokymas, kurio metu jie būtų skatinami save įgalinti spręsti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo problemas. Pacientų mokymą galima apibūdinti kaip procesą, kurio metu siekiama pagerinti žinias bei įgūdžius. Mokymas turi pakeisti pacientų elgseną, kuri naudinga jų sveikatai. Pacientų mokymui gali būti naudojami konsultavimo, informavimo, demonstravimo

bei diskusijų metodai, kurie paveiktų pacientų sveikatos rezultatus. Mokymas turi prasidėti pacientų požiūrio bei poreikio įvertinimu. Jis turi būti pritaikytas kiekvienam pacientui individualiai, atsižvelgiant į jau turimas žinias apie susirgimą. Vienas svarbiausių mokymo tikslų skatinti ir/ar pagerinti savirūpybos gebėjimus: druskos vartojimo mažinimas, fizinio aktyvumo didinimas ir kt. Profilaktikos kabinete turėtų AKS būti matuojamas kiekvienam pas BP gydytoją apsilankiusiam pacientui. Svarbu su pacientu aptarti sekančio vizito į kabinetą datą ir laiką.

Yra nuomonių, kad kasmet vaikui, pradėdamas nuo 3 metų amžiaus, kartą per metus reikėtų pamatuoti AKS. Taip nuo mažens vyktų vaikų AKS stebėseną ir AH profilaktiką. Profilaktika pradėta vaikams ir paaugliams - perspektyviausia priemonė gyventojų sergamumui, mirtingumui ir nedarbingumui dėl širdies ir kraujagyslių ligų mažinti.

1.6. GYDYTOJO IR PACIENTO BENDRADARBIAVIMAS

Bendradarbiavimą galima apibūdinti kaip paciento sutikimą gydytis bei gydymosi taisyklių vykdymą. Tačiau į gydytojo kabinetą ateina kuo įvairiausių žmonių. Vieni nurodymus paklusniai vykdo ir griežiai visų įmanomų priemonių savo sveikatai pagerinti, kiti – pasyvūs, linkčioja galvą ir su viskuo sutinka, nors puikiai žino, kad nieko iš to, kas buvo rekomenduota, nedarys ir gydysis savaip. Kai kurie pacientai labai jautrūs, ir gydytojas gali nė nepajusti, kad kuo nors juos užgavo ir taip prarado kontaktą bei pasitikėjimą. Dar kiti – itin reiklūs, aiškiai priešiška nusietaikę ir visa savo esybe rodo, kad niekas niekuo jiems negali padėti, nes visi gydytojai „niekam tikę“, o jie jau viską išbandė. Kiti – priklausomi ir visai nenori imtis atsakomybės už savo sveikatą. Dar kiti – pasyvūs, išėję pro gydytojo kabineto duris, sako, kad gydytojas nieko nepaaiškino. Kaip bendradarbiavimą pagerinti?

Praktiniai būdai bendradarbiavimui pagerinti

- Parinkti kiek įmanoma paprastesnį gydymo režimą.
- Sužinoti paciento požiūrį į sveikatą. Ar jis aiškiai suvokia savo būsenos rimtumą? Ar pacientas tiki, kad gydymas jam padės? Ar pacientas galvoja, kad gydymo nauda viršys riziką? Jei išaiškėja problemų šiose srityse, pabandyti jas išspręsti. Jei būtina, ieškoti alternatyvų.
- Pritaikyti gydymo režimą paciento gyvenimo būdui.
- Įsitikinti, kad pacientas patenkintas gautu informacijos apie gydymą kiekiu.

- Įsitikinti, kad pacientas aiškiai suprato rekomendacijas ir/ar gydymą. Duoti aiškias ir trumpas instrukcijas.
- Jei yra būtinybė, duoti rašytinę informaciją.
- Jei tai įmanoma, įtraukite į gydymą artimuosius.
- Kiekvieną kartą pacientui atvykus, paklausti, su kokiais sunkumais jis susidūrė vykdydamas gydymo nurodymus. Ieškoti šių problemų sprendimo būdus. Jei būtina, keisti gydymo režimą.
- Duoti pacientui atgalinį ryšį apie gydymosi progresą. Jei jam sekėsi laikytis nurodymų – pagirti, jei nesisekė, patarti nenusiminti, ir siekti tikslo toliau.

Pirmas ir svarbiausias uždavinys siekiant geresnio pacientų bendradarbiavimo – gerinti medikų bendravimo įgūdžius.

Savo ruožtu pacientai turėtų suprasti, kad pasitikėdami savo šeimos ar kitos specialybės gydytoju, jo kompetencija, žiniomis bei gydymo metodais, gali greičiau pasveikti. Pasitikėti – tai ne tik stengtis bendradarbiauti keičiantis informacija, tai yra tikėti sėkmingu ligos išgydymu ir stengtis pačiam padėti tai įgyvendinti.

Pasak gydytojo Vytauto Tikniaus pacientai turi pasitikėti gydytoju. Gydytojas turi būti autoritetas. Jei dėl jo veiksmų įvyks nelaimė ar komplikacija, pacientas ar jo artimieji net neturės minties su juo susitikti teismo salėje, o tik padėkos ir ramiai išsiskirs. Pacientai supras, kad viską, kas nuo gydytojo priklausė buvo padaryta. Santykiai tarp pacientų ir medikų turi vystytis palankumo vieni kitiems ir draugiškumo linkme, supratimo ir pasitikėjimo link. Kol santykiai nebus geri, kentės ir medikai ir pacientai. Kaip besivystytų medicina, atsitiktinumo ir diagnostikos klaidų nebus išvengta. Visuomenėje taip pat turėtų įvertinti, ar tikrai visuomet reikia vadovautis įstatymine baze, kad galėtum „atkeršyti gydytojui“.

Gydytojas Vytautas Tiknius akcentuoja, kad medikų ir pacientų santykiuose šiuo metu vis mažiau vietos lieka medicinos etikai, santykiai tampa vis labiau įtempti. Iš vieno gydytojo pacientas girdi „pagalbos nėra“, o kitas ją randa ir pasiūlo. Medikams taip pat nederėtų pacientui girdint nustebti ir klausti: ir kas jus taip gydė?.

Medikai taip pat turėtų nuolat kelti savo kvalifikaciją bei bendradarbiauti tarpusavyje. Prof. Vytauto Triponio nuomone, nustatant pacientui diagnozę ir parenkant optimalų gydymo būdą dažnai reikia kelių gydytojų bendradarbiavimo. Lietuvoje mažai mokslinių projektų, kuriuos vykdytų susijungusios kelios klinikos, ligoninės ar ASPĮ.

Atvykus iš konferencijos, kongreso reikėtų, kad dalyviai pateiktų raštišką ataskaitą įstaigai, iš kurios išvažiavo, arba padarytų pranešimą bendruose gydytojų konferencijose. Vakarų Europos gydymo įstaigos gydytojus dalyvauti projektuose įpareigoja darbo sutartimis, o jei šio sutarties punkto nevykdoma, jis neperatestuojamas.

2. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA

2.1. TIRIAMOJO KONTINGENTO ATRANKA IR APKLAUSOS ORGANIZAVIMAS

Tyrimas buvo atliktas 2009-10-01 - 2009-12-31 d. Zarasų rajono savivaldybės Viešojoje įstaigoje Zarasų pirminės sveikatos priežiūros centre. Apklausai atlikti gautas raštiškas direktorės sutikimas. Tyrimo objektas - atsitiktinė bendruomenės narių imtis, besilankanti pas gydantį gydytoją. Tyrimo rūšis – momentinis tyrimas.

Tyrimui atlikti buvo pasirinkti šie pagrindiniai tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Anketinė apklausa.
3. Duomenų analizė.

Pagrindiniu tyrimo metodu buvo pasirinkta anoniminė anketinė apklausa. Tokį pasirinkimą lėmė šie veiksniai:

1. Apklausą galima vykdyti respondentų buvimo vietose ir tai nereikalauja daug resursų.
2. Garantuoja reikiamą atrankos kiekį.
3. Aukštas procentinis anketų gražinimo lygis.
4. Prieš pradėdant respondentui pildyti anketą arba iškilus neaiškumams pildant, yra galimybė respondentą pakonsultuoti.

Mokslinės analizės metodo paskirtis buvo išstudijuoti mokslines, su magistrinio darbo tema susijusias publikacijas. Išanalizuotos ir apibendrintos 70 publikacijų.

Anoniminės anketinės apklausos paskirtis buvo nustatyti širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių paplitimą ir jų kontrolę pacientų požiūriu Pirminės sveikatos priežiūros centre.

Atliekant tyrimą buvo garantuotas anketų anonimiškumas. Jose nebuvo minimos nei respondentų pavardės, nei vardai. Taip pat atliekant tyrimą buvo vadovaujama geranoriškumo ir informuotumo principu, t.y. tiriamieji buvo perspėti, kad turi teisę tyrime nedalyvauti ir/ar bet kuriuo metu atsisakyti tai daryti. Respondentams buvo paaiškintas tyrimo tikslas, t.y. ką atliekant šį tyrimą norima sužinoti, kaip ir kur bus panaudoti tyrimo rezultatai, kokia tyrimo nauda bei atsakyta į pateiktus klausimus.

Prieš atliekant šį tyrimą, buvo atliktas bandomasis tyrimas, kurio metu išdalintos 25 anketos. Bandomojo tyrimo tikslas buvo sužinoti, ar visi anketoje pateikiami klausimai tiriamiesiems yra pakankamai suprantami ir aiškūs. Analizei atlikti tiko 23 anketos, 2 buvo nepilnai užpildytos. Pateiktame klausime kas suteikia respondentui informacijos apie sveiką

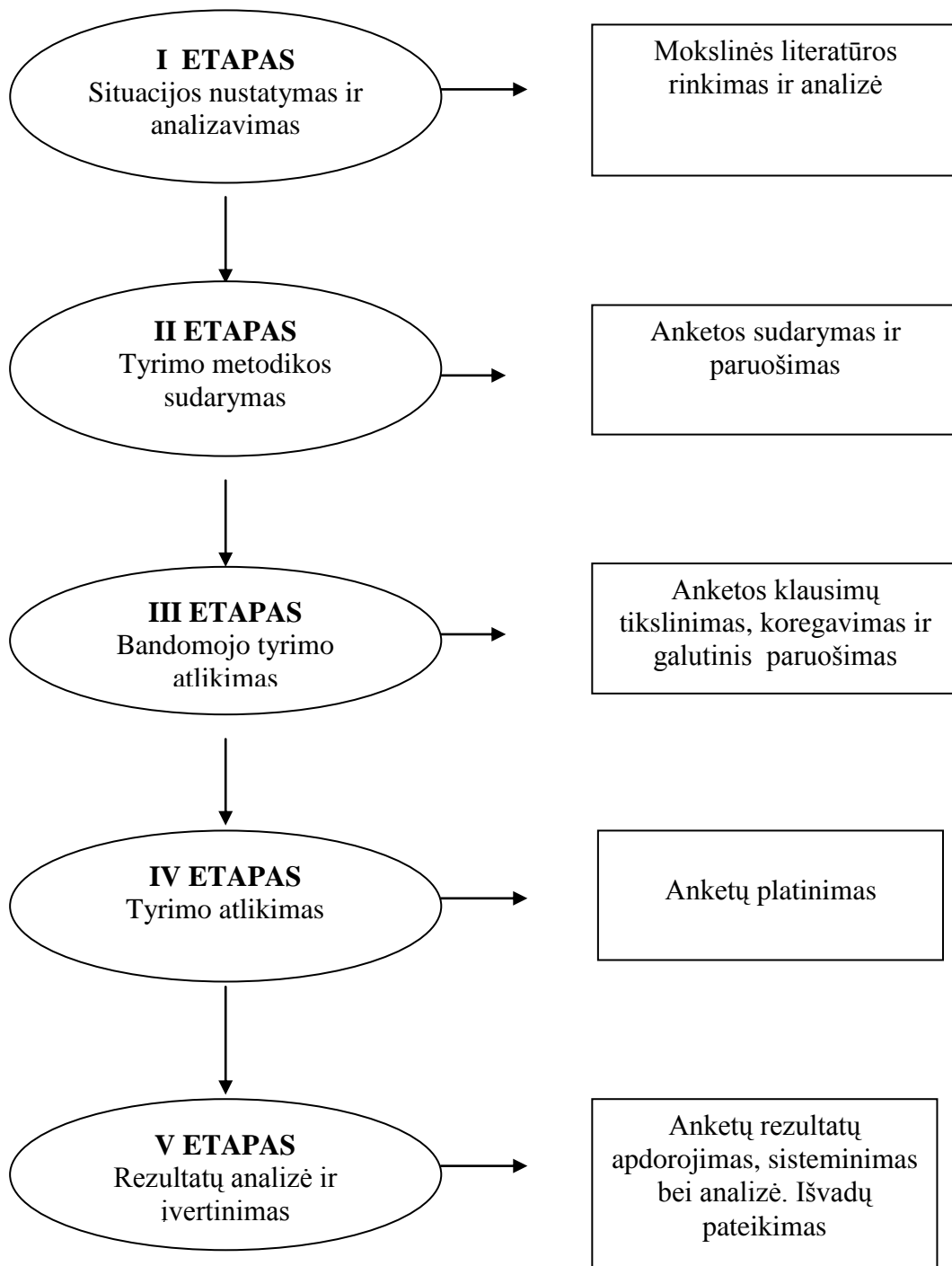
mitybą, prie galimo atsakymo varianto: televizija, žiniasklaida buvo įrašyta - internetas. Klausime kokios širdies ir kraujagyslių ligų priežastys atsakymų variantai papildyti dar vienu punktu: visos išvardintos priežastys. Klausime kaip respondentai leidžia savo laisvalaikį, atsakymo variantai papildyti: pasyviai/aktyviai (derinant). Senyvo amžiaus respondentai (virš 65 m.) nesuprato, kas yra slaugytojas, todėl prie galimo atsakymo varianto - slaugytojas įrašytas šiuo metu nevertotinas pavadinimas - medicinos seselė.

Tyrimo metu buvo išdalintos 250 anketos. 16 anketų buvo sugadintos: 7 nepilnai užpildytos, 5 subraukytos, 4 užpildytos neįskaitomai. Analizei atlikti tiko 234 anketos, t.y. 93,6 proc. visų apklaustųjų.

Kiekvieną mėnesio antradienį ir ketvirtadienį į priėmimą pas gydantį gydytoją atėjusiems pacientams, kurių amžius buvo virš 18 metų, buvo pateiktos anoniminės anketos. Jas pacientai pildė po priėmimo pas gydytoją, nuošaliame kabinete. Anketas pildė patys pacientai, padėti pildyti reikėjo 9 pacientams (4 vyrams ir 5 moterims), kurie neturėjo pasiėmę akinių, 2 moterys virš 70 m. amžiaus prašė paskaityti ir pažymėti už jas, 1 moteris buvo rusakalbė, 1 vyras ir 1 moteris – lenkų tautybės.

Duomenų kaupimui ir apdorojimui buvo naudojami standartiniai statistiniai paketai – „Microsoft Exel 2000“, SPSS paketas. Statistiškai patikimais laikyti skirtumai, kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$, atsakymų dažnių statistinis patikimumas vertintas skaičiuojant χ^2 testą.

TYRIMO ORGANIZAVIMO SCHEMA



2.2. KINTAMŲJŲ GRUPAVIMAS

- **Amžius.**

Visi respondentai buvo suskirstyti pagal amžių į 4 grupes:

I grupė - 45 m. ir jaunesni;

II grupė – 46-55 metų amžiaus;

III grupė – 56-65 metų amžiaus;

IV grupė – 66 metai ir vyresni.

- **Lytis:** vyras/ moteris.

- **Gyvenamoji vieta:** miestas/kaimas.

- **Išsilavinimas:** pradinis -1; nebaigtas vidurinis -2; vidurinis – 3; aukštesnysis - 4; aukštasis - 5.

- **Ūgis.** Duomenys paimti iš ambulatorinės kortelės.

- **Svoris.** Duomenys paimti iš ambulatorinės kortelės.

- **KMI** (kūno masė (kg/ūgis)²). Remiantis PSO, KMI mažiau kaip 24,9 kg/m² - normali kūno masė, 25-29,9 kg/m² - antsvoris, 30-34,9 kg/m² - I laipsnio nutukimas, 35-39,9 kg/m² - II laipsnio nutukimas, daugiau kaip 40 kg/m² - II laipsnio nutukimas.

Atliekant tyrimą respondentai suskirstyti į 3 grupes:

I gr. – mažiau kaip 24,9 kg/m² - normali kūno masė.

II gr. - 25 – 29,9 kg/m² - antsvoris.

III gr. - virš 30 kg/m² – nutukimas.

- **Cholesterolio koncentracija.** Duomenys paimti iš ambulatorinės kortelės.

Cholesterolio koncentracija kraujyje vertinta:

Norma: ≤5,0 mmol/l.

Vidutinis padidėjimas: 5,0-6,5 mmol/l.

Didelis padidėjimas: > 6,5 mmol/l.

- **AKS:** sistolinis/diastolinis.

3 lentelė. Arterinio kraujo spaudimo lygmenų klasifikacija (1990 m. PSO/THD)

Kategorijos	Sistolinis (AKS) mmHg	Diastolinis (AKS) mmHg
Optimalus	<120	<80
Normalus	<130	<85
Aukštas normalus	130-139	85-89
I laipsnio hipertenzija	140-159	90-99

II laipsnio hipertenzija	160-179	100-109
III laipsnio hipertenzija	≥180	≥110

- Atliekant tyrimą respondentų AKS vertintas:

Norma: < 139/89 mm/Hg.

Hipertenzija: ≥ 140/90mm/Hg.

- **Rūkymas**

Rūkančiu laikomas asmuo, kuris surūko bent vieną cigaretę per dieną.

Rūkymas vertintas pagal:

- įprotį rūkyti: niekada nerūkė - 1; rūkė, bet metė – 2; retkarčiais rūkė - 3; kasdien rūkė - 4.
- bandymą mesti rūkyti: bandė mesti rūkyti - taip; nebandė mesti rūkyti - ne.
- norą mesti rūkyti: norėtų mesti rūkyti - taip, nenorėtų mesti rūkyti - ne, neturi nuomonės, ar norėtų mesti rūkyti - nežinau.
- kas patarė mesti rūkyti: gydytojas ir/ar slaugytojas - 1; šeimos nariai - 2; draugai - 3; pablogėjus sveikatai pats metė - 4.

- **Alkoholio vartojimas**

Alkoholio vartojimas vertintas pagal:

- alkoholio vartojimo įpročius: nevartojo visai - 1; kasdien vartojo - 2; kartą per savaitę vartojo - 3; keletą kartų per mėnesį vartojo - 4; vartojo tik per metines šventes - 5.
- kas patarė mažinti suvartojamo alkoholio kiekį: gydytojas ir/ar slaugytojas - 1; šeimos nariai - 2; draugai - 3; pablogėjus sveikatai pats mažino vartojimą - 4; niekas nepatarė - 5.
- nuomonę, ar alkoholis kenkia sveikatai: alkoholis sveikatai kenkia - taip; alkoholis sveikatai nekenkia - ne; neturintys nuomonės apie alkoholio žalą sveikatai - nežinau.

- **Mitybos įpročiai**

Mitybos įpročiai vertinti pagal šiuos parametrus:

- nuomonę, ar sveikai maitinasi: sveikai maitinasi - taip; nesveikai maitinasi - ne; neturi nuomonės apie sveiką mitybą - nežinau.
- maisto produktų pasirinkimą: maisto produktus renkasi pagal sveikos mitybos principus - 1; maisto produktus renkasi pagal kainą - 2; maisto produktus renkasi pagal reklamą - 3; maisto produktus renkasi pagal šeimos poreikius - 4.

- maisto paruošimą: maistui ruošti naudoja augalinės kilmės riebalus -1; maistui ruošti naudoja gyvulinės kilmės riebalus - 2; nežinančių, kokius riebalus naudoja ruošiant maistą - 3.
- šviežių daržovių vartojimą: nevartoju - 1; per savaitę vartoju 1-3 kartus - 2, per savaitę vartoju 4-6 kartus - 3; šviežias daržoves vartoju kasdien - 4.
- druskos vartojimą: paruošto maisto papildomai nesūdo - 1; paruoštą maistą sūdo jei neskanu - 2; paruoštą maistą beveik visada sūdo - 3.
- informacijos apie sveiką mitybą suteikimą: informacijos apie sveiką mitybą suteikė gydytojas ir /ar slaugytojas - 1; informacijos apie sveiką mitybą šaltiniu buvo televizija, žiniasklaida, internetas - 2, informacijos apie sveiką mitybą suteikė šeimos nariai, artimieji - 3.
- nuomonę, apie savo svorį: per mažas - 1; normalus - 2; per didelis - 3; nežinau - 4.
- patarimą mažinti kūno svorį: mažinti kūno svorį patarė gydytojas ir/ar slaugytojas - 1; mažinti kūno svorį patarė šeimos nariai, artimieji - 2; mažinti kūno svorį patarė draugai ar pažystami - 3; informacijos kaip mažinti kūno svorį šaltiniu buvo televizija, žiniasklaida, internetas - 4;
- pastangas sumažinti kūno svorį: pavyko sumažinti - 1, nepavyko sumažinti - 2; pavyko sumažinti labai nedaug - 3.
- informacijos apie padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje apsilankymo pas gydytoją metu gavimą: gydytojas sakė, kad cholesterolio koncentracija kraujyje yra padidėjus - 1; gydytojas nepasakė, kad cholesterolio koncentracija kraujyje yra padidėjusi - 2; neatsimena, ar gydytojas informavo apie padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje - 3.
- cholesterolio koncentracijos kraujyje korekciją: cholesterolio koncentraciją kraujyje koregavo dieta -1; cholesterolio koncentraciją kraujyje koregavo vaistais - 2; cholesterolio koncentraciją kraujyje koregavo vaistais ir dieta - 3; cholesterolio koncentracijos kraujyje nekoregavo - 4.

