

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE

PROFESIONĀLĀ AUGSTĀKĀS IZGLĪTĪBAS BAKALaura STUDIJU
PROGRAMMA „MĀSZINĪBAS”

**DZĪVES KVALITĀTE PACIENTIEM AR HRONISKU SIRDS
MAZSPĒJU**

BAKALaura DARBS

Autore: **Olga Dzene**

Stud. apl. Nr.: ol09010

Darba vadītājs: Mg.paed., Mg.sc.-sal. Linda Alondere

RĪGA 2020

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma: dzīves kvalitāte pacientiem ar hronisku sirds mazspēju.

Tēmas aktualitāte: daudz kas ir atkarīgs no cilvēku dzīves paradumiem, kas ir pacienta kopējā veselības stāvokļa rādītājs, kļūst arvien lielāka nozīme mūsdienu medicīnā.

Darba mērķis: noskaidrot dzīves kvalitāti pacientiem ar hronisku sirds mazspēju.

Darba uzdevumi: analizēt zinātnisko literatūru un V. Hendersones māsziņības teoriju, veikt aptauju un iegūto datu analīzi, izdarīt secinājumus.

Izvirzītā hipotēze: pacientu ar hronisku sirds mazspēju dzīves kvalitāti pazemina neapmierinātība ar savu veselības stāvokli ir apstiprinājusies daļēji.

Zems veselības vērtējums ietekmē visas pacienta dzīves jomas, tāpēc dzīves kvalitāte ir zema.

Pētniecības metode: kvantitatīvā metode.

Pētniecības instruments: SF-36 PVO dzīves kvalitātes anketa.

Pētījuma rezultāti: pētījuma sākumā izvirzītā hipotēze ir apstiprinājusies.

Atslēgvārdi: sirds, mazspēja, kvalitāte, veselība.

ANNOTATION

The topic of the bachelor's thesis: Quality of life in patients with chronic heart failure.

Topicality of the research: a lot depends on people's life habits, which is an indicator of the patient's overall health and is becoming increasingly important in modern medicine.

The aim of the research is: to determine the quality of life in patients with chronic heart failure.

The objectives are: to study and to analyse the scientific literature and V. Henderson's nursing theory, to conduct a survey and to analyse the obtained data, to draw conclusions.

The hypothesis: The quality of life of patients with chronic heart failure is reduced by dissatisfaction with their health condition - has been partially confirmed.

A low health rating affects all areas of a patient's life, which makes the quality of life low

The method of research: quantitative method.

The tool of the research: SF-36 WHO Quality of Life Questionnaire.

As result of the research The hypothesis confirmed.

Keywords: heart, failure, quality, health.

SATURS

Apzīmējumu saraksts.....	5
Ievads.....	6
1. Teorētiskā daļa.....	8
1.1. Hroniskas sirds mazspējas etioloģija, cēloņi, simptomi un izpausmes.....	8
1.2. Hroniskas sirds mazspējas klasifikācija.....	10
1.3. Hroniskas sirds mazspējas diagnostika.....	12
1.4. Hroniskas sirds mazspējas ārstēšanas īpatnības.....	13
1.4.1. Nemedikamentoza terapija.....	14
1.4.2. Medikamentozā ārstēšana.....	18
1.4.3. Nefarmakoloģiskas metodes.....	20
1.5. Dzīves kvalitātes jēdziens, tā skaidrojums.....	21
1.6. V. Hendersones teorijas analīze saistībā ar dzīves kvalitāti cilvēkiem ar hronisku sirds mazspēju.....	23
2. Empīriskā daļa.....	27
2.1. Pētījuma metodoloģija.....	27
2.2. Pētījuma rezultāti un analīze.....	29
Secinājumi.....	44
Izmantotās literatūras un avotu saraksts.....	45
Pielikums.....	48
1. Pielikums „Sirds funkcijas un dzīves kvalitātes atspoguļojums, slimībai progresējot”	
2. Pielikums „Aptaujas anketa”	

APZĪMĒJUMU SARAKSTS

SM- sirds mazspēja;
HSM- hroniska sirds mazspēja;
FK- funkcionālo klasi;
SPKC- slimības profilakses un kontroles centrs;
WHO - World Health Organization;
PVO - Pasaules Veselības Organizācijā;
SF- The Short Form;
ACC - Amerikas Kardioloģijas kolēģija;
AHA- Amerikas Sirds asociācija;
ĶMI - ķermeņa masas indeksu;
EKG-elektrokardiogramma;
AKE - angiotensina konvertāzes inhibitori;
ABL - augstā blīvuma lipoproteīni;
IKP-iekšzemes kopprodukts;
RAAS- renin–angiotensin–aldosterone system;
NYHA- New York Heart Association;

IEVADS

Pasaulē ir apmēram 20 miljoni hroniskas sirds mazspējas (HSM) pacientu. HSM pacientu populācija ir 3% ar ikgadēju 2% pieaugumu vecumā no 25-65 gadiem un 4-6% pieaugumu populācijās virs 65 gadiem (1). Līdz ar iedzīvotāju vidējā dzīves ilguma un sirds slimību ārstēšanas uzlabošanu visā pasaulē pieaug sirds mazspējas (SM) pacientu skaits. Eiropā ik gadu SM tiek diagnosticēta 3,6 miljoniem cilvēku. Taču neraugoties uz sasniegumiem SM ārstēšanā, pacientu mirstība joprojām ir augsta. Pacientiem ar hronisku sirds mazspēju (HSM) III–IV funkcionālo klasi (FK) pēc Ņujorkas Sirds asociācijas klasifikācijas mirstība sasniedz 50% gadā. SM raksturo arī biežas atkārtotas hospitalizācijas, slikta dzīves kvalitāte un prognoze (2). SM ārstēšana ir saistīta ar lielām izmaksām, sevišķi SM beigu stadijā. Daudzās Eiropas valstīs SM pacientu aprūpei tiek izlietoti >2% no veselības aprūpes budžeta. Aptuveni 70% no šiem līdzekļiem tiek tērēti atkārtotām pacientu hospitalizācijām. Ik gadu apmēram divi cilvēki no 1000 pieaugušajiem no slimnīcas tiek izrakstīti ar SM diagnozi. SM ir akūtas stacionēšanas iemesls 5 % gadījumu. Tas ir visbiežākais hospitalizācijas iemesls cilvēkiem vecumā pēc 65 gadiem (sk. 1.pielikumu). Lielā mērā tieši stacionāra izmaksu dēļ SM pacientu aprūpe veido apmēram 2 % no veselības budžeta. SM izmaksu struktūrā 69 % attiecināmi uz stacionēšanu, 18 % - uz medikamentu izrakstīšanu (16.lpp). (2).

Dzīves kvalitātei, kas ir pacienta kopējā veselības stāvokļa rādītājs, kļūst arvien lielāka nozīme mūsdienu medicīnā. Mūsdienu medicīnas ikdienas praksē ieviešot aizvien modernākas metodes, īpaši kardioloģiskajā praksē, dzīves kvalitātes novērtējums var tikt izmantots kā viens no parametriem potenciāli labākas metodes (piemēram, konvencionālas ķirurģijas pret minimāli invazīvām metodēm) novērtējumā. Kardioloģiskās saslimšanas joprojām gan pasaulē, gan arī Latvijā ieņem pirmo vietu nāves cēloņu biežuma sarakstā (3;22). Pēc centrālās statistikas pārvaldes rezultātu apkopojuma pirmreiz par invalīdiem atzīto iedzīvotāju skaits pēc invaliditātes cēloņiem 2018.gadā asinsrites sistēmas slimības rezultāti: vīriešu 1834, sievietes 1772, kas ir otra vieta pēc ļaundabīgiem audzējiem. Lielākā daļa jeb 84,1% bija vecāki par 60 gadiem (27).

Sirds slimību ārstēšanā, sirds mazspējas prognoze ir uzlabojusies tikai nedaudz un joprojām ir zemāka nekā biežākajām onkoloģiskajām slimībām, piemēram, krūts vēzim vai prostatas vēzim. HSM pacientu hospitalizācija ir bieža, atkārtota un ilgstoša. HSM ārstēšana ir daudzpusīga, tā ietver vispārējos pasākumus, nemedikamentozo ārstēšanu un medikamentozo terapiju. Daudz kas ir atkarīgs no cilvēku dzīves paradumiem, piemēram viens no galvenām HSM iemesliem ir nepareizs dzīves veids: smēķēšana, aptaukošanās, mazkustīgs dzīves veids, neveselīga pārtika, psihoemocionāls stress utt. (3).

Ja vēl apmēram pirms 20 gadiem HSM pacientu ārstēšana galvenokārt balstījās uz diurētiskiem līdzekļiem un sirds glikozīdiem, tad tagad ir pierādījumi, ka šo līdzekļu lietošana uzlabo dzīves kvalitāti, slimnieku subjektīvo stāvokli un samazina hospitalizāciju biežumu, toties maz iespaido dzīvildzi un neaizkavē slimības progresēšanu. Tādējādi, panākumi cīņā pret sirds mazspēju ir atkarīga arī no paša cilvēka, no viņa vēlmēm un darbībām, un kā viņš var kontrolēt savus dzīves ieradumus (4).

Izvērtējot SM ārstēšanas iespējās, Janīna Romanova kā pirmo min nefarmakoloģisko ārstēšanu, kas bez medikamentiem problēmu nenovērsīs, tomēr ir vitāli nepieciešama kvalitatīvai veselības saglabāšanai. “Tā ir diēta, galvenokārt ierobežojot sāls patēriņu, šķidrums ierobežošana, kā arī regulāras mērenas fiziskās aktivitātes. Protams, aktivitāšu līmeni var regulēt pēc pašsajūtas, tomēr vispareizāk būtu, ja pareizos vingrinājumus un piemērotāko slodzi norādītu speciālists rehabilitologs. Jāatceras, ka neko nevajag darīt pāri saviem spēkiem, jo pārslodze nodara organismam ļaunumu,” uzsver ārste (5).

Pētniecības darbā tiek izmantota V. Hendersones aprūpes teorija, jo tā tiecas izklāstīt māsas darbības lai pacients būtu palīga lomā. Īpaša māsas funkcija ir palīdzība slimam vai veselam cilvēkam visās viņa veselības uzturēšanas darbībās un darbības, kuras cilvēks varētu īstenot pats, ja vien viņam būtu nepieciešamais spēku, vēlmes un zināšanu krājums par sirds un asinsvadu slimības risku faktoriem un to profilaksi. Liela nozīme ir pacienta un viņu piederīgo izglītošanai. Pēc V.Hendersones teorijas tā momenta svarīgumu ir lai pacients pats paustu šīs domas. Māsas uzdevums – palīdzēt pacientam uzturēt dzīves kvalitāti, sasniegt labklājību vai nodrošināt pamatvajadzību realizēšanu.

Pētījuma hipotēze: Pacientu ar hronisku sirds mazspēju dzīves kvalitāti pazemina neapmierinātība ar savu veselības stāvokli.

Pētījuma mērķis: noskaidrot dzīves kvalitāti pacientiem ar hronisku sirds mazspēju.

Pētījuma uzdevumi:

1. analizēt zinātnisko literatūru par hronisku sirds mazspēju un pacienta dzīves kvalitāti;
2. analizēt V. Hendersones māszinības teoriju;
3. veikt pacientu aptauju izmantojot SF-36 PVO dzīves kvalitātes anketu;
4. veikt iegūto datu apstrādi un analīzi;
5. izdarīt secinājumus.

Pētījuma metode: kvantitatīvā metode – aptauja.

Pētījuma instruments: SF-36 PVO dzīves kvalitātes anketa.

Pētījuma bāze: Latgales reģiona veselības aprūpes iestāžu pacienti.

Respondentu skaits: 40 HSM pacienti.

1. TEORĒTISKĀ DAĻA

1.1. Hroniskas sirds mazspējas etioloģija, cēloņi, simptomi un izpausmes

Hroniska sirds mazspēja ir viens no nelabvēlīgākajiem sindromiem sirds un asinsvadu slimību grupā. Tā saistīta ar augstu saslimstību un mirstību, sliktu dzīves kvalitāti un ievērojamām veselības aprūpes izmaksām. Lielā mērā to nosaka populācijas novecošanās un atsevišķu riska faktoru, piemēram, arteriālas hipertensijas, cukura diabēta un aptaukošanās, plaša izplatība. Diemžēl SM sastopamība palielinās arī līdz ar jaunajām tehnoloģijām. HSM tas ir patofizioloģisks stāvoklis, kurā sirds funkcijas novirzes noved pie sirds nespējas sūknēt asinis ar ātrumu, kas atbilstu metabolizējošo audu prasībām (6).

HSM attīstās pie sirds funkciju novirzēm, sirds muskuļa (miokarda) apvalka bojājumiem. Tāpēc sirds miokards, nevar izsviest asinis no sirds uz asinsvadiem, ar nepieciešamo spēku.

Citiem vārdiem sakot, sirds ir kā „sūknis”, nevar sūknēt asinis ar nepieciešamo spēku.

Attīstās kompensācijas mehānismi (sirds paātrināšanas, asinsvadu sašaurināšanas, sirds palielināšanas): šie mehānismi spēj kompensēt sirds nespēju nodrošināt pietiekamu asins apgādi orgāniem un audiem miera stāvoklī. Hronisko sirds mazspēju izraisa sirds muskuļa darbības traucējumi, kas izpaužas kā nespēja sistoles periodā pietiekami iztukšot kambaru dobumus; sirds išēmiskā slimība, kas var izraisīt miokarda infarktus, vārstuļu defekti, iedzimtas sirds slimības, kardiomiopātijas, aritmijas (7).

Galvenie hroniskas sirds mazspējas cēloņi ir:

Arteriāla hipertensija -to uzskata par lielāko sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem. Tā ka iesākumā tam faktiski nav nekādu simptomu, paaugstināto asinsspiedienu nereti sauc par „klusu nāvi”. Paaugstināts asinsspiediens savukārt bojā artēriju sienīņas, padarot tās daudz ievainojamākas pangu aplikumam. Turklāt tas novājina un palielina sirdi.

Koronāra sirds slimība (KSS) (īpaši miokarda infarkts)-tā ir akūta sirds išēmiskas slimības forma, kas beidzas ar sirds muskuļa daļas atmiršanu, jo vai nu pilnīgi pārtraukta asins pieplūde pa kādu koronāro asinsvadu atzaru, vai arī asinu pieplūdis tik maz, ka sirds nav saņēmusi tai vajadzīgo skābekļa daudzumu. Pēc kāda laika atmirušo audu vieta izveidojas blīva reta, kas noved pie kardiosklerozes rašanās. Speciālisti uzskata, ka rētaudu izveidei ir nepieciešamas vismaz sešas nedēļas. Tie nespēj sarauties, tāpat sirds muskulis vairs nestrādā tā, kā agrāk.

Kardiomiopātijas (sirds muskuļa slimības)- kardiomiopātija ir slimība, kas vājina un paplašina sirds muskuli. Ir trīs galvenie veidi kardiomiopātijas - dilatācijas, hipertrofiska un ierobežojoša. Kardiomiopātija padara to ka jūsu sirds ir grūtāk sūknēt asinis, un piegādāt to uz pārējo ķermeni. Kardiomiopātiju var izraisīt sirds mazspēju.

Iedzimas sirdskaites- nozīmē izmaiņas sirds uzbūvē, kas radušās, augļa sirdij veidojoties grūtniecības laikā, tātad, pastāv jau kopš dzimšanas. Iedzimtu sirdskaiti sastop apmēram 10 no katriem dzīvi dzimušiem 1000 bērniem.

Sirds ritma traucējumi- par sirds ritma traucējumiem sauc sirdsdarbību, kas ir ātrāka vai lēnāka par normālo sirdsdarbību, vai neritmisku sirdsdarbību (aritmiju). Vairumā gadījumu sirds ritma traucējumu iemesls ir kāda cita saslimšana. Aritmijas iemesls paliek nezināms tikai retos gadījumos. Aritmijas var izraisīt dzīvībai bīstamus asinsrites traucējumus, tāpēc savlaicīgi jāmeklē ārsta palīdzība.

Pārmērīga smēķēšana un alkohola lietošana- smēķēšana un alkohols paātrina sirds ritmu, paaugstina asinsspiedienu, veicina faktorus, kas izraisa trombu veidošanos, pazemina laba holesterīna līmeni, palielina bīstama holesterīna daudzumu, boja asinsvadu sienīgas (1,2,8,9).

Hroniskas sirds mazspējas simptomi un izpausmes:

Hroniska sirds mazspēja (HSM) ietver dažādas formas ar atšķirīgiem klīniskiem simptomiem, kas ir atkarīgas no pacienta funkcionāla stāvokļa un citām blakus slimībām. Tā var būt viegla, vidēja vai smaga. Pacienti ar vieglu hronisku sirds mazspēju var kustēties un pārvietoties bez būtiskiem ierobežojumiem. Savukārt pacientiem ar smagāku pakāpi, bieži nepieciešama medicīniska palīdzība (10).

Klīniski hroniska sirds mazspēja izpaužas kā:

Elpas trūkums: šī sajūta rodas "bez iemesla", elpas trūkums, var būt pastāvīgs un var būt ne ļoti izteikts, bet pie mazākās slodzes pieaugumu, tas var izraisīt astmas lēkmi (sirds astmu). Elpas trūkums izteikts guļus stāvoklī, jo palielinās asins plūsma uz sirds, tas liek pacientu apsēties. Sirds aizdusa liek noraizēties cilvēku visu naktī, liekot viņam piecelties no gultas un sēdēt.

Tahikardija (paātrināta sirdsdarbība): līdzīgi aizdusai viņa var būt pastāvīga, pastiprināties pie ne nozīmīgas fiziskas slodzes un, kā likums, tahikardija visur pavada ļaudis ar hronisku sirds mazspēju (20).

Cianoze: cianoze ir ādu segu un gļotādu zilgānamība šī zilgana apkrāsošana ir uz sliktas asins apgādes rēķina. Bieži var redzēt slimniekus, ar hronisku sirds mazspēju kuriem ir "zilās" lūpas, degungals, ausu vai/un pirkstu gali.

Tūskas: pirmās tūskas rodas uz kājām, pēc tam uz jostasvietas, vēdera un pakāpeniski izplatās uz visu ķermeni. Klasisks tūska variants pie HSM ir tūskas uz kājām un vēdera.

Kaklu vēnu uzbriedināšana: rodas paaugstinātā venozā spiediena dēļ, asins aizplūdma pārkaššanas rezultātā, īpaši skaidri izpaužas kaklu vēnu uzbriedināšana spaidot aknās.

Aknu un liesas palielinājums: aknas un liesa palielinās asiņu sastinguma dēļ, lielā asinsrites loka. Aknas kļūst cietas un sāpīgas. Ar laiku aknas un vēders var palielināties. Var bojāties aknu krātiņi, un attīstās "aknu ciroze".