- **Fizinis aktyvumas**

Fiziškai pasyviu laikytas tas asmuo, kuris dirba nuolatinį sėdimą darbą arba sėdimą ir/ar stovimą darbą, kai šiek tiek vaikštoma. Fiziškai aktyviu laikomas toks asmuo, kuris dirba judamą darbą, kai daug vaikštoma, kilnojama, nešiojama ir dirba sunkų fizinį darbą.

Fizinis aktyvumas vertintas pagal:

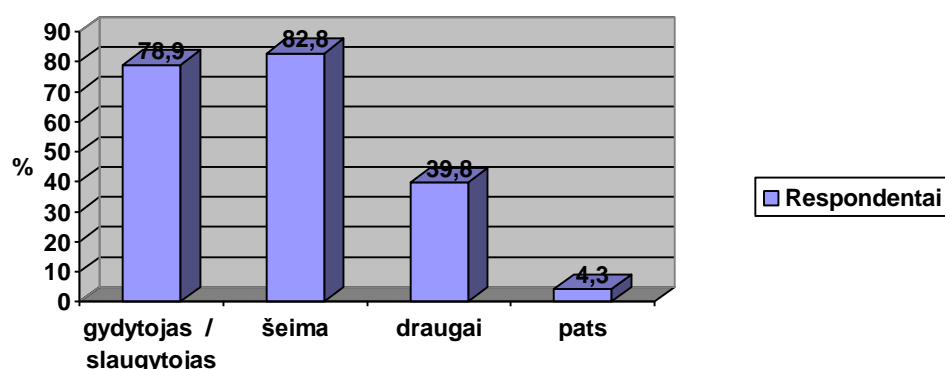
- darbo ir /ar veiklos pobūdį: dirba nuolat sėdimą darbą - 1; dirba sėdimą ir/ar stovimą darbą, kai šiek tiek vaikštoma - 2; dirba judamą darbą, kai daug vaikštoma, kilnojama, nešiojama - 3; dirba sunkų fizinį darbą - 4.
- laisvalaikio praleidimą: laisvalaikį leidžia pasyviai - 1; laisvalaikį leidžia aktyviai - 2; laisvalaikį leidžia pasyviai/aktyviai - 3.
- patarimą didinti fizinį aktyvumą: didinti fizinį aktyvumą patarė gydytojas ir /ar slaugytojas - 1; didinti fizinį aktyvumą patarė šeimos nariai, artimieji - 2; didinti fizinį aktyvumą patarė draugai ar pažįstami - 3; didinti fizinį aktyvumą įtakos turėjo televizija, žiniasklaida, internetas - 4; niekas nepatarė didinti fizinio aktyvumo - 5.
- **Širdies ir kraujagyslių ligos vertinta pagal:**
 - norą žinoti savo AKS: nori žinoti savo AKS - 1; mano, kad tai nebūtina - 2; nenori žinoti savo AKS - 3.
 - kas dažniausiai matuoja AKS: AKS dažniausiai matuojasi pats - 1; AKS dažniausiai matuoja gydytojas ir/ar slaugytojas - 2; AKS dažniausiai matuoja ne medicinos darbuotojas - 3.
 - medicinos darbuotojų rekomendacijas AKS reguliuoti nemedikamentinėmis priemonėmis: rekomendavo - taip, nerekomendavo - ne.
 - respondentų pastangas laikytis medikų rekomendacijų: rekomendacijų laikėsi visada - 1; rekomendacijų laikėsi dažniausiai - 2; rekomendacijų laikėsi kartais - 3; rekomendacijų nesilaikė - 4.
 - nuomonę, kokios širdies ir kraujagyslių ligų priežastys: netinkama mityba - 1; alkoholio vartojimas - 2; rūkymas - 3; padidėjęs AKS - 4; padidėjusi cholesterolio koncentracija kraujyje - 5; nepakankamas fizinis aktyvumas - 6; atsvoris - 7; paveldėjimas - 8; visos priežastys - 9.
 - informacijos šaltinius apie ligą: informacijos šaltinis apie ligą buvo gydytojas ir/ar slaugytojas -1; informacijos šaltinis apie ligą buvo šeimos nariai, artimieji, draugai - 2; informacijos šaltinis apie ligą buvo televizija, internetas, žiniasklaida - 3.
- **Gydytojų ir/ar slaugytojų veikla vertina pagal:**
 - profilaktikos propagavimą: gydytojas ir/ar slaugytojas profilaktikos tema kalbasi: kiekvieno apsilankymo metu - 1; retai - 2; niekada - 3.
 - gydytojų ir/ar slaugytojų patarimų įtaką gyvenimo būdui: gydytojo ir /ar slaugytojo patarimai turi įtakos gyvenimo būdui - 1; gydytojo ir /ar slaugytojo patarimai neturi įtakos gyvenimo būdui - 2, nežino, ar gydytojo ir /ar slaugytojo patarimai turi įtakos gyvenimo būdui - 3.

- gydymo įstaigoje gaunamos informacijos apie širdies ir kraujagyslių ligas kiekį: gydymo įstaigoje informacijos apie širdies ir kraujagyslių ligas gauna pakankamai - 1; gydymo įstaigoje informacijos apie širdies ir kraujagyslių ligas gauna nepakankamai - 2; nežino, ar gydymo įstaigoje informacijos apie širdies ir kraujagyslių ligas gauna pakankamai - 3.

3. REZULTATAI

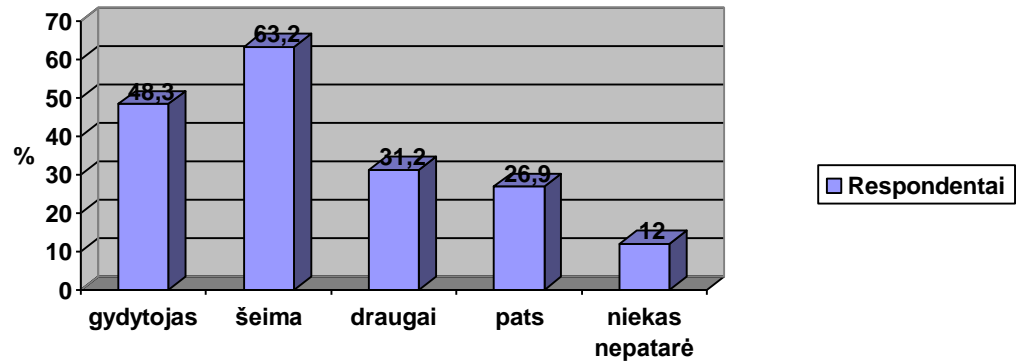
3.1. BENDROS PRAKTIKOS GYDYTOJŲ IR SLAUGYTOJŲ VEIKLA VYKDANT RIZIKOS VEIKSNIŲ KONTROLĘ PACIENTŲ POŽIŪRIU

Vykdam tyrimą respondentams buvo užduotas klausimas: „Kas jiems patarė mesti rūkyti?“. Analizuojant duomenis, kas respondentams patarė mesti rūkyti nustatyta, kad 82,8 proc. respondentų mesti rūkyti patarė šeimos nariai, 78,9 proc. - gydytojas ir/ar slaugytojas, 39,8 proc. - draugai, ir tik 4,3 proc. respondentų pablogėjus sveikatai rūkyti metė patys. Skirtumai tarp patarusių mesti rūkyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 3,81$).



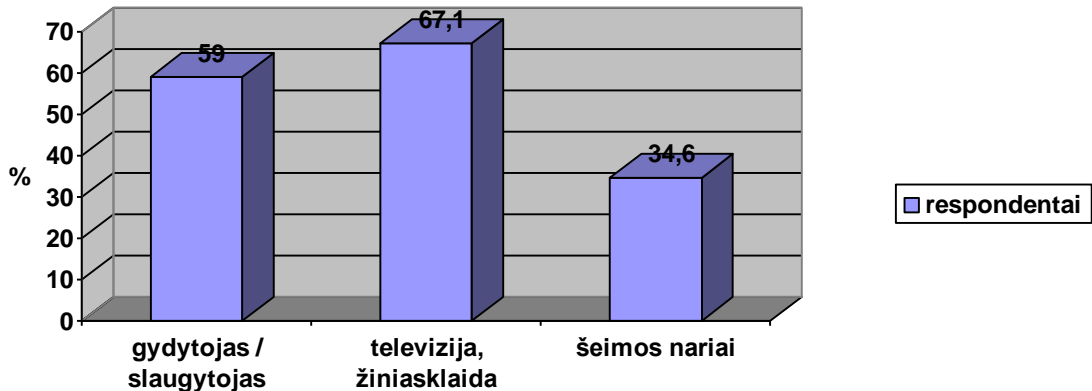
1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal patarimą mesti rūkyti.

Respondentams pateiktas klausimas: „Kas patarė mažinti suvartojamo alkoholio kiekį?“. Analizuojant kas patarė mažinti suvartojamo alkoholio kiekį, didžioji dalis 63,2 proc. buvo šeimos nariai, 48,3 proc. alkoholio kiekį patarė mažinti gydytojas, 31,2 proc. draugų. 26,9 proc. respondentų suvartojamo alkoholio kiekį, pablogėjus sveikatai, mažino patys.



2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kas patarė mažinti suvartojamo alkoholio kiekį.

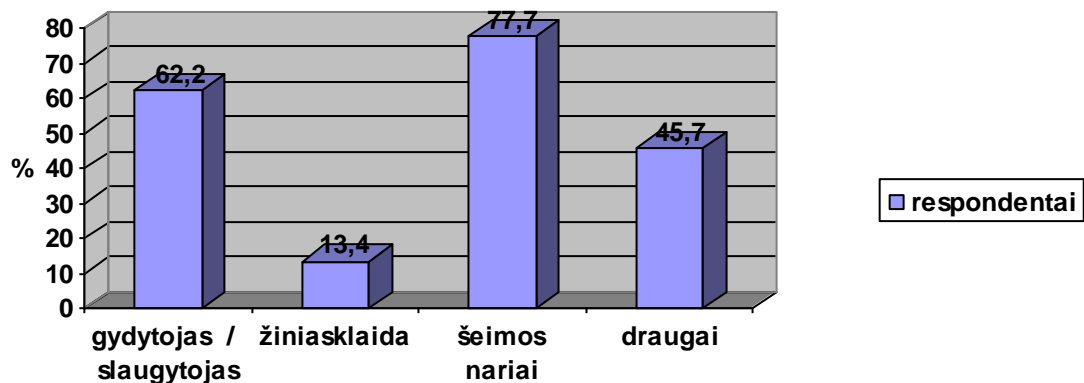
Tyrimo metu buvo analizuojami duomenys, kas suteikė respondentams informacijos apie sveiką mitybą. Analizuojant, kas respondentams suteikė minėtą informaciją nustatyta, kad 59,0 proc. asmenų informaciją suteikė gydytojas ir/ar slaugytojas, net 67,1 proc. apklaustųjų informacijos šaltinis buvo televizija, žiniasklaida, internetas, 34,6 proc. respondentų informacijos suteikė šeimos nariai ir artimieji.



3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal informacijos apie sveiką mitybą šaltinį.

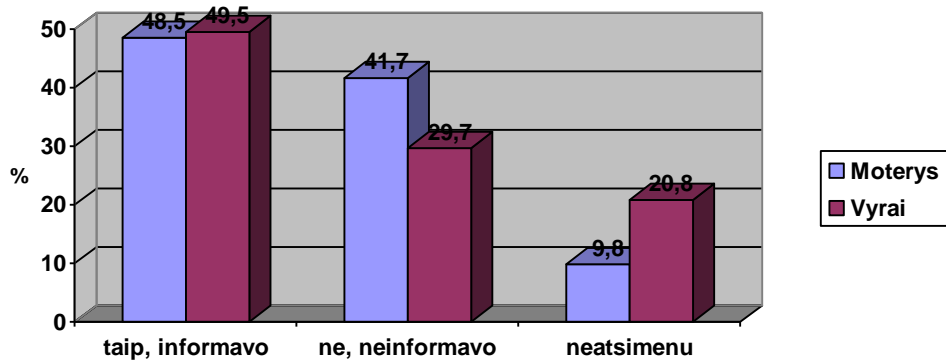
Analizuojant gydytojų ir/ar slaugytojų suteiktą informaciją apie sveiką mitybą, nustatyta, kad gydytojai ir/ar slaugytojai informaciją suteikė 137 respondentams. Analizuojant gydytojų ir/ar slaugytojų suteiktą informaciją apie sveiką mitybą priklausomai nuo lyties, nustatyta, kad skirtumai tarp grupių nedideli ir statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,96$).

Tyrimo metu respondentams buvo užduotas klausimas: „Kas jiems patarė mažinti kūno svorį?“. Analizuojant duomenis nustatyta, kad net 77,7 proc. respondentų kūno svorį patarė mažinti šeimos nariai ir artimieji, 62,2 proc. – gydytojas ir/ar slaugytojas, 45,7 proc. – draugai ir pažįstami, 13,4 proc. respondentų patarimų kaip mažinti kūno svorį rado žiniasklaidoje, internete, televizijoje.



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kas patarė mažinti kūno svorį.

Respondentams buvo užduotas klausimas, ar gydytojas ir/ar slaugytojas informavo, kad cholesterolio koncentracija kraujyje jiems yra padidėjus? 49,5 proc. vyrų ir 48,5 proc. moterų gydytojas ir /ar slaugytojas informavo, kad jų cholesterolio koncentracija kraujyje yra padidėjus. Neinformuotų apie savo kraujyje padidėjusį cholesterolį didžioji dalis buvo tarp moterų – 41,7 proc., vyrų neinformuotų buvo 29,7 proc. Neatsimenančių, informavo juos gydytojai ir/ar slaugytojai apie padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje ar ne, didžioji dalis - 20,8 proc. - buvo vyrai. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 6,9$).



5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį bei informacijos iš gydytojų ir /ar slaugytojų apie padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje gavimą.

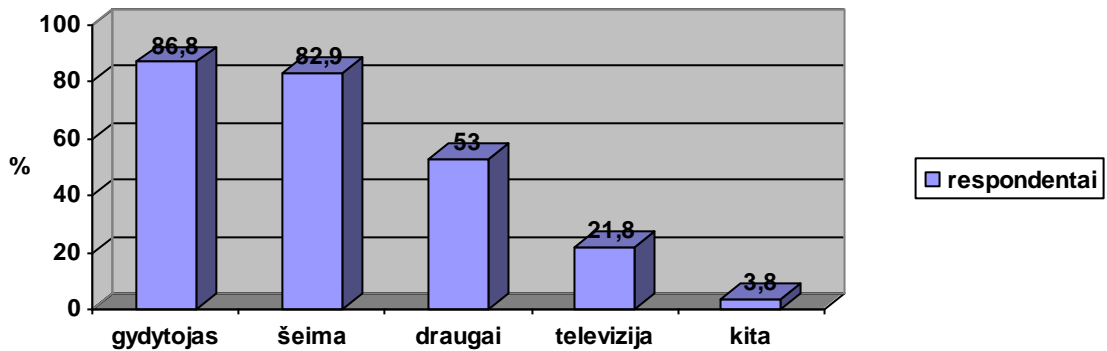
Analizuojant informacijos suteikimą apie padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje, stebima tendencija, kad gydytojai ir /ar slaugytojai dažniau informuodavo miesto gyventojus, nei kaimo, atitinkamai - 49,5 proc. ir 34,7 proc. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,25$).

Didžiausia dalis respondentų, kuriuos gydytojai ir/ar slaugytojai informavo apie padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje – 57,6 proc. buvo tarp 56-66 metų amžiaus respondentų, neinformuotų daugiausia - 40,0 proc. - buvo tarp 45 metų amžiaus ir jaunesnių asmenų. Skirtumai tarp amžiaus grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 7,17$). Analizuojant pagal išsilavinimą, didžiausia dalis, kuriuos gydytojai ir/ar slaugytojai informavo apie padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje - 63,4 proc. buvo tarp respondentų, įgijusių nebaigtą vidurinį išsilavinimą, daugiausių negavusių informacijos - 45,3 proc. buvo tarp respondentų įgijusių aukštesnį išsilavinimą. Neatsimenančių, informavo juos gydytojas ir/ar slaugytojas apie padidėjusią cholesterolio koncentraciją kraujyje ar ne buvo tarp asmenų, įgijusių pradinį ir nebaigtą vidurinį išsilavinimą – po 19,5 proc. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 13,3$).

88,9 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje didelė, gydytojai ir/ar slaugytojai apie tai informavo. Didžiausia dalis – 34,5 proc. - neinformuotų apie cholesterolio koncentracijos kiekio padidėjimą buvo tarp tų asmenų, kurių cholesterolio koncentracija padidėjusi vidutiniškai. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 56,7$).

Tyrimo metu respondentų buvo teirautasi, kas jiems patarė didinti fizinį aktyvumą. Analizuojant, kas respondentams patarė didinti fizinį aktyvumą nustatyta, kad 86,8

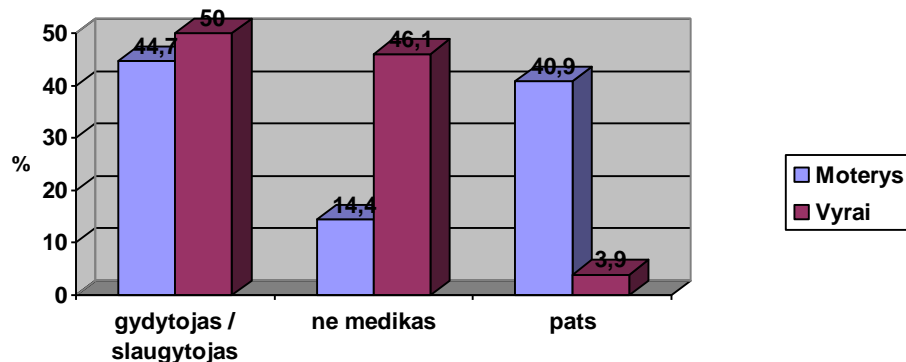
proc. respondentų fizinį aktyvumą didinti patarė gydytojas ir/ar slaugytojas, 82,9 proc. – šeimos nariai, 53,0 proc. – draugai ir/ar pažįstami, 21,8 proc. įtakos turėjo televizija, internetas, žiniasklaida.



6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal patarimą didinti fizinį aktyvumą.

Analizuojant šiuos duomenis priklausomai nuo išsilavinimo nustatyta, kad didžiausia dalis, kuriems didinti fizinį aktyvumą patarė gydytojai ir/ar slaugytojai, buvo tarp respondentų įgijusių nebaigtą vidurinį išsilavinimą – 95,2 proc., mažiausia dalis – 76,9 proc. - buvo tarp respondentų su aukštuoju išsilavinimu. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 7,63$). Gydytojas ir/ar slaugytojas fizinį aktyvumą didinti patarė 91 proc. vyrų ir 86,2 proc. moterų. Skirtumai tarp vyrų ir moterų atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,83$).

Respondentams buvo užduotas klausimas: „Kas jiems dažniausiai matuoja arterinį kraujo spaudimą?“. Analizuojant duomenis nustatyta, kad 47,0 proc. respondentų AKS matavo medikai. Moterų, kurios AKS matavosi pačios, buvo 40,9 proc., vyrų tik – 3,9 proc. Medicinos darbuotojai AKS nežymiai dažniau matuodavo vyrams nei moterims, atitinkamai - 50,0 proc. ir 44,7 proc. Ne medicinos darbuotojai AKS matavo 28,2 proc. respondentų, iš jų 46,1 proc. vyrų ir 14,4 proc. moterų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 52,2$).



7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kas jiems dažniausiai matuodavo arterinį kraujo spaudimą.

Analizuojant duomenis, kas respondentams AKS matavo priklausomai nuo amžiaus, didelio skirtumo tarp amžiaus grupių nenustatyta. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 15,3$).

Respondentų taip pat buvo klausiama, ar jiems medicinos darbuotojai rekomendavo arterinį kraujo spaudimą reguliuoti nemedikamentinėmis priemonėmis. AKS nemedikamentinėmis priemonėmis medicinos darbuotojai rekomendavo mažinti 93,1 proc. moterų ir 89,2 proc. vyrų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,12$).

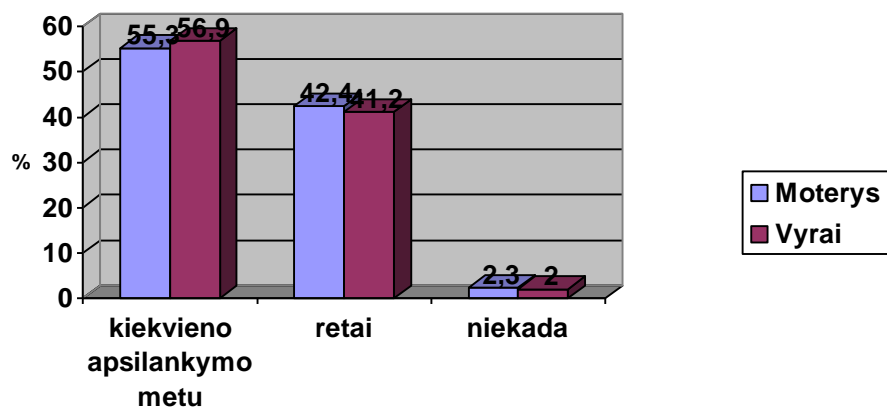
Analizuojant duomenis priklausomai nuo gyvenamos vietos, medicinos darbuotojai nemedikamentinį arterinio kraujo spaudimo reguliavimą rekomendavo 91,9 proc. kaimo ir 90,9 proc. miesto gyventojų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,07$).

Analizuojant medicinos darbuotojų rekomendacijas AKS reguliuoti nemedikamentinėmis priemonėmis priklausomai nuo išsilavinimo, nustatyta, kad didžiausia dalis respondentų - 97,6 proc., kuriems rekomendavo nemedikamentinį gydymą, buvo tarp įgijusių nebaigtą vidurinį išsilavinimą. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 3,8$).

Analizuojant duomenis nustatyta, kad respondentams, kuriems buvo nustatytas nutukimas bei antsvoris, atitinkamai 94,1 proc. ir 89,4 proc. medikai AKS rekomendavo reguliuoti nemedikamentinėmis priemonėmis. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,32$).

Respondentams, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje nustatyta didelė ir/ar vidutiniškai padidėjusi, medikai rekomendavo AKS mažinti nemedikamentinėmis priemonėmis, atitinkamai 93,5 proc. ir 90,6 proc. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,38$).

Tyrimo metu respondentams buvo užduotas klausimas: „Kaip dažnai medikai su jais kalbasi profilaktikos tema (apie dietą, fizinį aktyvumą, rūkymo ir alkoholio žalą ir kt.)?“. Analizuojant medikų bendravimą kiekvieno apsilankymo metu profilaktikos tema priklausomai nuo lyties, su 56,8 proc. vyrų ir 55,3 proc. moterų medikai profilaktikos tema bendravo kiekvieno apsilankymo metu. Niekada profilaktikos tema medikai nesikalbėjo su 2,3 proc. moterų ir 2,0 proc. vyrų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$), $\chi^2 - 0,07$).



8 pav. Respondentų pasiskirstymas kaip dažnai gydytojui/slaugytojui kalbasi profilaktikos tema pagal lytį.

Analizuojant medikų bendravimą profilaktikos tema priklausomai nuo amžiaus, didžiausia dauguma tų, su kuriais bendravo kiekvieno apsilankymo metu buvo respondentai 66 metų amžiaus ir vyresni – 67,7 proc., didžiausia dalis tų, su kuriais bendravo retai, buvo 56-66 metų amžiaus respondentai, o tų, su kuriais nebendravo niekada daugiausia buvo tarp 45 metų amžiaus ir jaunesnių respondentų grupėje – 5,0 proc. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 9,8$).

Analizuojant medikų bendravimą profilaktikos tema priklausomai nuo išsilavinimo, kiekvieno apsilankymo metu medikai dažniausiai (61,5 proc.) kalbėjosi su respondентаis, įgijusiais aukštąjį išsilavinimą, rečiausiai - (61,0 proc.) su respondентаis,

įgijusiais pradinį išsilavinimą. Didžiausia dalis respondentų (3,8 proc.), su kuriais medikai niekada nebendravo profilaktikos tema buvo tarp įgijusių aukštesnįjį išsilavinimą. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 9,93$).

Analizuojant duomenis priklausomai nuo gyvenamosios vietos, didžiausia dalis respondentų, su kuriais medikai kalbėjosi profilaktikos tema kiekvieno apsilankymo metu buvo (56,4 proc.) tarp miesto gyventojų, didžiausi dalis tų, su kuriais profilaktikos tema kalbėjosi retai, buvo tarp kaimo gyventojų - 42,7 proc. Didžioji dalis, su kuriais profilaktikos tema medikai nesikalbėjo niekada (2,7 proc.) taip pat buvo tarp miesto gyventojų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 90,4$).

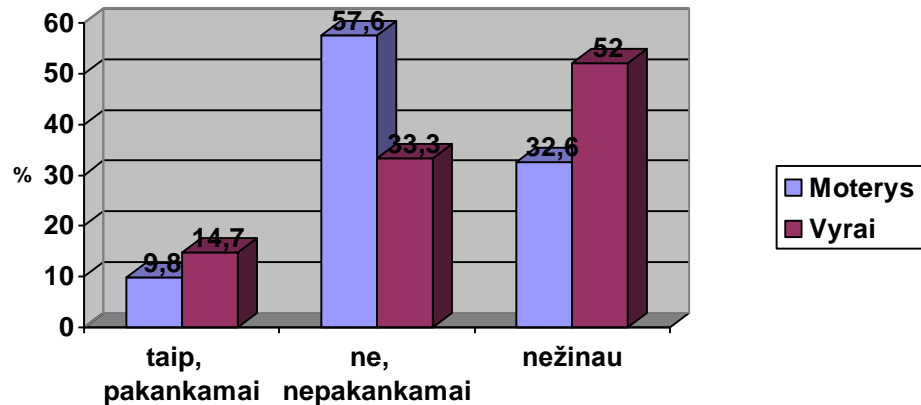
Medikai, kiekvieno apsilankymo metu profilaktikos tema kalbėjosi su 60,9 proc. vyrų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje buvo vidutiniškai padidėjusi. Didžioji dalis vyrų, su kuriais medikai niekada nesikalbėjo bei retai kalbėjosi profilaktikos tema, buvo tarp asmenų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje yra didelė, atitinkamai - 47,8 proc. ir 4,3 proc. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 2,13$). Medikai, kiekvieno apsilankymo metu profilaktikos tema kalbėjosi vienodai dažnai su vyrais, kurie buvo nutukę (63,0 proc.), ir, kurie turėjo antsvorio - 60,0 proc. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 7,9$).

Analizuojant duomenis nustatyta, kad medikai, kiekvieno apsilankymo metu profilaktikos tema kalbėjosi su 65,2 proc. moterų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje buvo didelė. Didžioji dalis moterų (44,1 proc.), su kuriomis medikai niekada nesikalbėjo arba retai kalbėjosi profilaktikos tema buvo tarp respondenčių, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje vidutinė arba normali, atitinkamai - 44,0 proc. ir 2,9 proc. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,52$). Medikai, kiekvieno apsilankymo metu profilaktikos tema kalbėjosi vienodai dažnai su moterimis, kurios buvo nutukę ar turėjo antsvorio, atitinkamai - 57,1 proc. ir 55,9 proc. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,74$).

Analizuojant medikų bendravimą profilaktikos tema priklausomai nuo darbo pobūdžio, medikai kiekvieno apsilankymo metu bendravo su 58,3 proc. respondentų, kurių darbas buvo nuolat sėdimas, su 56,2 proc. respondentų, kurių darbas sėdimas/stovimas, su 41,2 proc. respondentų, kurių darbas judamas bei su 1 respondentu (100 proc.), kuris dirbo sunkų fizinį darbą. Nustatyta, kad didžiausia dalis respondentų (58,8 proc.), su kuriais medikai bendravo profilaktikos tema, buvo tarp dirbančių judamą darbą. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 4,02$).

Tyrimo metu buvo analizuojami duomenys, ar pakankamai respondentai gydymo įstaigoje gauna informacijos ir žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas. Analizuojant gaunamos informacijos bei žinių pakankamumą apie širdies ir kraujagyslių ligas gydymo įstaigoje priklausomai nuo amžiaus, nustatyta, kad didžiausia daliai respondentų (16,7 proc.), kuriems žinių pakanka buvo 45 metų amžiaus ir jaunesnių grupėje. Po 50,0 proc. 56-65 metų ir 66 metų ir vyresnių respondentų, gaunamų žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas gydymo įstaigoje nepakako. Didžiausia dalis neturinčių nuomonės apie gaunamas žinias – 47,8 proc. buvo tarp 45-55 metų amžiaus respondentų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 7,42$).

Analizuojant gaunamos informacijos bei žinių pakankamumą apie širdies ir kraujagyslių ligas gydymo įstaigoje priklausomai nuo lyties nustatyta, kad 14,7 proc. vyrų ir 9,8 proc. moterų informacijos pakanka. 57,6 proc. moterų žinių ir informacijos apie širdies ir kraujagyslių ligas gydymo įstaigoje gauna nepakankamai. Neturinčių nuomonės apie gaunamas žinias buvo 52,0 proc. vyrų ir 32,6 proc. moterų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 13,6$).



9 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir nuomonę, ar pakankamai gydymo įstaigoje gauna informacijos apie širdies ir kraujagyslių ligas.

Vertinant gaunamas žinias pagal gyvenamąją vietą nustatyta, kad 13,7 proc. kaime ir 10,0 proc. mieste gyvenančių respondentų apie ligą gydymo įstaigoje žinių gauna pakankamai. Didžiausia dali respondentų (60,0 proc.), nurodžiusių, kad informacijos ir žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas nepakanka, gyveno mieste. Neturinčių nuomonės apie

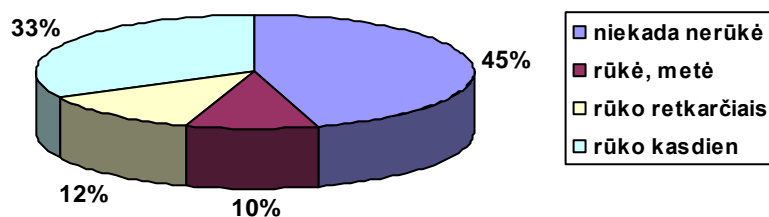
gaunamas žiniais buvo 50,8 proc. kaimo ir 30,0 proc. miesto gyventojų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 14,3$).

Analizuojant gaunamos informacijos bei žinių pakankamumą apie širdies ir kraujagyslių ligas gydymo įstaigoje priklausomai nuo išsilavinimo, nustatyta, kad žinių apie ligą gydymo įstaigoje pakankamai ir nepakankamai gauna atitinkamai – 20,5 proc. ir 66,7 proc. respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą. Neturinčių nuomonės apie gaunamas žinias didžiausia dalis - 58,5 proc. buvo tarp respondentų, įgijusių pradinį išsilavinimą. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 22,2$).

Išanalizavus duomenis nustatyta, kad gydytojų ir/ar slaugytojų veikla vykdant širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių kontrolę nėra pakankama. Mažinti kūno svorį, mesti rūkyti bei mažinti suvartojamo alkoholio kiekį respondentams dažniausiai patarė šeimos nariai. Informacijos apie sveiką mitybą šaltiniu respondentams dažniausiai buvo televizija, žiniasklaida, internetas. 90 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje didelė, gydytojas apie tai informavo. Pusei respondentų AKS matavo medikai. 90 proc. respondentų medicinos darbuotojai AKS rekomendavo reguliuoti nemedikamentinėmis priemonėmis. Tik su puse respondentų kiekvieno apsilankymo metu medikai bendravo profilaktikos tema, o žinių gydymo įstaigoje apie širdies ir kraujagyslių ligas pakankamai gavo tik 10 proc. vyrų ir 15 proc. moterų.

3.2. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ RIZIKOS VEIKSNIŲ DAŽNIS PACIENTŲ ŽINIOS IR POŽIŪRIS Į RIZIKOS VEIKSNIUS

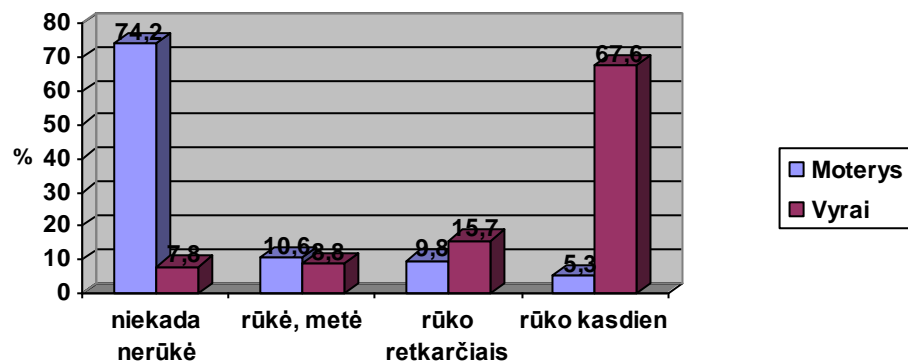
Remiantis apklaustųjų atsakymais į anketoje pateiktą klausimą „Ar jūs rūkote?“ nustatyta, jog niekada nerūkiusių yra 45,3 proc., rūkiusių, bet metusių – 9,8 proc., retkarčiais rūkančių – 12,4 proc., kasdien rūkančių – 32,5 proc. respondentų. Rūkančių kasdien ir/ar retkarčiais yra 44,9 proc., nerūkančių – 55,1 proc.



10 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal rūkymo įpročius.

Analizuojant rūkymo įpročius priklausomai nuo amžiaus niekada nerūkiusių daugiausia (54,3 proc.) buvo 46-55 metų grupėje, rūkiusių, bet metusių bei retkarčiais rūkančių - 45 m. amžiaus ir jaunesnių asmenų grupėje, atitinkamai 15,0 proc. ir 37,1 proc., didžiausia dalis kasdien rūkančių buvo tarp 66 metų amžiaus ir vyresnių respondentų - 37,1 proc.. Skirtumai tarp skirtingų amžiaus grupių pagal rūkymo įpročius statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p > 0,05$, $\chi^2 - 15,4$).

Vertinant pagal lytį niekada nerūkė 74,2 proc. moterų ir 7,8 proc. vyrų, rūkė, bet metė 10,6 proc. moterų ir 8,8 proc. vyrų, kasdien rūko 5,3 proc. moterų ir 67,6 proc. vyrų. Skirtumai tarp lyčių pagal rūkymo įpročius statistiškai reikšmingai skiriasi – rūkančių vyrų dalis didesnė negu moterų ($p < 0,05$, $\chi^2 - 126,6$).



11 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir rūkymo įpročius.

Vertinant pagal gyvenamąją vietą niekada nerūkė 46,0 proc. respondentų gyvenančių kaime ir 44,5 proc. gyvenančių mieste. Rūkė, bet metė 8,9 proc. kaimo ir 10,9 proc. miesto gyventojų, kasdien rūko 37,1 proc. kaimo ir 27,3 proc. miesto gyventojų. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p > 0,05$, $\chi^2 - 6,0$).

Analizuojant rūkymo įpročius priklausomai nuo išsilavinimo nustatyta, jog didžiausia niekada nerūkiusių respondentų dalis nustatyta tarp respondentų, turinčių pradinį išsilavinimą (53,7 proc.), rūkiusių, bet metusių – tarp respondentų su aukštuoju išsilavinimu – 23,1 proc., kasdien rūkančių – tarp asmenų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu (38,1 proc.). Skirtumai tarp išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p > 0,05$, $\chi^2 - 14,6$).

Atliekant tyrimą respondentams buvo klausiama, kaip dažnai jie vartoja alkoholinius gėrimus. Didžiausia dalis nevartojančių alkoholio 41,7 proc. nustatyta 60 m. amžiaus ir vyresnių respondentų grupėje, mažiausiai 5,5 proc. - 45 m. amžiaus ir jaunesnių respondentų grupėje. Kasdien alkoholinius gėrimus vartoja tik vienas respondentas 56-65 metų amžiaus grupėje. Kartą per savaitę vartojančių alkoholio daugiausia buvo tarp 56-65 metų amžiaus respondentų – 32,8 proc. Keletą kartą per mėnesį ir per metines šventes alkoholio vartoja, atitinkamai 40,0 proc. ir 25,5 proc. jaunesnių nei 45 m. amžiaus respondentų. Skirtumai amžiaus grupėse pagal alkoholio vartojimą statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 34,0$).

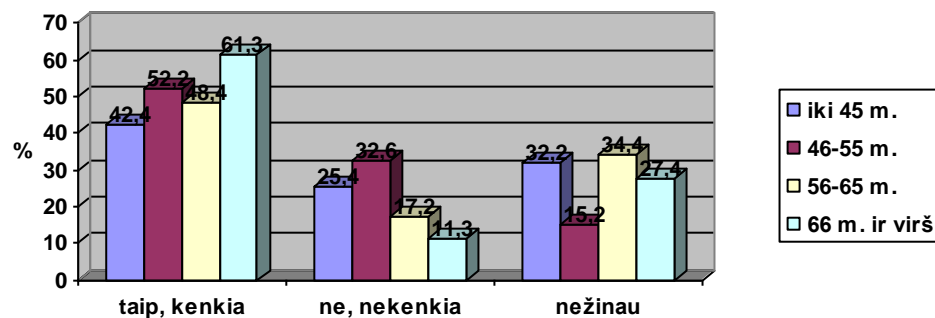
4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal alkoholio vartojimo dažnį ir amžių.

Amžiaus grupės	Nevartoja alkoholio (proc.)	Kasdien vartoja (proc.)	Vartoja kartą per savaitę (proc.)	Vartoja keletą kartų per mėnesį (proc.)	Vartoja per metines šventes (proc.)
45 m. amžiaus ir jaunesni	5,5	-	29,1	40	25,5
46-55 m.	21,7	-	26,1	28,3	23,9
56-65 m.	10,9	1,6	32,5	29,7	25
66 m. amžiaus ir vyresni	41,7	-	23,3	26,7	8,3

Analizuojant alkoholio vartojimą priklausomai nuo respondentų išsilavinimo, didžiausia dalis vartojančių alkoholio buvo tarp įgijusių aukštesnį išsilavinimą asmenų – 30,2 proc. Kasdien alkoholio vartoja tik 1 respondentas aukštesnį išsilavinimą įgijusių asmenų grupėje. Kartą per savaitę vartojančių alkoholio daugiausia buvo taro įgijusių vidurinį išsilavinimą respondentų - 41,1 proc., keletą kartų per mėnesį - tarp respondentų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu – 36,8 proc. Didžiausia dalis vartojančių alkoholio per metines šventes nustatyta tarp respondentų įgijusių aukštą išsilavinimą - 46,2 proc. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių pagal alkoholio vartojimą statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 43,6$).

Analizuojant alkoholio vartojimą pagal gyvenamą vietą, tarp mieste gyvenančių respondentų didžiausia dalis alkoholio vartojo keletą kartų per mėnesį bei per metines šventes, atitinkamai 35,5 proc. ir 24,3 proc., vartojančių alkoholio kartą per savaitę didžiausia dalis 33,1 proc. tarp kaimo gyventojų. Skirtumai analizuojant pagal gyvenamą vietą statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 6,43$).

Tyrimo metu buvo klausiama respondentų nuomonės, ar alkoholis kenkia jų sveikatai. Didžiausia dalis respondentų – 61,3 proc., manančių, kad alkoholis kenkia sveikatai buvo tarp 66 m. amžiaus ir vyresnių, mažiausiai dalis - 42,4 proc. tarp 45 m. amžiaus ir jaunesnių asmenų. Vertinant alkoholio poveikį sveikatai, didžioji dalis - 32,3 proc. 46-55 metų amžiaus respondentų manė, kad alkoholis sveikatai nekenkia, didžiausia dalis – 34,3 proc. neturinčių nuomonės apie alkoholio įtaką sveikatai buvo tarp 56-65 metų amžiaus respondentų. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 13,0$).



12 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir alkoholio poveikį sveikatai.

Analizuojant alkoholio poveikį sveikatai pagal lytį, 70,0 proc. moterų nuomone, alkoholis kenkia sveikatai, kai vyrų grupėje šitaip manė tik 26,7 proc. respondentų.

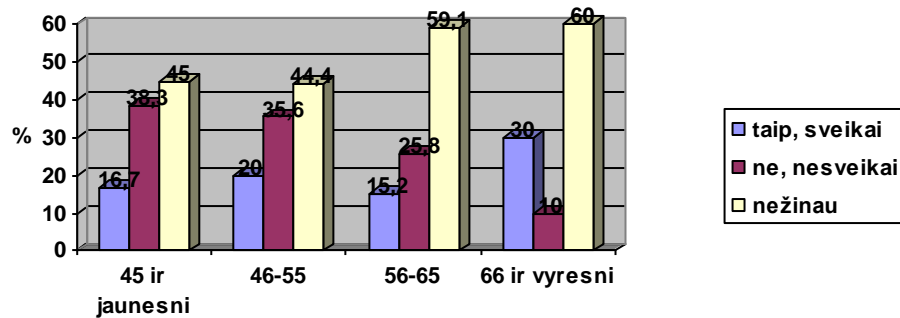
Analizuojant alkoholio poveikį sveikatai priklausomai nuo respondentų išsilavinimo, nustatyta, kad didžioji dalis 64,1 proc. įgijusių aukštąjį išsilavinimą, manė, kad alkoholis sveikatai kenkia, 26,2 proc. respondentų, įgijusių nebaigtą vidurinį išsilavinimą, manė, kad alkoholis sveikatai nekenkia. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių atsakymų statistiškai nesiskiria ($p > 0,05$, $\chi^2 - 17,6$).

Vertinant pagal gyvenamąją vietą, 60,0 proc. miesto gyventojų nurodė, jog jų nuomone, alkoholis sveikatai kenkia. Neturinčių nuomonės apie alkoholio įtaką sveikatai buvo 28,1 proc. respondentų, iš jų didžioji dalis 33,9 proc. buvo tarp kaimo gyventojų. Skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 6,93$).

Vertinant alkoholio poveikį sveikatai, iš viso manančių, kad alkoholis sveikatai kenkia buvo 51,1 proc. respondentų.

Tyrimo metu buvo analizuojami duomenys apie respondentų nuomonę ar jie sveikai maitinasi. Analizuojant mitybos įpročius amžiaus grupėse, didžioji dauguma - 30,0 proc. manančių, kad maitinasi sveikai, buvo tarp 66 metų amžiaus ir vyresnių respondentų. Didžioji dalis respondentų – 38,3 proc. nurodžiusių, kad jų mityba nėra sveika, buvo tarp 45

metų amžiaus ir jaunesnių respondentų. Neturinčių nuomonės apie savo mitybą daugiausia 60,0 proc. buvo tarp 66 metų amžiaus ir vyresnių respondentų. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 16,9$).



13 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir mitybos įpročius.

Analizuojant respondentų nuomonę apie mitybos įpročius pagal išsilavinimą, respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą, grupėje manančių, kad jie maitinasi ir sveikai ir, priešingai, nesveikai, buvo atitinkamai 35,9 proc. ir 38,5 proc. Didžioji dalis neturinčių nuomonės apie savo mitybą buvo taro respondentų įgijusių vidurinį išsilavinimą - 50,8 proc. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 32,5$).

Analizuojant mitybos įpročius pagal gyvenamąją vietą, didžioji dalis manančių, kad maitinasi sveikai buvo tarp miesto gyventojų – 27,5 proc. Neturėjo nuomonės apie savo mitybą net 66,4 proc. kaimo gyventojų. Skirtumai tarp grupių pagal gyvenamąją vietą statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 19,2$).

Vertinant respondentų nuomonę apie mitybos įpročius, iš viso manančių, kad sveikai maitinasi buvo 20,3 proc. respondentų.