Vājums/nespēks: nogurumu rada vāja asinsapgāde. Sirds nespēj piegādāt tik daudz asiņu, cik nepieciešams šūnu metabolisma nodrošināšanai. Sirds slimībai progredējot, aizvien mazāka piepūle rada nespēku. Kāju vājumu vai tipšanu izraisa perifēro artēriju vai vēnu slimību.

Pacientiem ar zināmu sirds mazspēju pieaugošs elpas trūkums, īpaši elpas trūkums miera stāvoklī, paātrināta sirds darbība, pieaugošas tūskas, svara pieaugums var liecināt par stāvokļa pasliktināšanos, tādēļ minēto sūdzību gadījumā būtu nekavējoties jāgriežas pie ārsta. Regulāra nozīmēto medikamentu lietošana ļauj izvairīties no slimības paasinājumiem (7,1).

1.2. Hroniskas sirds mazspējas klasifikācijas

Daudzu gadu gaitā ir izmantotas vairākas SM definīcijas, lai raksturotu hemodinamiskās, metabolās un slodzes tolerances izmaiņas šajā pacientu populācijā. SM nav patstāvīga diagnoze, bet komplekss klīniskais sindroms, kad sirds strukturālu vai funkcionālu bojājumu dēļ ir traucēta kambaru spēja uzpildīties ar asinīm vai tās sūknēt atbilstoši audu metabolisma vajadzībām. Eiropas Kardiologu biedrības rekomendētā definīcija:

SM ir klīniskais sindroms, kam raksturīgas šādas pazīmes:

1. SM tipiski simptomi: elpas trūkums mierā vai slodzes laikā, nogurums, vājums, potīšu tūskas;
2. SM tipiskas pazīmes: tahikardija, tahipnoja, trokšņi plaušās, šķidrums pleirā, palielināts jūga vēnu spiediens, perifērā tūska, hepatomegālija;
3. Objektīvi pierādījumi par sirds strukturāliem vai funkcionāliem traucējumiem miera stāvoklī: kardiomegālija, S3 tonis, sirds trokšņi, izmaiņas ehokardiogrāfijā, paaugstināta nātrijurētiskā peptīda koncentrācija .

SM var klasificēt dažādi:

1. Pēc klīniskās izpausmes (pazīmju parādīšanās, klīniskā stāvokļa izmaiņām un simptomu esamības);
2. Pēc strukturāliem bojājumiem (Amerikas Kardioloģijas kolēģijas (ACC)/ Amerikas Sirds asociācijas (AHA) SM stadijas). Lai gan A un B stadijā vēl nav SM simptomu, ir paaugstināts risks SM attīstībai nākotnē, kā arī paaugstināts mirstības risks, tāpēc nepieciešams sākt terapiju;
3. Pēc funkcionālā stāvokļa (NYHA klasifikācija);

4. Sistoliska un diastoliska SM;
5. Kreisās un labās puses SM (3).

HSM ietver dažādas formas ar atšķirīgu etiopatogēzi, atšķirīgām klīniskām izpausmēm, kas lielā mērā ir atkarīgas no HSM pakāpes un pacienta funkcionālā stāvokļa, kā arī no pavadslimībām. Tāpēc atšķirīgai jābūt arī diagnostiskajai pieejai un ārstniecībai atkarībā no tā, vai HSM ir ar sistolisko vai distolisko disfunkciju, ar augstu vai zemu izsviedi, vai HSM ir viegla, vidēja vai smaga. Pacienti ar vieglu pakāpi var kustēties un pārvietoties bez būtiskiem ierobežojumiem, savukārt pacienti ar smagāku pakāpi bieži nepieciešama medicīniskā palīdzība (11).

Sirds mazspēju var klasificēt, ņemot par pamatu tās pazīmju izpausmes, klīniskā stāvokļa pārmaiņas un simptomātikas esamību:

A PAKĀPE – Augsta riska sirds mazspēja. Anamnēzē nav strukturālu un funkcionālu pārmaiņu, nav pazīmju un simptomu.

I KLASE - Fiziskā slodzes bez ierobežojuma. Parastā fiziskā slodze neizraisa nogurumu, paātrinātu sirdsdarbību vai dispnoju.

B PAKĀPE – SM attīstība saistīta ar strukturālu sirds slimības gaitu. Simptomu un pazīmju nav.

II KLASE – Nedaudz ierobežota fiziskā slodze. Miera stāvoklī slimnieks jūtas labi. Parastas fiziskās slodzes laikā novēro nogurumu, paātrinātu sirdsdarbību vai dispnoju.

C PAKĀPE – Simptomātiska SM ar strukturālu sirds slimību anamnēzē.

III KLASE – Stipri ierobežotas fiziskas slodzes laikā novēro nogurumu, paātrinātu sirdsdarbību vai dispnoju.

D PAKĀPE – Attīstīta strukturāla sirds slimība ar raksturīgiem SM simptomiem, par spīti maksimālai farmakoloģiskajai terapijai.

IV KLASE – Jebkāda fiziskā slodze sagādā diskomfortu/neērtības. Simptomus novēro arī miera stāvoklī. Fiziskās slodzes laikā diskomforts pieaug (424.lpp) (4).

HSM ir komplekss klīniskais sindroms, kas izveidojas sakarā ar strukturāliem vai funkcionāliem sirds bojājumiem, kuru dēļ pasliktinās sirds kambaru darbība, lai nodrošinātu organismam adekvātu cirkulāciju un audu metabolismu. Tās galvenie simptomi ir elpas trūkums, nespēks un tūskas uz kājām. SM klasificē gan pēc klīniskām izpausmēm, gan strukturāliem bojājumiem, gan funkcionālā stāvokļa (3).

1.3. Hronisks sirds mazspējas izmeklēšana

Jau 1933. gadā Tomass Lūiss norādīja, ka viens no kardioloģijas (agrāk lietots termins „kardiovaskulārā medicīna”) galvenajiem uzdevumiem ir laikus atklāt SM. Ņemot vērā šīs slimības ietekmi uz dzīves kvalitāti, neatturamu progresēšanu un augsto mirstību, kļūst skaidrs, cik svarīgi ir atklāt tos pacientus, kuriem ir augsts HSM attīstības risks, cik svarīga ir agrīna diagnostika, lai savlaicīgi sāktu pamatslimības ārstēšanu. Visiem pacientiem ar HSM jānosaka un jāizvērtē standarta analīzes: pilna asinsaina (Hb, Ht, trombocīti, leikocīti); aknu un nieru funkcijas bioķīmiskie rādītāji, elektrolīti, glikozes līmenis, koagulogramma (INR, protrombīna laiks), urīna analīze. BNP/NT-proBNP jānosaka visiem pacientiem ar SM vai aizdomām par SM. BNP/NT-proBNP ir nozīmīgs SM diagnostikas marķieris, kā arī SM terapijas efektivitātes un SM prognostisks rādītājs. Troponīns I/T, CRO ir nozīmīgi prognostiskie rādītāji pacientiem ar SM (4,1,3).

Galvenie neinvazīvi izmeklējumi:

Elektrokardiogramma - tas ir tests, kura pieraksts ļauj iegūt vērtīgu informāciju par sirds stāvokli. Šī metode reģistrē un grafiski attēlo uz displejā vai papīra sirds elektronisko potenciālu, kas rodas sirds darbības laikā.

Ehokardiografija - izmeklējot sirdi ar ultraskaņas palīdzību iespējams noteikt kambaru un priekškambaru izmērus, saraušanās spēju, sirds sieniņu biezumu, rētu vai trombu esamību (piemēram, pēc infarkta) un izvērtēt sirds vārstuļu stāvokli un funkciju.

Analīzes: eritrocīti, hemoglobīns, leikocīti, trombocīti, K, Na, bioķīmiskie: kreatinīns, glikoze, ASAT, ALAT.

Holtera diennakts monitorēšana - holtera metodes EKG pielietošana ļauj novērtēt pacienta sirds darbību ikdienas apstākļos (sirds reakcija un fizisku un emocionālu slodzi, sirds stāvoklis miega laikā, sirds ritms un darbība diennakts garumā). Šī metodei ir augsts informatīvais līmenis un pacientam pilnīgi nekaitīga.

Krūškurvja Rtg - ir viena no pamatmetodēm HSM diagnostikā. Tā dod iespēju noteikt iespējamās elpas trūkuma iemeslus. Rentgenogrāfiski iespējams konstatēt sirds lielumu, kontūras, novietojumu, sirds un perikarda kalcifikāciju, kā arī fizioloģiskās izmaiņas pulmonārajā cirkulācijā.

Sirds magnētiska rezonanse (MRI) - šobrīd tas ir zelta standarts precīzai sirds tilpumu, sirds masas un miokarda sieniņu kustību mērīšanai. Izmeklēšanā tiek lietotas paramagnētiskas kontrastvielas, kā gadolīnijs. Ar to var diagnosticēt iekaisumu, infiltrātus, rētas, līdz ar to apstiprināt infarkta, miokardīta vai perikardīta diagnozi.

Angiogrāfija – kontrastvielas ievadīšana asinsritē (lai iegūtu sirds un asinsvadu attēlus), vienlaikus veicot kinoangiokardiogrāfiju (serijrentgenogrammas ar maziem starplaikiem), kas fiksē kontrastvielas virzību asinsrite. Metode noderīga, lai konstatētu sirds anatomiskas īpatnības, kā arī anomālijas (oklūzijas, defektus, fistulas) un vārstuļu darbības traucējumus. Visbiežākais angiografijas izmantošanas veids ir koronarogrāfija - izmanto stāvokļa novērtēšanai pirms vainagartērijas operācijām un pēc operācijas, lai noteiktu asinsvadu caurlaidību (4,19,3).

1.4. Pacientu hroniskas sirds mazspējas ārstēšanas īpatnības

Mūsdienās sirds mazspējas ārstēšana ir kompleksa, orientēta uz slimības progresēšanas aizkavēšanu un mirstības mazināšanu. Tā ietver ne tikai dzīvesveida izmaiņas, nemedikamentozu un medikamentozu ārstēšanu, bet arī dažādu modernu tehnoloģiju izmantošanu, kā arī sirds transplantāciju (21).

HSM neuzskata par atsevišķu slimību, bet par likumsakarīgu jebkuras sirds un asinsvadu slimības progresēšanas rezultātu un beigu stadiju. Mūsdienas uz pierādījumiem balstīta ir daudzkomponentu ārstēšana ar angiotensīna konvertāzes inhibitoriem (AKE-I), beta adrenerģiskiem blokatoriem un aldosterona inhibitoriem (1).

HSM dekompensācijas gadījumā pirmās rindas ārstnieciskie pasākumi:

1. adekvātas oksigenācijas nodrošināšana, izmantojot O₂ pievadi caur masku/NIV/mākslīgo plaušu ventilāciju ar endotraheālo intubāciju, nepieļaujot hipoksiju, hiperoksiju un hiperkapniju;
2. šķidruma retences klīnisko simptomu un pazīmju mazināšana, izmantojot diurētiskos līdzekļus un vazodilatatorus. Devas jāpielāgo atkarībā no pacienta datiem (nieru mazspēja, hroniska diurētisko līdzekļu lietošana, arteriālais AS) (2).
3. Inotropos līdzekļus pievieno terapijai tikai tad, ja saglabājas orgānu hipoperfūzijas pazīmes, lai gan pacientam iepriekš sāka terapija ar optimālām diurētisko līdzekļu un vazodilatatoru devām (3).
4. Ultrafiltrācijas sākšanu rekomendē pacientiem, kuri ir refraktāri pret diurētisko līdzekļu terapiju (15).

Daudzi pētījumi pierada, ka šo preparātu regulāra pieņemšana samazina pacientu mirstības un hospitalizācijas biežumu. Galvenie HSM mazspējas ārstēšanas mērķi ir samazināt pārliecīgo šķidruma uzkrāšanos ķermenī, uzlabot miokarda kontrakcijas spējas, samazināt sirds slodzi. To panākt, nodrošinot atpūtu un lietojot medikamentus (16).

Jācenšas novērst, likvidēt vai minimizēt tādus faktorus kā: smēķēšana, alkohola lietošana, paaugstināts asinsspiediens, paaugstināta temperatūra (infekcijas), asiņošana, hipoksēmija, orgānu hipoksija un išēmija, fiziska pārslodze.

Ņemot vērā HSM etioloģiju un sarežģīto attīstības mehānismu, ka arī ļoti nopietno prognozi, ārstēšanas pasākumi nevar būt unificēti un katra atsevišķa gadījumā jāizvēlas piemērotākie pasākumi, atkarība no situācijas maiņas savlaicīgi jākorģē (11,14).

1.4.1. Nemedikamentozā terapija

SM progresēšanai ir stingra korelācija ar dzīves stilu un modificējamiem riska faktoriem. Bet, ņemot vērā atšķirīgās pamatslimības un pavadošās slimības, pacientu ar SM raksturojums nav vienveidīgs (28). Tas bieži apgrūtina optimālās fiziskās slodzes izvēli. Riska faktoru modifikācija, neapšaubāmi, samazina mirstību, saslimstību un uzlabo dzīves kvalitāti. Pētījumu meta analīze parādīja, ka HSM aprūpes programmas, salīdzinot ar parastu aprūpi, samazina rehospitalizāciju skaitu, uzlabo dzīves kvalitāti, samazina aprūpes izmaksas, pagarina dzīvildzi. Eiropas Kardiologu biedrības SM vadlīnijas rekomendē regulāras fiziskas aktivitātes un strukturētus treniņus. Šīs rekomendācijas balstās uz pierādītiem faktiem, ka slodzes treniņi uzlabo slodzes kapacitāti un dzīves kvalitāti, neizraisot kreisā sirds kambara negatīvu remodelāciju, un var samazināt mirstību un hospitalizāciju biežumu pacientiem ar mērenu un vidēji smagu HSM (A, (I,A)) Bet pēc Eiropas statistisko pētījumu datiem tikai 20% SM pacientu piedalās sirds rehabilitācijas programmās. Bez tam arī pašu pacientu attieksme pret fizisko treniņu programmām ir neapmierinoša. HF-ACTION pētījuma rezultāti parādīja, ka tikai 29-42 % pacientu pēc 3 mēnešiem pildīja nozīmētos fiziskos treniņus (1,3).

Ārsts, protams, noteiks diagnozi un ārstēšanai nozīmēs ārstēšanu, tomēr daudz kas atkarīgs no paša pacienta - vai tas lieto ārsta ieteiktos medikamentus, vai pratīs izvairīties no pārmērīgām emocijām, vai varēs ievērot mērenību ēšanā, dzeršanā, vai varēs atmet smēķēšanu, vai ticēs, ka stāvoklis labosies. Sirds mazspējas gadījumā ir ieteicama tāda pati ēdienkarte kā pie aterosklerozes un paaugstināta asinsspiediena, tikai papildus jālieto ēdiens, kas satur daudz kālija.

No nemedikamentoziem pasākumiem vislielākā nozīme ir diētai veidojot ārstnieciskā uztura ēdienkarti HSM pacientiem, jāņem vērā slimības smagumu un tās attīstības mehānisms. Dietoterapijai ir jāveicina vielmaiņas procesu traucējumu novēršana, maksimāla sirdsdarbības atslodze, dažādu medikamentu ārstnieciskās iedarbības pasliktināšana un zāļu lietošanas izraisītu nevēlamu blakusparādību novēršana (14,9,3).

Diēta

Pacientiem, kam ir sirds mazspēja II-III pakāpē, vajadzīga mehāniski saudzējoša diēta ar stipri ierobežotu vārāmā sāls un šķidruma daudzumu (X diētas A forma). Diēta normalizē asinsriti, nieru funkciju un vielmaiņu, kā arī gremošanas orgānu darbību. Vārāmā sāls un šķidruma ierobežojuma pakāpi un ilgumu nosaka ārsts. Pārējās prasības tādas pašas kā X diētai (23).

Diētas sastāvs: 50-60 g olbaltumvielu (no tiem 40 g dzīvnieku olbaltumvielu), 50 g tauku, 300 g ogļhidrātu (kopīgā enerģētiskā vērtība 7900-8400 kJ jeb 1900-2000 kcal); 2 mg A vitamīna, 4 mg B1 vitamīna, 4 mg B2 vitamīna, 30 mg PP vitamīna, 100 mg C vitamīna. Brīvā šķidruma daudzums - 0,6 l. Vārāmo sāli pacientam nedod.

Uzturā vairāk jālieto ar kalciju (biezpiens) un kāliju bagāti uzturlīdzekļi (kartupeļi, dažādi dārzeņi, augļi, ogas, sevišķi arbūzi, ķirbji, āboli). Aizliegtie uzturlīdzekļi: kūpināta gaļa un zivis (jūras zivīs ir vairāk sāls nekā saldūdens zivīs), konservi, desas, sālīts sviests, skābi gurķi, skābi kāposti, cepti ēdieni. Stāvoklim uzlabojoties, sāli (2-5 g dienā) var pievienot gatavam ēdienam. Dažreiz nepieciešamas 1-2 atslodzes dienas (14).

Hipertoniskās slimības un aterosklerozes pacientu ārstnieciskajā uzturā (X diētas S forma) atļauta lielāka uzturlīdzekļu un to sagatavošanas veidu dažādība nekā X diētā. Ja nav liekas ķermeņa masas, uzturam ir normāls olbaltumvielu un ogļhidrātu daudzums un enerģētiskā vērtība; tauki - līdz 70 g dienā (daļa - obligāti augu eļļas). Nepieciešams biezpiens, auzu pārslas. Jālieto daudz dārzeņu, sevišķi salātu veidā, augļu un ogu. Šķidruma daudzums normāls, vārāmais sāls jāierobežo, jālieto daudz vitamīnu. Aizliegtie uzturlīdzekļi: trekna gaļa un putni, dzīvnieku iekšējie orgāni, šokolāde, olas dzeltenums (ierobežoti).

Visiem HSM pacientiem ieteicama pilnvērtīga, vitamīniem un mikroelementiem nodrošināta diēta, varbūt, arī „saudzējoša diēta”:

1. aizcietējumu novēršanai – jālieto vairāk augu šķiedras saturoši produkti,
2. mazāk jālieto produkti ar piesātinātām taukskābēm un holesterīnu,
3. ja ir liekais svars, jāsamazina kalorijām bagātu produktu lietošana.

Tomēr pacientiem vecumā ap 80 gadiem un vairāk, lai nesamazinātu dzīves kvalitāti, pilnīgi aizliegt iemīļotus gardumus nerekomendē (12).

Sāls ierobežošana

Sāls - tas ir nosaukums ķīmiskajam savienojumam - Nātrija Hlorīds. Sāls sastāvu veido 40 % nātrija. Nātrijs - minerālviela un neaizstājama uzturviela, ko organisms pats nevar veidot - un 60 % hlorīda. Nātrijs un Hlorīds dabā nav sastopami koncentrētā daudzumā, bet tas tiek pievienots vairākiem pārtikas produktiem pagatavošanas laikā.

Palielināta sāls daudzuma lietošana uzturā var sekmēt asinsspiediena paaugstināšanos. Paaugstināts asinsspiediens ir pirmais solis uz dažādām citām veselības problēmām, tādām, kā sirds mazspējas slimības (16).

Novēcojot mēdz veidoties nātrija ekskrecijas spēju samazināšanās ar tendenci un hipernātriēmiju. Tādos gadījumos, pacientiem vajag ierobežot vārāmās sāls lietošanu līdz apmēram 3 gramiem diennaktī, var samazināt asins sastrēgumu plaušās.

Apmēram 80 gadu vecumā pakāpeniski samazinās nieru spējas koncentrēt nātriju un veidojas tendence uz hiponātriēmiju. Tāpēc tāda vecuma pacientiem varama sāls ierobežošana ir ieteicama tikai gadījumos, kas kreisā kambara izdzīšanas frakcija (KKIF) ir < 20-25%. Ja KKIF ir apmēram 35% un vairāk, sāls ierobežošana nav indicēta, bet, ja turklāt ir hiponātriēmija (nātrija līmenis asinīs < 135 mEq/L) – kontraindicēta (12).

Šķidruma ierobežošana

Novēcošanas gaitā, rodoties tendenci uz hipernātriēmiju, pieaug arī šķidruma daudzums, un sirds mazspējas gadījumā ir racionāli ierobežot izdzertā ūdens daudzumu līdz apmēram 1-1,5 litram diennaktī (2).

Pacientiem ar samazinātu nātrija koncentrācijas spēju liels izdzertā ūdens daudzums var veicināt vēl izteiktāku hiponātriēmiju, un tāpēc ieteicams turpināt dzeršanas ierobežošanu. Taču, ja pacientiem ir otrā tipa cukura diabēts, nieru mazspēja vai urīnceļu akmeņslimība, ūdens dzeršanas ierobežošana ir kontraindicēta.

Bet dažiem pacientiem ar izteiktu hiponātriēmiju var veidoties arī hipovolēmija, un dzīvības glābšanas nolūkā ir jātaisa šķidruma i/v infūzija (1,0l un vairāk 5% nātrija hlorīda šķīdumā), un, protams izdzertā šķidruma apjoms arī nav jāierobežo. Pacientus ieteicams apmācīt katru dienu noteikt ķermeņa svaru, un pēc tās dinamikas aptuveni spriest par to, vai netiek lietots pārāk daudz šķidruma un vai pietiekami efektīva ir ārstēšana ar diurētiskām (17).

Smēķēšana

Smēķēšana paātrina sirds darbību, paaugstinot asinsspiedienu, veicinot faktorus kas izraisa trombu veidošanos, pazemina laba holesterīna līmeni, un palielina slikto, kas boja asinsvadu sienīgas . Ar katru ieelpoto dūmu asinsrite nokļūst vairāk nekā 400 ķīmisko vielu (9).

Nikotīna un oglekļa monoksīda izraisīta tauku nogulsnešanas sašaurina asinsvadus un artērijas, vēl vairāk apgrūtinot asins piegādi sirdij. Ar laiku asinsvadi un artērijas aizsprostojas, kas var izraisīt neārstējamus sirds bojājumus, savukārt skābekļa trūkums pārslogotajai sirdij paaugstina sirdslēkmes risku.

Ir pierādīts, ka ikdienā izsmēķēto cigarešu skaits ir saistīts ar akūta miokarda infarkta risku, kas pieaug, attiecīgi pieaugot izsmēķēto cigarešu skaitam. Atmetot smēķēšanu, akūta

miokarda infarkta risks būtiski samazinās. Augstais miokarda infarkta risks pierādīts arī jauniem smēķējošiem cilvēkiem. Pierādīts, ka smēķēšanas atmešana mazina mirstības no SAS risku vīriešiem 2,5 reizes, sievietēm – 2 reizes. Pēc Pasaules Sirds federācijas datiem SAS risks, atmetot smēķēšanu, gada laikā mazinās par 50% (2,17) .

Alkohols

Pārmērīga alkohola patēriņš var ietekmēt vai izraisīt paaugstināto asinsspiedienu, palielināta svara problēmas, ka arī vairākas sirds slimības kuru rezultāta var progresēt HSM.

Tūlīt pēc reibinošo dzērienu lietošanas paplašinās perifērie asinsvadi. Tādēļ iedzērušam cilvēkam seja kļūst sārta. Ja regulāri lieto alkoholu, ādas sīkie asinsvadi paplašinās. Alkohola ietekmē līdz ar ādas asinsvadu paplašināšanos paātrinās sirds darbība un skābekļa patēriņš sirds muskulī. Pat vienreizēja alkohola deva izraisa sirds darbības traucējumus.

Alkohols ietekmē asinsvadus un sirdi toksiski: izraisa hroniskus vielmaiņas traucējumus, ko apzīmē kā alkohola miokardiopātiju. Ja alkohols ir lietots ilgstoši, tad sirds muskulī alkohola ietekmē radušās izmaiņas ir jau neatgriezeniskas. Tādēļ sāpes sirdī, elpas trūkums strādājot, paātrināta sirds darbība, sirds ritma traucējumi tomēr pastāv un tikai nedaudz var mazināties, ja pārstāj lietot alkoholu.

Alkohola lietošana kategoriski kontrindicēta pie HSM diagnozes. Dažos gadījumos, ja gados vecāks cilvēks tradicionāli lieto ne vairāk par 30-50 ml alkohola dienā un tas neizraisa nekādas sociālas vai finansiālas problēmas, pilnīgs aizliegums nav obligāts, kaut jāpasvīturo, ka gados veciem cilvēkiem alkohols nekādu medicīniski pamatotu labumu nedod (1,5,2,).

Fiziskas aktivitātes

Fiziskas aktivitātes izskalo artērijas, iztīra tās un uztur tīras un elastīgas. Fizisko aktivitāšu galvenā un svarīgākā iedarbība ir laba augsta blīvuma lipoproteīnu (ABL) holesterīna līmeņa paaugstināšana, pazeminot kopējo holesterīna līmeni. Fiziskas aktivitātes labvēlīgi ietekme garastāvokli, 30min fizisko aktivitāšu diena vieglas un vidējas depresijas ārstēšanai var būt efektīvākas par antidepresantiem.

Fiziskas aktivitātes veicina endorfinu izdalīšanos smadzenēs. Šie hormoni liek ķermenim justies labāk.

Akūtas un smagas sirds mazspējas gadījumā gados vecākiem pacientiem nepieciešams gultas režīms. Taču ilgstoša imobilizācija ir kontrindicēta, jo var palielināt vēnu trombozes plaušu artērijas trombembolijas draudus. Tāpēc arī gultas režīmu, katram pacientam jāizstrādā individualizēta fiziskās aktivitātes programma, kas uzlabo muskulatūras funkcijas, asins cirkulāciju, dzīves kvalitāti. Ir ieteicamas pastaigas, bet jāizvairās no izometriskām slodzēm. Pastaigas jāveic vismaz pārdienās, pa 20 – 30 minūtēm (1,3).

Citi nemedikamentozī pasākumi

1. Jāizvairās no gados vecāku sirds mazspējas pacientu sociālās un garīgas izolācijas. Ja iespējams, jāturpina kaut minimāls ikdienas darbs, vaļasprieki. Jāļauj pašam sevi apkopt, jāuztur neatkarības sajūta.
2. Jāizvairās no braucieniem augstu kalnos, karstos un mitros klimatiskajos apstākļos. Salīdzinot ar citiem ceļošanas veidiem, priekšroka jādod vilcienam vai īsiem lidojumiem. Braucieni ar vieglo automašīnu vai autobusu, kā arī ilgstoši lidojumi var izraisīt tādas problēmas kā dehidratācija, izteikta kāju tūska un var būt par iemeslu vēnu trombozei. Ceļojumu laikā ļoti svarīgi nodrošināt tradicionālo diētu, pietiekamu šķidruma uzņemšanu un pēc iespējas arī kustības,
3. Gados vecākiem pacientiem ar sirds mazspēju ieteicams vakcinēties pret gripu, ērcu encefalītu un citām infekcijām, jo jebkura no tām ir sirds mazspējas progresēšanas riska faktors,
4. Postmenopauzes vecuma sievietēm I-III sirds mazspēju neuzskata par kontraindikāciju hormonu aizstājterapijai, kaut vēnu trombozes risks (kas var būt tādas terapijas blakne) ir paaugstināts (32).

Pagājušā gada vasaras beigās Eiropas Kardioloģijas biedrība (ESC) izdeva jaunas vadlīnijas koronāro sirds slimību diagnostikai un terapijai. Šajās vadlīnijās vēl vairāk uzsvērta iejaukšanās dzīvesveidā. Pirmo reizi vadlīnijās iekļauta kaitīga gaisa piesārņojuma ietekme un pilsētas troksnis pacientiem ar KAS. Smēķējošiem pacientiem ar HKS tiek rekomendēta smēķēšanas atmešana.

Pacientiem dienā rekomendē apēst vismaz 200 g dārzeņu un 200 g augļu, 35 - 45 g šķiedrvielu (vēlams no pilngraudu produktiem), 30 g nesālītu riekstu, zivi 1- 2 reizes nedēļā, samazināt liesās gaļas, zema tauku satura piena produktu un šķidro augu eļļu patēriņu. Piesātinātajām taukskābēm nevajadzētu būt vairāk kā 10% no kopējā dienas kaloriju daudzuma, tās vēlams aizvietot ar polinepiesātinātajiem taukiem. Nelietot produktus, kas satur transtaukskābes, kā arī pārstrādātos ēdienus. Dienā vēlams uzņemt ne vairāk kā 5- 6 gramus sāls. Ja tiek lietots alkohols, tad patēriņu limitēt līdz < 15 g dienā. Izvairīties no saldinātiem dzērieniem. Rekomendē fiziskas aktivitātes 30- 60 minūtes lielākajā daļā dienu. Visiem KAS pacientiem rekomendēta sezonas gripas vakcīna. Vēl vadlīnijās akcentēts, ka laikus jādiagnosticē un jāārstē trauksme, depresija un hronisks stress (38,3).

1.4.2. Medikamentoza ārstēšana

Pēdējos gados ir krasi mainījusies ārstnieciskā pieeja HSM pacientiem, Ja vēl pirms 10-15 gadiem ārstēšana galvenokārt balstījās uz sirds glikozīdiem un diurētiskiem līdzekļiem, tas

mūsdienīga ārstēšana balstās un trim medikamentu grupām, kurās ir pārliecinoši pierādījumi par mirstības un saslimstības riska samazināšanos, tās ir angiotensīna konvertāzes inhibitori (AKE-I), beta adrenerģiskie blokatori un aldosterona antagonisti (1,3).

Galvenās medikamentu grupas:

1. AKE inhibitori (Prestarium)-mazina SM simptomus, aizkavē tālāko mazspējas attīstību samazina mirstības risku atkārtotu hospitalizācijas skaitu, aizkavē SM progresēšanu gan HSM slimniekiem, gan augsta riska pacientiem. AKE var sekmīgi lietot pacientiem ar HSM, kuriem ir arī koronāra pataloģija, hospitalizētiem slimniekiem svarīgi sākt ārstēšanu jau pirms izrakstīšanas. Šie preparāti samazina sirds dobumu dilatāciju, uzlabo subepikardiālo un transmūrālo asinsriti, aizkavē un samazina miokarda hipertrofiju, uzlabo kreisa kambara funkciju (18).
2. Aldosterona antagonisti (Trifas)-tas ir viens no HSM ārstēšanas stūrakmeņiem. Tomēr atšķirība no AKE inhibitoriem, kurus lieto visas HSM pakāpes un pat bez simptomu sistoliskas disfunkcijas gadījumā, diuretiķu terapiju lieto, tikai sākot no II stadijas. Diurētiska ļoti ātri samazina elpas trūkumu un palielina slodze toleranci. HSM pacientiem raksturo šķidrums retence, sastrēgums maza un liela asins cirkulācijas loka - perifēriskā tūska, izsvīdums serozos dobumos (18).
3. Bēta adrenoblokatori - galvenā ietekme uz HSM saistīta ar noradrenalīna blokādi, pasargājot miokardu no hroniskas kateholamnu iedarbības. Beta adrenoblokatori iedarbība ietver asinsvadu tonusa pazemināšanu, sirds frekvences samazināšanu, diastoles pagarināšanu, skābekļa patēriņa samazināšanu (18).

Tā kā HSM ir sekundārs sindroms, ļoti svarīga ir HSM etioloģiskā faktora un/vai veicinošo faktoru novēršana un/vai farmakoterapija, piem., adekvāta arteriālās hipertensijas, KSS un cukura diabēta ārstēšana. Ne mazāk svarīga ir profilaktiskā farmakoterapija, kas aizkavē miokarda bojājuma un remodelācijas tālāku attīstību .

Iespējamie patoģenētiskie ārstēšanas virzieni ietver neurohormonālo (RAAS, adrenerģiskās) sistēmu aktivācijas mazināšanu. Šo sistēmu it kā kompensējošā aktivācija nelabvēlīgi ietekmē HSM gaitu, un tās mazināšana ir HSM ārstēšanas stūrakmens. Arī palielinātas sirdsdarbības frekvences mazināšana *per se* ir būtisks terapijas mērķis. Palielināta sirdsdarbības frekvence ir riska faktors SM pacientiem, kas ievērojami palielina KV notikumu risku. Tāpēc, ārstējot SM, jāseko sirdsdarbības frekvences līmenim. Sirdsdarbības frekvence, kas ir 70 reizes minūtē vai lielāka, jāsamazina, tiecoties uz līmeni, kas ir zem 60 reizēm minūtē (3,28).

1.4.3.Nefarmakoloģiskās metodes

Nefarmakoloģisko ārstēšanas metožu galvenie uzdevumi ir uzlabot un iespējami atjaunot asins plūsmu koronārajos asinsvados, Atjaunojot asins plūsmu, uzlabojas miokarda vielmaiņa un enerģētiskās funkcijas, uzlabojas kontraktilitāte un tādējādi arī sirds sūkņa funkcijas, kas savukārt mazina sirds mazspēju.

Iespējamās metodes:

Koronārā angioplastija -ir medicīniska procedūra, kuras laikā tiek atjaunota normāla asins plūsma sašaurinātā vai nosprostotā sirds vainagartērijā. Angioplastijas ir bez ķirurģiskas procedūras, kas var palielināties sašaurinātas vai bloķētas artērijas. Tievu caurulīti, (katetrs) tiek ievietota artērijā cirksnis vai rokā, un uzlabotas, lai jomā sašaurināšanos. Tiny balons galu katetra tiek piepūsts, lai palielinātu mazināšanu artēriju. Šī procedūru parasti veic, lai izplest samazinā tās vietas koronāro artērijā, kas piegādā asinis uz sirds muskuli. Dažreiz katetra metode tiek izmantota, lai ievietotu stentu (cilindriska stieple tīkli caurules) uz skarto platību artērijas, lai saglabātu artēriju atvērtas.

Vainagartēriju šuntēšana- tas ir sirds vainagartēriju ķirurģiska operācija, kura laikā artēriju nosprostojumi „tiek apieti“ ar pacienta vēnām, kuras iepriekš sagatavo, ņemot no pacienta apakšstilba. Operācijā iespējams izmantot arī pacienta spieķa kaula artēriju. Pēdējā laikā aortokoronārās šuntēšanas operācijās izmanto arī krūšu kurvja artērijas – tādā veidā samazinās operācijas apjoms un smagums. Pēdējā gadījumā nav nepieciešams lietot pacienta kāju vēnas vai spieķa kaula artēriju (17,13,10).

Sirds transplantācija-ir kardioķirurģiska ārstēšanas metode, kuru pielieto sirds slimību beigu stadijās, kad visi citi ārstēšanas veidi, medikamentozā vai cita ķirurģiskā ārstēšana, vairs nav iespējami.

Mākslīgā sirds-mākslīgā sirds ārēji atgādina īstu cilvēka sirdi un veic pilnīgi visas īstas sirds funkcijas. Būtisks uzlabojums esot tas, ka mākslīgā sirds novērsīs ķermeņa iespēju to atgrūst, jo atšķirībā no donoru sirdīm, šī ir gatavota no mākslīgi veidotiem un īpaši apstrādātiem materiāliem. Līdz šim mākslīgā sirds testēta datorizētās simulācijas, kā arī uz dzīvniekiem un testi bijuši veiksmīgi un bez komplikācijām (18).

1.5. Dzīves kvalitātes jēdziens, tā skaidrojums

Viens no būtiskiem mūsdienu sabiedrības sasniegumiem ir iedzīvotāju paredzamā mūža ilguma palielināšanās. Ja vēl pirms 100 gadiem Eiropas iedzīvotāju vidējais dzīves ilgums bija nepilni 50 gadi, tad šobrīd tas jau pārsniedz 70 gadus. Strauji palielinās kopējais iedzīvotāju skaits, kuru vecums pārsniedz 65 gadus. Pēc LR Centrālās statistikas pārvaldes datiem, kopš deviņdesmito gadu sākuma Latvijā ir negatīvs gan dabiskais pieaugums, gan migrācijas saldo. Līdz ar paredzamā mūža ilguma palielināšanos, tuvākajos gadu desmitos tas var izraisīt ievērojamu Latvijas iedzīvotāju vecuma struktūras izmaiņas, kas negatīvi ietekmēs sociāli ekonomiskos procesus. Darbspējīgo iedzīvotāju skaita samazināšanās radīs nepieciešamību cilvēkam pēc iespējas ilgāk saglabāt darba spējas un veselību, lai turpinātu pilnvērtīgu sociālo dzīvi sasniedzot arī pensionēšanās vecumu (27).

Dzīves ilguma palielināšanās ietver sevī arī daudzus izaicinājumus. Cilvēkam novecojot, samazinās organisma fiziskās, sensorās un kognitīvās spējas, kas var izraisīt funkcionālos ierobežojumus. Pavājinoties organisma spējām, palielinās veselības traucējumu risks, kas būtiski ietekmē cilvēka darba spējas un sociālo labklājību. Vēlākos dzīves gados parādās arī novecošanās pazīmes, kas ietekmē gan cilvēka fizisko, gan psiho-emocionālo stāvokli (27).

Dzīves kvalitāte ir relatīvi jauns koncepts, kurš, sākot no 1960-tajiem gadiem, tiek aktīvi izmantots, lai aprakstītu sabiedrības dzīves apstākļus. Pagājušā gadsimta pirmajā pusē daudzas nācijas dzīves kvalitāti mērīja ar materiālās labklājības līmeni. Jo augstāks bija kādas valsts IKP, jo cilvēku dzīves kvalitāte tika uzskatīta par labāku (34).