Analizuojant sveikos mitybos įpročius nustatyta, kad tarp moterų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje yra normali, 22,6 proc. manė, kad jų mityba yra sveika, taip pat manė net 67,7 proc. moterų, kurių cholesterolio koncentracija buvo vidutiniškai padidėjusi. Respondentai vyrai, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje buvo didelė, tik 18,8 proc. teigė manantys, kad jie maitinasi sveikai. Skirtumai tarp lyčių pagal cholesterolio koncentraciją kraujyje ir sveikos mitybos įpročius statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,8$).

Analizuojant apklaustųjų nuomonę apie sveiką mitybą nustatyta, kad 61,3 proc. respondenčių, kurių KMI buvo normali, nurodė, kad jos maitinasi sveikai. Respondentų – vyrų grupėje, kuriems buvo nustatytas atsvaris, net 75,0 proc., manė, kad maitinasi sveikai,

nutukusių grupėje šitaip manė tik 18,8 proc. vyrų. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 13,9$).

Tyrimo metu respondentų buvo klausiama, kokiais kriterijais vadovaujantis jie renkasi maisto produktus. Analizuojant maisto produktų pasirinkimo kriterijus, priklausomai nuo amžiaus, nustatyta, jog didžiausia dalis respondentų – 15,2 proc., kurie renkasi maisto produktus pagal sveikos mitybos principus, buvo tarp 46-55 metų amžiaus asmenų. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,29$). Didžiausia dalis respondentų, maisto produktus besirenkančių pagal kainą bei šeimos poreikius buvo tarp 66 metų amžiaus ir vyresnių - atitinkamai 88,7 proc. ir 65,2 proc. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,55$) ir ($p > 0,05$, $\chi^2 - 5,4$). Reklama pasirenkant maisto produktus labiausiai turėjo įtakos 56-65 metų asmenų grupėje – 54,5 proc., mažiausiai 23,9 proc.- 46-55 m. amžiaus asmenų grupėje. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 13,7$).

5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal kriterijus, kuriais vadovaujantis renkasi maisto produktus.

Amžiaus grupės	Pagal sveikos mitybos principus (proc.)	Pagal kainą (proc.)	Pagal reklamą (proc.)	Pagal šeimos poreikius (proc.)
45 m. amžiaus ir jaunesni	11,9	85,0	40,0	68,3
46-55 m.	15,2	84,8	23,9	65,2
56-65 m.	13,6	84,8	54,5	66,7
66 m amžiaus ir vyresni	14,5	88,7	54,8	82,3

Pagal sveikos mitybos principus maisto produktus didžiausia dalis 21,8 proc. buvo tarp mieste gyvenančių respondentų. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 11,5$).

Pagal kainą bei reklamą maisto produktus daugiausiai (atitinkamai 87,9 proc. ir 46,0 proc.) rinkosi respondentai, gyvenantys kaime. Skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,88$ ir $\chi^2 - 0,13$).

Net 78,2 proc. mieste gyvenančių respondentų maisto produktus rinkosi pagal šeimos poreikius. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 5,28$).

Pagal sveikos mitybos principus maisto produktus rinkosi 41,0 proc. respondentų, turintys aukštąjį išsilavinimą. Mažuma – tik 5,0 proc., turinčių pradinį išsilavinimą. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 37,4$).

Pagal kainą maisto produktus rinkosi 91,5 proc. respondentų, kurių buvo įsigiję vidurinį išsilavinimą, ir 64,1 proc. respondentų su aukštuoju išsilavinimu. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 21,6$).

Pagal reklamą maisto produktus rinkosi 55,9 proc. respondentų su viduriniu išsilavinimu ir tik 25,6 proc. respondentų su aukštuoju išsilavinimu. Skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 8,97$).

Didžiausia dalis respondentų, kurie maisto produktus rinkosi pagal šeimos poreikius, buvo tarp asmenų, įgijusių aukštesnįjį išsilavinimą – 71,7 proc., o mažiausia – 41,5 proc. – tarp asmenų su pradiniu išsilavinimu. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 31,2$).

25,0 proc. respondentų, kurie turi antsvorio ir 6,3 proc. nutukusių, maisto produktus rinkosi pagal sveikos mitybos principus. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 22,72$).

Pagal sveikos mitybos principus maisto produktus rinkosi 15,6 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje yra normali, 71,9 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija vidutiniškai padidėjus bei 12,5 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija didelė. Skirtumai tarp grupių statistikai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 2,50$).

Respondentams buvo užduotas klausimas: „Kokius riebalus renkasi ruošdami maistą?“. Didžiausia dalis - 76,7 proc. – vartojusių augalinės kilmės riebalus buvo tarp 45 metų ir jaunesnių respondentų, mažiausia dalis – 65,2 proc. – buvo tarp 56-65 metų amžiaus respondentų. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 2,87$).

Ruošiant maistą net 94,9 proc. respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą, vartojo augalinės kilmės riebalus, mažiausia dalis – 56,1 proc. buvo tarp turinčių pradinį išsilavinimą asmenų. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 15,9$).

82,6 proc. mieste gyvenančių respondentų, maisto ruošimui naudoja augalinės kilmės riebalus, kai tuo tarpu tarp kaime gyvenančių – 64,5 proc. asmenų. Skirtumai tarp skirtingų pagal gyvenamąją vietą grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 9,6$).

Augalinės kilmės riebalus ruošiant maistą naudojančių moterų yra 94,7 proc., o vyrų – tik 44,6 proc. Skirtumai tarp skirtingų lyties atžvilgiu grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 72,9$).

Analizuojant riebalų pasirinkimą ruošiant maistą, didžiausia dalis (31,7 proc.) besirenkančių gyvulinės kilmės riebalus buvo tarp 45 metų amžiaus ir jaunesnių respondentų, mažiausia dalis – 24,2 proc. – tarp 66 metų amžiaus ir vyresnių respondentų. Skirtumai tarp skirtingo amžiaus grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,00$).

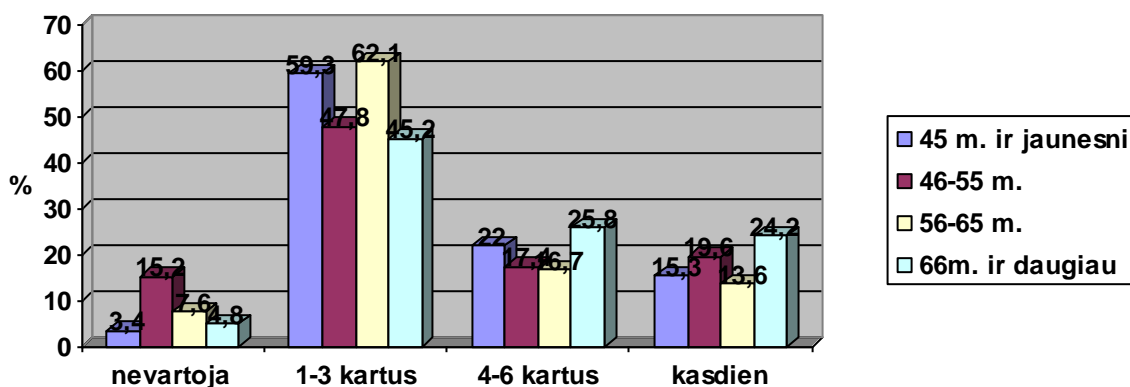
Didžiausia dalis - 21,7 proc. - nežinančių, kokius riebalus renkasi ruošdami maistą, buvo tarp 45 metų amžiaus ir jaunesnių respondentų, mažiausia dalis – 17,8 proc. - buvo tarp 46-55 metų amžiaus respondentų. Skirtumai tarp respondentų grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 5,92$).

Analizuojant riebalų pasirinkimą ruošiant maistą, 55,0 proc. vyrų buvo nežinančių, kokios kilmės riebalai vartojami ruošiant maistą, moterų nežinančių, kokius riebalus vartoja maisto ruošimui buvo tik 1,5 proc. Skirtumai tarp vyrų ir moterų grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 87,8$).

46,5 proc. respondentų, kuriems nustatytas antsvorio, ir 13,5 proc. nutukusių asmenų maisto ruošimui naudojo augalinės kilmės riebalus. Augalinės kilmės riebalus naudojo 40,0 proc. respondentų, kurių kūno masė yra normali. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 17,8$).

Maistui ruošti augalinės kilmės riebalus naudojo 59,4 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje vidutiniškai padidėjusi, ir 17,1 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje didelė. Skirtumai tarp respondentų grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 3,53$). Augalinės kilmės riebalus maisto ruošimui naudojo 23,5 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija normali.

Tyrimo metu respondentams buvo klausiama, kiek kartų per savaitę jie vartoja šviežias daržoves. Didžiausia nevartojančių daržovių dalis – 15,2 proc. - buvo tarp 46-55 metų amžiaus respondentų, lygiai taip pat kaip ir 1-3 kartus per savaitę vartojančių daržoves dalis. 4-6 kartus per savaitę bei kasdien vartojančių daržovių didžiausia dalis buvo atitinkamai buvo tarp 25,8 proc. ir 24,2 proc. 66 metų ir vyresnių respondentų. Skirtumai tarp skirtingo amžiaus grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 12,0$).



14 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių bei daržovių vartojimą.

Didžiausia dalis - 15,0 proc. - respondentų, įgijusių pradinį išsilavinimą, šviežių daržovių nevartojo visai. Ir priešingai, didžiausia dalis kasdien šviežias daržoves vartojančių (56,4 proc.) buvo tarp respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 67,6$).

Analizuojant daržovių vartojimą pagal respondentų gyvenamąją vietą nustatyta, kad didžiausia dalis visai nevartojančių buvo tarp kaimo gyventojų – 10,6 proc., ir priešingai, kasdien šviežias daržoves vartojo net 30,0 proc. miesto gyventojų. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 24,1$).

Net 10,8 proc. vyrų ir 4,6 proc. moterų nurodė, kad šviežių daržovių visai nevartoja. Moterų, kasdien vartojančių daržoves, buvo 24,4 proc., vyrų – 9,8 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 21,1$).

45 metų amžiaus ir jaunesni bei 56-66 metų amžiaus respondentai, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje yra vidutiniškai padidėjusi, šviežias daržoves vartojo kasdien, atitinkamai 66,7 proc. ir 22,2 proc. Kasdien šviežias daržoves vartojo 22,1 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje didelė. Skirtumai tarp skirtingo amžiaus atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 2,75$).

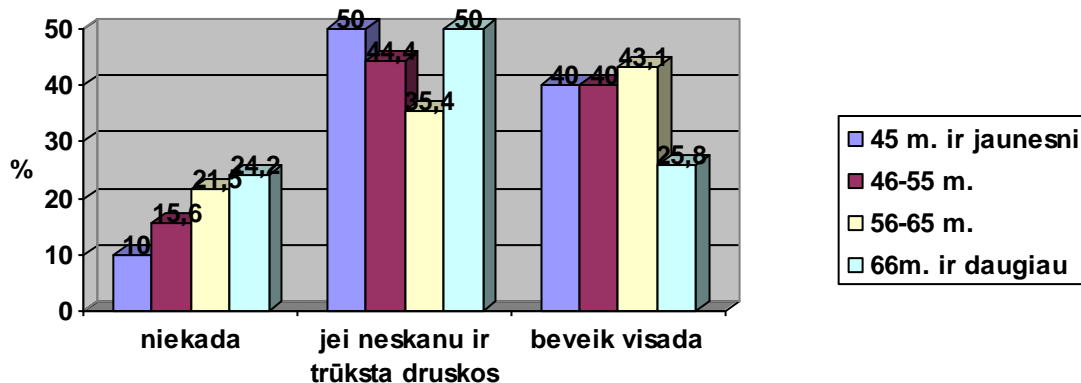
Moterų, kasdien vartojančių šviežias daržoves su vidutiniškai padidėjusia cholesterolio koncentracija kraujyje buvo 71,9 proc., vyrų – 50,0 proc. Respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje buvo didelė ir jie kasdien vartojo daržoves, didžiausia dalis buvo tarp vyrų - 20,0 proc. Skirtumai tarp skirtingos lyties atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,68$).

Analizuojant respondentų įprotį kasdien vartoti šviežias daržoves nustatyta, kad tarp asmenų, kuriems nustatytas antsvoris ir yra nutukę, didžiausia dalis šitaip besimaitinančių (atitinkamai 66,7 proc. ir 22,2 proc.) buvo tarp 45 metų ir jaunesnių respondentų. Didžiausia

dalis – net 66,8 proc. - 56-66 metų amžiaus respondentų, kurių KMI buvo normalus, nurodė, kad jie šviežias daržoves vartoja kasdien. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 7,27$).

Tarp respondentų, kurie turi antsvorio ar buvo nutukę, didžiausia dalis kasdien vartojančių šviežias daržoves buvo tarp vyrų, atitinkamai 60,0 proc. ir 30,0 proc. Respondenčių - moterų, kurių KMI buvo normalus, kasdien vartojančių šviežias daržoves buvo 56,3 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 10,0$).

Respondentams buvo užduotas klausimas: „Ar jie papildomai sūdo paruoštą maistą?“. Analizuojant respondentų įprotį vartoti druską nustatyta, kad didžiausia dalis – 24,2 proc. - niekada nesūdančių jau paruošto maisto buvo tarp 66 metų amžiaus ir vyresnių asmenų. Beveik visada paruošta maistą sūdo atitinkamai po 40,0 proc. 45 metų ir jaunesnių bei 46-55 metų amžiaus respondentų. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 9,05$).



15 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių bei druskos vartojimo įprotį.

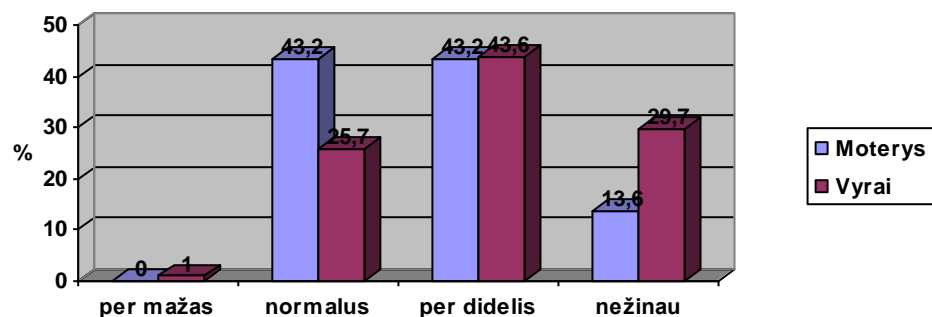
Analizuojant respondentų įprotį vartoti druską, moterų niekada nesūdančių maisto buvo 26,5 proc., vyrų - 56,0 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 31,4$).

Niekada paruošto maisto nesūdo 26,6 proc. miesto gyventojų, tuo tarpu net 48,8 proc. kaimo gyventojų jau paruoštą maistą sūdo beveik visada. Skirtumai tarp grupių atsakymų apie druskos vartojimo įpročius statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 18,9$).

Didžiausia dalis - 35,9 proc. respondentų, kurie buvo įgiję aukštąjį išsilavinimą, paruošto maisto niekada nesūdo. Didžioji dalis respondentų, beveik visada sūdančių maistą,

buvo tarp asmenų, įgijusių pradinį išsilavinimą - 61,0 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 34,5$).

Respondentams buvo užduotas klausimas: „Kaip jie vertina savo svorį?“. Analizuojant respondentų nuomonę apie savo svorį nustatyta, kad tokia pat dalis moterų (po 43,2 proc.) savo svorį vertino kaip normalų ir, priešingai, - kaip per didelį. Didesnė dalis moterų nei vyrų savo svorį vertino kaip normalų – atitinkamai 43,2 ir 25,7 proc. Didžioji dalis vyrų – 43,6 proc.- manė, kad jų svoris per didelis. Didžiausia dalis respondentų, neturinčių nuomonės apie savo svorį (29,7 proc.), buvo vyrų grupėje. Skirtumai tarp moterų ir vyrų atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 13,4$).



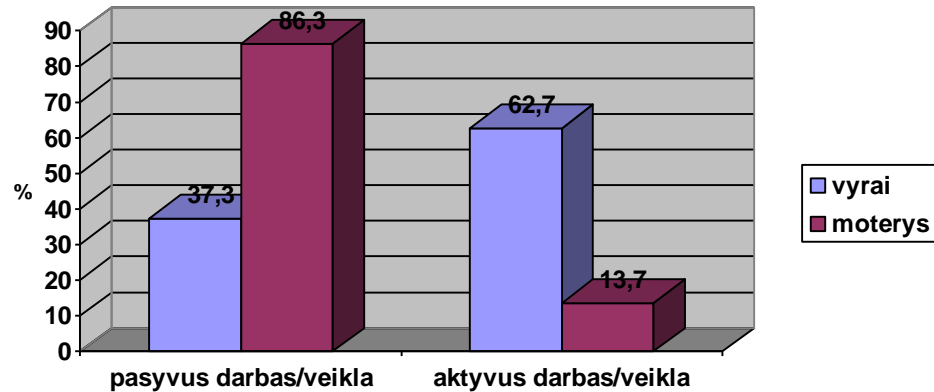
16 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir nuomonę apie savo svorį.

Analizuojant respondentų nuomonę apie savo svorį priklausomai nuo amžiaus, nustatyta, didžiausia dalis normaliu savo kūno svorį laikančių - 50,0 proc. - buvo tarp 46-55 metų amžiaus asmenų, didžiausia dalis (46,8 proc.) per dideliu savo svorį vertinančių buvo tarp 66 metų ir vyresnių respondentų. Skirtumai tarp amžiaus grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 144,0$).

Didžiausia dalis - 56,4 proc. - respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą manė, kad jų svoris normalus. Respondentų, manančių, kad jų svoris per didelis, didžiausia dalis - 57,1 proc. - buvo tarp respondentų įgijusių nebaigtą vidurinį išsilavinimą. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 32,5$).

Analizuojant respondentų nuomonę apie savo svorį, iš viso buvo 101 asmuo, kuris manė, kad jo svoris yra per didelis. Iš jų, turinčių atsvario didžioji dalis - 57,9 proc. buvo moterys, didžioji dalis nutukusių - 43,2 proc. buvo vyrai. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 27,0$).

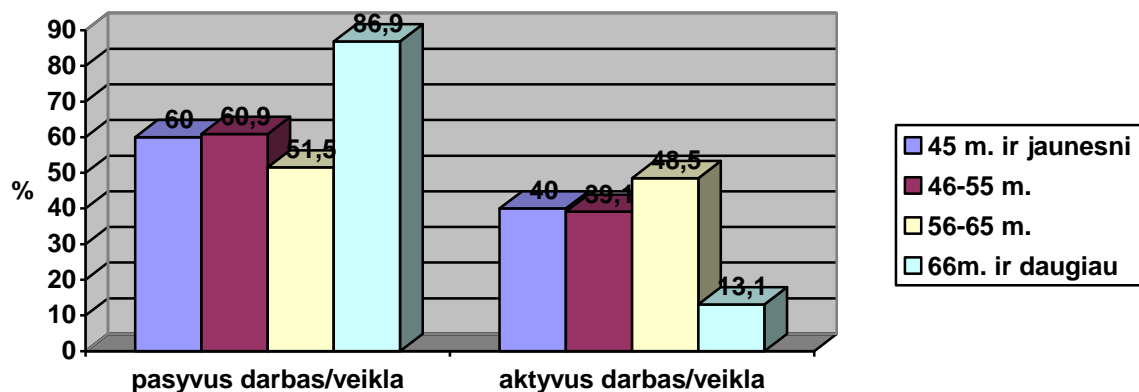
Respondentams buvo užduotas klausimas apie jų darbą ir/ar veiklą. Analizuojant duomenis priklausomai nuo lyties nustatyta, kad 86,3 proc. moterų ir 37,3 proc. vyrų darbas ir/ar veikla buvo pasyvi. Skirtumai tarp lyčių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 60,4$).



17 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir veiklos/darbo pobūdį.

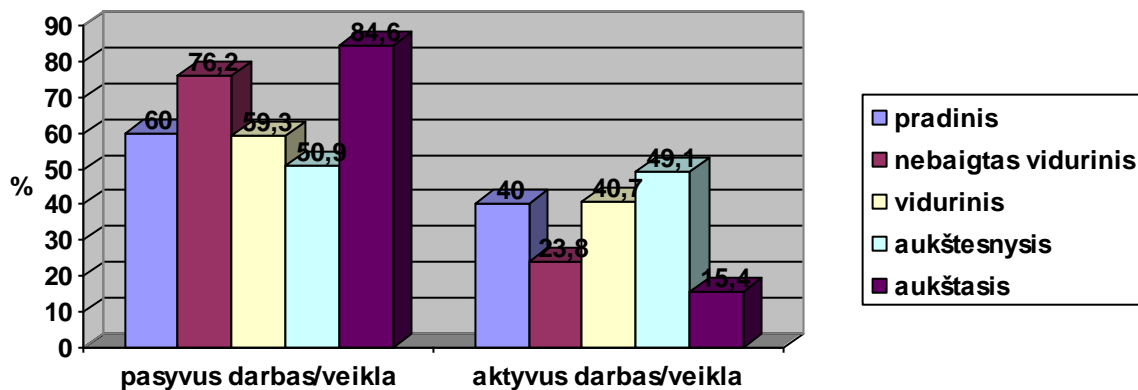
Analizuojant duomenis pagal gyvenamąją vietą skirtumai tarp atsakymų skiriasi nedaug ir yra statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 3,40$).

Analizuojant darbo pobūdį priklausomai nuo amžiaus nustatyta, kad didžioji dalis – 86,9 proc. - 66 metų amžiaus ir vyresnių respondentų veikla/darbas buvo pasyvūs. Mažiausia dalis respondentų, kurių veikla /darbas pasyvūs buvo 56-66 metų amžiaus grupėje (51,5 proc.). Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 19,1$).



18 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir darbo/veiklos pobūdį.