Dzīves kvalitātes definīcija: laime, apmierinātība ar dzīvi, labsajūta, pašrealizācija, izvēles brīvība, objektīvā funkcionēšana, fiziskais stāvoklis, veselības stāvoklis, psihiskā veselība, labklājība, papildījums, zems bezdarba līmenis, psiholoģiskā labsajūta, jēgpilna eksistence. (VP dzīves kvalitāte Latvijā) Šie un vēl daudzi citi jēdzieni, tiek izmantoti, lai raksturotu dzīves kvalitāti. Līdzīgi kā sabiedrība, arī dzīves kvalitātes jēdziens mainās un attīstās (4.lpp) (22).

Dzīves kvalitātes koncepts arvien plašāk visā pasaulē tiek pielietots, lai plānotu sociālos pakalpojumus cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem, nodrošinātu pakalpojumus atbilstoši cilvēku ar funkcionāliem traucējumiem vajadzībām un izvērtētu sniegto pakalpojumu kvalitāti. Dzīves kvalitātes koncepts cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem ir cieši saistīts ar „normalizācijas” un „iekļaušanas” jautājumiem un nevalstiskajām organizācijām, kuras šos jautājumus cenšas aktualizēt. Tas atspoguļojas likumdošanā, politikas plānos un dažādās programmās, kuru mērķis ir uzlabot cilvēku ar funkcionāliem traucējumiem apmierinātību ar dzīvi, panākumiem, līdzdalības iespējām sabiedrībā (26).

HSM saslimšanu attīstībā būtiska ir vides un kaitīgo ieradumu iedarbība, kas korelē ar iedzīvotāju materiālo labklājību, dzīves līmeni, izglītības līmeni, kā arī psihoemocionālo stāvokli. Šis pašu dotais kvalitātes novērtējums var būt atkarīgs gan no blakussaslimšanu skaita un nopietnības, gan arī no kaitīgo ieradumu un dažādu sociālo faktoru ietekmes.

Cilvēks vajadzības uztver kā nepieciešamību un dzīves kvalitātes kontekstā, vajadzību apmierināšana nodrošina pašu nepieciešamāko izdzīvošanai. Galvenais pamatvajadzību pieejas princips - ikvienam ir tiesības uz vismaz minimāli pienācīgu dzīvi. Apmierinot primārās vajadzības, tiek nodrošinātas pamatvajadzības optimālā līmenī. Visminimālāko pamatvajadzību pieeja ietver tikai uzturu, veselības pamatpakalpojumus un izglītību. Tās var aplūkot kā priekšnosacījumu citiem pilnvērtīgas dzīves aspektiem. Bez pamatvajadzību pieejas eksistē arī Tautas attīstības pieeja. Tās pamatā ir ideja par cilvēku dzīves kvalitātes uzlabošanu kā attīstības mērķi, ko realizē, panākot ekonomisko izaugsmi un vienlaikus šīs izaugsmes rezultātā gūtos labumus līdztiesīgi sadalot starp sabiedrības locekļiem. Galvenais mērķis ir dabūt katru indivīdu „virs primāro vajadzību sliekšņa”, lai sasniegtu sākotnējo „iespēju vienlīdzību”. Tiklīdz visi ir tikuši pāri robežai, tad sabiedrība ir tiesīga izvēlēties sev citus mērķus. Bet lai šos mērķus sasniegtu, visiem cilvēkiem ir jābūt vienādām iespējām sasniegt „labu” dzīvi. Vajadzību apmierināšana ir saistīta ar patēriņa iespējām. Ienākumi nosaka patēriņa iespējas, kas raksturo atsevišķām sociālajām grupām vai slāņiem atbilstošus dzīves standartus, ietekmējot labklājību caur tās objektīvo un subjektīvo elementu mijiedarbību, kuras rezultāts ir noteikts dzīves kvalitātes vērtējums (22). Materiālās labklājības kāpums, kas izpaužas ienākumu un patēriņa pieaugumā, ir interpretējams kā dzīves kvalitātes uzlabošanās faktors. Taču šī problēma ir aktuāla, kamēr valsts nav sasniegusi pietiekamu pārticības līmeni, lai apmierinātu pamatvajadzības, tiklīdz valsts ir sasniegusi šo līmeni, cilvēku labsajūtu sāk noteikt citi faktori (29).

Diemžēl Latvija Eiropas mērogā izceļas ar īpaši lielu smēķētāju īpatsvaru gandrīz visās vecuma grupās. Šis ir īpaši nozīmīgs riska faktors kardiovaskulāro saslimšanu un notikumu attīstībā. Pasaules Veselības organizācijas dati rāda, ka ikdienā smēķēja 34,3 % pieaugušo un 31,5 % jauniešu, turklāt vairāk nekā puse vīriešu smēķē ikdienā. Jāatzīmē, ka smēķētāju skaits pieaug – pirms gada, 2018. gadā, ikdienā smēķēja 30 % pieaugušo (36).

Izglītības nozīme veselības aprūpē pēdējā desmitgadē ir būtiski mainījusies līdz ar veselības aprūpes reformu, kas ir saistīta ar īsāku akūtās aprūpes laiku stacionārā un ātrāku pacientu pārvietošanos ambulatorās veselības aprūpes līmenī. Pacientu savlaicīgu atgriešanos mājās vidē nodrošina arī dažādu medicīnas tehnoloģiju pieejamība, kas rada iespēju pacientiem atgriezties ierastajā vidē un viņu ģimenēm aprūpēt piederīgos mājās apstākļos.

Veselības veicināšana ir darbības kopums, kas tiek veikts, lai sasniegtu augstu līmeni; tā īstenošanai jāiedarbojas uz indivīdu un vidi, kurā viņš dzīvo (15,11).

1.6. V. Hendersones teorijas analīze saistība ar dzīves kvalitāti cilvēkiem ar hronisku sirds mazspēju

Pacientu izglītošana ir kvalitatīvas veselības aprūpes daļa, kuras realizētājs ir māsa.

Pēc profesijas standarta māsa veic pacientu aprūpi: piedalās ārstniecībā; vada pacientu aprūpes darbu; nodarbojas ar pacientu izglītošanu veselības jautājumos; veic profesionālās izglītības darbu (37). Hronisku slimību izplatība un iedzīvotāju vecuma pieaugums veicina māsu iesaistīšanos agrīni uzsāktā pacienta apmācības programmā, lai palīdzētu pacientam iegūt pašaprūpes iemaņas. Arvien biežāk, apgūstot iemaņas veikt ikdienas aprūpes darbības, pacients no veselības pakalpojuma saņēmēja kļūst par veselības aprūpes speciālista partneri. Īpaši izteikta šī paradigma ir pacientiem ar hroniskām saslimšanām, jo viņu ikdiena ir saistīta ar lēmumu pieņemšanu par pašaprūpi (35).

V.Hendersonē izveidoja pirmo „uz pamatvajadzībām orientēto” māsu teoriju. Šī teorija pamatota uz cilvēka pamatvajadzībām, lai nodrošināt dzīves kvalitāti.

Šajā teorijā tiek uzsvērts, ka indivīdam ir nepieciešamība pēc fizioloģiska un emocionāla līdzsvara, nepieciešama palīdzība, lai nodrošinātu veselību un neatkarību vai arī mierīgu nāvi. Katram cilvēkam nepieciešams spēks, zināšanas un griba, lai sasniegtu vai arī nodrošinātu veselību.

Pēc V.Hendersones, cilvēks ir neatkārtojams indivīds, kam vajag palīdzību, lai panāktu veselību un dzīves kvalitāti. Indivīdu un ģimeni viņa uzskata par vienību. Veselību V.Hendersonē apraksta kā indivīda spējas darboties fizioloģiski pastāvīgi ar nepieciešamo spēku, gribu un zināšanām. Var to uzskatīt par dzīves kvalitāti. Turpretim slimību viņa apraksta kā neatkarības zaudējumu. Vide sastāv no ārējiem faktoriem un ietekmēm, kas virza dzīves izveidošanu. V.Hendersones teorija ļoti svarīga gan masām, gan pacientiem. Viņas teorija māca cilvēku kļūt neatkarīgam un rūpēties par sevi sabiedrībā.

Mūsdienās diemžēl cilvēks daudz laika atrodas nelabvēlīgā vidē. Mūsdienu cilvēka ritms ir ļoti saspringts, it sevišķi lielpilsētas iedzīvotājam. Cilvēki aizmirst, ka jau ģenētiski mums ir noteikta predispozīcija uz noteiktām slimībām. Dažādi kaitīgie faktori iedarbojas uz mūsu organismu katru dienu (mainīgie laika apstākļi, lielpilsētas gaiss, dzīves saspringtais ritms u.c.). Daudziem cilvēkiem veselību ietekmē arī darba raksturs (arī sēdošs darbs pie datora jau negatīvi ietekmē veselību), jau esošās hroniskās saslimšanas un periodiska slimošana ar dažādām

kaitēm, organisma aizsargreakciju vai imūnas sistēmas samazināšanās, stress, pārdzīvojumi. Mūsdienu dzīve nedod cilvēkiem nopirkt pietiekami daudz augļus un dārzeņus, kuriem ir dabīgs vitamīnu daudzums un kopums (7,29).

V.Hendersone nosauc 14 cilvēka pamatvajadzības: elpot normāli, ēst un dzert pietiekoši, izvādīt ķermenim nevajadzīgas vielas, kustēties un saglabāt ķermenim vēlamo pozu, gulēt un atpūsties, izvēlēties atbilstošu apģērbu, saglabāt ķermeņa temperatūru, ievērot ķermeņa higiēnu un aizsargāt ādu no ievainojumiem, izvairīties no apkārtējās vides briesmām un necensties ievainot citus, sadarboties ar citiem, paužot savas emocijas, vajadzības, bailes vai uzskatus, rīkoties saskaņā ar reliģisko ticību, strādāt darbu, kurā var gūt pienākumus, piedalīties dažādās atpūtas aktivitātēs, mācīties, pētīt, atklāt, vai apmierināt ziņkāri, tādejādi, nodrošinot normālu attīstību un veselību un izmantot visas veselības iespējas. V. Hendersone uzskata, ka katrai vajadzībai ir nepieciešama individuāla pieeja. Un māsai jāpalīdz nodrošināt visas pacienta pamatvajadzības, bet, tiklīdz viņš vismaz daļēji var tās nodrošināt pats, tad jāveicina pacienta neatkarība. Tomēr 14 cilvēka vajadzības var sadalīt kategorijas, kuri ir līdzīgi A. Maslova pamatvajadzību piramīdai. Tas ir fizioloģiskas vajadzības, drošības, mīlestības un piederības pašvērtības un pašapliecināšanās vajadzības (24,7).

Eiropas Kardiologu biedrības vadlīnijas uzsver pašaprūpi kā svarīgu ārstēšanas daļu, kas mazina simptomus, uzlabo funkcionālo kapacitāti, pašsajūtu un arī prognozi. Multidisciplinārās pašaprūpes svarīga daļa ir dzīves stila izmaiņas (38).

V.Hendersones teorijā svarīgākie jēdzieni: aprūpe, cilvēks, veselība, vide. Aprūpi V.Hendersone definē kā māsas specifisku funkciju, veicinot pacienta neatkarību, cik ātri tas ir iespējams. Māsas uzdevums ir aizstāt tās darbības, kuras pacients būtu veicis pats, ja viņam būtu pietiekoši resursi (31). Pēc V.Hendersones uzskata teorija par pamatvajadzībām attiecas uz visiem cilvēkiem. Manā pētniecības darbā aprūpe tiek virzīta uz pacientu – dažādu vecumu. Pēc V.Hendersones aprūpes mērķis ir pacienta prasību apmierināšana, izveidošanās un patstāvības atjaunošana. Māsu darbības mērķis tāpat ir palīdzība pacienta dzīvības saglabāšanā vai atveseļošanās stila attīstībā. Veicot aprūpi, māsai jāatceras, ka katrs cilvēks ir unikāls, un katram ir vajadzīga īpaša aprūpe.

Cilvēku veselību ietekmē apkārtējā vide. Videi ir jāveicina veselība, nevis jākaitē tai. Tā var būt veselību veicinoša vai arī veselībai kaitējoša.

V.Hendersone aplūko veselību kā kaut kas lielāku, nekā slimības neesamību. Māsa atbild par to, lai pacienta dzīve izmainītos uz labāko (veselīgs dzīvesveids, slimību profilakse utt.). Cilvēka dzīvē ir jāietilpst atpūtai, izklaidēm, līdzāspastāvēšanai ar citiem cilvēkiem un derīgam darbam (33).

Meklējot atbilstošu darbības risinājumu, māsas palīdz pacientiem izprast situāciju, apzināt iespējas, pilnveidot esošās vai sniežot jaunas zināšanas, attīstīt pacientu specifiskās prasmes, uzlabot pacientu/tuvinieku zināšanas, kā rezultātā samazinās pacientu iekšējie konflikti, kas saistās ar lēmumu pieņemšanu (39; 29).

V. Hendersone apzīmē cilvēku ar vārdu indivīds. Viņš ir neatkarīga un pašapzinīga persona, kas var būt gan vesela, gan slima. Indivīdu un ģimeni autore uzskata par vienību. Cilvēks veido savu dzīvi tā, lai viņš spētu apmierināt savas vajadzības. Šāds dzīves veids veicina cilvēka veselību. Situācijā, kur cilvēks nespēj apmierināt savas vajadzības, māsa palīdzēs novērst trūkumus ar profesionālu māsas darbību (25).

Pacienta un ģimenes mācīšanas un mācīšanās augstākais mērķis ir panākt, lai pacients spētu pieņemt savu dzīves situāciju un esošā veselības stāvokļa uzturēšanu, tāpēc ir svarīgi sniegt adekvātu būtisko klīnisko informāciju, kas veicina pacienta izpratni par slimības stāvokli un veselību veicinošu uzvedību. Profesijas standartā (projektā) punktā 4.23. ir atzīmēt: izglītēt pacientu un tuviniekus hronisku slimību gadījumā (37):

Svarīgākie pacientu izglītošanas apakšmērķi ir:

1. palielināt pacienta / ģimenes izpratni par pacienta veselības stāvokli, veselības aprūpes iespējām un izvēlēto iespēju sekām;
2. veicināt pacientu / ģimenes līdzdalību lēmumu pieņemšanā par veselības aprūpes iespējām;
3. palielināt pacienta / ģimenes līdzestību ārstēšanas un aprūpes procesā;
4. palielināt pacienta / ģimenes aprūpes prasmes;
5. veicināt pacienta / ģimenes izpratni par diagnozi, pacienta veselības stāvokli, slimības prognozi un rezultātu;
6. vairot pacienta / ģimenes lomu aprūpes nepārtrauktības nodrošināšanā;
7. veicināt veselīgu dzīvesveidu (30;64).

Uz pacientu orientētu pacienta izglītības procesu veido četras daļas:

1. pacienta vajadzību novērtēšana;
2. apmācības plānošana;
3. apmācības plāna īstenošana;
4. apmācības plāna īstenošanas novērtēšana (30;65).

Pacientu aprūpes programmās pienācīga vieta jāierāda zināšanu apgūšanai, lai pacients izprastu savu slimību, zinātu sava veselības stāvokļa pasliktināšanās cēloņus, izprastu līdzestības svarīgumu, pazītu pasliktināšanās simptomus. Ļoti nepieciešams pacientam ir ģimenes un viņam svarīgu personu sapratīgs atbalsts (15). Paskaidrot ka svāra kontrolei ir jābūt

regulārai (reizi diena, divas reizes nedēļā – pēc vajadzības). Jāsamazina svars pacientiem ar palielinātu ķermeņa masas indeksu (KMI) (25-30) un, īpaši aptaukošanās gadījumā (KMI>30)

Negatīvs svara pieaugums 2 kg 3 dienās liek griezties pie ģimenes ārsta vai māsas - jo jāpalielina diuretiķu deva. Apmēram 50% pacientu ar izteiktu HSM ir subklīniski vai klīniski barošanas traucējumi un pat kaheksija, kas ir nopietns nāves prediktors. Uz patoloģisku svara zudumu norāda: ja iepriekšējo 6 mēnešu laika pacients zaudējis 5 kg vai vairāk kā 7,5% no iepriekšējā bez tūskām un/ vai KMI ir<22.

Jāizvairās no sociālas un garīgas izolācija. Ja iespējams, jāturpina ikdienas darbs, adaptējot to pacienta fiziskai kapacitātei. Darbs un sociālas aktivitātes jāpārtrauc tikai akūtās stadijas (15).

Pacientiem kuri ceļo jāizvairās no uzturēšanas augstkalnu rajoniem, karstuma un mitruma, Visuma, salīdzinot ar citiem ceļošanas veidiem, priekšroka jādod īsiem lidojumiem, pacientiem ar izteiktu sirds mazspēju (III;IV klase) ilgstoši lidojumi var izraisīt tādas problēmas ka dehidratācija, izteiktas kāju tūska un var būt par iemeslu vēnu trombozei. Ceļojumā laika ļoti svarīga ir šķidrums balanss un diētas izmaiņas, sevišķi paaugstinātas temperatūras un mitruma apstākļos, kad jākorģē diurētisku lietošana.

Pēc iespējas jāvakcinējas pret gripu un pneimokoku izraisītām slimībām, jebkura infekcija ir slimības progresēšanas riska faktors.

Sāli lietot uzmanīgi. Kombinācijā ar AKE inhibitoriem var izraisīt hiperkaliēmiju.

Biežas un nelielas maltītes ir indicētas, ja pacientiem ir slikta dūša, vemšana, elpas trūkums vai pietūkums (12).

Jāsamazina aptaukošanas, jāierobežo sāls uzņemšana un šķidrums uzņemšana līdz 1-1,5 diennaktī, izņemot karstā klimatā. Dietai jābūt sabalansētai un jānodrošina normāls ķermeņa svars. Īpaši svarīgi regulāri pārbaudīt svaru- strauja svara palielināšanās >2 kg 1-3 dienās liecina par to, ka nepieciešama ārsta konsultācija (13).

2. EMPĪRISKĀ DAĻA

2.1. Pētījuma metodoloģija

PVO dzīves kvalitātes izvērtēšanas instrumenta izstrādes projektu uzsāka 1991.gadā. Tā mērķis bija izveidot starptautisku dzīves kvalitātes izvērtēšanas instrumentu. Liela vērība instrumenta izstrādes laikā tika pievērsta tam, lai instruments būtu pielietojams dažādās kultūrvides. PVO tika izveidota dzīves kvalitātes instrumenta izstrādes grupa, kurā iesaistījās 15 dažādu pasaules valstu sadarbības centri. Kopdarba rezultātā tika izstrādāti dzīves kvalitātes izvērtēšanas instrumenti, kurus iespējams izmantot visdažādākajās vidēs, ar plašu pielietojama amplitūdu – medicīniskai praksei, pētniecībā, pakalpojumu izvērtēšanā un politikas plānošanā.

PVO dzīves kvalitātes instrumenti, tieši tāpat, kā ikviens cits instruments, ir balstīti uz noteiktu dzīves kvalitātes definējumu. PVO dzīves kvalitāti ir definējusi kā „indivīda personīgās dzīves pozīcijas uztveri kontekstā ar kultūras un vērtību sistēmu, kurā indivīds dzīvo un sasaistē ar indivīda mērķiem, cerībām, standartiem un bažām. Tas ir plašs koncepts, kuru kompleksā veidā ietekmē personas fiziskā veselība, psiholoģiskais stāvoklis, personas uzskati, sociālās attiecības un vides nozīmīgākie faktori”.

Bakalaura darba mērķa, noskaidrot dzīves kvalitāti pacientiem ar hronisku sirds mazspēju, sasniegšanai darba autore praktiskajā daļā, rezultātu iegūšanai, izmantoja Dzīves kvalitātes anketu (Quality of Life Questionnaire) SF-36.

SF-36 (angl. The Short Form-36) ir nespecifisks aptaujas veids pacienta dzīves kvalitātes novērtēšanai, kas tiek plaši izmantots, veicot dzīves kvalitātes pētījumus Eiropas valstīs un ASV. Tas tika noteikts, lai novērtētu dzīves kvalitāti Itālijā, Francijā, Austrālijā un Amerikas Savienotajās Valstīs. Eiropas valstīs un ASV ir veikti atsevišķu cilvēku grupu pētījumi un iegūti rezultāti par normām veseliem iedzīvotājiem un slimniekiem ar dažādām hroniskām slimībām (sadalījums grupās atbilstoši vecumam un dzimumam).

Aptauja atspoguļo kopējo labklājību un cilvēka apmierinātības līmeni ar tām dzīvesdarbības jomām, kuras ietekmē veselības stāvoklis.

S-36 sastāv no 36 jautājumiem, kas grupēti astoņās skalās: fiziskā funkcionēšana, lomu darbība, ķermeņa sāpes, vispārējā veselība, dzīvotspēja, sociālā funkcionēšana, emocionālais stāvoklis un garīgā veselība. Katras skalas rādītāji ir veidoti tā, - jo augstāka rādītāja vērtība (no 0 līdz 100), jo labāks vērtējums pēc izvēlētās skalas. No rādītājiem veido divus parametrus: veselības psiholoģiskais un fiziskais komponents.

Darba metode:

Darba realizācijai tika izmantota kvantitatīva pētniecības metode- (*Quality of Life Questionnaire*) SF-36.

Pētījuma dalībnieki:

Pētījums tika veikts XXX slimnīcās no 03.03.2020. līdz 16.05.2020. Pētniecības darbā tika iesaistīti 40 respondenti (15 vīrieši un 25 sievietes) vecumā no 60 līdz 81 gadam. Katrs pētījumā iesaistītais respondents tika iepazīstināts ar pētījuma mērķi un informēts par iegūto datu konfidencialitāti.

Attiecībā uz pētījumā iesaistītajiem respondentiem tika ievēroti pētniecības un ētikas normu principi. Piedalīšanās pētījumā bija pilnīgi brīvprātīga un jebkurā laikā dalībnieks varēja to pārtraukt.

Instruments:

Kvantitatīvā pētījuma veikšanai tika sagatavots instruments – aptaujas anketa. Pēc pētījuma veikšanas atļaujas saņemšanas tika veikts pētījums.

Tika pielietota strukturēta aptaujas anketa pēc parauga FS -36 (sk. 2. pielikumu), kura ietver iepriekš nosacītus 29 jautājumus ar gatavām atbildēm par veselības stāvokli un dzīvesveidu, lai noteiktu dzīves kvalitāti pacientiem ar hronisku sirds mazspēju

Anketas aizpildīšanas laikā un pēc tam respondentiem bija iespēja uzdot jautājumus

Kopumā pētījumā tika iekļautas 40 derīgas anketas.

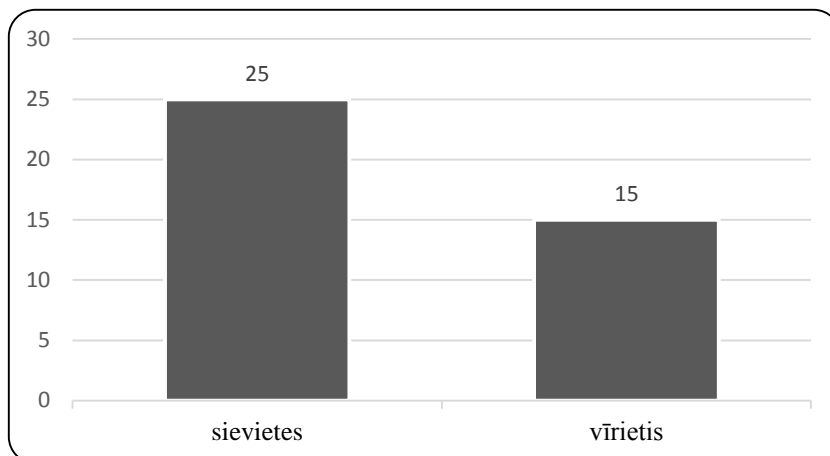
Anketas tika piedāvātas pacientiem vecumā no 60 līdz 81 un vairāk (10 respondentiem vairāk par 81 gadiem).

Aptaujas rezultātā savākie dati par dzīves kvalitāti pacientiem ar hronisku sirds mazspēju tika izmantoti tikai šajā pētnieciskajā darbā.

Datu analīze veikta izmantojot Excel programmu.

2.2. Pētījuma rezultāti un analīze

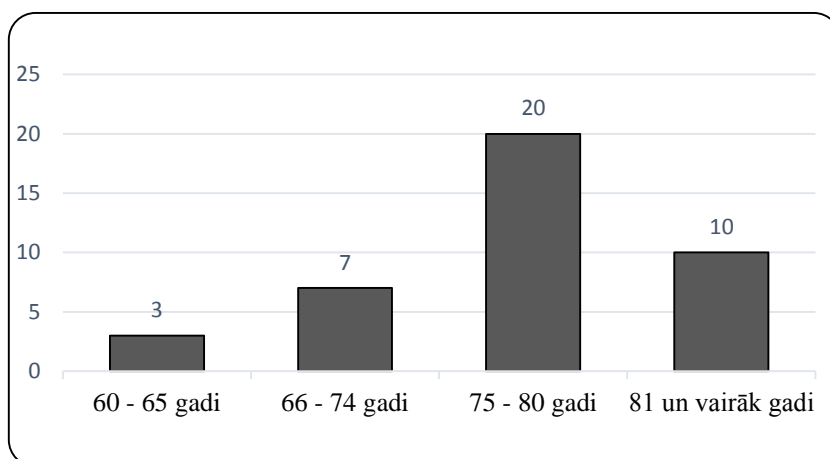
Respondentu socioloģiskā portreta izveidošanai tika izmantoti anketas trīs pirmie jautājumi. Ar pirmā jautājuma palīdzību tika noskaidrots respondentu dzimums.



2.2.1.att. Respondentu (n=40) dzimums

Analizējot anketās iekļautos rezultātus, tika noskaidrots, ka anketas ir aizpildījuši (pētījumā piedalās) 25 sievietes un 15 vīrieši (n=40).

Atbildot uz nākamo jautājumu, respondentiem tika piedāvāts norādīt vecumu (pilni gadi).

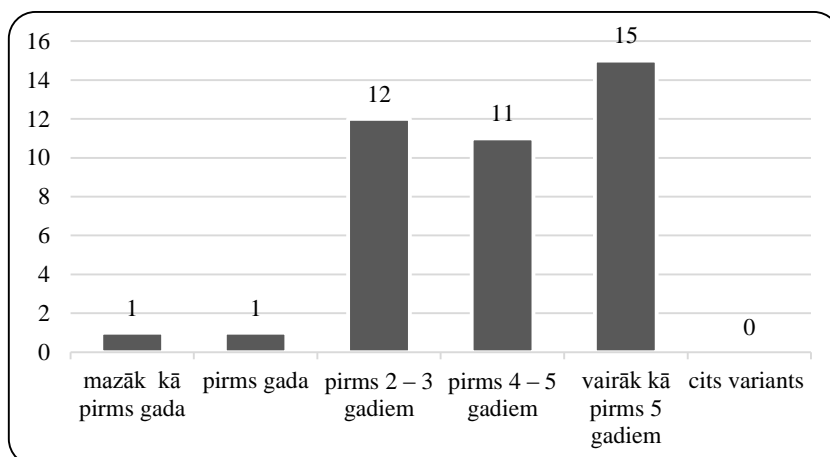


2.2.2.att. Respondentu vecums

Analizējot iegūtās atbildes, var secināt, ka 20 respondenti (n=40) ir vecumā no 75 līdz 80 gadiem, kas veido vislielāko respondentu daļu. 10 respondenti ir vecāki par 81 gadu, 7 respondenti ir vecuma posmā no 66 līdz 74 gadiem un 3 - vecuma posmā no 60 līdz 65 gadiem.

Nākamais jautājums tika uzdots ar mērķi noskaidrot, cik sen respondentiem ir diagnosticēta sirds mazspēja.

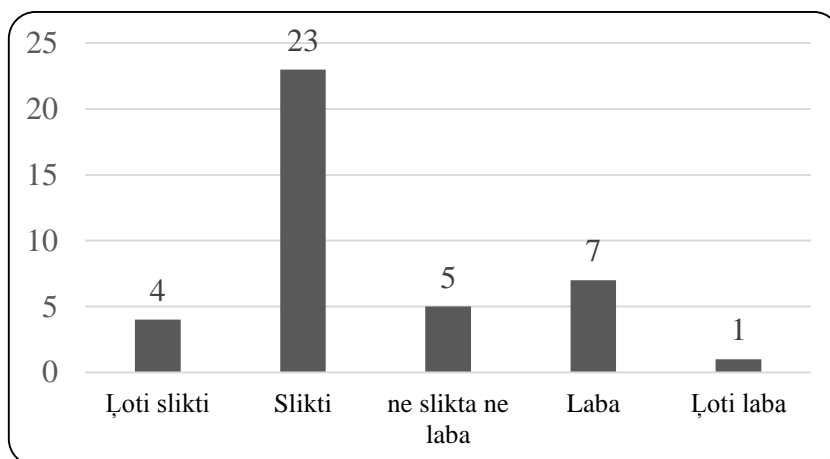
Anketā tika iekļauts jautājums par to, cik sen respondentiem tika diagnosticēta hroniska sirds mazspēja.



2.2.3.att. Sirds mazspējas diagnosticēšanas ilgums

Atbildes liecina, ka 15 respondentiem (n=40) sirds mazspēja ir diagnosticēta vairāk kā pirms 5 gadiem, 12 respondentiem – pirms 2-3 gadiem, 11 respondentiem – pirms 4-5 gadiem. Pa vienam respondentam ir kategorijā “mazāk kā pirms gada” un “pirms gada”. Respondentu ilgais slimības laiks atstāj ietekmi uz ikdienas dzīves organizāciju, paradumu izmaiņām, finansiālo stāvokli, kas kopsummā veido dzīves kvalitātes vērtējumu.

Nākamais anketas jautājums paredzēts respondentu dzīves kvalitātes novērtēšanai.

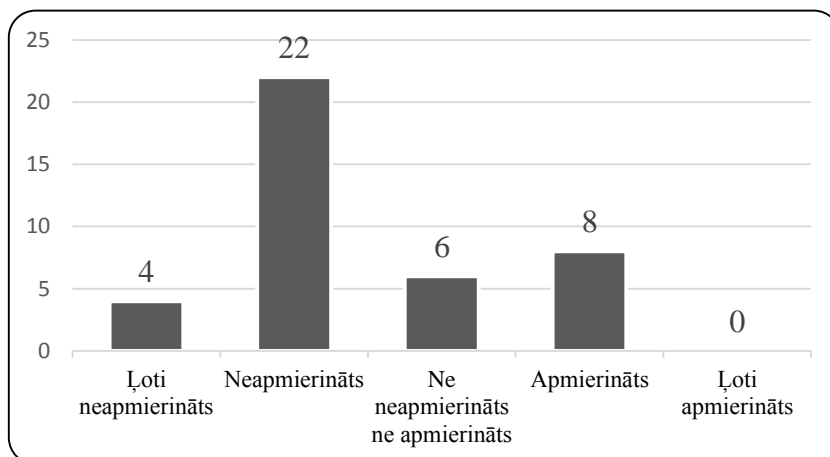


2.2.4.att. Dzīves kvalitātes vērtējums respondentu skatījumā

Savu dzīves kvalitāti ar “slikti” novērtē 23 respondenti (n=40), kas ir vairāk nekā puse respondentu un 4 respondenti to novērtē kā ļoti sliktu. 5 respondenti, vērtējot dzīves kvalitāti, norāda, ka tā nav ne slikta, ne laba. 7 respondentu dzīves kvalitāte tiek vērtēta kā laba un 1 respondents to vērtē kā ļoti labu. Dzīves kvalitāti kā zemu vērtē lielākoties tie respondenti, kuru

saslimšanas ilgums nav liels, jo sliktais veselības stāvoklis rada izmaiņas ierastajā dzīvē, dara cilvēku nemierīgu, kas tieši ietekmē visas slimnieka dzīves jomas.

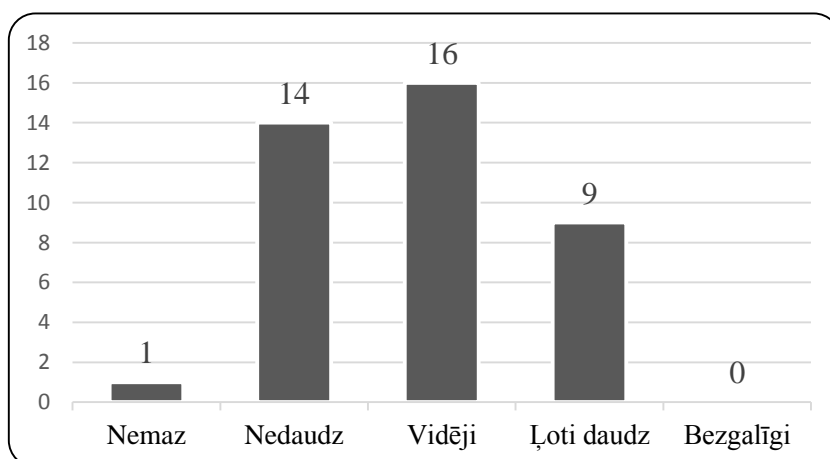
Anketas nākamais jautājums ļāva noskaidrot respondentu apmierinātības ar savu veselību vērtējumu. Dzīves kvalitāte lielā mērā ir atkarīga no spējas pielāgoties esošajai situācijai.



2.2.5.att. Apmierinātības ar veselību vērtējums respondentu skatījumā

Apkopojot respondentu atbildes, var secināt, ka 22 respondenti (n=40) ir neapmierināti ar savu veselību un 4 respondenti ir ļoti neapmierināti ar savu veselības stāvokli. 8 respondenti ar savu veselības stāvokli ir apmierināti, savukārt 6 respondentiem ir grūtības ar konkrētu veselības stāvokļa novērtējumu, tāpēc tas novērtēts kā "ne neapmierina ne apmierina". Nav neviena respondenta, kurš ar savu veselības stāvokli būtu ļoti apmierināts. Rezultāti liecina, ka 26 respondenti (n=40) kopumā nav apmierināti ar savu veselību, kas pētījumā izvirzīto hipotēzi pastiprina daļēji.

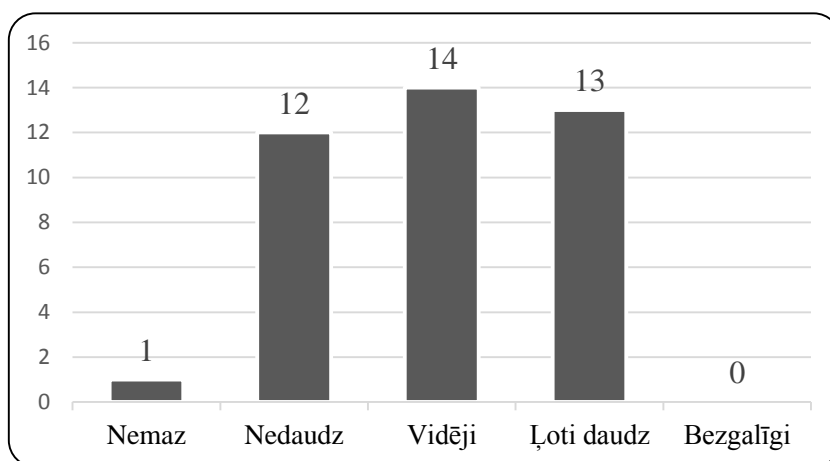
Turpmākais jautājums ir uzdots ar mērķi noskaidrot cik lielā mērā respondents jūt fiziskas sāpes, kuras neļauj darīt to, kas jādara.



2.2.6.att. Darbu ierobežoju sājpu jušana

Fiziskas sāpes, kuras neļauj darīt to, kas jādara, nejūt 1 respondents (n=40), šādas sāpes nedaudz sajūt 14 respondenti un 16 respondenti jūt vidējas sāpes. Fiziskas sāpes, kuras neļauj darīt to, kas jādara, ļoti daudz jūt 9 respondenti. Bezgalīgi mokošas sāpes nejūt neviens respondents.

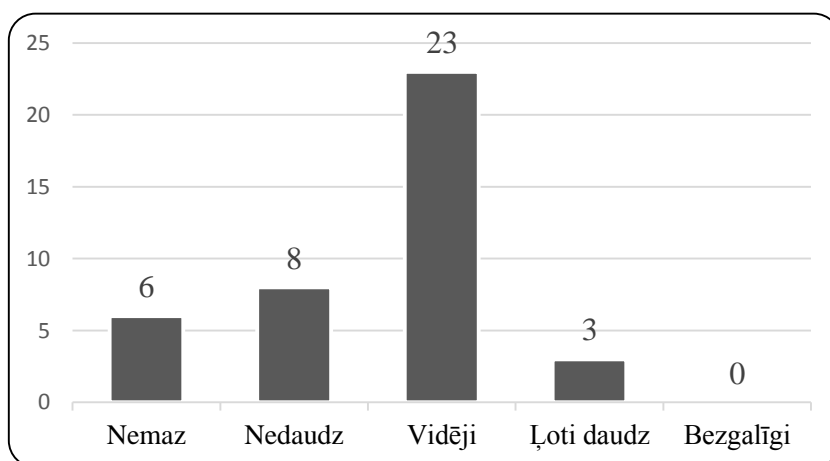
Anketas nākamais jautājums ļauj noskaidrot, cik daudz ir nepieciešamas jebkura veida medicīniskas aktivitātes, lai respondents ikdienā brīvi darbotos.



2.2.7.att. Medicīniskas aktivitātes respondentu ikdienas brīvas darbošanās nodrošināšanai

Ļoti daudz medicīnisko aktivitāšu ikdienas brīvas darbošanās nodrošināšanai ir nepieciešamas 13 respondentiem (n=40), vidējs aktivitāšu daudzums - 14 respondentiem un neliels medicīnisko aktivitāšu daudzums - 12 respondentiem. Tikai 1 respondentam nav nepieciešamas medicīniskās aktivitātes ikdienas brīvas darbošanās nodrošināšanai.