Analizuojant duomenis priklausomai nuo išsilavinimo nustatyta, kad didžiausia dalis respondentų, kurių veikla/darbas pasyvi buvo tarp aukštąjį išsilavinimą įgijusių asmenų – 84,6 proc., mažiausia dalis - 5,9 proc. - buvo tarp asmenų su aukštesniuoju išsilavinimu. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, χ^2 - 14,7).



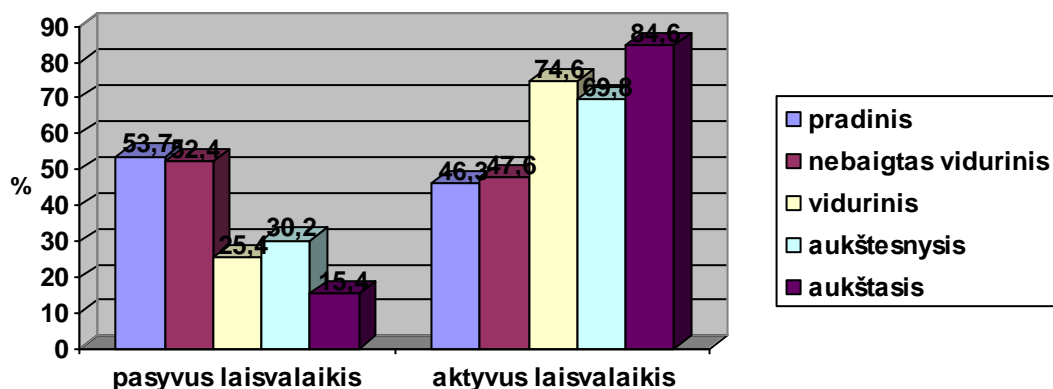
19 pav. Respondentų pasiskirstymas priklausomai nuo išsilavinimo ir darbo/veiklos pobūdžio.

Didžioji dalis (15,2 proc.) respondentų, kurie buvo nutukę ir 39,7 proc., kurių KMI buvo norma, veikla/darbo pobūdis buvo pasyvūs. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, χ^2 - 11,68).

Analizuojant cholesterolio koncentracijos kraujyje kiekį priklausomai nuo darbo /veiklos pobūdžio skirtumai tarp grupių buvo nedideli ir statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, χ^2 - 3,44).

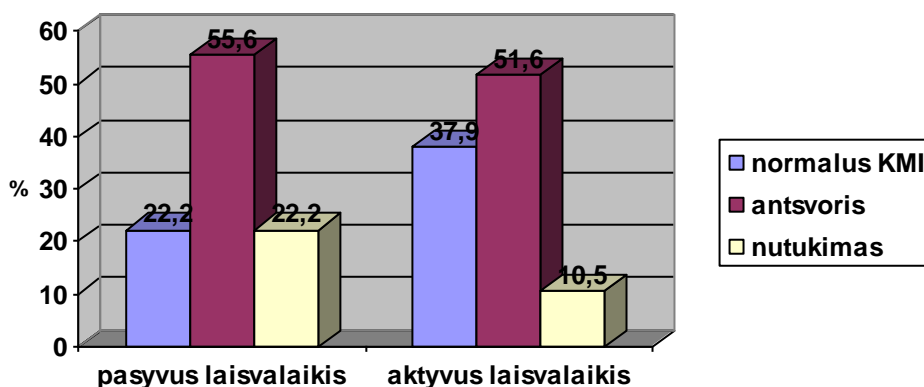
Tyrimo metu respondentų buvo klausiama, kaip jie leidžia laisvalaikį. Analizuojant duomenis priklausomai nuo lyties, gyvenamosios vietos, amžiaus ir laisvalaikio pobūdžio skirtumai tarp grupių nedideli ir statistiškai nereikšmingi.

Analizuojant respondentų atsakymus priklausomai nuo išsilavinimo nustatyta, kad didžiausia dalis 53,7 proc. respondentų, įgijusių pradinį išsilavinimą, laisvalaikį leidžia pasyviai. Didžiausia dalis aktyviai leidžiančių laisvalaikį – 84,6 proc. buvo tarp respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, χ^2 - 21,5).



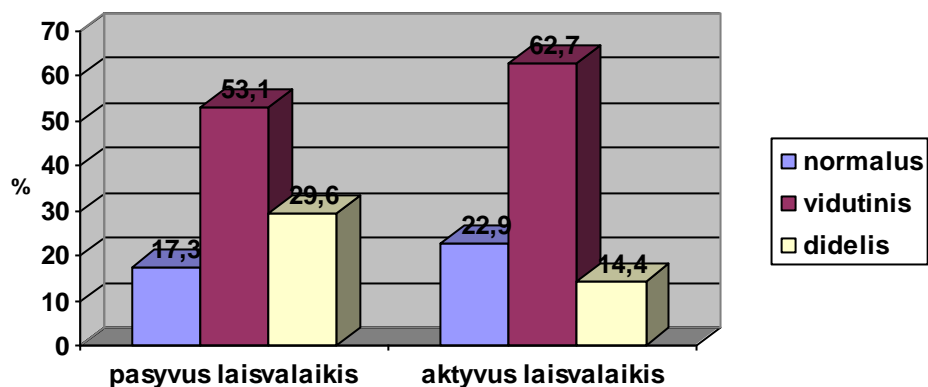
20 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir laisvalaikio pobūdį.

Analizuojant duomenis nustatyta, kad didžiausia dalis – 22,2 proc. nutukusių ir 55,6 proc. turinčių antsvorio respondentų laisvalaikį leido pasyviai. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 9,21$).



21 pav. Respondentų pasiskirstymas priklausomai nuo KMI ir laisvalaikio pobūdį.

Didžiausia dalis – 29,6 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje yra didelė, laisvalaikį leido pasyviai. Didžiausia dalis respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje normali (22,9 proc.) laisvalaikį leido aktyviai. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 7,89$).



22 pav. Respondentų pasiskirstymas priklausomai nuo cholesterolio koncentracijos kraujyje ir laisvalaikio pobūdžio.

Tyrimo metu buvo klausama respondentų nuomonės, kokios yra širdies ir kraujagyslių ligų priežastys. 45,3 proc. respondentų širdies ir kraujagyslių ligų priežastį nurodė netinkamą mitybą, iš jų 35,3 proc. moterų ir 53,0 proc. vyrų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 7,30$). Analizuojant širdies ir kraujagyslių ligų priežastis priklausomai nuo amžiaus - netinkamą mitybą, kaip širdies ir kraujagyslių ligų priežastį, nurodė didžiausia dalis (59,7 proc.) 66 metų ir vyresnių respondentų, mažiausia dalis – 28,8 proc. buvo tarp 56-65 metų amžiaus grupės asmenų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 12,60$). Vertinant pagal išsilavinimą nustatyta, kad didžiausia dalis - 84,6 proc. respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą, nurodė širdies ir kraujagyslių ligų priežastį – netinkama mityba, mažiausia dalis - 12,2 proc. buvo pradinį išsilavinimą turinčių respondentų grupėje. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 46,7$).

59,4 proc. respondentų širdies ir kraujagyslių ligų priežastį nurodė alkoholio vartojimą, iš jų 70,5 proc. moterų ir 45,1 proc. vyrų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 15,3$). Alkoholio vartojimą, kaip vieną iš širdies ir kraujagyslių ligų priežasčių nurodė didžiausia dalis - 83,9 proc. - respondentų tarp 66 metų ir vyresnių, mažiausia dalis buvo tarp 45 metų ir jaunesnių respondentų. Skirtumai tarp atsakymų

statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 22,0$). Analizuojant pagal išsilavinimą skirtumai tarp grupių nedideli ir statistikai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,84$).

Net 74,2 proc. respondentų širdies ir kraujagyslių ligų priežastį nurodė rūkymą, iš jų 84,0 proc. moterų ir 61,8 proc. vyrų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 14,6$). Rūkymą, kaip vieną iš galimų širdies ir kraujagyslių ligų priežasčių nurodė didžiausia dalis – 88,7 proc. - respondentų tarp 66 metų ir vyresnių, mažiausia dalis – 64,6 proc.- tarp 56-65 metų amžiaus respondentų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 12,1$). Analizuojant pagal išsilavinimą skirtumai tarp grupių nedideli ir statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,84$).

Analizuojant duomenis nustatyta, kad 73,4 proc. respondentų, kaip galima širdies ir kraujagyslių ligų priežastį nurodė padidėjusį AKS, iš jų net 80,9 proc. moterų ir 63,7 proc. vyrų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 8,68$). Padidėjusį AKS, kaip vieną iš galimų širdies ir kraujagyslių ligų priežasčių nurodė didžiausia dalis – 87,7 proc. respondentų 56-65 metų amžiaus grupėje, mažiausia dalis – 51,7 proc. buvo tarp 45 ir jaunesnių asmenų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 22,0$). Analizuojant pagal išsilavinimą skirtumai tarp grupių nedideli ir statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 7,05$).

Analizuojant širdies ir kraujagyslių ligų priežastis nustatyta, kad 49,4 proc. respondentų, kaip vieną iš galimų širdies ir kraujagyslių ligų priežasčių, nurodė cholesterolio koncentracijos kraujyje padidėjimą, iš jų 59,8 proc. moterų ir 35,6 proc. vyrų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 13,4$). Analizuojant širdies ir kraujagyslių ligų priežastis amžiaus grupėse skirtumai nedideli ir statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 2,25$). Cholesterolio koncentracijos kraujyje padidėjimą, kaip vieną iš galimų širdies ir kraujagyslių ligų priežasčių nurodė didžiausia dalis (81,6 proc.) respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą,

mažiausia dalis - 22,0 proc. buvo tarp asmenų, įgijusių pradinį išsilavinimą. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 30,6$).

32,1 proc. respondentų, kaip širdies ir kraujagyslių ligų priežastį nurodė nepakankamą fizinį aktyvumą. Analizuojant pagal lytį bei amžiaus grupes, skirtumai nedideli ir statistikai nereikšmingi, atitinkamai ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,23$) ir ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,32$). Nepakankamą fizinį aktyvumą, kaip vieną iš galimų širdies ir kraujagyslių ligų priežasčių, nurodė didžiausia dalis (56,4 proc.) respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą, mažiausia dalis - 7,3 proc. buvo tarp respondentų, įgijusių pradinį išsilavinimą. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 26,5$).

Net 89,3 proc. respondentų širdies ir kraujagyslių ligų priežastį nurodė antsvorį. Analizuojant pagal lytį, amžiaus grupes bei išsilavinimą, skirtumai nedideli ir statistiškai nereikšmingi.

Analizuojant duomenis nustatyta, kad 74,4 proc. respondentų širdies ir kraujagyslių ligų priežastį nurodė paveldėjimą. Analizuojant pagal lytį bei amžiaus grupes, skirtumai nedideli ir statistiškai nereikšmingi, atitinkamai ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,91$) ir ($p > 0,05$, $\chi^2 - 5,62$). Paveldėjimą, kaip vieną iš galimų širdies ir kraujagyslių ligų priežasčių nurodė didžiausia dalis 89,7 proc. respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą, mažiausia dalis – 53,7 proc. tarp respondentų, įgijusių pradinį išsilavinimą. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 15,0$).

Visas iš išvardintų priežasčių, kurios gali turėti įtakos širdies ir kraujagyslių ligų išsivystymui nurodė 20,1 proc. respondentų, iš jų 28,8 proc. moterų ir 8,8 proc. vyrų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 14,3$). Analizuojant duomenis priklausomai nuo amžiaus nustatyta, kad skirtumai nedideli ir statistikai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,76$). Visas priežastis, kurios gali turėti įtakos širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimui nurodė didžiausia dalis 46,2 proc.) respondentų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą,

mažiausia dalis - 7,3 proc. tarp pradinį išsilavinimą įgijusių respondentų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 24,6$).

Analizuojant duomenis apie širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių dažnį nustatyta, kad kasdien rūkančių respondentų buvo trečdalis, rūkiusių, bet metusių - 12 proc. Tik penktadalis respondentų buvo visai nevartojančių alkoholio, didžiausia dali respondentų alkoholio vartoja keletą kartų per mėnesį. Analizuojant respondentų įprotį vartoti druską, moterų niekada nesūdančių paruošto maisto buvo 26 proc., vyrų – 56 proc. Didžioji dalis (15,2 proc.) respondentų, kurie buvo nutukę ir 39,7 proc., kurių KMI buvo norma, veikla/darbo pobūdis buvo pasyvūs. Analizuojant duomenis nustatyta, kad didžiausia dalis – 22,2 proc. nutukusių ir 55,6 proc. turinčių antsvorio respondentų laisvalaikį leido pasyviai. 70 proc. moterų ir tik 27 proc. vyrų manė, kad alkoholis sveikatai kenkia. Tik 25,0 proc. respondentų, kurie turi antsvorio ir 6,3 proc. nutukusių, maisto produktus rinkosi pagal sveikos mitybos principus. Didžiausia dalis – trečdalis respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje yra didelė, laisvalaikį leido pasyviai. Didžiausia dalis respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje normali (22,9 proc.) laisvalaikį leido aktyviai. Iš prižasčių, kurios galėtų turėti įtakos širdies ir kraujagyslių ligų išsivystymui respondentai dažniausiai įvardijo antsvorį, genetinį faktorių bei padidėjusį AKS.

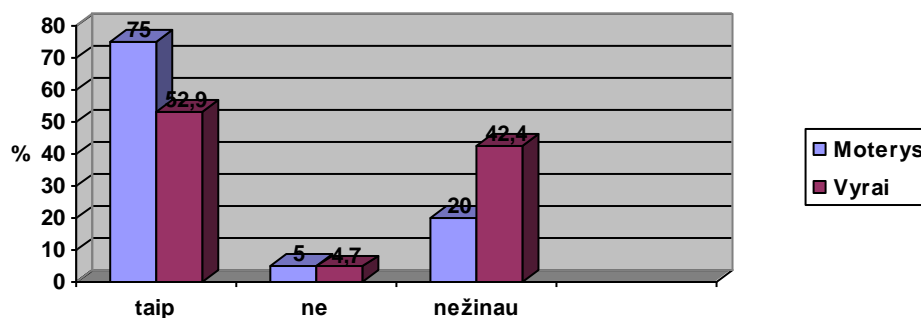
2001-2002 metais atlikto tyrimo duomenimis, tarp vidutinio amžiaus Kauno populiacijos reguliariai rūkė 41,5 proc. vyrų ir 11,3 proc. moterų. Vyrų metė rūkyti 2,6 karto dažniau negu moterys. Vyrų ir moterų rūkymo įpročiai buvo susiję su amžiumi, išsimokslinimu, profesija bei mažai kito per praėjusius 20 metų (lyginant su 1983-1985 atlikto tyrimo duomenimis). Analizuojant moterų rūkymo įpročius nustatyta, kad reguliariai rūkančių moterų skaičius padidėjo, nuo 4,1 iki 11,3 proc. Analizuojant duomenis skirtingose amžiaus grupėse, nustatyta, kad senstant didėjo metančių rūkyti vyrų ir mažėjo metančių rūkyti moterų (12). Atliekant 45-72 metų amžiaus Kauno gyventojų sveikatos ir gyvenamosios ypatumų tyrimą, antsvoris nustatytas 45-54 metų grupėje, nutukimas – 65-72 metų grupėje. Analizuojant pagal amžiaus grupes, 45-54 metų vyrams dažniau nei moterims nustatytas antsvoris, ta pati tendencija vyravo ir 65-72 metų grupėje. Pagyvenusio amžiaus vyrai (65-72

m.) rūkė tris kartus rečiau palyginus su 45-54 metų grupe. Moterų grupėje pastebėta panaši rūkymo įpročio paplitimo, priklausomai nuo mažiau, tendencija (12).

3.3. PACIENTŲ SAVIKONTROLĖS PASTANGOS VYKDANT ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ RIZIKOS VEIKSNIŲ KONTROLĖ

Respondentams užduotas klausimas: „Ar norėtum mesti rūkyti?“. Iš viso norinčių mesti rūkyti buvo 57,1 proc. Vertinant norinčius mesti rūkyti amžiaus grupėse, skirtumai nėra dideli ir statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 3,93$). Nenorinčių mesti rūkyti yra 4,8 proc., neapsisprendusių – 38,1 proc. respondentų.

Analizuojant pagal lytį norinčių mesti rūkyti daugiau buvo moterų grupėje nei vyrų grupėje- atitinkamai 75,0 ir 52,9 proc., nenorinčių mesti rūkyti– 5,0 proc. tarp moterų ir 4,7 proc. tarp vyrų, neapsisprendusių dėl rūkymo įpročių keitimo– 20,0 proc. moterų grupėje ir 42,4 proc. vyrų grupėje. Skirtumai tarp vyrų ir moterų grupių buvo statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 3,51$).

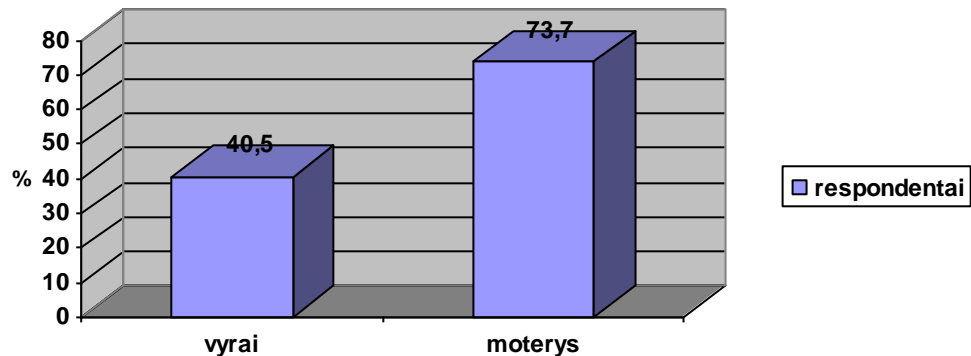


23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir norą mesti rūkyti.

Analizuojant norą mesti rūkyti priklausomai nuo respondentų išsilavinimo, didžiausia dalis norinčių mesti rūkyti (82,4 proc.) buvo aukštąjį išsilavinimą įgijusių respondentų grupėje, nenorinčių mesti – tarp respondentų su aukštesniu išsilavinimu – 9,1 proc., nežinančių kaip pasielgti - 72,2 proc. tarp įgijusių pradinį išsilavinimą respondentų. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 18,0$).

Analizuojant pagal gyvenamąją vietą didžiausia dalis norinčių mesti rūkyti buvo tarp miesto gyventojų (67,3 proc.), o nežinančių kaip pasielgti - tarp kaimo gyventojų (46,4 proc.) Skirtumai analizuojant pagal gyvenamąją vietą statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 3,95$).

Tyrimo metu respondentų buvo klausiama, ar jie bandė mesti rūkyti. Analizuojant duomenis, tarp apklaustųjų kada nors bandžiusių mesti rūkyti buvo 46,6 proc. respondentų. Analizuojant bandymus mesti rūkyti amžiaus grupėse nustatyta, kad daugiausiai bandžiusių mesti rūkyti yra tarp 66 m. amžiaus ir vyresnių (55,6 proc.), mažiausia tarp - 45 metų ir jaunesnių (39,4 proc.) respondentų. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,9$).



24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir bandymą mesti rūkyti.

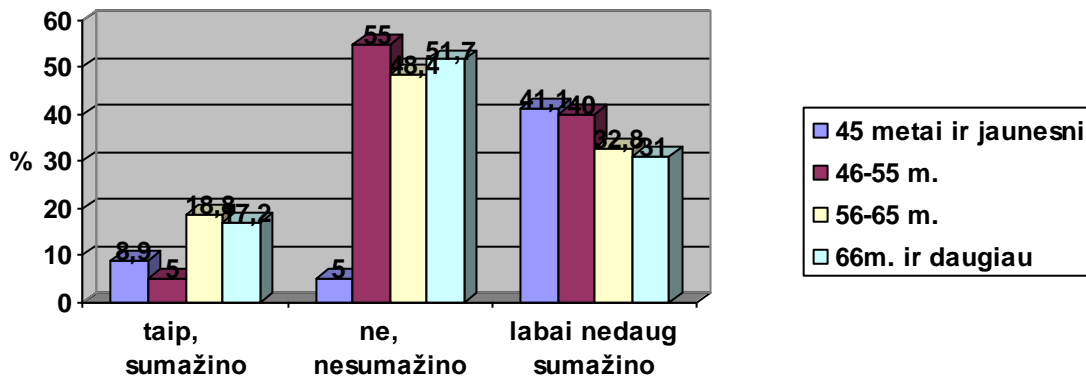
Analizuojant bandymą mesti rūkyti pagal lytį, moterų, bandžiusių mesti rūkyti yra 73,7 proc., vyrų – 40,5 proc. Lyties grupėse skirtumai statistiškai reikšmingi, t.y. moterys rūkyti bandė mesti dažniau nei vyrai ($p < 0,05$, $\chi^2 - 6,9$).

Analizuojant pagal gyvenamąją vietą, mieste gyvenantys apklaustieji dažniau buvo bandę mesti rūkyti (59,2 proc.) nei kaime (35,2 proc.). Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 5,95$).

Analizuojant bandymą mesti rūkyti priklausomai nuo respondentų išsilavinimo, mesti rūkyti bandė 76,5 proc. turinčių aukštąjį išsilavinimą ir 17,6 proc. respondentų pradinio išsilavinimo grupėje: skirtumai tarp išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 13,1$).

Respondentams buvo užduotas klausimas: „Ar jiems pavyko sumažinti kūno svorį?“. Iš tų asmenų, kuriems buvo patarta mažinti kūno svorį, moterų, kurioms pavyko sumažinti buvo 22,1 proc., vyrų – 2,1 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 38,11$). Pagal amžių svorį labiausiai sekėsi sumažinti (18,8 proc.) 56-66 metų amžiaus respondentams, mažiausia dalis, kuriems svorio sumažinti nepasisekė (48,4 proc.) buvo tarp 56-65 metų amžiaus respondentų. Iš viso svorio sumažinti pavyko 13,3 proc.

respondentų, 111 asmenų svorio sumažinti nepavyko. Skirtumai tarp amžiaus grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 6,37$).