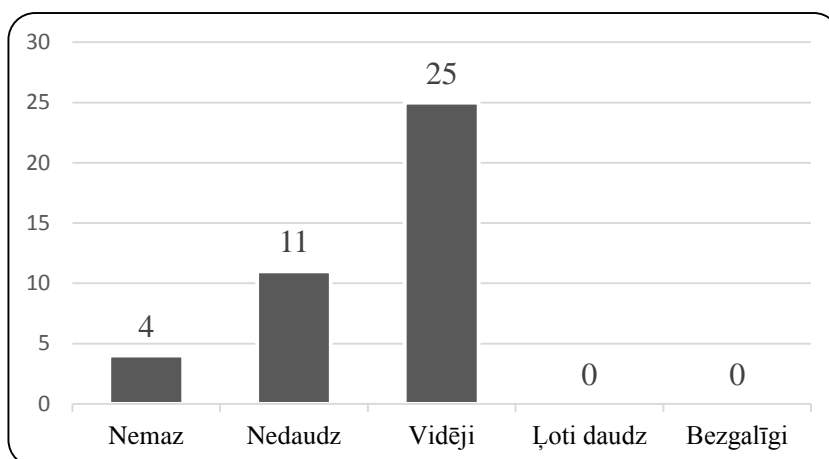
Anketā iekļauts arī jautājums, kas ļauj noskaidrot, cik lielā mērā respondenti izbauda dzīvi.



2.2.8.att. Respondentu dzīves izbaudīšanas vērtējums

No visiem aptaujātajiem respondentiem (n=40) 6 respondenti dzīvi neizbauda nemaz un 8 respondenti to izbauda nedaudz. 23 respondenti savu dzīves izbaudīšanas vērtējumu atzīmē kā vidēju. Tikai 3 respondenti dzīvi izbauda ļoti daudz.

Nākamais jautājums tika uzdots ar mērķi noskaidrot respondentu dzīves jēgpilnības vērtējumu.

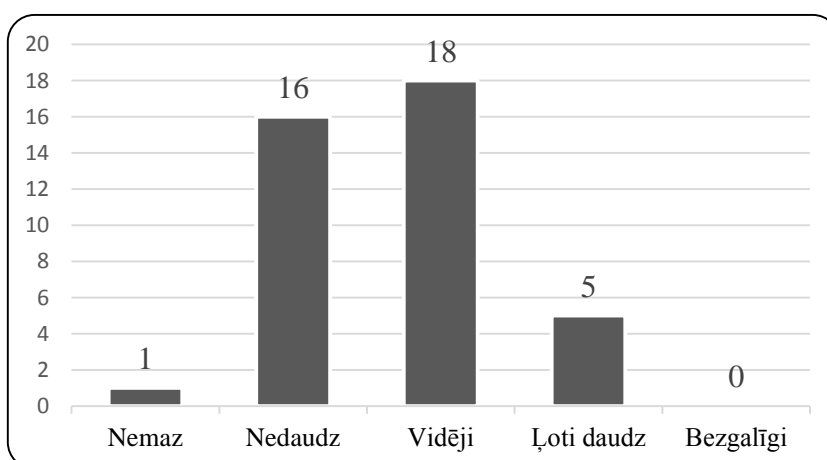


2.2.9.att. Respondentu dzīves jēgpilnības vērtējums

Vērtējot dzīves jēgpilnību, 4 respondenti (n=40) to nemaz nesaskata, 11 respondenti to vērtē kā nedaudz jēgpilnu un 25 respondenti dzīves jēgpilnību vērtē kā vidēju.

Aptaujas rezultāti liecina, ka sirds mazspējas pacientus jāsargā no sociālās un garīgas izolācijas, iespēju robežās jāturpina kaut minimāls ikdienas darbs, vaļasprieki, jāļauj pašam sevi apkopt, jāuztur neatkarības sajūta, tas ļauj gados vecākiem cilvēkiem justies vajadzīgiem, veidot jēgpilnu dzīvi.

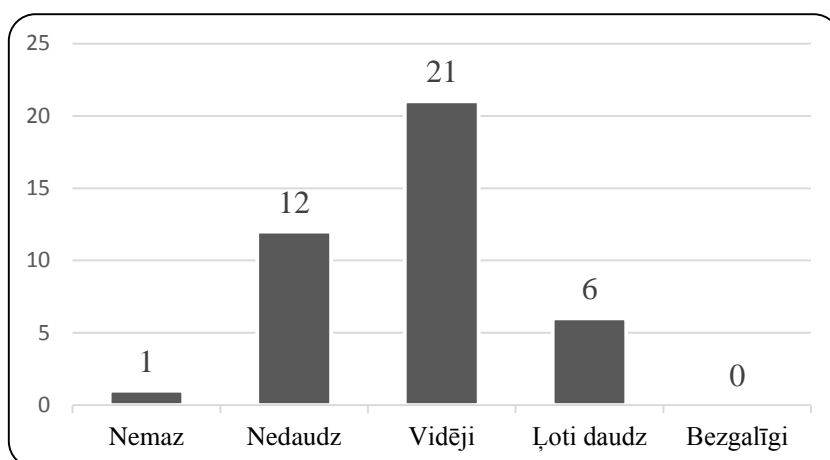
Nākamais anketas jautājums ļauj iegūt respondentu koncentrēšanās spēju novērtējumu.



2.2.10.att. Respondentu koncentrēšanās spēju vērtējums

Koncentrēšanās spēju nav 1 respondentam, 16 respondentiem ir nelielas koncentrēšanās spējas, vidējas – 18 respondentiem. Savas koncentrēšanās spējas augstu vērtē 5 respondenti.

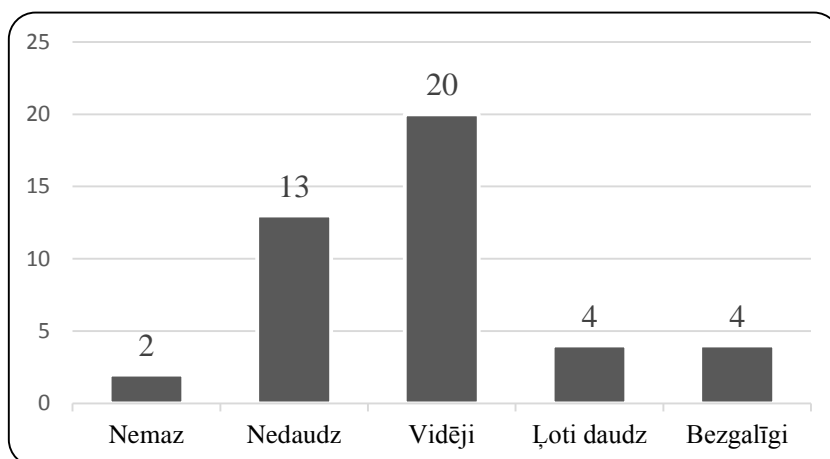
Nākamais jautājums ļauj noskaidrot, cik droši respondents jūtas savā ikdienas dzīvē.



2.2.11.att. Respondentu drošas jušanās vērtējums ikdienas dzīvē

Ikdienas dzīvē ļoti droši jūtas 6 respondenti (n=40), vidēji droši – 21 respondents, nedaudz droši – 12 respondenti un nemaz droši nejūtas 1 respondents. Tas, vai cilvēks jūtas droši, lielā mērā ir atkarīgs arī simptomiem un pazīmēm, diagnozes izpaušanās formām.

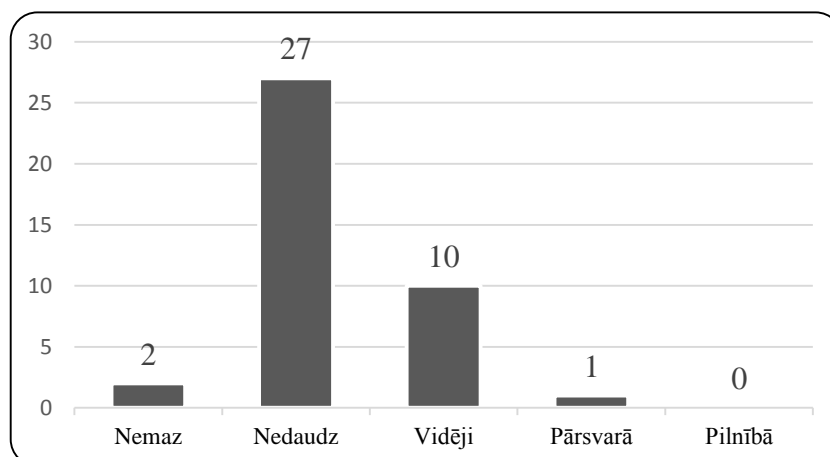
Anketā ir ietverts jautājums par fiziskās vides veselīgumu.



2.2.12.att. Respondentu veselīgas fiziskās vides vērtējums

No visiem aptaujātajiem respondentiem (n=40) fiziskās vides veselīgumu ar vidēji novērtē 22 respondenti un kā ļoti veselīgu to vērtē 4 respondenti, bezgalīgs vērtējums ir 4 respondentiem. 2 respondentiem fiziskā vide nav nemaz veselīga un 13 respondentiem tā ir nedaudz veselīga.

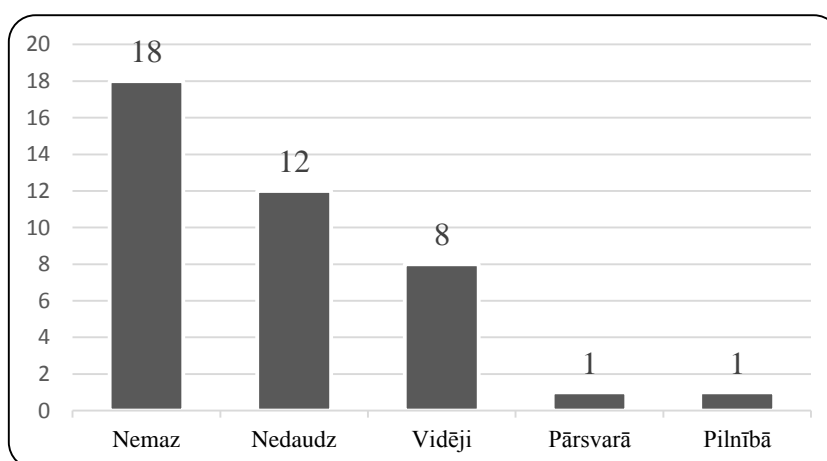
Nākamais jautājums ļauj noskaidrot, vai respondentiem ikdienā ir pietiekami daudz enerģijas.



2.2.13.att. Enerģijas pietiekamības vērtējums

Pārsvārā enerģiski jūtas 1 respondents (n=40), vidēji enerģiski jūtas 10 respondenti, nedaudz enerģiski – 27 respondenti un 2 respondenti nejūtas enerģiski. Tā kā sirds mazspēja rada pacientam trauksmes sajūtu, tad jebkura plānojamā fiziskā aktivitāte prasa enerģiju un fizisku piepūli, pacients nejūtas drošs, ka spēs tikt galā ar ielānoto.

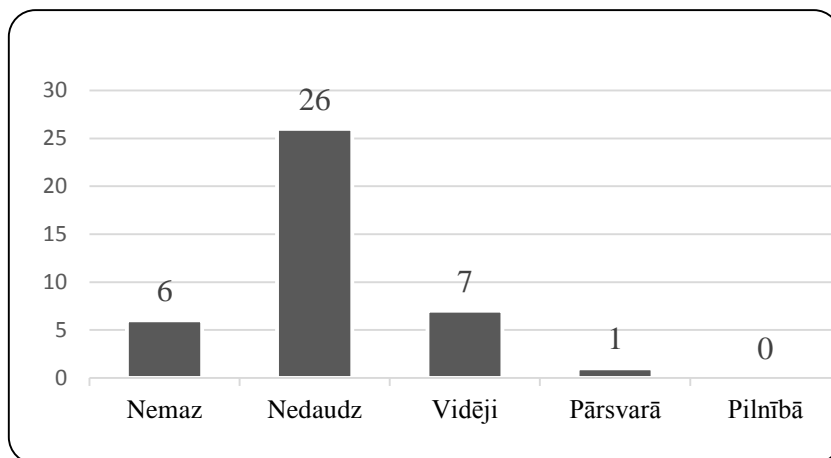
Respondentiem tika piedāvāts novērtēt sava ķermeņa ārējo izskatu.



2.2.14.att. Apmierinātības ar sava ķermeņa ārējo izskatu vērtējums

No visiem (n=40) respondentiem tikai 1 respondents ir pilnībā apmierināts ar sava ķermeņa ārējo izskatu un 1 respondents – pārsvārā apmierināts. 8 respondenti apmierinātību ar sava ķermeņa ārējo izskatu vērtē kā vidēju. 12 respondenti ir nedaudz apmierināti ar ķermeņa ārējo izskatu un 18 respondenti – nemaz nav apmierināti.

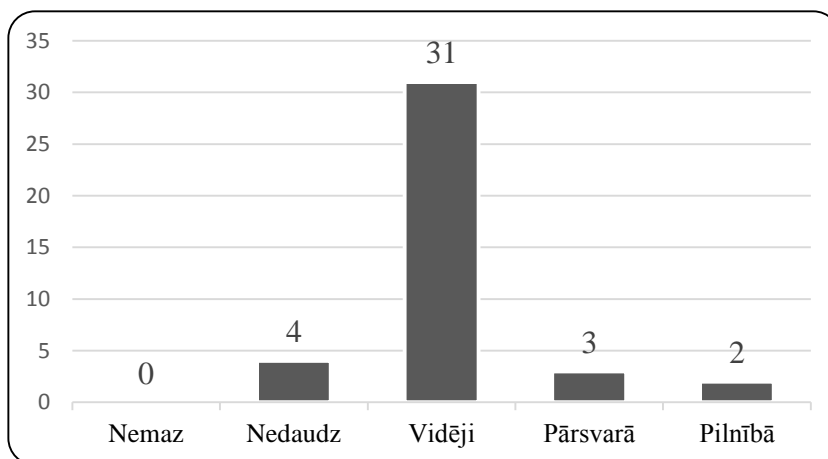
Respondentiem tika piedāvāts novērtēt naudas pietiekamību savu vajadzību apmierināšanai.



2.2.15.att. Apmierinātības ar naudas daudzumu savu vajadzību apmierināšanai vērtējums

Naudas pietiekamību savu vajadzību apmierināšanai kā neatbilstošu novērtē 6 respondenti (n=40) un kā nedaudz atbilstoši – 26 respondenti. Vidēji apmierināti ar naudas daudzumu ir 7 respondenti, pārsvarā apmierināts – 1 respondents. Nav neviena respondenta, kurš būtu pilnībā apmierināts ar naudas pietiekamību savu vajadzību apmierināšanai.

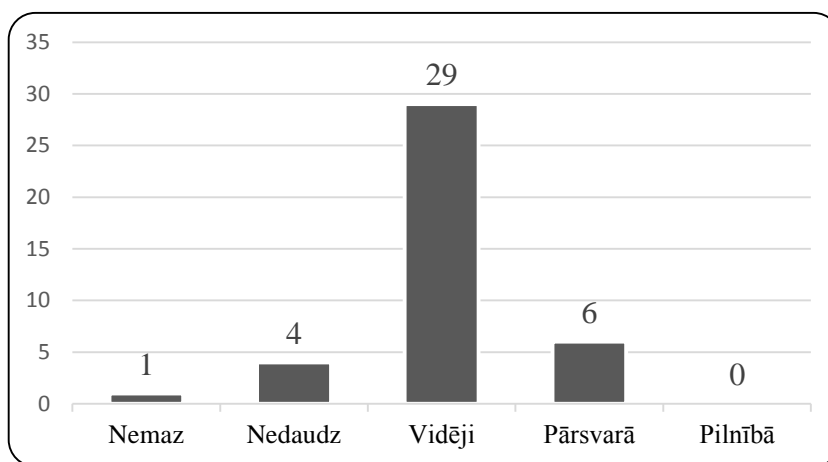
Nākamais jautājums ļauj atklāt ikdienā nepieciešamās informācijas pieejamības vērtējumu.



2.2.16.att. Ikdienā nepieciešamās informācijas pieejamības vērtējums

Ikdienā nepieciešamās informācijas pieejamība kā pilnībā atbilstoša tiek vērtēta 2 respondentu atbildēs un pārsvarā pieejama – 3 respondentu atbildēs. 31 respondents norāda, ka nepieciešamās informācijas pieejamība ir vidēja un 4 respondentiem tā ir nedaudz pieejama. Nav neviena respondenta, kuram nav iespējama nepieciešamās informācijas pieejamība.

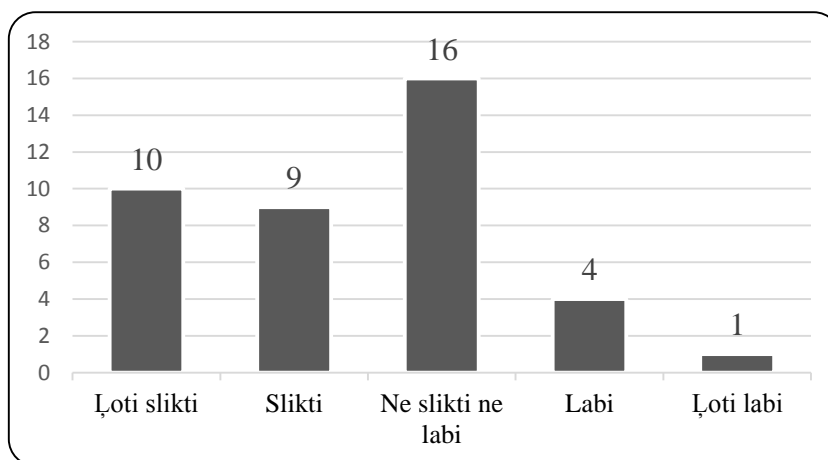
Nākamais jautājums ļauj noskaidrot brīvā laika aktivitāšu pieejamību respondentiem.



2.2.17.att. Brīvā laika aktivitāšu pieejamības vērtējums

Brīvā laika aktivitātes nav pieejamas 1 respondentam un 4 respondentiem tās ir nedaudz pieejamas. 29 respondentiem brīvā laika aktivitātes ir pieejamas vidēji un 6 respondentiem tās ir pārsvārā pieejamas.

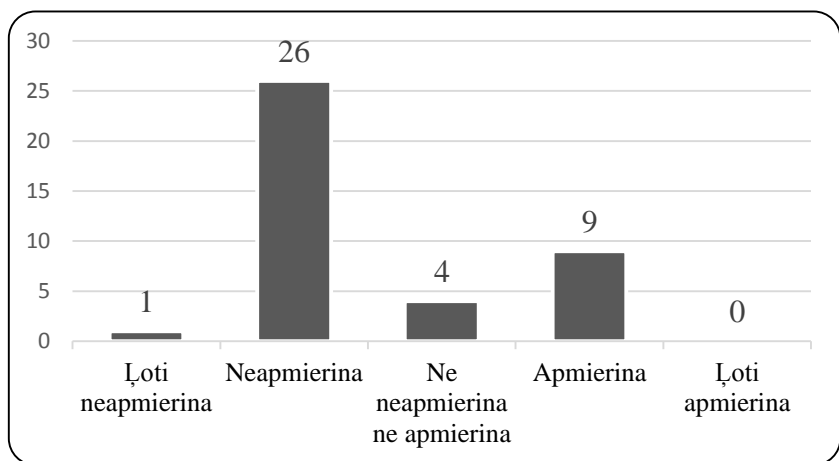
Tālāk tiek piedāvāts novērtēt to, cik respondenti labi tiek galā ar savām problēmām.



2.2.18.att. Tikšanas galā ar savām problēmām vērtējums

Ar savām problēmām ļoti slikti tiek galā 10 respondenti un slikti – 9 respondenti. 4 respondenti labi tiek galā ar problēmām un 1 – ļoti labi. 16 respondenti tikšanu galā ar savām problēmām vērtē kā ne labi, ne slikti.

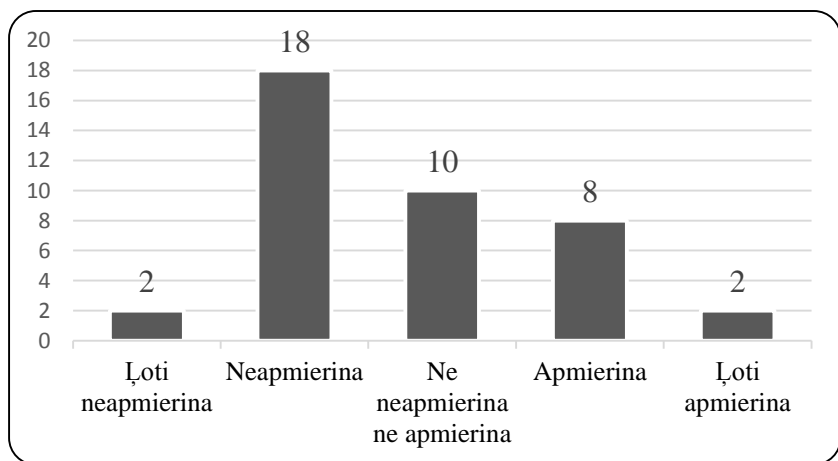
Respondentiem tiek piedāvāts novērtēt savu miegu. Sirds aizdusa liek raizēties cilvēku visu nakti, liekot viņam piecelties no gultas un sēdēt, līdz ar to miega kvalitāte ir traucēta.



2.2.19.att. Miega vērtējums

Miega kvalitāte ļoti neapmierina 1 respondentu un 26 respondentus neapmierina kopumā. 9 respondentus miega kvalitāte apmierina, savukārt 4 respondenti nevar pateikt, apmierina vai neapmierina.

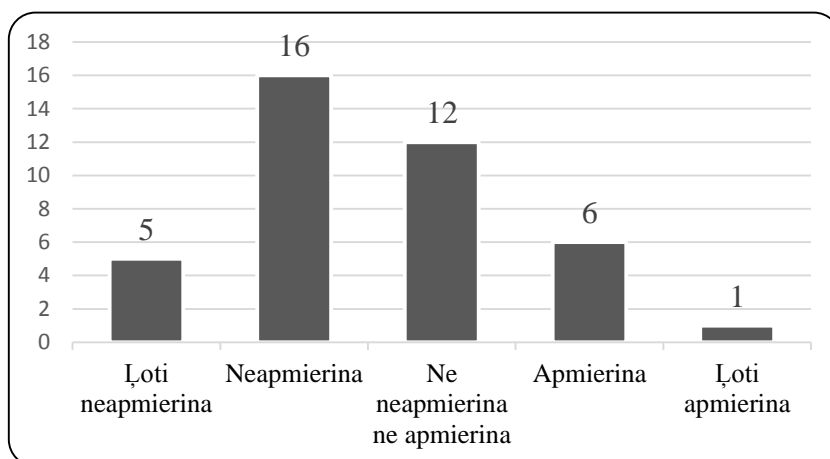
Nākamajā jautājumā respondenti novērtē savas pašaprūpes spējas.



2.2.20.att. Pašaprūpes veikšanas spēju vērtējums

Ar pašaprūpes veikšanas spējām ļoti neapmierināti ir 2 respondenti, neapmierināti – 18 respondenti. 2 respondenti ir ļoti apmierināti ar pašaprūpes veikšanas spējām un 8 – apmierināti. 10 respondentiem ir grūti pateikt, apmierināti vai nē.

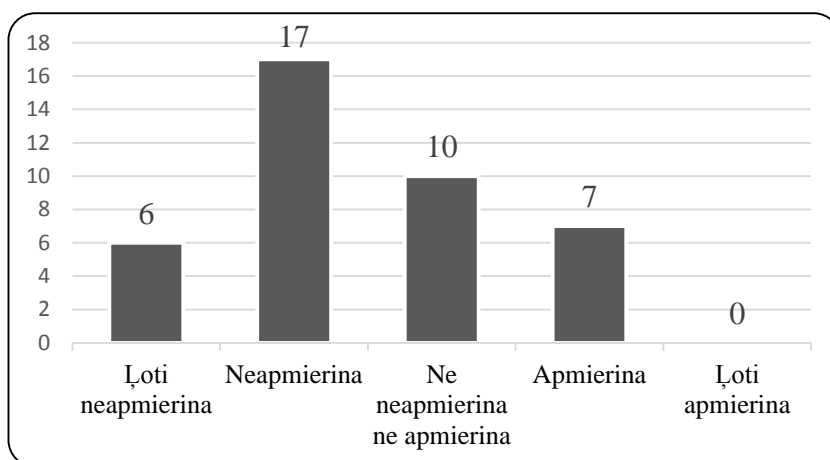
Nākamais jautājums ļauj atklāt respondentu apmierinātību ar savām darba spējām.



2.2.21.att. Darba spēju vērtējums

Ar savām darba spējām ļoti apmierināts ir 1 respondents, 6 respondenti ir kopumā apmierināti ar šīm spējām. 16 respondenti ir neapmierināti ar darba spējām un 5 respondenti ir ļoti neapmierināti ar šīm spējām. 12 respondentiem ir grūtības noteikt, vai ir apmierināti ar savām darba spējām.

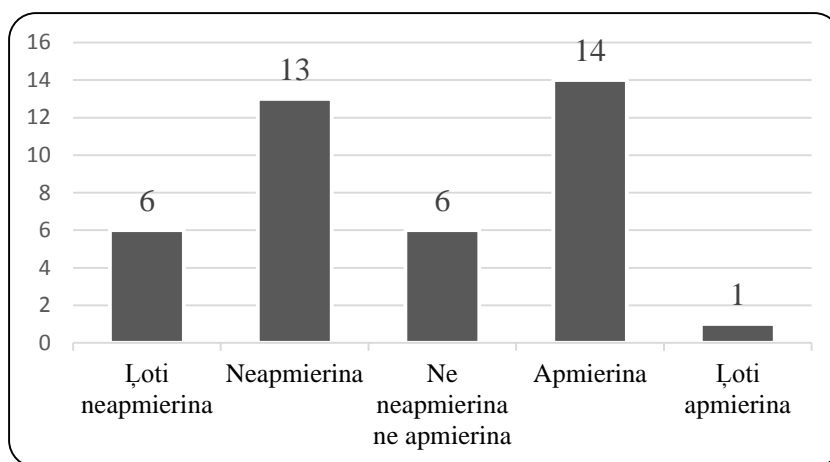
Respondenti, aizpildot anketu, varēja novērtēt apmierinātību ar sevi.



2.2.22.att. Apmierinātības ar sevi vērtējums

Ļoti neapmierināti ar sevi ir 6 respondenti, savukārt neapmierināti – 17 respondenti. Ar sevi apmierināti ir 7 respondenti un 10 respondentiem ir grūtības noteikt savu apmierinātību.

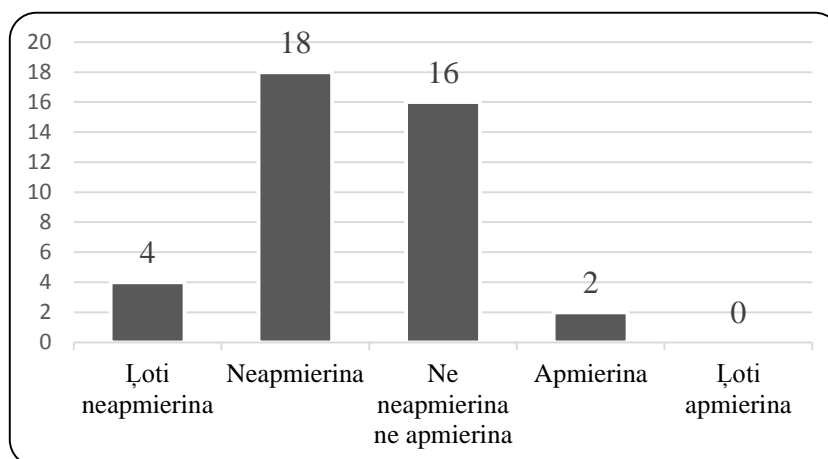
Nākamais jautājums atspoguļo respondentu apmierinātību ar attiecībām ar apkārtējiem.



2.2.22.att. Apmierinātības ar apkārtējiem vērtējums

14 respondentus apkārtējie apmierina un 1 respondentu ļoti apmierina. 13 respondentus apkārtējie neapmierina un 6 respondentus - ļoti neapmierina. 6 respondentiem ir grūtības novērtēt, apmierina vai neapmierina.

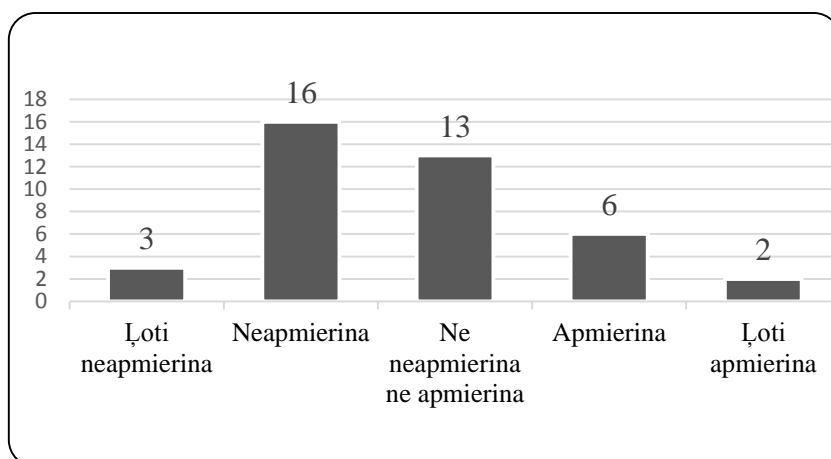
Nākamais jautājums ļauj noskaidrot cik apmierināti respondenti ir ar savu seksuālo dzīvi.



2.2.23.att. Apmierinātības ar seksuālo dzīvi vērtējums

2 respondenti ir apmierināti ar savu seksuālo dzīvi, 18 respondenti – nav apmierināti un 4 respondenti – ļoti neapmierināti. 16 respondenti nevar pateikt ir apmierināti vai nav.

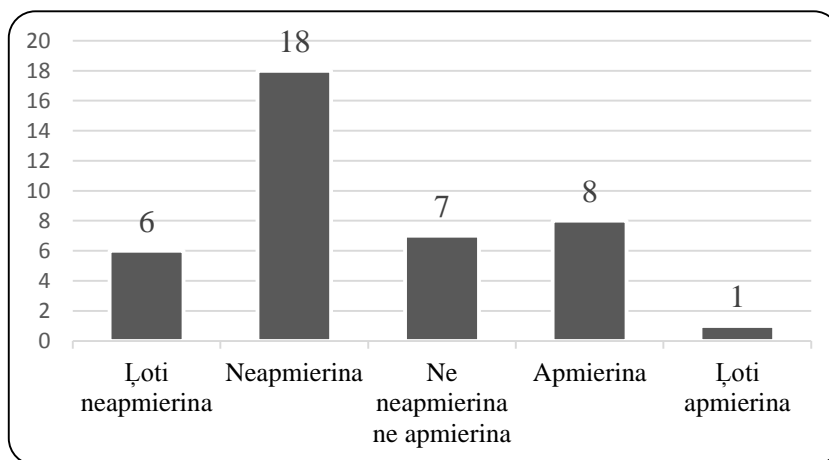
Atbildes uz nākamo jautājumu ļauj atklāt, vai respondenti ir apmierināti ar draugu atbalstu.



2.2.24.att. **Apmierinātības ar draugu atbalstu vērtējums**

6 respondenti ir apmierināti un 2 respondenti ļoti apmierināti ar draugu atbalstu. Ar draugu atbalstu neapmierināti ir 16 respondenti un 3 – ļoti neapmierināti. 13 respondentiem ir grūti pateikt, vai ir apmierināti ar draugu atbalstu.

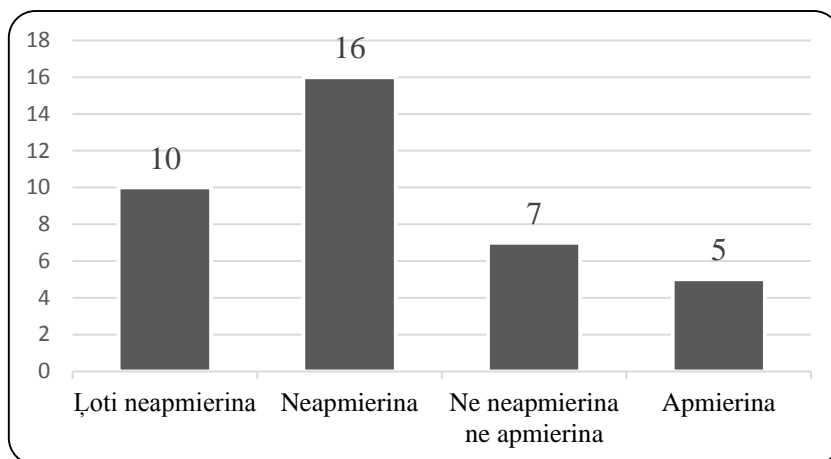
Nākamajā jautājumā respondentiem tiek piedāvāts novērtēt savus dzīves apstākļus.



2.2.25.att. **Apmierinātības ar dzīves apstākļiem vērtējums**

Ar saviem dzīves apstākļiem apmierināti ir 8 respondenti un ļoti apmierināts 1 respondents. Neapmierināti ar dzīves apstākļiem ir 18 respondenti un 6 – ļoti neapmierināti. 7 respondentiem ir grūti pateikt, vai ir apmierināti ar dzīves apstākļiem

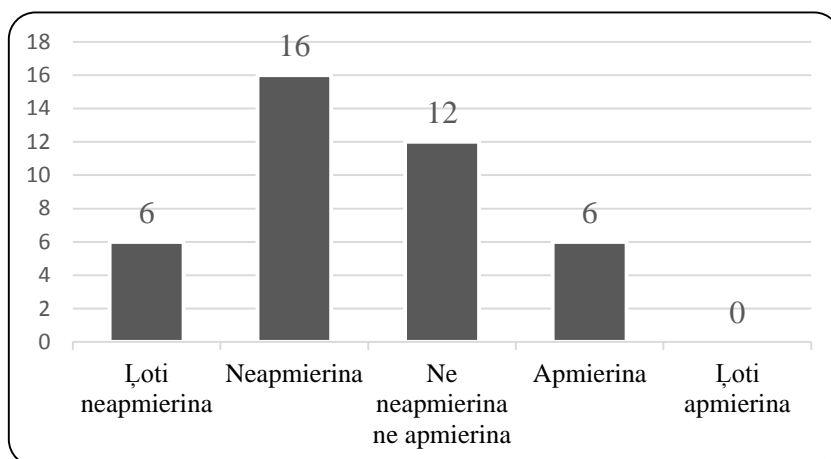
Respondenti, atbildot uz nākamo jautājumu, novērtē medicīnas pakalpojumu pieejamību.



2.2.26.att. Medicīnas pakalpojumu pieejamības vērtējums

Medicīnas pakalpojumu pieejamība pilnībā apmierina 5 respondentus. 16 respondentus tā neapmierina un 10 respondentus ļoti neapmierina. 7 respondentiem ir grūti pateikt, apmierina vai neapmierina.

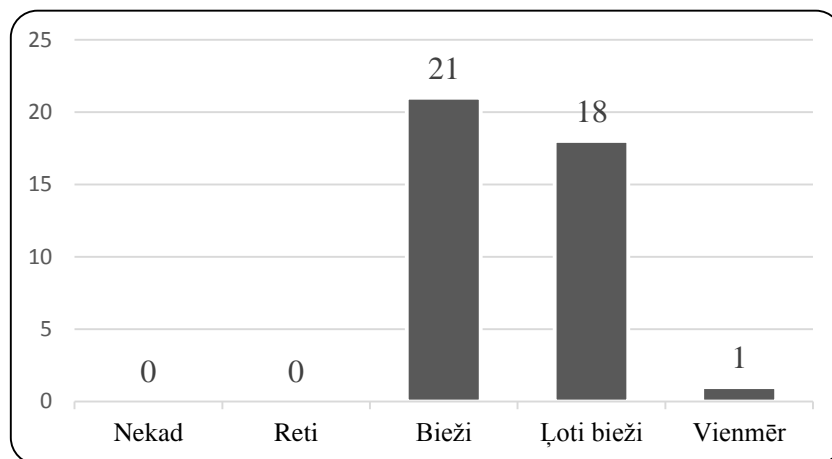
Nākamais aptaujas jautājums ļauj noskaidrot, vai respondenti ir apmierināti ar savām pārvietošanās spējām.



2.2.27.att. Pārvietošanās spēju vērtējums

Ar pārvietošanās spējām ir apmierināti 6 respondenti. 16 respondenti nav apmierināti un ļoti neapmierināti ar savām pārvietošanās spējām ir 6 respondenti. 12 respondentiem ir grūti novērtēt savu apmierinātību vai neapmierinātību.

Pēdējais jautājums ir uzdots ar mērķi noskaidrot cik bieži respondentiem ir negatīvas sajūtas, piemēram, slikts garastāvoklis, izmisums, nemiers, depresija.



2.2.28.att. Negatīvu sajūtu vērtējums

Negatīvas sajūtas, piemēram, slikts garastāvoklis, izmisums, nemiers, depresija bieži ir 21 respondentam un 18 respondentiem – ļoti bieži. 1 respondentam vienmēr ir negatīvas sajūtas.