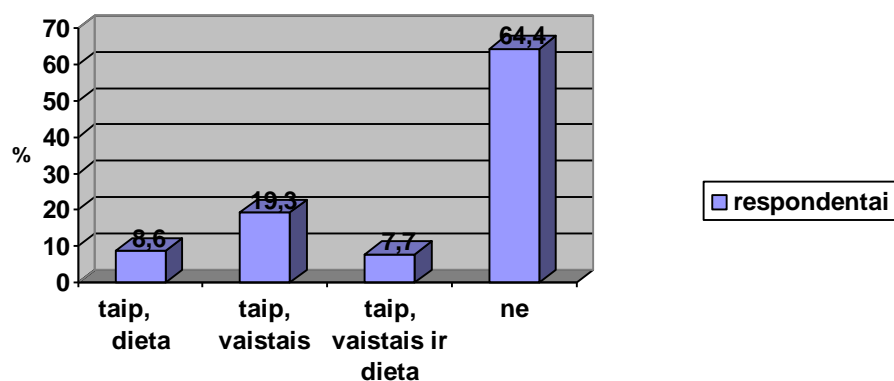


25 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir pastangas sumažinti kūno svorį.

Analizuojant respondentų pastangas mažinti savo svorį, didžiausia dalis, kuriems pavyko sumažinti savo kūno svorį (24,5 proc.) buvo tarp respondentų, įgijusių aukštesnį išsilavinimą. Didžiausia dalis asmenų, kuriems nepasisekė sumažinti savo svorį (70,3 proc.) buvo tarp turinčių pradinį išsilavinimą respondentų. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 27,0$).

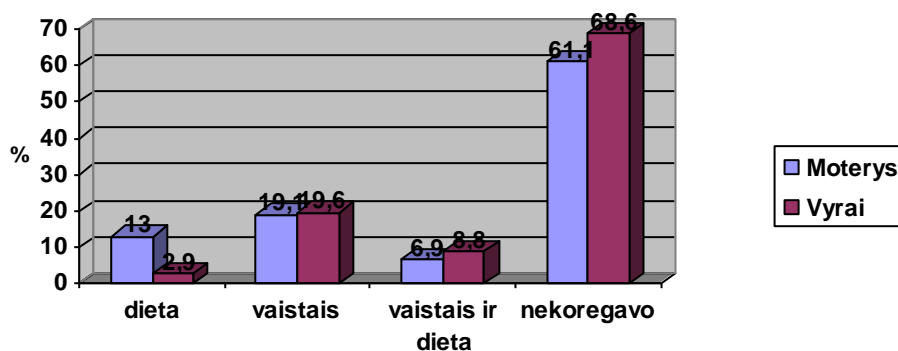
Analizuojant duomenis respondentų buvo klausiama, ar jie koregavo ir kokiais būdais koregavo cholesterolio kiekį kraujyje. Didžiausia dalis respondentų, koregavusių cholesterolio koncentraciją kraujyje buvo 56-66 metų amžiaus grupėje (44,6 proc.), nekoregavusių cholesterolio koncentracijos kraujyje daugiausia (74,2 proc.) buvo tarp 66 metų amžiaus ir vyresnių respondentų. Skirtumai tarp amžiaus grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 5,95$).

Analizuojant cholesterolio koncentracijos kraujyje mažinimo būdus tarp visų respondentų, nustatyta, kad dieta cholesterolio koncentraciją koregavo 8,6 proc., vaistais - 19,3 proc., vaistais ir dieta - 7,7 proc. respondentų. Nekoregavusių cholesterolio koncentracijos buvo 64,4 proc. asmenų. Didžiausia dalis respondentų, koregavusių cholesterolio koncentraciją kraujyje dieta (11,7 proc.) buvo tarp 45 metų amžiaus ir jaunesnių asmenų, didžiausia dalis vaistais ir dieta cholesterolio koncentraciją koregavusių (10,9 proc.) buvo tarp 46-55 metų amžiaus respondentų, nekoregavusių savo cholesterolio koncentracijos kraujyje - tarp 66 metų amžiaus ir vyresnių respondentų (74,2 proc.). Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 10,5$).



26 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal cholesterolio kiekio kraujyje koregavimą.

Pagal lytį cholesterolio koncentraciją kraujyje dieta koregavusių didžiausia dalį sudarė moterys – 13,0 proc., vaistais ir dieta koregavusių cholesterolį daugiausia buvo vyrų - 19,6 proc. Nekoregavusių cholesterolio koncentracijos kraujyje didžiausia dalis (68,6 proc.) buvo tarp vyrų. Skirtumai tarp vyrų ir moterų grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 7,52$). Didžioji dalis bet kuriuo iš nurodytų būdų koregavusių cholesterolio kiekį kraujyje buvo tarp moterų - 38,9 proc. Skirtumai tarp vyrų ir moterų atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 1,43$).



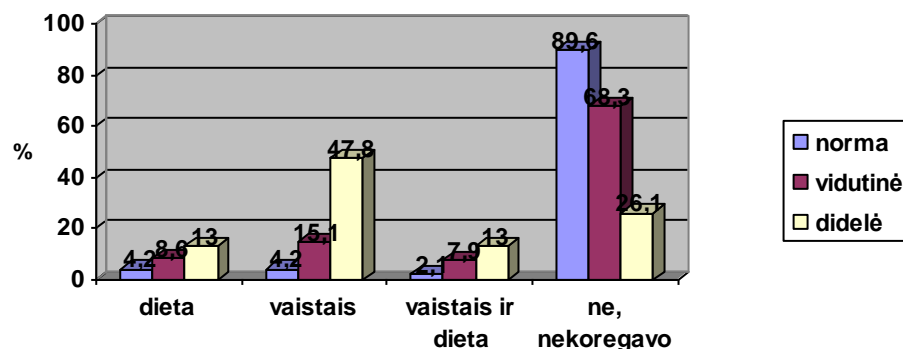
27 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir cholesterolio koncentracijos kraujyje korekciją.

Analizuojant cholesterolio koncentracijos kraujyje būdus priklausomai nuo išsilavinimo nustatyta, jog didžiausia dalis - 53,8 proc. - cholesterolio koncentraciją kraujyje koregavusių respondentų buvo tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą. Didžioji dalis nekoregavusių cholesterolio koncentraciją buvo tarp respondentų su viduriniu išsilavinimu - 72,9 proc. Skirtumai tarp išsilavinimo grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 7,95$).

Didžiausia dalis respondentų, koregavusių cholesterolio koncentraciją kraujyje dieta buvo tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą - 25,6 proc., vaistais koregavusių cholesterolio koncentraciją – tarp asmenų su pradiniu išsilavinimu - 29,3 proc., vaistais ir dieta – tarp asmenų su aukštuoju išsilavinimu - 12,8 proc. Net 72,9 proc. respondentų, įgijusių vidurinį išsilavinimą, cholesterolio koncentracijos kraujyje nekoregavo. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 28,3$).

Analizuojant cholesterolio koncentracijos kraujyje koregavimo būdus priklausomai nuo gyvenamosios vietos, nustatyta, kad skirtumai tarp miesto ir kaimo gyventojų atsakymų buvo statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,25$). Didžiausia dalis respondentų, koregavusių cholesterolio koncentraciją kraujyje dieta - 13,6 proc. - buvo tarp miesto gyventojų. Vaistais bei vaistais ir dieta cholesterolį koregavo atitinkamai 21,1 proc. ir 8,9 proc. kaimo gyventojų. Nekoreguojančių daugiausia - 65,9 proc. - buvo taip pat tarp kaimo gyventojų. Skirtumai tarp kaimo ir miesto atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 7,24$).

73,9 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje yra didelė, ją koregavo. Didžiausia dalis cholesterolio koncentracijos kraujyje nekoregavusių buvo tarp tų respondentų, kurių koncentracija yra normali – 89,6 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 43,7$). Analizuojant cholesterolio koncentracijos kraujyje korekciją, respondentai, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje yra didelė, ją koregavo visais būdais: dieta, vaistais bei dieta ir vaistais, atitinkamai – 13,0 proc.; 47,8 proc. ir 13,0 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų pagal cholesterolio koncentraciją kraujyje statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 28,4$).

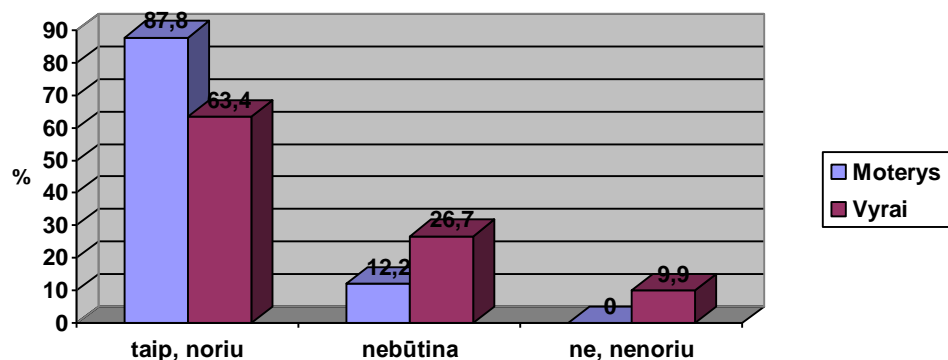


28 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal cholesterolio koncentracijos kraujyje lygį ir jos korekcijos būdus.

Moterys, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje buvo didelė, dažniausiai ją koregavo vaistais bei dieta, atitinkamai – 21,7 proc. ir 43,5 proc. Vaistais ir dieta kartu dažniausia koregavo moterys, kurioms buvo nustatyta vidutiniškai padidėjusi cholesterolio koncentraciją - 9,3 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 24,4$).

Vyrai, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje buvo didelė, ją koregavo visais būdais: dieta, vaistais, vaistais ir dieta, atitinkamai – 4,3 proc., 52,2 proc. ir 17,4 proc. Didžioji dalis vyrų (78,1 proc.), kurių cholesterolio koncentracija kraujyje padidėjus vidutiniškai, jos nekoregavo. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 28,4$).

Tyrimo metu respondentams buvo užduotas klausimas, ar jie nori žinoti savo arterinį kraujo spaudimą (AKS). 87,8 proc. moterų ir 63,4 proc. vyrų atsakė teigiamai. 26,7 proc. vyrų ir 12,2 proc. moterų manė, kad savo AKS žinoti nebūtina. Vyrų, nenorinčių žinoti savo AKS buvo 9,9 proc., moterų, nenorinčių žinoti savo AKS – nebuvo. Skirtumai tarp vyrų ir moterų atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 23,9$).



29 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir norą žinoti savo AKS.

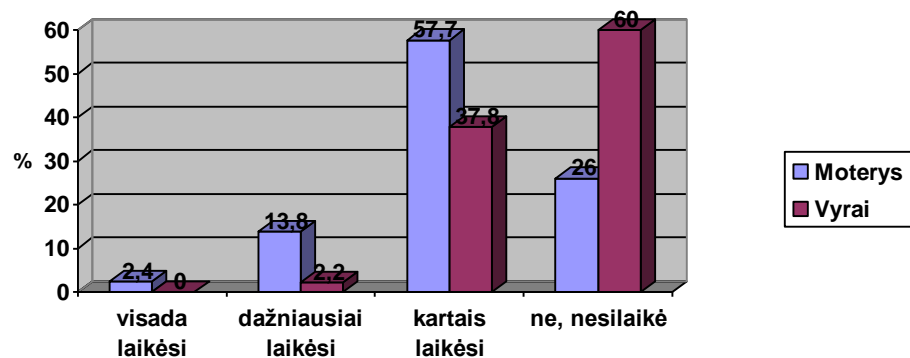
Analizuojant duomenis apie respondentų norą žinoti savo AKS priklausomai nuo amžiaus, didžiausia dalis - 81,5 proc. - savo norinčių žinoti savo AKS buvo 56-66 metų respondentų grupėje, mažiausia dalis - 76,1 proc. - 46-55 metų amžiaus grupėje. Manančių, kad savo AKS žinoti nebūtina, didžiausia dalis - 23,0 proc. - buvo 66 m. amžiaus ir vyresnių respondentų grupėje. Skirtumai tarp amžiaus grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 4,7$).

Analizuojant duomenis respondentų norą žinoti savo AKS priklausomai nuo išsilavinimo, didžiausia dalis norėjusių žinoti savo AKS buvo įgijusių aukštąjį išsilavinimą

respondentų grupėje – 97,4 proc., nenorinčių žinoti savo AKS - įgijusių nebaigtą vidurinį išsilavinimą respondentų grupėje – 7,1 proc., manančių, kad savo AKS žinoti nebūtina - tarp pradinį išsilavinimą įgijusių respondentų – 57,5 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 57,2$).

87,3 proc. mieste gyvenančių respondentų savo AKS žinoti norėjo. Kaimo gyventojų, norinčių žinoti savo AKS, buvo 68,0 proc., didžioji dalis manančių, kad AKS žinoti nebūtina, buvo taip pat tarp kaimo gyventojų - 27,9 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 14,9$).

Respondentams buvo užduotas klausimas: „Ar jie laikėsi medikų rekomendacijų AKS mažinti nemedikamentinėmis priemonėmis?“. Analizuojant duomenis nustatyta, kad medikų rekomendacijų nemedikamentinėmis priemonėmis mažinti AKS visada laikėsi tik 2,4 proc. moterų, ir nei vienas vyras. Dažniausiai rekomendacijų laikėsi 13,8 proc. moterų ir 2,2 proc. vyrų. Medikų rekomendacijų nemedikamentinėmis priemonėmis mažinti AKS nesilaikė 60,0 proc. vyrų ir 26,0 proc. moterų. Skirtumai tarp vyrų ir moterų atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 29,1$).



30 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį bei medikų rekomendacijas AKS reguliuoti nemedikamentinėmis priemonėmis.

Analizuojant duomenis priklausomai nuo gyvenamosios vietos, didžiausia dalis respondentų, kurie visada bei dažniausiai laikėsi medikų rekomendacijų buvo tarp miesto gyventojų, atitinkamai – 2,0 proc. ir 15,2 proc. Medikų rekomendacijų nemedikamentinėmis priemonėmis mažinti AKS nesilaikė didžioji dalis kaimo gyventojų - 52,6 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 19,7$).

Vertinant pagal išsilavinimą, nustatyta, kad didžiausia dalis medikų rekomendacijų nemedikamentinėmis priemonėmis mažinti AKS besilaikančių buvo tarp

aukštąjį išsilavinimą įgijusių respondentų - 31,4 proc. Didžiausia dalis nesilaikiusių rekomendacijų buvo tarp respondentų įgijusių pradinį išsilavinimą - 72,2 proc. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 54,2$).

Analizuojant duomenis priklausomai nuo amžiaus, nustatyta, kad didžiausia dalis respondentų, visada bei dažniausiai besilaikiusių medikų rekomendacijų nemedikamentinėmis priemonėmis mažinti AKS, buvo tarp 45 metų amžiaus ir jaunesnių asmenų, atitinkamai – 2,0 proc. ir 15,7 proc. Didžiausia nesilaikiusių medikų rekomendacijų buvo tarp 56-66 metų amžiaus respondentų – 52,5 proc. Skirtumai tarp amžiaus grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 9,44$).

Respondentai vyrai, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje nustatyta didelė ir/ar vidutiniškai padidėjusi, medikų rekomendacijų nemedikamentinėmis priemonėmis mažinti AKS laikėsi atitinkamai 19,4 proc. ir 55,6 proc. asmenų. Didžioji dalis moterų - 54,9 proc., kurios laikėsi medikų rekomendacijų, buvo vidutiniškai padidėjusio cholesterolio koncentracijos kraujyje grupėje. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,25$).

Tyrimo metu respondentams buvo užduotas klausimas, iš kokių šaltinių jie rinkosi informacijos apie ligą. Gydytojas ir/ar slaugytojas informacijos apie ligą suteikė 180 respondentų. Analizuojant informacijos apie ligą šaltinius priklausomai nuo lyties, išsilavinimo ir gyvenamosios vietos, nustatyta, kad skirtumai tarp grupių nedideli ir statistiškai nereikšmingi, atitinkamai ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,03$); ($p > 0,05$, $\chi^2 - 3,91$) ir ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,25$). Didžiausia dalis (87,0 proc.) asmenų, kuriems informacijos apie ligą suteikė gydytojas ir/ar slaugytojas buvo tarp 46-55 metų amžiaus respondentų, mažiausia dalis - 65,0 proc. - 45 metų ir jaunesnių asmenų grupėje. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 7,84$).

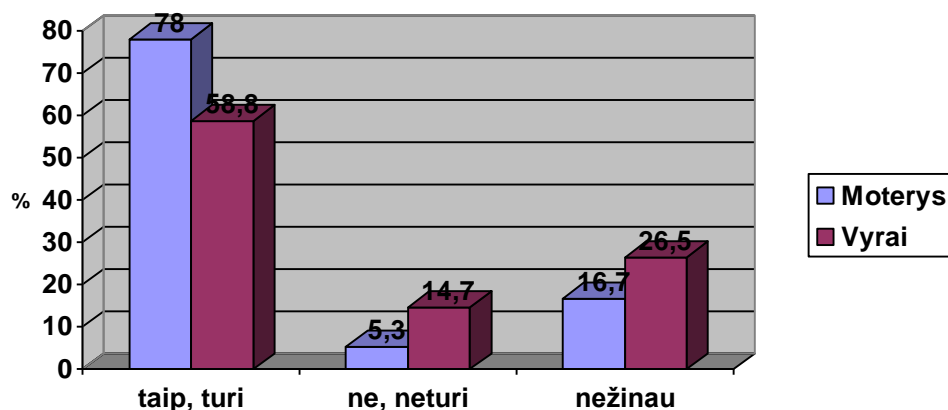
Šeimos nariai, artimieji, draugai informacijos apie ligą suteikė 64 respondentams. Analizuojant pagal lytį, išsilavinimą ir gyvenamąją vietą, nustatyta, kad skirtumai tarp grupių nedideli ir statistiškai nereikšmingi, atitinkamai ($p > 0,05$, $\chi^2 - 3,25$); ($p > 0,05$, $\chi^2 - 8,03$) ir ($p > 0,05$, $\chi^2 - 2,23$). Didžiausia dalis (41,7 proc.) asmenų, kuriems informacijos apie ligą suteikė šeimos nariai, artimieji, draugai buvo 45 metų ir jaunesnių amžiaus grupėje, mažiausia dalis – 10,6 proc. tarp 56-65 metų amžiaus respondentų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 19,9$).

Televizija, žiniasklaida, internetas informacijos šaltiniu apie ligą buvo 174 respondentams. Analizuojant duomenis priklausomai nuo lyties nustatyta, kad skirtumai tarp grupių nedideli ir statistikai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 0,12$). Didžiausia dalis (85,0 proc.)

asmenų, kuriems informacijos apie ligą suteikė televizija, žiniasklaida, internetas, buvo 45 metų ir jaunesnių respondentų grupėje, mažiausia dalis - 60,9 proc. - tarp 46-55 metų amžiaus asmenų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 9,45$). Analizuojant informacijos apie ligą šaltinius priklausomai nuo išsilavinimo, didžiausia dalis (90,6 proc.) respondentų, įgijusių aukštesnį išsilavinimą žinių apie ligą sėmėsi iš televizijos, žiniasklaidos, interneto, mažiausia dalis - 34,1 proc.- buvo tarp pradinį išsilavinimą įgijusių respondentų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 49,3$). Analizuojant priklausomai nuo gyvenamosios vietos nustatyta, kad televizija, žiniasklaida, internetas žinių apie ligą suteikė 83,6 proc. miesto ir 66,1 proc. kaimo gyventojų. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 9,37$).

Respondentams buvo užduotas klausimas: „Ar gydytojo ir/ar slaugytojo patarimai turi įtakos jų gyvenimo būdui?“. Analizuojant gydytojo ir/ar slaugytojo patarimus priklausomai nuo amžiaus nustatyta, kad didžioji dalis respondentų (82,3 proc.), kuriems medikų patarimai turėjo įtakos gyvenimo būdui buvo tarp 66 metų amžiaus ir vyresnių asmenų, tuo tarpu didžiausia dalis respondentų - 19,6 proc., kuriems medikų patarimai įtakos gyvenimo būdui neturėjo buvo 46-55 metų amžiaus grupėje. Didžiausia neturinčių nuomonės apie medikų patarimus gyvenimo būdui respondentų dalis – 25,8 proc. buvo tarp 56-66 metų amžiaus asmenų. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 14,8$).

Analizuojant gydytojo ir/ar slaugytojo patarimus priklausomai nuo lyties, nustatyta, kad medikų patarimai įtakos gyvenimo būdui turėjo 78,0 proc. moterų ir 58,8 proc. vyrų, neturinčių nuomonės didžioji dalis (26,5 proc.) buvo tarp vyrų, 14,7 proc. vyrų ir 5,3 proc. moterų medikų patarimai gyvenimo būdui įtakos neturėjo. Skirtumai tarp vyrų ir moterų atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 11,1$).



31 pav. Respondentų pasiskirstymas ar turėjo jų gyvenimo būdai įtakos gydytojų/ slaugytojų patarimai.

Analizuojant duomenis priklausomai nuo gyvenamos vietos, nustatyta, kad 75,5 proc. respondentų, gyvenančių mieste ir 64,5 proc. respondentų, gyvenančių kaime, medikų patarimai gyvenimo būdai įtakos turėjo. Didžiausia dalis respondentų, kurie nurodė, kad jų gyvenimo būdai medikų patarimai įtakos neturėjo buvo tarp kaimo gyventojų – 10,5 proc. Neturinčių nuomonės apie medikų patarimų įtaką jų gyvenimo būdai buvo tarp 25,0 proc. kaimo ir 16,4 proc. miesto gyventojų. Skirtumai tarp grupių atsakymų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$, $\chi^2 - 3,05$).

Analizuojant gydytojo ir/ar slaugytojo patarimus priklausomai nuo išsilavinimo, nustatyta, kad didžiausia dalis respondentų (87,2 proc.), kuriems medikų patarimai įtakos gyvenimo būdai turėjo buvo tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą. Didžiausia dalis 17,1 proc. respondentų, kuriems medikų patarimai gyvenimo būdai įtakos neturėjo buvo tarp įgijusių pradinį išsilavinimą. Neturėjusių nuomonės apie medikų patarimų įtaką gyvenimo būdai didžiausia dalis – 36,6 proc. buvo taip pat tarp respondentų, įgijusių pradinį išsilavinimą. Skirtumai tarp atsakymų statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$, $\chi^2 - 26,1$).

Analizuojant respondentų savikontrolės pastangas vykdant širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnių kontrolę nustatyta, kad respondentų savikontrolė nėra pakankamai aktyvi. Norinčių mesti rūkyti buvo pusė respondentų, neapsisprendusių – 38 proc., nenorinčių mesti – 5 proc. 70 proc. moterų ir 40 proc. vyrų bandė mesti rūkyti. Iš tų asmenų, kuriems buvo patarta mažinti kūno svorį, 22 proc. moterų ir tik 2 proc., vyrų svorį sumažinti pavyko. Analizuojant cholesterolio koncentracijos kraujyje mažinimo būdus tarp visų respondentų, nustatyta, kad dieta cholesterolio koncentraciją koregavo 9 proc., vaistais - 19 proc., vaistais ir dieta – 8 proc. respondentų. Nekoregavusių cholesterolio koncentracijos buvo 64 proc. asmenų. 27 proc. vyrų ir 12 proc. moterų manė, kad savo AKS žinoti nebūtina. Medikų rekomendacijų AKS mažinti nemedikamentinėmis priemonėmis visada laikėsi tik 2,5 proc. moterų, vyrų tame tarpe nebuvo. Rekomendacijų nesilaikė 60 proc. vyrų ir 26 proc. moterų. Analizuojant informacijos apie ligą šaltinius nustatyta, kad 180 respondentų informacijos suteikė gydytojas ir/ar slaugytojas. 15 proc. vyrų ir 5 proc. moterų gydytojų ir/ar slaugytojų patarimai įtakos gyvenimo būdai neturėjo.

IŠVADOS

1. Tyrimo metu nustatyta, kad vykdant širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių kontrolę bendrosios praktikos gydytojų ir slaugytojų veikla nebuvo pakankama. Mesti rūkyti, mažinti suvartojamo alkoholio kiekį bei mažinti kūno svorį dažniausiai pacientams patarė šeimos nariai, medikai buvo antroje vietoje. Tik pusę respondentų gydytojas ir/ar slaugytojas informavo, kad jų kraujyje cholesterolio koncentracija yra padidėjusi. Profilaktikos tema kiekvieno apsilankymo metu medikai bendravo tik su puse visų respondentų. Tik 15 proc. vyrų ir 10 proc. moterų pakanka gydymo įstaigoje gaunamos informacijos ir žinių apie širdies ir kraujagyslių ligas.

2. Tyrimo metu buvo analizuojami duomenys apie rizikos veiksnių paplitimą bei pacientų žinios ir požiūris į širdies ir kraujagyslių ligas. Kasdien ir/ar retkarčiais rūkančių buvo 45 proc. respondentų, rūkusių, bet metusių - 10 proc. Didžiausia dalis nevartojančių alkoholio buvo 60 m. amžiaus ir vyresnių respondentų. 70 proc. moterų ir tik 27 proc. vyrų manė, kad alkoholis sveikatai kenkia. Manančių, kad sveikai maitinai buvo tik 20 proc. apklaustųjų. Šviežių daržovių visai nevartojo 11 proc. vyrų ir 5 proc. moterų. Pusė vyrų ir ketvirtadalis moterų jau paruoštą maistą sudė beveik visada. 89 proc. respondentų, kaip vieną iš dažniausiai pasitaikančių širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių nurodė antsvorį, antroje vietoje – genetinį faktorių, trečioje – padidėjusį AKS. 86 proc. moterų ir 37 proc. vyrų darbas ir/ar veikla buvo pasyvūs, pusė turinčių antsvorio ir ketvirtadalis nutukusių respondentų laisvalaikį leido pasyviai.

3. Tyrimo metu buvo analizuojamos respondentų savikontrolės pastangos vykdant širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių kontrolę. Pusė rūkančių respondentų buvo norinčių mesti rūkyti, 38 proc. – neapsisprendusių. Moterų bandžiusių mesti rūkyti buvo 70 proc., vyrų – 40 proc. Cholesterolio koncentraciją kraujyje dažniausiai respondentai mažino vaistais, antroje vietoje – dieta. Medikų rekomendacijų nemedikamentinėmis priemonėmis reguliuoti AKS nesilaikė 60 proc. vyrų ir 26 proc. moterų. 15 proc. vyrų ir 5 proc. moterų gydytojų ir/ar slaugytojų patarimai įtakos gyvenimo būdui neturėjo.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Šeimos gydytojai ir BP slaugytojai turi daugiau dėmesio ir laiko skirti pacientų mokymui.
2. Pagrindiniu šaltiniu, iš kurio pacientai gautų informacijos apie ŠKL turi būti profesionalai: šeimos gydytojai ir BP slaugytojai.
3. Šeimos gydytojai bei BP slaugytojai turi nuolat domėtis, ką pacientai žino apie ligą, ar tos žinios teisingos ir kokių žinių jiems trūksta.
4. Medikai turi nuolat tobulinti ir gilinti žinias apie ŠKL rizikos veiksnių mažinimo naujoves bei jų taikymo metodikas, t.y. ne tik kokią, bet ir kaip pateikti pacientui informaciją, kad jis suprastų, priimtų ją ir naudotų kasdieniame gyvenime.
5. Parengti pacientų mokymo programas ir priemones (informaciniai leidiniai, internetinė svetainė ir kt..)
5. Pacientams turi būti sudarytos galimybės gauti informacijos apie jų sveikatą ir/ar ligą (būklę), taip įtraukiant į savo sveikatos priežiūrą.
6. Vienas iš pagrindinių pacientų mokymo tikslų turėtų būti savirūpa.

LITERATŪRA

1. Andrijauskaitė D. Lietuvos gyventojų sveikata 2009: apie sergamumą lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime. *Gydymo menas*. 2009;05(164): 4-6.
2. Andrijauskienė D. Širdies ir kraujagyslių ligos - profilaktinio gydymo epicentre. *Gydymo menas*. 2007; 04(139): 116-119.
3. Anglickis M. Kova su širdies ir kraujagyslių ligomis: Paciento sveikatos paso koncepcija. *Gydymo menas*. 2008;10(157):77-78.
4. Babarskienė R. M. Kaip sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų bei jų komplikacijų riziką? *Gydymo menas*. 2009; 01(160):42-45.
5. Babarskienė R. Naujausi arterinės hipertenzijos gydymo mokslo įrodymai. *Gydymo menas*. 2009; 05(164):11-14.
6. Babarskienė R. M. Arterinės hipertenzijos gydymo aktualijos. *Gydymo menas*. 2008;09 (156):15-18.
7. Baubiniene A. „Pirminės sveikatos priežiūros komandų mokymas/arterinė hipertenzija. Vilnius. 2000; 2-23.
8. Brimas G, Gavelienė E, Lipnickas V, Valiukėnas V, Brimienė V, Strupas K. Nutukimo gydymas. *Medicinos teorija ir praktika*. 2007; T13 (2):120-125.
9. Buivydaite K, Domarkienė S, Rėklaitienė R, Tamošiūnas A. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų rūkymo įpročių paplitimas, pokyčiai per 20 metų ir sąsajos su sociodemografiniais rodikliais. *Medicina (Kaunas)*. 2003;39:999-1005.
10. Danila E. Rūkymo paplitimas, mirtingumas nuo rūkymo sukeltų ligų, ekonominė žala. *Biomedicina*. 2001; 1(1):70-74.
11. Danila E. Rūkymo nutraukimas. *Biomedicina*. 2001;1. (2):66-69.
12. Daugėlienė E, Tamošiūnas A, Rėklaitienė R, Baceravičienė M, Radišauskas R, Jurėnienė K. Pagyvenusio amžiaus miesto gyventojų sveikatos ir gyvenamosios ypatumai. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2009;XII (2):88-94.
13. Daukšienė J. Kodėl pacientai nepaiso gydymo rekomendacijų?. *Gydymo menas*. 2010;02(172):29-31.
14. Dėl slaugos paslaugų ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo: Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026. valstybės žinios 2007;137-5626.
15. Domarkienė S. Širdies ir kraujagyslių ligos. *Epidemiologija ir profilaktika*. Kaunas. KMU kardiologijos institutas. 2000; 158.
16. Dragelytė G. Alkoholio vartojimo ypatumai ir poveikis sveikatai. *Gydymo menas*. 2008;11-12(158-15-):15-20.
17. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prevent Rehabil*; 2003; 10:1-78.
18. 2003 m. Europos hipertenzijos draugijos ir Europos kardiologų draugijos arterinės hipertenzijos gydymo nuorodos. *Gydymo menas* 2004;04(111):12-13.
19. Ford ES, Kohl HW, Mokdad AH, Ajani UA. Sedentary behavior, physical activity, and the metabolic syndrome among U.S. adults. *Obes Res*; 2005;13(3):608-14.
20. Gaidelytė R, Cicėnienė V. Lietuvos sveikata skaičiais. Vilnius; 2008.
21. Gaižauskienė A, Gaidelytė R, Cicėnienė V, Paulauskienė K. ir kt. Lietuvos sveikatos statistika. Vilnius; 2007.
22. Gečaitė R, Stankuvienė S. Profilaktinis darbas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose pacientų požiūriu. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2006;X(6):388-391.
23. Grabauskas V. Populiariausi metodai širdies ir kraujagyslių ir kitų neinfekcinių ligų profilaktikoje. Kaunas. 2000:84.

24. Grabauskas V, Zaborskis A, Klumbienė J, Petkevičienė J, Žemaitienė N. Lietuvos paauglių ir suaugusių žmonių gyvenimo pokyčiai 1994-2002 metais. *Medicina (Kaunas)*;40(9):884-890.
25. Hunt KJ, Resendez RG, Williams K, Haffner SM, Stern MP, San Antonio Heart Study. Nacional Cholesterol Education Program versus World health Organization metabolic syndrome in relation to all-cause and cardiovascular mortality in the San Antonio Heart Study. *Circulation*; 2004;110(10):1251-7.
26. Jakuitis A. Dislipidemijos: praktinės užsienio ekspertų pastabos. *Gydymo menas*. 2004;08(56):45 – 49.
27. Jakuitis A. Arterinė hipertenzija sergančio paciento priežiūra bei stebėjimas: tarptautinė rekomendacijos ir praktika paremtos pastabos. *Gydymo menas*.2006; 09(132):52-55.
28. Jakuitis A. Arterinė hipertenzija ir metabolinis sindromas: tarpusavio ryšys, cukrinio diabeto išsivystymo tendencijos bei gydymo ir prevencijos galimybės. *Gydymo menas*. 2006;04(127):78-81.
29. Jakuitis A. Savarankiško AKS matavimo ir ambulatorinės AKS stebėsenos indėlis į AH diagnostiką, ligos prognozę, gydymo rezultatus. *Gydymo menas*. 2007;04(139):59-62.
30. Juozulynas A, Čeremnych E, Kurtinaitis J, Jankauskienė K, Reklaitienė R. Gyvenimo kokybė ir sveikata. *Sveikatos mokslai*. 2005;1:71-74.
31. Karčiauskaitė D. Metabolinis sindromas: širdies ir kraujagyslių ligų bei diabeto sandūra. *Gydymo menas*. 2007;01(136):48-52.
32. Karčiauskaitė D. Arterinio kraujo spaudimo matavimas (pagal naujausias Europos kardiologų draugijos rekomendacijas). *Gydymo menas*. 2008; 05 (152):15-18.
33. Karčiauskaitė D. Arterinės hipertenzijos gydymas sergant cukriniu diabetu: naujausių rekomendacijų apžvalga. *Gydymo menas* 2007; 02(137):19-20.
34. Ką ir kaip galim patarti pacientams, norintiems numesti svorio. *Gydymo menas*, 2007;10(145):64-68.
35. Kazanavičius G, Purtokaitė-Labutinienė I. Nutukimo priežastys, paplitimas ir gydymas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2007; XI (2):
36. Prof. Klumbienės J. paskaitų medžiaga.
37. Kriščiūnienė N. Nutukimas ir metabolinis sindromas. *Gydymo menas*. 2008; 01(148):34-39.
38. Kriščiūnienė N. Arterinės hipertenzijos gydymo svarba ir ypatumai esant metaboliniam sindromui ir diabetui/prediabetui: naujausios rekomendacijos. *Gydymo menas*. 2007;11(146): 65-69.
39. Kriščiūnienė N. Nutukusio paciento priežiūra šeimos gydytojo praktikoje. *Gydymo menas*. 2008;02(149):45-47.
40. Kriščiūnienė N. Fagerstromo klausimynas: standartinis testas priklausomybei nuo tabako įvertinti. *Gydymo menas*. 2008;04(151): 42.
41. Kriščiūnienė N. Nutukusio paciento priežiūra šeimos gydytojo praktikoje (tęsinys). *Gydymo menas*. 2008;05(152):37-39.
42. Kriščiūnienė D. Kaip intensyvi glikemijos kontrolė mažina širdies ir kraujagyslių ligų riziką. *Gydymo menas*. 2008;04(153):11-14
43. Константинов В.О. Сайфулина Я.Р. Сурдено-сосудистый риск и возможности его снижения у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа – роль фибратов. *Кардиология* 11; 2006; 86.
44. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J et al. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *Jama*; 2002; 288 (21):2709-16.

45. Laucevičius A. Babarskienė R. Arterinė hipertenzija: gydymo galimybės yra, tačiau liga sunkiai valdoma. *Gydymo menas*. 2009;05(164):7-10.
46. Lietuvos sveikatos informacijos centras. Mirtingumas pagal priežastis. Prieiga per internetą: <<http://www.lsic.lt>.
47. Lietuvos standartas. Sveikata. Terminai ir apibrėžimai (LST 1452:1997). Lietuvos standartizacijos departamentas, 1997.
48. Lukšienė D.I. Černiauskienė L. R. Metabolinis sindromas bei širdies ir kraujagyslių ligų rizika. *Medicinos istorija ir praktika*. 2006; T12 (Nr.2):114-119.
49. Metabolic Syndrome. *Dialogues in Cardiovascular Medicine*; 2004;9(3):143-93.
50. Nakaniski N, Takatorige T, Fukuda H, Shirai K et al. Components of the metabolic syndrome as predictors of cardiovascular disease and type 2 diabetes in middle-aged Japanese men. *Diabetes Research and Clinical Practice*; 2004;64:59-70.
51. III nacionalinė sveikatos politikos konferencija „Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje“. Vilnius. 2001.
52. Nutautienė R. Dislipidemija – dažnas laboratorinis radinys šeimos gydytojo praktikoje. *Gydymo menas*. 2009;05(164): 52-54.
53. Nacionalinė mokslo programa. Lėtinės neinfekcinės ligos. <<http://www.sam.lt>.
54. Оганов Р.Г. Масаенникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – реальный путь улучшения демографической ситуации в России. *Кардиология* 1. 2007; 4.
55. Оганов Р.Г, Калинина А. М., Еганян Р.А, „Дневник пациента с артериальной гипертонией“. Государственный научно - исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России 2006.
56. Park HS, Oh SW, Cho SI, Choi WH, Kim YS. The metabolic syndrome and associated lifestyle factors among South Korean adults. *Int J Epidemiol*; 2004; 33(2):328-36.
57. Proškuvienė R. Sveikatos ugdymo įvadas. Vilnius.Vilniaus pedagoginis universitetas. 2004: 1-47.
58. Radžiūnas A. Metabolinio sindromo gydymo optimizavima. *Gydymo menas. Farmakoterapija (II)*. 2006;11-15.
59. Stukas R. Sveika mityba. Vilnius.Mokomoji knyga. 1999; 102.
60. Schillaci G, Pirro M, Vaudo G, Gemele F, Marchesi S et al. Prognostic value of the metabolic syndrome in essential hypertension. *J Am Coll Cardiol*; 2004;43(10):1817-22.
61. Širvinskienė E. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija klinikinėje praktikoje: lipidų korekcija. *Gydymo menas* 2008;05(152): 9-11.
62. Šlapikas R. naujausios išeminės širdies ligos gydymo ir prevencijos galimybės. *Gydymo menas*. 2006;03(126):99-100
63. Шумаков Д.В, Чл - корп. РАМН „Немедикаментозная терапия, Уменьшите потребление соли с пищей“, 2001.
64. Vesterlab A. Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga. Vilnius. Charibdė, 1996.
65. Villegas R, Creagh D, Hinchion R, O'Halloran D, Perry IJ. Prevalence and lifestyle determinants of the metabolic syndrome. *Ir Med J*; 2004;97(10):300-3.
66. Triponis V. Žmogaus, paciento, vertė medicinoje svarbiausia. *Gydymo menas*. 2010; 02(172):3-4
67. Umbrasienė I. Gydymui atspari hipertenzija: mokslo įrodymai. *Gydymo menas*. 2008; 11-12 (158-159):11-14.
68. Umbrasienė J. Didelio tankio lipoproteinų cholesterolio svarba sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis. *Gydymo menas*. 2008; 10(157):13-17.

69. Umbrasienė J. Kai kurių maisto produktų vieta širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikoje. Gydytojas 2008;06(153).p. 38-41.
70. Zagurskienė D. Misevičienė I. Pacientų ir slaugytojų nuomonė apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas. Medicina.(Kaunas) 2008;44(11):885-892.

PRIEDAI

Priedas Nr.1

Arterinės hipertenzijos klasifikacija pagal organo pažeidimo laipsnį

1 stadija. Nėra organų pažeidimo požymių.
2 stadija. Yra bent vienas iš nurodytų organų požymių: <ul style="list-style-type: none">- Kairiojo skilvelio hipertrofija(patvirtinta rentgenologiniu arba kardioechoskopiniu tyrimais);- Generalizuotas ar židininis tinklainės arterijų susiaurėjimas;- Proteinurija, mikroalbuminurija ir/ar nežymus kreatinino koncentracijos plazmoje padidėjimas (105-180 $\mu\text{mol/l}$);- Aterosklerozinės plokštelės aortoje, miego , klubo ar šlaunies arterijoje (nustatyta ultragarso, radiologiniu tyrimu).
3 stadija. Yra organų pažeidimo simptomų ir požymių: Širdies: <ul style="list-style-type: none">- Krūtinės angina;- Miokardo infarktas;- Širdies nepakankamumas. Smegenų: <ul style="list-style-type: none">- Insultas;- Praeinanti smegenų išėmija;- Hipertenzinė encefalopatija;- Demencija dėl kraujagyslių patologijos. Akių dugno: <ul style="list-style-type: none">- Tinklainės hemoragijos ir eksudatai, lydimi (arba ne) optinio nervo spenelio pabrinkimo. Inkstų: <ul style="list-style-type: none">- Kreatinino koncentracija kraujo plazmoje $> 180 \mu\text{mol/l}$;- Inkstų nepakankamumas. Kraujagyslių: <ul style="list-style-type: none">- Disekuojanti aortos aneurizma;- Periferinių arterijų okliuzijos požymiai.

Priedas Nr.2

1 lentelė. METABOLINIO SINDROMO SĄSAJA SU ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGOMIS

Autoriai, publikacijų data	Studija (šalis, studijos pavadinimas, tiriamasis kontingentas, stebėjimo trukmė)	Rezultatų santrauka
1	2	3
Isomaa B. ir kt. 2001 (13)	Švedija ir Suomija, Botnia studija, studijos dalyviai 35-70 m. 4483 žmonės	Asmenų, kuriems nustatytas MS, ŠKL rizika 2,96 karto didesnė, MI rizika 2,63 karto didesnė negu asmenų be MS (duomenys koreguoti pagal amžių ir lytį)
Baltali M. ir kt. 2003 (26)	Turkija, atvejo-kontrolės tyrimas, studijos dalyviai – 39-78 m. 732 žmonės (366 ligoniai atvejo grupėje ir 366 žmonės kontrolės grupėje)	Tarp žmonių, kuriems diagnozuota IŠL, MS dažnis reikšmingai didesnis negu kontrolinėje grupėje, adekvačioje pagal lytį ir amžių: šansų santykis vyrams - 3,57, moterims - 1,59.
Alexander C.M. ir kt. 2003 (25)	JAV, NHANES III tyrimas, tyrimo dalyviai – 50 m. ir vyresni 3510 žmonių.	Tarp asmenų, kuriems nustatytas MS, IŠL dažnis 2 kartus didesnis negu tarp asmenų be MS (ŠS = 2,07; 95% PI 1,66 – 2,59)
McNeill A.M. ir kt. 2004 (27)	JAV, ARIC studija, studijos dalyviai – 45-64 m. 14 502 žmonės.	Tarp žmonių, kuriems nustatytas MS, IŠL dažnis 2 kartus didesnis negu žmonių be MS (7,4% palyginti su 3,6%, p<0,0001) (duomenys koreguoti pagal amžių ir lytį)
Amowitz L.L. ir kt. 2004(12)	JAV, atvejo – kontrolės studija, studijos dalyvės – 45 mn. Ir jaunesnių 80 moterų.	Tarp moterų, kurios susirgo MI, MWS dažnis 4 kartus didesnis negu kontrolinėje grupėje, adekvačioje amžiaus, rūkymo ir rasės atžvilgiu (ŠS = 4,47; 95% PI 1,3 – 25,3)
Gimeno Orna J.A. ir kt. 2004 (29)	Ispanija, prospektyvinė studija, studijos dalyviai – sergantys 2 tipo CD 318 ligonių; stebėjimo laikotarpis – 4,6 ±1,5 metų	Tarp sergančių 2 tipo CD ligonių, kuriems nustatytas MS, IŠL rizika 7 kartus didesnė negu tarp ligonių be MS (SR = 7,4; 95% PI 1,3 – 41,1)
1	2	3

Lin R.T. ir kt. 2004 (29)	Taivanis, atvejo – kontrolės tyrimas, studijos dalyviai – 278 žmonės, nesergantys CD (atvejo grupė – 139 asmenys su IŠL, kontrolinė grupė – 139 žmonės be IŠL)	MS dažnis tarp asmenų su IŠL 2,8 karto didesnė negu tarp asmenų be IŠL (51,8% lyginant su 18,7%; $p < 0,001$).
Schillaci G. ir kt. 2004 (30)	Italija, prospektyvinė studija, studijos dalyviai – 1742 asmenys su AH, amžius 50 ± 12 metų, stebėjimo trukmė – 10,5 metų.	ŠKL rizika tarp asmenų su MS apie 2 kartus didesnė negu tarp asmenų be MS (HR = 1,73; , 95% PI, 1,25 – 2,38). Duomenys koreguoti pagal amžių, rūkymą, bendrojo cholesterolio ir kreatinino koncentraciją, kairiojo skilvelio hipertrofiją ir sistolinį kraujospūdį.
Banora E. ir kt. 2004 (31)	Italija, Verenos diabeto komplikacijų studija, studijos dalyviai – 946 žmonės, sergantys 2 tipo CD, vidutinis stebėjimo laikas – 4,5 metų.	Tarp 2 tipo CD ligonių su MS studijos pradžioje ŠKL atvejų buvo 1,8 karto daugiau negu tarp ligonių be MS (32,9% lyginant su 17,8 %; $p = 0,005$). Tarp asmenų su MS, kurie tyrimo pradžioje nesirgo ŠKL, per stebėjimo laikotarpį diagnozuotas ŠKL dažnis buvo 5 kartus didesnis negu tarp ligonių be MS (19,9% lyginant su 3,9%, $p < 0,001$).
McNeill A.M. ir kt. 2005 (32)	JAV, ARIC studija, studijos dalyviai 45-64 metų, 12 089 žmonės, stebėjimo trukmė – 11 metų.	Tarp vyrų ir moterų, kuriems nustatytas MS, per 11 metų IŠL nustatyta 1,5 ir 2 kartus dažniau negu tarp žmonių be MS. Duomenys koreguoti pagal amžių, rasę, rūkymą, MTL cholesterolio koncentraciją.

ŠS – šansų santykis; SR – santykinė rizika; HR – hazard santykis.

2 lentelė. METABOLINIO SINDROMO ĮTAKA MIRTINGUMO NUO ŠIRDIES IR KRAJAGYSLIŲ LIGŲ (ŠKL) RIZIKA

Autoriai, publikacijų data	Studija (šalis, studijos pav., tiriamasis kontingentas, stebėjimo trukmė)	Rezultatų santrauka
Isomaa B. ir kt. 2001 (13)	Švedija ir Suomija, Botnia studija, studijos dalyviai - 35-70 m. 4483 žmonės, vidutinis stebėjimo laikotarpis – 6,9 metų.	MS didino mirtingumo nuo ŠKL riziką beveik 2 kartus (SR = 1,81; 95% PI 1,21 – 2,65). Duomenys koreguoti pagal amžių, lytį, rūkymą ir MTL cholesterolį.
Lakka H.M ir kt. 2002 (15)	Suomija, Kuopio IŠL studija, studijos dalyviai - 42-60 metų 1209 vyrai, stebėjimo laikotarpis – 11,5 metų.	MS didino mirtingumo nuo ŠKL riziką vidutinio amžiaus vyrams apie 3 kartus (ŠS = 2,9; 95% PI 1,2 – 7,2. Duomenys koreguoti pagal tradicinius IŠL RV.
Hu G., ir kt. 2004 (33)	DECODE studija, prospektyvinė 11 Europos kohortų studija, studijos dalyviai – 30-89 metų 6156 vyrai ir 5356 moterys, nesergantys CD, vidutinis stebėjimo laikotarpis – 83,8 metų.	MS didino mirtingumo nuo ŠKL riziką vyrams daugiau nei 2 kartus (HZ = 2,26; 95% PI 1,61 – 3,17). Moterims – beveik 3 kartus (HZ = 2,78; 95% PI 1,57 – 4,94) (duomenys koreguoti pagal amžių, rūkymą ir bendrojo cholesterolio koncentraciją).
Malik S. ir kt. 2004 (34)	JAV, prospektyvinė studija, studijos dalyviai - 30-75 m. 6255 žmonės (iš jų 54% moterų), kurie reprezentavo 64 mln. JAV gyventojų, vidutinis stebėjimo laikotarpis – 13,3 ± 3,8 metų.	MD didino mirtingumo nuo ŠKL riziką 2 kartus žmonėms, kurie tyrimo pradžioje nesirgo IŠL (HZ = 2,02; 95% PI 1,42 – 2,89), ir didino riziką 4 kartus žmonėms, kurie tyrimo pradžioje sirgo šia liga (HZ = 4,19; 95% PI 3,04 – 5,79).
Hunt K.J. ir kt. 2004 (16)	JAV, San Antonio Heart Study, studijos dalyviai – 25-64 metų 2815 žmonių, vidutinis stebėjimo laikotarpis – 12,7 metų.	MS didino mirtingumo nuo IŠL riziką 2 kartus (HZ = 2,01; 95% PI 1,13 – 3,57). Duomenys koreguoti pagal amžių, lytį ir etnines grupes. Moteris MS didino mirtingumo nuo ŠKL riziką 2,5 karto daugiau nei vyrams: moterims HR = 4,65 (95% PI 2,35 – 9,21), vyrams HR = 1,82 (95% PI 1,14 – 2,91).

SR – santykinė rizika; ŠS – šansų santykis, HR – hazard santykis.

Priedas Nr. 3

PASS klausimynas

Prieš pradėdant valgyti paklauskite savęs 4 paprastus klausimus. Pažymėkite, kuri rekomendacija jums tinka geriausiai.

1. Ar porcija, kurią jūs planuojate suvalgyti, nėra jums per didelė?

Jei į klausimą atsakėte taip, pasirinkite galimus variantus:

- Naudokite mažesnę lėkštę;
- Pasidalykite porciją su kitu asmeniu;
- Iš anksto suplanuokite nepirkti didžiausios pakuotės;
- Valgydami greito maisto maitinimo įstaigoje užsisakykite vaikišką patiekalą;
- Valgykite mažiausio dydžio saldainius.

Išvardykite 3 savo pasiūlymus, kaip sumažinti porcijos dydį:

1. _____
2. _____
3. _____

2. Ar įmanoma prieš pradėdant valgyti porciją papildyti sveikais maisto priedais?

Jei į klausimą atsakėte taip, tai pasistenkite papildyti šiais priedais:

- Vandeniui (6-8 stiklinės per dieną);
- Šviežiais vaisiais (4-6 vienetai per dieną);
- Daržovėmis (4-6 vienetai per dieną);
- Daug skaidulų turinčiu maistu (25-30 g).

Išvardykite 3 savo pasiūlymus, kaip pagerinti jūsų dietą:

1. _____
2. _____
3. _____

3. Ar įmanoma pakeisti kai kuriuos maisto produktus?

Jei į klausimą atsakėte taip, pabandykite pakeisti:

- Gazuotą vandenį į paprastą;
- Įprastinį pieną į nugriebtą pieną;
- Apdorotą mėsą į liesą mėsą;
- Įprastinius ledus į nekaloringus ledus;
- Užšaldytus desertinius patiekalus į natūralius;
- Mėsainius ir keptą mėsą į žuvį ir liesą mėsą;
- Paprastus angliavandenius (balti ryžiai, makaronai, balta duona) į sudėtingesnius angliavandenius (rupi duona, nesmulkinti grūdai);
- Sausainius, saldainius, bulvių traškučius į riešutus ar šviežius vaisius;

Išvardykite 3 savo pasiūlymus, kaip pagerinti jūsų dietą:

1. _____
2. _____
3. _____

4. Ar įmanoma visiškai atsisakyti tam tikrų maisto produktų ir valgymo įpročių?

Jei į klausimą atsakėte taip, pabandykite atsisakyti šių dalykų:

- Valgyti daugiau nei vieną porciją;
- Valgyti dirbant, skaitant, žiūrint TV;
- Valgyti perdirbtus maisto produktus;
- Valgyti po 8 val. vakaro;
- Suvalgyti iš karto visą produkto pakuotę;
- Valgyti iš pardavimo automatų;
- Valgyti produktus, pagamintus iš dalinai arba visiškai hidrogenizuotų riebalų;
- Nepavalgyti pusryčių;
- Apsipirkti alkanam;
- Užsisakyti dideles pakuotes greito maisto parduotuvėse;
- Valgyti itin kaloringą maistą (kepsniai, ledai, saldainiai ir kt.)

Išvardykite 3 maisto produktus ar valgymo įpročius, kurių turėtumėte atsisakyti:

1. _____
2. _____
3. _____

Priedas Nr.4

Anketa **Bendri duomenys**

Gerbiamas paciente,

Ši anketa yra anoniminė. Prašome atsakyti į anketoje pateiktus klausimus. Jūsų nuomonę atitinkantį atsakymo variantą pabraukite arba pažymėkite kryžiu.

Dėkojame.

1. Jūsų amžius _____
2. Jūsų lytis: vyras/moteris
3. Jūsų gyvenamoji vieta: miestas/kaimas
4. Jūsų išsilavinimas;
 - pradinis
 - nebaigtas vidurinis
 - vidurinis
 - aukštesnysis
 - aukštasis

Objektyvaus tyrimo duomenys

5. Ūgis –
6. Svoris –
7. KMI –
8. Cholesterolio koncentracija –
9. AKS:
 - 9.1. Sistolinis
 - 9.2. Diastolinis

Rūkymas

10. Ar jūs rūkote:
 - Niekada nerūkiu
 - Rūkiu, bet mažiau
 - Retkarčiais
 - Kasdien
- 10.1. Ar bandėte mesti rūkyti
 - Taip.
 - Ne
- 10.2. Ar norėtumėte mesti rūkyti:
 - Taip
 - Ne
 - Nežinau
 - Nerūkau

10.3. Kas Jums patarė mesti rūkyti (galimi keli variantai)

- Gydytojas ir/ar slaugytojas (medicinos seselė)
- Šeimos nariai
- Draugai
- Pablogėjus sveikatai pats susipratau

Alkoholio vartojimas

11. Kaip dažnai vartojate alkoholinius gėrimus:

- Nevartoju visai
- Kasdien
- Kartą per savaitę
- Keletą karų per mėnesį
- Per metines šventes

11.1. Kas Jums patarė mažinti alkoholio kiekį (galimi keli variantai)

- Gydytojas ir/ar slaugytojas (medicinos seselė)
- Šeimos nariai
- Draugai
- Pablogėjus sveikatai pats susipratau
- Niekas nepatarė

12. Kaip manote, ar alkoholis kenkia Jūsų sveikatai

- Taip
- Ne
- Nežinau

Mityba

13. Kaip manote, ar jūs sveikai maitinatės?

- Taip
- Ne
- Nežinau

14. Maisto produktus renkatės pagal(galimi keli variantai):

- Sveikos mitybos principus
- Kainą
- Reklamą
- Šeimos poreikius

15. Kokius riebalus renkatės ruošdamas maistą: (galimi keli variantai):

- Augalinės kilmės(aliejų)
- Gyvulinės kilmės(taokus, sviestą, margariną)
- Nežinau

16. Kiek kartų per savaitę vartojate šviežias daržoves:

- Nevartoju
- 1-3 kartus

- 4-6 kartus
- Kasdien

17. Ar papildomai sūdote paruoštą maistą:

- Niekada
- Jei neskanu ir trūksta druskos
- Beveik visada

18. Kas jums suteikė informacijos apie sveiką mitybą(galimi keli variantai)::

- Gydytojas ir/ar slaugytojas (medicinos seselė)
- Televizija, žiniasklaida, internetas
- Šeimos nariai, artimieji

19. Kaip vertinate savo svorį:

- Per mažas
- Normalus
- Per didelis
- Nežinau

20. Kas Jums patarė mažinti kūno svorį(galimi keli variantai)::

- Gydytojas ir/ar slaugytojas (medicinos seselė)
- Šeimos nariai, artimieji
- Draugai ar pažįstami
- Televizija, žiniasklaida, internetas.

20.1. Ar Jums pavyko sumažinti kūno svorį:

- Taip
- Ne
- Labai nedaug

21. Ar gydytojas sakė, kad Jums padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje.

- Taip
- Ne
- Neatsimenu

22. Ar Jūs koregavote cholesterolio kiekį kraujyje

- Taip, dieta
- Taip, vaistais
- Taip, vaistais ir dieta
- Ne

Fizinis aktyvumas

23. Kuris teiginys tiksliausiai apibūdina jūsų darbą ir/ar veiklą (vienas galimas)

- Nuolatinis sėdimas darbas
- Sėdimas ir/ar stovimas darbas, kai šiek tiek vaikštoma
- Judamas darbas, kai daug vaikštoma, kilnojama, nešiojama (pramonė, statybos ir kt.)

- Sunkus fizinis darbas (žemės ūkio darbai, kelio darbai ir kt.)

24. Kaip Jūs leidžiate laisvalaikį:

- Pasyviai (namie prie televizoriaus ir/ar kompiuterio, skaitau, mezgu ir kt.)
- Aktyviai (fiziškai dirbu, važinėju dviračiu, išskylauju gamtoje ir kt.)
- Pasyviai/aktyviai (derinu)

25. Kas patarė didinti fizinį aktyvumą (galimi keli variantai):

- Gydytojas ir/ar slaugytojas (medicinos seselė)
- Šeimos nariai, artimieji
- Draugai ar pažįstami
- Televizija, žiniasklaida, internetas.
- Niekas nepatarė

26. Ar jūs norite žinoti savo arterinį kraujospūdį (AKS)?

- Taip
- Tai nebūtina
- Ne

27. Kas dažniausiai Jums matuoja AKS?

- Pats
- Gydytojas ir/ar slaugytojas (medicinos seselė)
- Ne medicinos darbuotojas (draugas, kaimynas ir kt.)

28. Ar kada nors Jums medicinos darbuotojas rekomendavo kraujo spaudimą reguliuoti nemedikamentinėmis priemonėmis (svorio reguliavimą, druskos kiekio mažinimą, fizinio aktyvumo didinimą, alkoholio ribojimą, metimą rūkyti ir kt.)?

- Taip
- Ne.

28.1. Ar Jūs laikėtės rekomendacijų?

- Taip, visada
- Dažniausiai
- Kartais
- Ne.

29. Jūsų nuomone, kokios širdies ir kraujagyslių ligų priežastys(galimi keli variantai)

- Netinkama mityba
- Alkoholio vartojimas
- Rūkymas
- Padidėjęs AKS
- Padidėjęs cholesterolio kiekis
- Nepakankamas fizinis aktyvumas
- Antsvoris
- Paveldėjimas
- Visos išvardintos priežastys

30. Iš kokių šaltinių renkate informacijos apie ligą(galimi keli variantai):

- Gydytojas ir/ar slaugytojas (medicinos seselė)
- Šeimos nariai, artimieji, draugai
- Televizija, žiniasklaida, internetas

31. Kaip dažnai gydytojas ir/ar slaugytojas su Jumis kalbasi profilaktikos tema (apie dietą, fizinį aktyvumą, rūkymo ir alkoholio žalą ir kt.):

- Kiekvieno apsilankymo metu
- Retai
- Niekada

32. Ar Jūsų gyvenimo būdui turi įtakos gydytojo ir/ar slaugytojo patarimai:

- Taip
- Ne
- Nežinau

33. Kaip manote, ar gydymo įstaigoje gaunate pakankamai žinių apie širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius ir jų reguliavimo būdus

- Taip
- Ne
- Nežinau

REZULTATŲ APTARIMAS

Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL) išlieka pagrindine mirtingumo priežastimi tiek išsivysčiusiose, tiek ir besivystančiose šalyse, kur sergamumas jomis didėja paraleliai su spartėjančia industrializacija, urbanizacija bei besivystančiu gyvenimo būdu. Lietuvoje mirtys nuo širdies ir kraujagyslių ligų sudaro 54,5 proc. visų mirčių (62), o Europos Sąjungos valstybėse senbuvėse šis skaičius siekia 40 proc. (4). 2008 m. 45,4 proc. vyrų ir 63,2 proc. moterų mirties priežasčių buvo kraujo apytakos sistemos ligos, jų tarpe didžiausią dalį sudarė asmenys virš 64 metų amžiaus – 66,6 proc.(53). Lyginant su kaimyninėmis šalimis (Latvija, Estija), gyventojų mirtingumas nuo ŠKL, tiek vyrų, tiek moterų, didžiausias Latvijoje (17). Mažiausias mirtingumas nuo ŠKL ligų Europoje yra Skandinavijos šalyse. Centrinės ir Rytų Europos šalių gyventojų mirtingumas nuo ŠKL yra iki 10 kartų didesnis nei Vakarų Europoje, didžiausias – Rusijoje (36). Rusijoje nuo ŠKL kasmet miršta apie 1 300000 žmonių (54). Prognozuojama, kad 2020 m. ŠKL dažniausiai sukels mirtį ir, kad per ateinančius 30 metų daugiau kaip 1/3 pacientų mirs nuo ŠKL. Sergamumą ir mirtingumą nuo ŠKL lemia modifikuojami ir nmodifikuojami rizikos veiksniai, kurių vienas svarbiausių - arterinė hipertenzija (AH) (6). Grupei rizikos veiksnių, dažnai skatinančių nutukimą ir susijusių su ŠKL bei 2 tipo cukrinio diabeto CD) rizika, taikomas metabolinio sindromo (MS) terminas. Šiuo metu labai svarbu yra per sveikatos ugdymą padėti žmonėms suprasti savo elgesį, sąlygojantį jo sveikatą, ir skatinti žmones, kad jie įgalintų save įgyti sveiko gyvenimo supratimą, išmokyti kontroliuoti sveikatos rizikos veiksnius ir dalyvauti visuomenės sveikatos ugdymo veikloje (57).

Atlikus šį tyrimą ir išanalizavus duomenis nustatyta, kad gydytojų ir/ar slaugytojų veikla vykdant širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių kontrolę nėra pakankama. Mažinti kūno svorį, mesti rūkyti bei mažinti suvartojamo alkoholio kiekį respondentams dažniausiai patarė šeimos nariai. Informacijos apie sveiką mitybą šaltiniu respondentams dažniausiai buvo televizija, žiniasklaida, internetas. 90 proc. respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje didelė, gydytojas apie tai informavo. Pusei respondentų AKS matavo medikai. 90 proc. respondentų medicinos darbuotojai AKS rekomendavo reguliuoti nemedikamentinėmis priemonėmis. Tik su puse respondentų kiekvieno apsilankymo metu medikai bendravo profilaktikos tema, o žinių gydymo įstaigoje apie širdies ir kraujagyslių ligas pakankamai gavo tik 10 proc. vyrų ir 15 proc. moterų.

Analizuojant duomenis apie širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių dažnį nustatyta, kad kasdien rūkančių respondentų buvo trečdalis, rūkusių, bet metusių - 12 proc. Tik penktadalis respondentų buvo visai nevartojančių alkoholio, didžiausia dalis respondentų alkoholio vartoja keletą kartų per mėnesį. Analizuojant respondentų įprotį vartoti druską, moterų niekada nesūdančių paruošto maisto buvo 26 proc., vyrų – 56 proc. Didžioji dalis (15,2 proc.) respondentų, kurie buvo nutukę ir 39,7 proc., kurių KMI buvo norma, veikla/darbo pobūdis buvo pasyvūs. Analizuojant duomenis nustatyta, kad didžiausia dalis – 22,2 proc. nutukusių ir 55,6 proc. turinčių antsvorio respondentų laisvalaikį leido pasyviai. 70 proc. moterų ir tik 27 proc. vyrų manė, kad alkoholis sveikatai kenkia. Tik 25,0 proc. respondentų, kurie turi antsvorio ir 6,3 proc. nutukusių, maisto produktus rinkosi pagal sveikos mitybos principus. Didžiausia dalis – trečdalis respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje yra didelė, laisvalaikį leido pasyviai. Didžiausia dalis respondentų, kurių cholesterolio koncentracija kraujyje normali (22,9 proc.) laisvalaikį leido aktyviai. Iš prižasčių, kurios galėtų turėti įtakos širdies ir kraujagyslių ligų išsivystymui respondentai dažniausiai įvardijo antsvorį, genetinį faktorių bei padidėjusį AKS.

Analizuojant respondentų savikontrolės pastangas vykdant širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnių kontrolę nustatyta, kad respondentų savikontrolė nėra pakankamai aktyvi. Norinčių mesti rūkyti buvo pusė respondentų, neapsisprendusių – 38 proc., nenorinčių mesti – 5 proc. 70 proc. moterų ir 40 proc. vyrų bandė mesti rūkyti. Iš tų asmenų, kuriems buvo patarta mažinti kūno svorį, 22 proc. moterų ir tik 2 proc., vyrų svorį sumažinti pavyko. Analizuojant cholesterolio koncentracijos kraujyje mažinimo būdus tarp visų respondentų, nustatyta, kad dieta cholesterolio koncentraciją koregavo 9 proc., vaistais - 19 proc., vaistais ir dieta – 8 proc. respondentų. Nekoregavusių cholesterolio koncentracijos buvo 64 proc. asmenų. 27 proc. vyrų ir 12 proc. moterų manė, kad savo AKS žinoti nebūtina. Medikų rekomendacijų AKS mažinti nemedikamentinėmis priemonėmis visada laikėsi tik 2,5 proc. moterų, vyrų tame tarpe nebuvo. Rekomendacijų nesilaikė 60 proc. vyrų ir 26 proc. moterų. Analizuojant informacijos apie ligą šaltinius nustatyta, kad 180 respondentų informacijos suteikė gydytojas ir/ar slaugytojas. 15 proc. vyrų ir 5 proc. moterų gydytojų ir/ar slaugytojų patarimai įtakos gyvenimo būdai neturėjo.