Respondentu sajūtas veido visi anketā iepriekš iekļautie jautājumi, jo tie ir dzīves kvalitāti nosakoši komponenti, kuru vairāk vai mazāk veiksmīga realizēšana ietekmē respondenta pašsajūtu.

SECINĀJUMI

Novērtējot pētījuma darbā, kura mērķis bija noskaidrot dzīves kvalitāti pacientiem ar hronisku sirds mazspēju, iegūtos rezultātus var secināt:

1. 15 respondentiem (n=40) sirds mazspēja ir diagnosticēta vairāk kā pirms 5 gadiem, kas nozīmē, ka izmaiņas dzīves kvalitāti nodrošinošos aspektos jau ir aizsākušās pietiekami sen.
2. Tikai 8 respondenti (n=40) ar savu veselības stāvokli ir apmierināti, jo pārējā respondentu daļa izjūt lielāka vai mazāka mēra neapmierinātību, ko veido fiziskās veselības trūkumi.
3. Ļoti daudz medicīnisko aktivitāšu ikdienas brīvas darbošanās nodrošināšanai ir nepieciešamas 13 respondentiem (n=40), kas tikai pierāda, ka medicīnas jautājumi cilvēkiem ar hronisku sirds mazspēju ir prioritāri.
4. Ar naudas daudzumu savu nepieciešamību nodrošināšanai ir apmierināti tikai 8 respondenti, kas liecina, ka hroniskas sirds mazspējas slimnieki ir spiesti tērēt daudz līdzekļu savas veselības uzturēšanai un saglabāšanai, kas savukārt, atspoguļojas uz citām dzīves jomām.
5. 29 respondentiem brīvā laika aktivitātes ir pieejamas vidēji. Respondentiem aktivitāšu realizēšanu ietekmē gan respondenta draugu atbalsta, vizuālā tēla vērtējums, kas respondentu vērtējumā ir ļoti zemā līmenī.
6. Ar savām problēmām labā līmenī tiek galā 30 respondenti, kas liecina, ka viņi spēj adekvāti novērtēt esošo situāciju un pielāgoties tai.
7. 26 respondenti (n=40) dzīves kvalitāti vērtē kā sliktu. Tik augsts dzīves zemas kvalitātes vērtējums var būt arī aptaujas laika nosacīts, jo daļa aptauju tika veikta Covid-19 pandēmijas laikā.
8. Hroniskas sirds mazspējas pacientiem, viņu dzīves kvalitātes uzlabošanai ir nepieciešams gan tuvinieku un draugu, gan medicīnas personāla atbalsts, kas ļautu celt viņu pašapziņu slimības norises laikā, motivētu.

Pētījuma sākumā izvirzītā hipotēze - pacientu ar hronisku sirds mazspēju dzīves kvalitāti pazemina neapmierinātība ar savu veselības stāvokli, ir apstiprinājusies daļēji.

Izmantotās literatūras un avotu saraksts

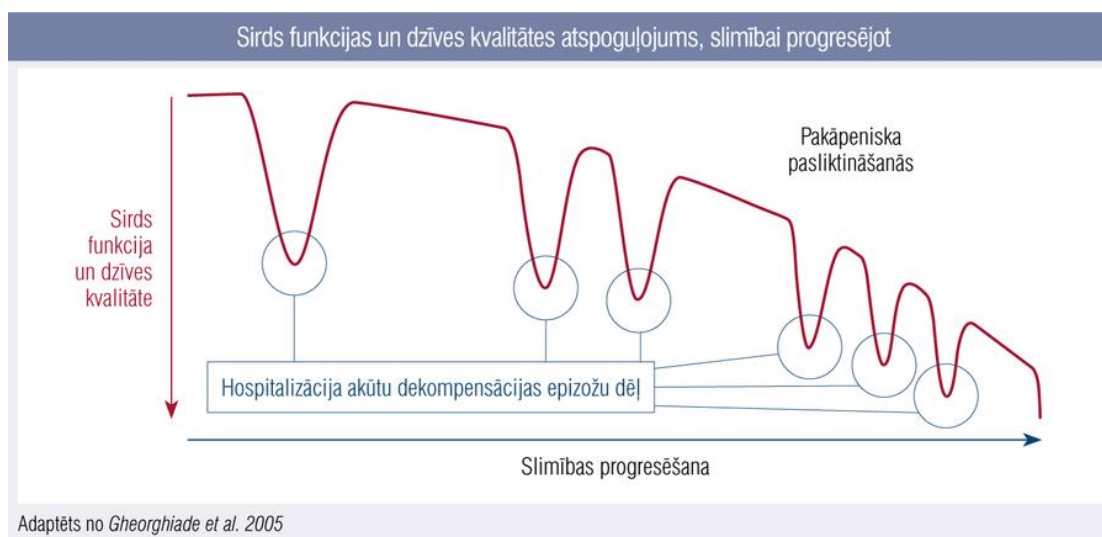
1. Lācis J. Sirds mazspēja. Rīga: Medicīnas apgāds; 2009. 189 lpp.
2. Strēlnieks A. Sirds mazspēja. Klievējam mītus un maldus. Doctus. 2019. N5 [218] Izdevniecība Pilatus. 15.-22. lpp.
3. Ērglis A., Jēgere S., Kalējs O., Kalvelis A., Kamzola G., Lācis J., u.c. Latvijas Kardiologu biedrības SM ārstēšanas vadlīnijas 2012. Rīga 2012. 177 lpp.
4. Lejnieks A. Klīniskā medicīna 1. grāmata. - Rīgā.: Medicīnas apgāds, 2010. 941 lpp.
5. Romanova J. Sirds problēmas jārīcina laikus. 2017/11 [Internets] [Skatīts 03.03.2020.] Pieejams: <https://tautaunveseliba.lv/sirds-problemas-jarisina-laikus/>
6. Kovaļova M. Dzīvot ilgi un ar veselu sirdi. Profilakses nozīme ikdienas prakse. Doctus 2019 februāris N2 [215] Izdevniecība: Pilatus. 8.-12.lpp.
7. Loboņa N., Saulīte V., Paudere I. u.c. Ambulatorās aprūpes māsas pamatspecialitāte. Rīga: Nacionālais apgāds; 2009. 359 lpp.
8. Kalvelis A. Elektrokardioloģijas pamati. Rīga: Nacionālais apgāds. 2009. 191 lpp.
9. Mališeva I. Sirds slimības, Kā tās ārstēt un novērst. Rīga: Zvaigzne ABC. 2008. 103 lpp.
10. Grase. I. Sirds mazspēja, tās attīstība un ārstēšanas iespējas. Liepājas reģionāla slimnīca.[Internets] 2019. [Skatīts 10.03.2020.] pieejams:
<http://liepajasslimnica.lv/index.php/nodalas/terapijas-nodala/1408-sirds-mazspeja-tas-attistiba-un-arstesanas-iespejas>
11. Bojāre I. Jaunas iespējas sirds mazspējas ārstēšanā pagarinās pacientu mūžu. – Latvijas Universitātes Kardioloģijas zinātniskais institūts; [internets] 2013. [Skatīts 10.03.2020.] Pieejams: <https://medicine.lv/raksti/jaunas-iespejas-sirds-mazspejas-arstesana-pagarinas-pacientu-muzu>
12. Zariņš Z., Neimane L. Uztura mācība. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2018. 430 lpp.
13. Latvijas ārstu biedrība. Augsta kardiovaskulārā riska indivīdu atpazīšana. Slimību un profilakses kontroles centrs. Veselības ministrija. [Internets] 2015.[Skatīts 10.03.2020.] Pieejams:https://spkc.gov.lv/upload/Arstniecibas%20personam/Methodiskie%20materiali/vadlinijas_augsta_riska_individu_atpazisana.pdf
14. Rožkalne R. Sirds un asinsvadu slimību profilakse. Rīga; Pētergailis. 2004. 209 lpp.
15. Ģimenes ārsta loma kardiovaskulāru saslimšanu diagnostikā un ārstēšanā. Kardioloģisko slodzes testu indikācijas, metodika, rezultātu interpretācija un tālākā taktika pacientu primārajā aprūpē. Rīga. 2019. [Internets] [Skatīts 01.05.2020.] Pieejams: https://talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/141_Gimenes%20arsta%20loma%20KVS%20diagnostika%20un%20arstesana.pdf

16. Romanova J. Sirds problēmas jārisina laikus. 2017/11 [Internets] [Skatīts10.03.2020.]
Pieejams: <https://tautaunveseliba.lv/sirds-problemas-jarisina-laikus/>
17. Kalvelis A. Kardioloģija informācijas materiāli. Rīga; RSU. 2010. 158 lpp.
18. Herolds G. un līdzautori. Iekšķīgas slimības kardioloģija. Kōln, SIA “Jāņa Rozes apgāds”, latviešu tulkojuma izplatīšanas tiesības; 2017. 379 lpp.
19. Kalvelis A. Elektrokardioloģijas pamati. R. Nacionālais apgāds; 2009. 191 lpp.
20. Krīgere A. Sirds mazspēja. Ārsts.lv. Nr11(51) 2019/ novembris. Latvijas ārstu biedrība. 3.-6. lpp.
21. Vestmane V. Sirds mazspēja. Pārdomas par teoriju un ambulatoro praksi . Doctus. Aprīlis 2020 [Internets] Pieejams: [skat.01.05.2020.] <https://www.doctus.lv/2020/4/sirds-mazspeja-pardomas-par-teoriju-un-ambulatoro-praksi>
22. Šķestere I. Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem (1.daļa). Rīga. 2012. 51 lpp.
23. Mintāle I. Pareizs dzīvesveids – vesela sirds! 2015/10 [Internets] Pieejams: [skat.01.04.2020.] <http://arsts.lv/sites/default/files/arstslv/arsts2web.pdf>
24. Nursins Theory. [Skatīts01.04.2020.] Pieejams: <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Virginia-Henderson.php>
25. Priede Kalniņa Z. Māsas Prakse, Pamatota Teorijā. Latviešu Fonds.1998. 208 lpp.
26. Vahļina T. I. Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem (2.daļa). Rīga.2012. 43 lpp.
27. Latvijas gadagrāmata 2019. Statistical Yearbook of Latvia 2019. Rīga 2020. 221 lpp.
28. Krīgere A. Hroniska sirds mazspēja: Biežākie iemesli un pazīmes. 2019. [Internets] [Skatīts15.04.2020.] Pieejams: <https://medicine.lv/raksti/hroniska-sirds-mazspeja-biezakie-iesmesli-un-pazimes-8369d85ddd>
29. Grīnfelde, A. Pensionāru dzīves kvalitāte Latvijas reģionos. [promocijas darbs ekonomikas doktora (Dr.oec) zin. grāda iegūšanai] Latvijas Lauksaimniecības Universitāte. Jelgava: LLU. 2010
30. Palčēja E.; Ābola Z.; Čupāne L. u.c. Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana. RSU 2017. 173 lpp
31. Pestonjee, S. F. 2000. Nurse`s Handbook of Patien Education. New York: Spring House, 274 p
32. Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija. (2017). LR Veselības ministrija. 23 lpp. [Internets] [Skatīts04.05.2020.] Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf

33. Virginia Henderson: Nursing Need Theory [Internets] [Skatīts04.05.2020.] Pieejams: <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>
34. Wolfensberg, W. Lets hang up „quality of life” as hopeless term. In D. Goode (Ed.), Quality of life for Persons with Developmental Disabilities: International Perspectives and Issues. Cambridge, MA Brookline Books. [Internets] [Skatīts 04.05.2020.] Pieejams: [ioKHWz9DKYQ6AEwAHoECAgQAQ#v=onepage&q=Wolfensberg%2C%20%2D0%92.%20\(1994\)&f=false](https://www.google.com/search?q=Wolfensberg%2C%20%2D0%92.%20(1994)&f=false)
35. Kristapsone S. Dzīves kvalitāte. [Internets] [Skatīts04.05.2020.] Pieejams: <https://enciklopedija.lv/skirklis/61290-dz%C4%ABves-kvalit%C4%81te->
36. World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs [Internets] [Skatīts01.05.2020.] Pieejams: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being/GHO/health-and-well-being>
37. Māsas (vispārējās aprūpes māsas) profesijas standarts. Projekt. 2017. [Internets] [Skatīts04.05.2020.] Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Sabiedribas%20lidzdaliba/Maasa_PS_231117%5B1%5D.pdf
38. European Heart Journal, Volume 41, Issue 3, 14 January 2020, Pages 407–477, 2019. Guidelines on Chronic Coronary Syndromes. [Internets] [Skatīts 04.05.2020.] Pieejams: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Chronic-Coronary-Syndromes>
39. Bēta G. Māsu profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā [Promocijas darbs] Liepāja. 2017. 216 lpp

Pielikums

Sirds funkcijas un dzīves kvalitātes atspoguļojums, slimībai progresējot



(Strēlnieks A. Sirds mazspēja. Kļiedējam mītus un maldus. Doctus; 2019. N5 [218] Izdevniecība Pilatus. 15.lpp.)

Esmu Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes profesionālās augstākās izglītības bakalaura studiju programmas “Māszinības” studente. Vēlos veikt pētījumu par tēmu „Dzīves kvalitāte pacientiem ar hronisku sirds mazspēju”. Lūdzu Jūs aizpildīt šo anketu, kā arī piedalīties šajā pētījumā. Atbildot uz anketas jautājumiem, Jūs esat devuši piekrišanu piedalīties šajā pētījumā. Iegūtie dati ir konfidenciāli un netiks izpausti, tie tiks izmantoti tikai minētā pētījuma veikšanā. Anonimitāte garantēta!

Lūdzu atzīmēt ar krustiņu **X** Jūsu izvēlēto atbildes variantu, vai ierakstīt savu variantu.

1. Jūsu dzimums:

sieviete

vīrietis

2. Jūsu vecums:

60 - 65 gadi

66 - 74 gadi

75 - 80 gadi

81 un vairāk gadi

3. Cik sen Jums diagnosticēta hroniska sirds mazspēja?

mazāk kā pirms gada

pirms gada

pirms 2 – 3 gadiem

pirms 4 – 5 gadiem

vairāk kā pirms 5 gadiem

cits variants

Šie jautājumi tiek uzdoti, lai noskaidrotu jūsu dzīves kvalitāti, veselības un citu Jūsu dzīves jomu vērtējumu. Lūdzu, izlasiet katru jautājumu un apvelciet attiecīgo skaitli skalā, kurš vislabāk atbilst Jūsu situācijai.

Lūdzu Jūs padomāt par savu dzīvi **pēdējo četrus nedēļu laikā.**

		Ļoti slikta	Slikta	Ne slikta ne laba	Laba	Ļoti laba
1.	Kā Jūs vērtējat savu dzīves kvalitāti?	1	2	3	4	5

		Ļoti neapmierināts	Neapmierināts	Ne neapmierināts ne apmierināts	Apmierināts	Ļoti apmierināts
2.	Novērtējiet apmierinātību ar savu veselību?	1	2	3	4	5

Šie jautājumi tiek uzdoti ar mērķi noskaidrot, cik daudz noteiktas lietas esat piedzīvojis **pēdējo četrus nedēļu laikā.**

		Nemaz	Nedaudz	Vidēji	Ļoti daudz	Bezgalīgi
3.	Cik lielā mērā jūs jūtat fiziskas sāpes, kuras neļauj jums darīt to, kas jums jādara?	5	4	3	2	1
4.	Cik daudz ir nepieciešamas jebkura veida medicīniskas aktivitātes, lai Jūsu ikdienā brīvi darbotos?	5	4	3	2	1
5.	Cik lielā mērā Jūsu izbaudāt dzīvi?	1	2	3	4	5
6.	Cik lielā mērā Jūsu dzīve ir jēgpilna?	1	2	3	4	5
7.	Cik labi Jūs spējat koncentrēties?	1	2	3	4	5
8.	Cik droši jūs jūtaties savā ikdienas dzīvē?	1	2	3	4	5
9.	Cik veselīga ir Jūsu fiziskā vide?	1	2	3	4	5

Nākamie jautājumi tiek uzdoti ar mērķi noskaidrot, cik pilnīgi varējāt izpildīt noteiktas lietas **pēdējo četrus nedēļu laikā.**

		Nemaz	Nedaudz	Vidēji	Pārsvarā	Pilnībā
10.	Vai jums ikdienā ir pietiekami daudz enerģijas?	1	2	3	4	5
11.	Jūs esat apmierināts ar sava ķermeņa ārējo izskatu?	1	2	3	4	5

12.	Jums ir pietiekami daudz naudas, lai apmierinātu savas vajadzības?	1	2	3	4	5
13.	Cik lielā mērā Jums pieejama informācija, kura nepieciešama ikdienā?	1	2	3	4	5
14.	Cik lielā mērā Jums ir pieejamas brīvā laika aktivitātes?	1	2	3	4	5
		Ļoti slikti	Slikti	Ne slikti ne labi	Labi	Ļoti labi
15.	Cik labi Jūs tiekat galā ar savām problēmām?	1	2	3	4	5
		Ļoti neapmierina	Neapmierina	Ne neapmierina ne apmierina	Apmierina	Ļoti apmierina
16.	Cik apmierināts Jūs esat ar savu miegu?	1	2	3	4	5
17.	Cik apmierināts Jūs esat ar spēju veikt pašaprūpi?	1	2	3	4	5
18.	Cik apmierināts Jūs esat ar savām darba spējām?	1	2	3	4	5
19.	Cik apmierināts Jūs esat ar sevi?	1	2	3	4	5
20.	Cik apmierināts Jūs esat ar attiecībām ar apkārtējiem?	1	2	3	4	5
21.	Cik apmierināts Jūs esat ar savu seksuālo dzīvi?	1	2	3	4	5
22.	Cik apmierināts Jūs esat ar draugu atbalsts?	1	2	3	4	5
23.	Cik apmierināts Jūs esat ar saviem dzīves apstākļiem?	1	2	3	4	5
24.	Cik apmierināts Jūs esat ar medicīnas pakalpojumu pieejamību?	1	2	3	4	5
25.	Cik apmierināts Jūs esat ar savām pārvietošanās spējām?	1	2	3	4	5

		Nekad	Reti	Bieži	Ļoti bieži	Vienmēr
26.	Cik bieži jums ir negatīvas sajūtas, piemēram, slikts garastāvoklis, izmisums, nemiers, depresija?	1	2	3	4	5

Bakalaura darbs

„DZĪVES KVALITĀTE PACIENTIEM AR HRONISKU SIRDS MAZSPĒJU” izstrādāts
LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie
informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: **Olga Dzene:**


(paraksts)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītājs: Mg.paed., Mg.sc.sal.- Linda Alondere _____ 23.05.2020.

(paraksts)

Recenzents:

Darbs iesniegts Medicīnas fakultāte studiju programmas nosaukums _____ datums

Sekretāre: Līga Svārups _____ datums

(paraksts)

Darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

____+.____.2020. prot. Nr. _____

Komisijas sekretāre: