

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE

PROFESIONĀLĀ AUGSTĀKĀS IZGLĪTĪBAS BAKALaura
STUDIJU PROGRAMMA „MĀSZINĪBAS”

DZĪVES KVALITĀTE
PACIENTIEM AR SIRDS
MAZSPĒJU
BAKALaura DARBS

Autors: **Marija Malahova**

Studenta apliecības Nr.: mm17067

Darba vadītājs: Sigita Sakne Mg.sc.sal.

RĪGA, 2018

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma ir „Dzīves kvalitāte pacientiem ar sirds mazspēju”. Darba autors izvirza hipotēzi, ka sirds mazspēja ietekmē pacientu dzīves kvalitāti, gan garīgā, gan fiziskā veidā.

Autora mērķis ir noskaidrot kā sirds mazspēja ietekmē pacientu dzīves kvalitāti.

Bakalaura darba pētījuma uzdevumi:

- 1) Analizēt ar darba tēmu saistīto literatūru.
- 2) Analizēt K. Rojas māšzinību teoriju.
- 3) Izstrādāt pētījuma instrumentu
- 4) Veikt kvantitatīvu pētījumu.
- 5) Apkopot un analizēt iegūtos pētījuma rezultātus.
- 6) Izdarīt secinājumus.

Autors darba teorētiskajā daļā izmantoja zinātnisko literatūru par cilvēka dzīves kvalitāti, kā arī par sirds mazspēju, etioloģiju, patofizioloģiju. Kā arī par sirds mazspēju saiknē ar dzīvesveidu. Šajā sakarā tiek analizēta Kolistas Rojas teorija.

Praktiskajā daļā tika aprakstīta pētījuma metode, kā arī atspoguļoti pētījumā iegūtie dati.

Iegūto datu analīzei tika izmantota Microsoft Excel programmatūra. Iegūtie dati tika apkopoti.

Pētījumā tika izmantota kvantitatīva pētījuma metode – respondentu anketēšana.

Darba izvirzīta hipotēze apstiprinājās. Saslimšana ar sirds mazspēju, ietekmē pacientu dzīves kvalitāti, gan garīgā (depresija, satraukums, miega traucējumi), gan fiziskā (grūtības pārvietoties, veikt mājas darbus, sarunāties) veidā.

Darba apjoms ir 34 lpp. Izmantoti 31 literatūras un informācijas avoti, 27 attēli, 3 pielikumi.

Atslēgvārdi: dzīves kvalitāte, hroniska sirds mazspēja, pacients, dzīvesveids.

ANNOTATION

The theme of Bachelor thesis is „Quality of life of patients with heart failure”. The author hypothesizes that heart failure affects the quality of life of patients, both mentally and physically.

The author's aim was to ascertain how heart failure affects the quality of life of patients. Bachelor thesis research tasks:

- 1) Analyze literature related to the topic of work.
- 2) To analyze Callista's Roy's nursing theory.
- 3) Develop a research tool.
- 4) Take a quantitative study.
- 5) Collect and analyze the results of the study.
- 6) Make conclusions.

The author used scientific literature on the quality of human life as well as on heart failure, aetiology, pathophysiology in the theoretical part of the work. As well as heart failure in a relationship with lifestyle. In this regard, the theory of Callista Roy is analyzed.

The practical part describes the research method and reflects the data obtained in the study.

The Microsoft Excel software was used to analyze the obtained data. The data was collected.

The study used a quantitative survey method - respondents' questionnaires.

The hypothesis put forward by the work has been confirmed. Cardiovascular disease affects the quality of life of patients, both mental (depression, anxiety, sleep disturbance) and physical (difficulty moving, doing homework, talking) illness.

The work is 34 pages. 31 sources of literature and information were used, 27 pictures, 3 annexes.

Keywords: quality of life, chronic heart failure, patient, lifestyle.

SATURS

IEVADS	6
1. Dzīves kvalitātes teorētiskais ietvars.....	8
1.1. Dzīves kvalitātes skaidrojums.....	8
1.2. Dzīves kvalitātes skaidrojums Kolistas Rojas teorijas kontekstā	9
2. Sirds mazspēja, tās ietekme uz dzīves kvalitāti.....	13
3. Sirds mazspēja un dzīvesveids	17
3.1. Uzturs pacientiem ar sirds mazspēju	17
3.2. Fiziskās aktivitātes pacientiem ar sirds mazspēju	18
4. Pētījumā iegūto rezultātu apkopojums un analīze	19
4.1. Pētījuma metodoloģija.....	19
4.2. Pētījuma darba rezultāti un analīze.....	20
Secinājumi	34
Priekšlikumi.....	36
Avoti un izmantotā literatūra.....	37
Pielikumi.....	40
1. pielikums	41
Anketa latviešu valodā.....	41
2. pielikums	45
Anketa krievu valodā.....	45
3.pielikums	49
Klasiskās 12 novadījumu sistēmas asu virzieni divās plaknēs	49

HSM - hroniska sirds mazspēja
SM - sirds mazspēja
ASM - akūta sirds mazspēja
PM - priekškambaru mirgošana jeb fibrilācija
KSS - koronārā sirds slimība
AH – arteriāla hipertensija
KMP – kardiomiopātija
NYHA – Ņujorkas sirds asociācija
PTS – piesātinātās taukskābes
PVO – Pasaules Veselības organizācija
TEE – transtorakāla ehokardiogrāfija
EKG – elektrokardiogramma
EHO – ehokardiogrāfija
Rtg – rentgenogrāfija

IEVADS

Sirds mazspēja ir viena no mūsdienu sabiedrības lielākajām problēmām. Pieaugot iedzīvotāju vidējam dzīves ilgumam un uzlabojoties sirds slimību diagnostikai un ārstēšanai, pieaug arī sirds mazspējas izplatība. (1)

Pasaulē ir apmēram 20 miljoni HSM slimnieku. Eiropā ir aptuveni 7,5 miljoni pacientu ar ikgadēju pieaugumu – 550 000, t.i., vidēji līdz 5 jauniem slimniekiem uz 1000 iedzīvotājiem gada laikā, bet tas ir atkarīgs no slimnieku vecuma. Vecumā pēc 75 gadiem vidēji ir 40 jauni HSM slimnieki uz 1000 iedzīvotājiem gadā.

Akūtas sirds mazspējas (ASM) pazīmes un simptomi parasti ātri un ievērojami uzlabojas, bet šo slimnieku hospitalārā mirstība joprojām ir augsta – 5–15% un augstāka. ASM bieži ārstē nespeciālisti, turklāt Eiropā un īpaši ASV ārstēšana stacionārā ir ļoti īsa. Prognoze pacientiem pēc izrakstīšanas ir ļoti nopietna: 6 mēnešu laikā 50% šo slimnieku vai nu tiek atkārtoti hospitalizēti, vai mirst. Arī no izdzīvojušiem 6–12 nedēļu laikā mirst 10–15% vai ~1/3 tiek rehospitalizēti. (2)

Nereti sirds funkcijas traucējumi sirds mazspējas pacientiem nav vienīgā veselības problēma, un elektrolītu disbalansu var radīt gan blakusslimības (piemēram, hroniska nieru slimība un cukura diabēts), gan medikamenti. (1)

Sirds mazspēja ir patofizioloģisks stāvoklis, kurā sirds funkcijas traucējumi izraisa sirds muskuļa nespēju sūknēt asinis atbilstoši audu metabolisma vajadzībām. Visbiežāk sirds mazspēja attīstās pacientiem ar koronāru sirds slimību un pacientiem ar arteriālu hipertensiju (paaugstinātu asinsspiedienu). Koronāras sirds slimības gadījumā, īpaši pēc pārciesta miokarda infarkta, kad sirds muskulī izveidojusies rēta, ir traucēta sirds muskuļa saraušanās funkcija, taču paaugstināta asinsspiediena gadījumā pārslodzes dēļ sirds muskuļa sienas sabiezina un vairs nav tik elastīgas, līdz ar to sirds muskulis nevar pietiekami atslābt un uzpildīties ar asinīm. Klīniskās izpausmes abos gadījumos ir līdzīgas. (3)

Profesionālās un terapeitiskās kardioloģijas galvenais mērķis ir dzīves kvalitāte. Tas ir svarīgi, gan kā iznākuma rādītājs sirds mazspējas (SM) klīniskajos pētījumos, gan kā atsevišķu ārstu terapeitisko lēmumu apsvēršana.

Dzīves kvalitātes jēdziens vēl nav definēts vienādi, trūkst skaidrības un pat rada neskaidrības. Ir pamatoti teikt, ka tas ir termins, kas apraksta interešu jomu, nevis vienu mainīgo. (4)

Darba autore uzskata, ka tēma ir aktuāla, jo kā liecina pētījumu dati, pacienti, kuri cieš no sirds mazspējas, manāmi samazinās dzīves kvalitāte un lai atbalstīt un palīdzēt uzlabot ir nepieciešamas zināšanas, kas tieši nomāc un kādas grūtības ir pacientiem.

Pētījuma mērķis: Noskaidrot kā sirds mazspēja ietekmē pacientu dzīves kvalitāti.

Darba autors izvirza **hipotēzi**, ka sirds mazspēja ietekmē pacientu dzīves kvalitāti, gan garīgā, gan fiziskā veidā.

Darbā tiek izvirzīti šādi **pētījuma uzdevumi**:

- 1) Analizēt ar darba tēmu saistīto literatūru.
- 2) Analizēt K. Rojas māšzinību teorijas.
- 3) Izstrādāt pētījuma instrumentu
- 4) Veikt kvantitatīvu pētījumu.
- 5) Apkopot un analizēt iegūtos pētījuma rezultātus.
- 6) Izdarīt secinājumus.

Pētījuma metode: Tiks pielietota kvantitatīva pētniecības metode – pacientu aptauja

Pētījuma bāze: X slimnīca, dažāda profila kardioloģijas nodaļas.

Respondenti: Stacionāra pacienti ar sirds mazspēju;

1. DZĪVES KVALITĀTES TEORĒTISKAIS IETVARIS

Visas sociālās zinātnes ir saistītas ar dzīves kvalitātes jautājumu. Dzīves kvalitātes pētījumu būtība skar nevis kādas īpašas dzīves jomas, bet politisko stratēģiju īstenošanas rezultātus, jo jēdziens raksturo indivīda, sociālo grupu un nāciju labklājību. (5)

Analizējot literatūru par dzīves kvalitāti, bakalaura darba teorētiskajā daļā pirmā punktā tiks iztirzāti šādi jautājumi: dzīves kvalitātes skaidrojums un dzīves kvalitātes skaidrojums māsziņību teoriju kontekstā.

1.1. Dzīves kvalitātes skaidrojums

Dzīves kvalitāte ir plašs un ietilpīgs jēdziens, kas ietver gan objektīvos rādītājus, gan subjektīvo apmierinātību un novērtējumu, gan indivīda rīcībspēju veidot dzīvi atbilstīgi savām iecerēm. (6)

Definīcijas par dzīves kvalitāti ir daudz.

Viena no tam ir tāda - dzīves kvalitāte ir indivīda, ģimenes, iedzīvotāju grupas, sabiedrības labklājības rādītājs. Dzīves kvalitātes jēdziens ietver fizisko un garīgo veselību, brīvo laiku un tā izmantošanu, darbu, ģimenes dzīvi, saikni ar sabiedrību, pašnoteikšanos, materiālo nodrošinājumu (7)

Dzīves kvalitāte ir multidimensionāls jēdziens, kas ir attīstījies vairāku zinātņu ietvaros un var tikt pielietots praktiski visās būtiskākajās dzīves jomās. Līdz ar to joprojām starp dzīves kvalitātes pētniekiem nav vienotības par universālu un visaptverošu dzīves kvalitātes definīciju. (5)

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. Šie un vēl daudzi citi jēdzieni, tiek izmantoti, lai raksturotu dzīves kvalitāti.

Līdzīgi kā sabiedrība, arī dzīves kvalitātes jēdziens mainās un attīstās. Dzīves kvalitāti laika gaitā ir mēģinājuši definēt daudzi autori. Tomēr jāatzīst, ka dzīves kvalitātes definīcijas sociālajā literatūrā ir ārkārtīgi heterogēnas. Dzīves kvalitātes definīciju dažādība palīdz izprast šodienas dzīves kvalitātes konceptu un principus, kā arī nodrošina ietvaru, kurā iespējams iekļaut jaunas idejas un skatījumus. Lielā mērā 80tos gados un līdz pat 90to gadu beigām formulētās dzīves kvalitātes definīcijas darbojas kā „darba” definīcijas, hipotēzes vai idejas, kuras nepieciešams pielāgot mūsdienu apstākļiem. Līdz ar to, agrākās definīcijas, ir nozīmīgas šodienas dzīves kvalitātes koncepta pilnīgākai izpratnei. Ņemot vērā, ka dzīves kvalitātes novērtēšana vienmēr ir cieši saistīta ar to, kāda dzīves kvalitātes definīcija ir izvēlēta par

konceptuālo pamatu, ir svarīgi gūt pietiekami plašu ieskatu dzīves kvalitātes definējuma spektrā.

Savukārt Pasaules Veselības organizācija (PVO) dzīves kvalitāti definē 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 (8)

Latvijā definētais dzīves kvalitātes jēdziens ietver fizisko un garīgo veselību, brīvo laiku un tā izmantošanu, darbu, ģimenes dzīvi, saikni ar sabiedrību, pašnoteikšanos, 6 materiālo nodrošinājumu. Sociālajam darbiniekam, strādājot pie dzīves kvalitātes uzlabošanas, ir jāņem vērā tās subjektīvais un objektīvais raksturs. (9)

Dzīves kvalitāte ir vienlīdz svarīga ikvienam cilvēkam, vienalga, vai cilvēkam ir vai nav funkcionāli traucējumi. Novērtējot dzīves kvalitāti ir svarīgi izprast vai un kādā pakāpē cilvēki izbauda labu dzīves kvalitāti. Bieži dzīves kvalitātes novērtējums tiek veikts kādai noteiktai cilvēku grupai, piemēram, cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem. Ikvienam cilvēkam sabiedrībā ir tiesības baudīt līdzvērtīgu dzīves kvalitāti. Tāpēc dzīves kvalitātes novērtējums jo īpaši svarīgs ir tādām cilvēku grupām, kuras ir pakļautas atstumtības riskam. Novērtējums ļauj identificēt tās dzīves sfēras, kurām būtu jāpievērš īpaša uzmanība, kā arī sniedz palīdzību plānojot nepieciešamos pasākumus, lai minēto grupu dzīves kvalitāti varētu uzlabot. (10)

Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes novērtēšana kļūst aizvien nozīmīgāka kontrolētos klīniskajos pētījumos. Pieejamas divas galvenās pieejas ar veselību saistītām dzīves kvalitātes novērtējumiem: vispārēji instrumenti, kas mēģina sniegt kopsavilkumu par veselību saistītu dzīves kvalitāti, un īpaši instrumenti, kas koncentrējas uz problēmām, kas saistītas ar atsevišķām slimības pakāpēm, pacientu grupām vai funkcionālajām jomām. (11)

1.2. Dzīves kvalitātes skaidrojums Kolistas Rojas teorijas kontekstā

Māszinības teorijas ir uz pētījumiem balstītu zināšanu kopums, kas tiek izmantots, lai definētu vai izskaidrotu dažādus aspektus māsas profesijā. Māszinības teorijas izvirza māszinību kā atsevišķu zinātnisku disciplīnu, kas balstās uz 1873. gadā Florensas Naitingelas izstrādāto modeli. Māsu zinātnes teorijās ir uzsvērts, ka cilvēks ir atvērta sistēma, un katra indivīda pielāgošanās spēja nosaka, cik labi cilvēks var reaģēt uz mainīgo apkārtējo vidi un saglabāt savas funkcionēšanas spējas. Aprūpe, cilvēks, vide un veselība ir galvenie elementi visās teorijās, bet teorijās šie elementi nav vienādi definēti (12).

Par bakalaura darba teorētisko pamatu autore izvēlējās Kolistas Rojas piemērošanās teoriju jeb modeli. Modelis izveidots 20. gadsimta 70. gados, pamatojoties uz 19. gs. izveidotajiem māsu zinātnes modeļu pirmsākumiem un iepriekš izstrādātajām piemērošanās teorijām, ko izvirzīja Klauds Bernards, Kanons, Toflers, Holmes un Rajs (12).

Piemērošanās teorijās atrodami vairāki kopīgi temati:

1. cilvēks visu dzīvi sadarbojas ar savu vidi,
2. piemērošanās ir veids, kā cilvēks reaģē uz pārmaiņām vidē,
3. māsas darbības veids ir veicināt piemērošanos,
4. palīdzot cilvēkam piemēroties, māsa palīdz viņam uzturēt un atgūt veselību (12).

Pamata doma Rojas teorijā saistās ar indivīda piemērošanās spēju vides sprieguma cēloņiem. Ikdienā mēs pielietojam Kolistas Rojas teoriju pavisam neapzināti, jo ik brīdi kaut kam ir jāpielāgojas. Lai varētu eksistēt, cilvēks pielieto gan iedzimtus, gan iemācītus mehānismus, kuru izcelsme ir bioloģiska, psihiska, sociāla piemērošanās (13). Mēs funkcionējam, uzturam veselību, dzīvību un labu pašsajūtu, aprūpējot sevi un palīdzot citiem. Katrs uzbudinājums, gan iekšējais, gan ārējais izsauc noteiktas reakcijas, tās var būt gan iedarbīgas - cilvēks spēj pielāgoties savai videi, gan neiedarbīgas – cilvēks nespēj savai videi piemēroties (12).

Teorija apskata jēdzienu *cilvēks* kā adaptīva sistēma, kas pielāgojas apkārtējās vides un dzīves apstākļiem, kā arī ir nepārtrauktā saistībā ar vidi, kurā ir nepārtraukti pārmaiņu procesi (13). Vide ir visi apstākļi, gadījumi un iespaidi, kas ietekmē cilvēka attīstību un uzvedību. Lai cilvēks atsauktos uz vides maiņām pozitīvi, viņam ir jāpiemērojas.

Teorija izvirza divus piemērošanās veidus: regulējošais un izziņas. Regulējošo lieto, lai tiktu galā ar fizioloģiskiem uzbudinājumiem, bet izziņas – lai cīnītos ar psiholoģiskiem uzbudinājumiem. Māsas darbība spēj palielināt, pamazināt, uzturēt galvenos uzbudinājumus tā, lai klients tiktu ar tiem galā. Kolistas Roja apraksta četrus adaptācijas virzienus: fizioloģiskais, pašuztveres jēdziens, lomu funkcijas sabiedrībā un savstarpējā atkarība. Māsas darbības mērķis ir ietekmēt klienta piemērošanos, lietojot šos četrus piemērošanās virzienus un mēģināt panākt klienta paša iesaistīšanos (12).

Cilvēkiem ar sirds mazspēju dzīves kvalitāte ir tieši saistīta ar teorijas piemērošanās virzieniem. Fizioloģiska adaptācija ir atkarīga no pacienta spējas reaģēt uz fiziskiem kairinātājiem. Pašuztveres jēdziena adaptācija ir atkarīga no pacienta vēlmes saprast un pieņemt savu psiholoģisko un ķermeņa tēlu. Lomu funkcijas sabiedrībā izpaužas ar to, kā cilvēks, kuram ir sirds mazspēja, sevi uztver, piemēram, darbavietā vai atpūtā ar tuviniekiem. Jo sirds mazspēja var ietekmēt pilnveidošanos sabiedrībā, piemēram, pacientam ir elpas

trūkums, nogurums un kāju tūska, tāpēc nevar pārvietoties steigā, apgrūtināta gaita. Savstarpējā atkarības adaptācija ir cilvēka vēlme veidot attiecības, kas var īslaicīgi pasliktināties veselības dēļ.

Ar jēdzienu *veselība* Kolista Roja uzskata, ka veselība ir integritātes kopums, kas sasniedz visu ietverošu iesaistīšanās stāvokli (13). Veselība ir pozitīva piemērošanās un veiksmīga tikšana galā ar vides sprieguma cēloņiem. Kad vides uzbudinājumi prasa vairāk no cilvēka, nekā viņa piemērošanās mehānismi spēj dot, veselība ir apdraudēta un slimība seko cilvēkam (12). Pacienti ar sirds mazspēju visizplatītākais ir apgrūtināta elpošana, vājums, tāpēc pacientam jāseko tam lai sevi neapgrūtināt, izvairīties no slodzes, līdz ar to pacientiem jādomā, ko viņš dara un cik spēka pielieto, arī par gulēšanas pozu jāpiedomā. Ja slimība seko, tad varam secināt, ka cilvēka organisms nespēj piemēroties. Māsa sniedz aprūpi, lai veicinātu piemērošanos un palīdzētu pacientam atgūt stabilitāti.

Pēc Kolistas Rojas teorijas ar jēdzienu *aprūpe* ir saprotama, ka tā ir māsas darbība ar mērķi veicināt pacienta adaptāciju. Māsai ļoti uzmanīgi un objektīvi ir jāizvērtē situācija, un jānosaka, cik lielā mērā ir pašaprūpes spēja, ko pacients spēj veikt pats. Aprūpe sevī ietver tādus punktus, kā uzvedības izpēte – ievākt datus par cilvēka uzvedību, stimulu izpēte; aprūpes diagnoze – tiek formulēti apgalvojumi, kas interpretē datus par cilvēka adaptācijas statusu, ieskaitot uzvedību, mērķu uzstādīšanu – tiek izveidoti uzdevumi par noteiktajiem apgalvojumiem, intervence – kā vislabāk palīdzēt pacientam, un sasniegt uzstādītos mērķus; novērtēšana – tiek novērtēta intervences efektivitāte attiecībā uz uzvedību. Stimuli tiek iedalīti 3 grupās: fokusa, konteksta, neskaidrie. Fokusa stimuli ir tie, kas visnepastiprinātākā konfrontē personu, konteksta stimuli – visi pārējie stimuli, kas ietekmē situāciju - un neskaidrie stimuli – netiek noteikts, kā tie iespaido situāciju (13). Māsas mērķis ir ietekmēt pacienta piemērošanos un panākt pacienta iesaistīšanos aprūpes procesā.

Māsas darbības spēj palielināt, pamazināt vai uzturēt galvenos vai sekojošos un atlikušos uzbudinājumus tā, lai pacients tiktu ar tiem galā.

Māsu darbībā pastāv gan iekšējā, gan ārējā *vide*. Iekšējā vide ir fizioloģiskās funkcijas, jūtas un intelekts, ārējā – sociālā vide, draugi, ģimene, ekoloģija (14). Māsu prakse tiek definēta kā darbība, kas palīdz indivīdam, ģimenei un dažādām sabiedrības grupām noteikt un sasniegt viņu fiziskās, mentālās un sociālās iespējas, tajā vidē, kurā sabiedrības locekļi dzīvo un strādā. Cilvēks spēj novērot traucētas adaptācijas pazīmes, kas ir nepietiekama informācijas apstrāde un uztvere, neefektīva mācīšanās, samazināta spriestspēja un neadekvātas jūtu reakcijas.

Pielietojot Kolistas Rojas teoriju sakarā ar bakalaura darba tēmu: „Dzīves kvalitāte pacientiem ar sirds mazspēju”, var secināt, ka cilvēki ar sirds mazspēju saskaras ar

nepārtrauktu mainīgo vidi, adaptējoties viņiem, jāmacās pielāgoties ikdienas dzīvei, lai paturētu spēju pilnvērtīgi dzīvot, padarīt ikdienas darbus neskatoties uz to, ka viņiem ir sirds mazspēja.

2. SIRDS MAZSPĒJA, TĀS IETEKME UZ DZĪVES KVALITĀTI

Līdz ar iedzīvotāju vidējā dzīves ilguma palielināšanos un sirds slimību diagnostikas un ārstēšanas uzlabošanu visā pasaulē arvien pieaug SM pacientu skaits. Eiropā ik gadu sirds mazspēja tiek diagnosticēta 3,6 miljoniem cilvēku. (15) Pasaulē ir apmēram 20 miljoni HSM slimnieku, Eiropā 7 miljoni, ASV – 7,5 miljoni ar ikgadēju pieaugumu 550 000 – vidēji līdz 5 slimniekiem uz 1000 iedzīvotāju, bet tas ir atkarīgs no slimnieku vecuma. Tā vecumā pēc 75 gadiem vidēji ir 40 jauni HSM slimnieki uz 1000 iedzīvotājiem gadā. HSM slimnieku pieaugušo populācijā ir 3% ar ikgadēju 2% pieaugumu vecumā no 25-65 gadiem un 4-6% pieaugumu populācijā virs 65 gadiem. Vecāku iedzīvotāju grupā šis ikgadējais slimnieku skaita pieaugums strauji palielinās un virs 70 gadiem var sasniegt pat 150 slimnieku uz 1000 iedzīvotājiem. Neskatoties uz ievērojamiem sasniegumiem HSM diagnostikā un kompleksā ārstēšanā, joprojām mirstība ir ļoti augsta; slimnieku grupā ar HYHA III –IV funkcionālo klasi tā sasniedz 50 – 60% gadā. Vecuma grupā >75 gadiem šādu slimnieku mirstība ir tuvu 90% gadā. Vīriešu mirstība ir par 25% augstāka nekā sievietēm. (16)

Līdz ar vecumu un sirds mazspēju pieaug arī priekškambaru mirdzēšanas biežums, bet mirdzaritmija var veicināt sirds mazspējas attīstību. Lielākajā daļā rietumvalstu vidējais sirds mazspējas pacienta vecums ir > 70 gadi. ASV no 5 miljoniem pieaugušo ar sirds mazspēju ap 50% ir vismaz 75 gadus veci. Bez novecojošās populācijas otrs tikpat būtisks sirds mazspējas pacientu skaita pieauguma iemesls ir straujā kardioloģijas attīstība, proti, savlaicīga sirds slimību diagnostika un ārstēšana, kas mazina mirstību, taču daļai pacientu saglabājas sirds funkcijas traucējumi (sirds mazspēja). (17)

Nereti sirds funkcijas traucējumi sirds mazspējas pacientiem nav vienīgā veselības problēma, un elektrolītu disbalansu var radīt gan blakusslimības (piemēram, hroniska nieru slimība un cukura diabēts), gan medikamenti. (1) HSM 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, plašā izplatība. (15)

SM ir biežākais pieaugušo hospitalizēšanas cēlonis. Prognoze ir atkarīga no riska faktoriem. Vidēji viena un piecu gadu mirstība pēc diagnozes noteikšanas ir attiecīgi 20% un 50%. (18)

Sirds mazspēja ir klīnisks sindroms, kam ir raksturīgi tipiski simptomi (piemēram, elpas trūkums, potīšu tūska, nogurums), ko var pavadīt pazīmes (piemēram, palielināts jugulāro vēnu spiediens, mitri trokšņi plaušās un perifērā tūska). SM pamatā ir strukturāla

un/vai funkcionāla sirds patoloģija, kuras dēļ samazinās sirds izviede un/vai palielinās intrakardiālais spiediens miera stāvoklī vai slodzes laikā. (19)

SM veicinošie un gaitu pasliktinošie faktori ir pamatslimības progresēšana (tādas kā KSS, AH u.c.). Jāmin arī, ka neatbilstoša medikamentu lietošana, šķidruma un sāls režīma neatbilstība. Ietekmē arī palielināts fizisks un garīgs stress. (20)

Pastāv vairākas HSM definīcijas, kuras balstās gan uz hemodinamiskiem vai metaboliskiem (piemēram, skābekļa izmantošana) rādītājiem, gan slodzes toleranci. SM nav diagnoze, bet komplekss, klīniskais sindroms ar tipiskiem simptomiem – elpas trūkumu, nogurumu gan miera stāvoklī, gan slodzes laikā, potīšu tūsku un objektīviem sirds strukturāliem bojājumiem vai funkcionāliem traucējumiem miera stāvoklī, tā var rasties jebkuras sirds un asinsvadu slimības gadījumā. SM klīniskās manifestācija ir elpas trūkums un nogurums, kas limitē slodzes toleranci, un šķidruma aizture, kas var izraisīt sastrēgumu plaušās vai perifērisko tūsku. (16)

NYHA funkcionālās klases iedala, balstoties uz simptomiem un fizisko aktivitāti	
I klase	Nav fiziskās aktivitātes ierobežojumu. Ikdienas fiziskā aktivitāte neizraisa nogurumu, sirdsklauves vai elpas trūkumu.
II klase	Viegls fiziskās aktivitātes ierobežojums. Miera stāvoklī pacients jūtas labi, bet ikdienas fiziskā aktivitāte izraisa nogurumu, sirdsklauves vai elpas trūkumu.
III klase	Ievērojams fiziskās aktivitātes ierobežojums. Miera stāvoklī pacients jūtas labi, bet mazāka nekā ikdienas fiziskā aktivitāte izraisa nogurumu, sirdsklauves vai elpas trūkumu
IV klase	Jebkura fiziska aktivitāte izraisa diskomfortu. Simptomi ir miera stāvoklī. Fiziskas slodzes laikā diskomforts pieaug.

(21)

Sirds mazspēja ir stāvoklis, kas izraisa nogurumu, aizdusu un darbības traucējumu ierobežošanu, un tas viss stipri ietekmē dzīves kvalitāti. Saslimšana ar sirds mazspēju, palielina iespējas uz atkārotu stacionēšanu slimnīcā, priekšlaicīgu pensionēšanos, ienākumu zudumu un nespēju veikt fiziskas aktivitātes, kas var izraisīt depresiju. (22)

NYHA 2. un 3. klasē visi dzīves kvalitātes aspekti ievērojami samazinājās, atspoguļojot SM ietekmi uz ikdienas dzīvi, lai gan pacienti bija kompensējamā stadijā un ambulatorā stāvoklī. Interesanti, ka NYHA 3. klases SM pacientiem garīgās veselības jomā ir līdzīgi traucējumi dzīves kvalitātē kā pacientiem ar smagu depresiju, kā arī to dramatiski samazināta fiziskā veselība. Daži neseni pētījumi liecina, ka lielākā daļa HF slimnieku cieš no depresijas. Tādējādi NYHA 3. klases pacientu dzīves kvalitāte samazina ne tikai fiziski, bet arī garīgi. (23) Varētu domāt, ka šie rezultāti atspoguļo HF iedarbību uz centrālo nervu

sistēmu. Centrālā neirona hormonālās regulēšanas sistēmā vai samazināta centrālā perfūzija var mazināt kognitīvo spēju un izraisīt latentu neaizsargātību pret depresiju (24)

SM nevar būt kā vienīgā diagnoze, tas ir klīniskais sindroms, kas pavada citas slimības. Sirds funkcijas traucējumus var radīt sirds muskuļa bojājums, akūtas vai hroniskas išēmijas, palielināta vaskulārā rezistence, arteriālā hipertensija vai tahiaritmijas, piemēram, priekškambaru mirgošana (PM). KSS un AH ir biežākie SM iemesli un veido apmēram 70% no visiem cēloņiem, vārstuļu kaites – 10%, kardiomiopātijas (KMP) – 10%. (19)

Galvenie (I klases) diagnostiskie testi pacientiem ar SM. 1. Attēldiagnostiskie:

- 1.1. Transtorakālā ehokardiogrāfija (TEE);
- 1.2. Sirds magnētiskā rezonanse:
 - 1.2.1. Miokarda struktūras un funkcijas noteikšanai pacientiem ar sliktu akustisko logu;
 - 1.2.2. Sarežģītām iedzimtām sirdskaitēm;
 - 1.2.3. Miokarda novērtēšanai, ja aizdomas un miokardītu, Fabri slimību nekompakto KMP, hemohromatozi.
2. 12 novadījumu EKG (skat. 3. pielikumu).
3. Asins bioķīmiskie testi: hemoglobīns un leikocītu skaits, Na, K, urea, kreatinīns, aknu funkcionālie testi (bilirubīns, AST, ALT, GGTP), glikoze, HbA1c, lipīdu profils, TSH, ferritīns, TSAT, nātrijurētiskie peptīdi.
4. Krūšu Rtg.
5. Labās sirds puses katetrizācija ar pulmonālo artēriju katetru, ja smaga SM un paredzēta sirds transplantācija vai mehāniskās sirds implantācijas.

EhoKg un nātrijurētiskie peptīdi ir pamatizmeklējumi SM noteikšanā. (19)

Eho metodes pamatā ir ultraskaņas atstarotā signāla reģistrācija no dažādām sirds struktūrām. Ultraskaņas signāla impulsi uz pētāmo sirds daļu tiek novadīti ar īpašu pārveidotāju (vienas vai vairāku) zonu palīdzību. Visbiežāk izmanto frekvences 1 - 5 MHz. Atstarotais signāls tiek pārveidots gaismas signālā, kura spilgtums ir atkarīgs no audumu blīvuma. (25) EhoKg ir plaši pieejama, neinvazīva un droša metode SM diagnostikā. Šis izmeklējums sniedz plašu informāciju par sirds anatomiju (tilpums, ģeometrija, masa), struktūru, sienu saraušanās spēju jeb kontraktilitāti, kā arī vārstuļu funkciju. Nereti EhoKg ļauj spriest arī par SM etioloģiju. Normāli standartehokardiogrāfijas protokola mērījumu rezultāti praktiski izslēdz SM diagnozi. Atbilstoši Eiropas kardiologu vadlīnijām, SM un/vai kreisā kambara disfunkcija visos gadījumos būtu apstiprināma ar EhoKg.

Hroniski slimu pacientu dzīves kvalitātes pasākumi ir nozīmīgs medicīniskās informācijas avots papildus laboratorijas vai diagnostikas testiem un tās kļūst aizvien

nozīmīgākas kontrolētos klīniskos pētījumos. Viens no dzīves kvalitātes mērīšanas mērķiem ir objektīvi novērtēt, kā un cik lielā mērā slimība ietekmē pacientu dzīvi un kā pacienti to pārvar. (26)

Dzīves kvalitātes pētījumu pirmajā posmā 70. un 80. gadu sākumā tika izmantotas jau pieejamās psiholoģiskās labklājības skalas vai šim nolūkam īpaši izstrādātas jaunas. Piemēri ir „Ietekmes bilances skala” (no ang. val. „Affect Balance Scale (ABS)”), "Labklājības kvalitātes skala" (no ang. val. „Quality of Well-Being Scale (QWBS)”) un „Psiholoģiskais labklājības indekss” (no ang. val. "Psychological General Well-Being Index (PGWB)”). Šī īpašā attīstība ir saistīta ar tradīciju "laimes izpēte" psiholoģijā, kur labklājība tiek apspriesta ne tikai negatīvo faktoru (piemēram, nomākts garastāvokļa) trūkuma ziņā, bet kā pozitīvs jēdziens. (27)

3. SIRDS MAZSPĒJA UN DZĪVESVEIDS

Laimīga aktīva dzīve uztur sirdi veselu. Lielākā daļa cilvēku ēd par daudz un kustās par maz. Tādējādi daudziem ir vai nu liekā ķermeņa masa, vai arī klīniska aptaukošanās.

Izvēlēta pārtika nereti ir ļoti neveselīga u piesārņo organismu ar vissliktākajiem taukiem u ogļhidrātiem, bet nenodrošina pienācīgu daudzumu veselīgo taukskābju, šķiedrvielu un antioksidantu, kas ir vitāli svarīgi labai veselībai. Turklāt stress, kas nereti ir dzīves sastāvdaļa, liek ķermenim tikt galā ar nenormāli augstu stresa hormonu līmeni, laupot tik svarīgo laiku mierīgai atpūtai. (28)

Sirds mazspējas terapija ir kompleksa, diferencēta un ietver ļoti plašas iespējas, ieskaitot invazīvu un ķirurģisku ārstēšanu. Parasti tajā ietilpst gan dzīvesveida izmaiņas (pareizs uzturs, šķidruma balansa uzturēšana, regulāras fiziskas aktivitātes), gan regulāra medikamentoza terapija, ieskaitot blakusslimību ārstēšanu.

3.1. Uzturs pacientiem ar sirds mazspēju

Cilvēka ķermenī ir miljoniem tauku šūnu. Katra ir izplēsties spējīga somiņa, kas piepildīta ar tauku lāsītēm jeb lipīdiem. Tās sastāv no taukiem, cukuriem un aminoskābēm, kas veidojas no apēstās pārtikas. Normālos apstākļos ķermenis izmanto taukus, lai izveidotu mīkstu apvalku kauliem, regulētu ķermeņa temperatūru un kā degvielu brīžos, kad pazeminās cukura līmenis asinīs.

Ne visi ķermeņa tauki ir vienlīdz kaitīgi. Visbīstamākie tauki nogulsņējas vēderdobumā – ap iekšējiem orgāniem. Šie iekšējie tauki izdala hormonus, kas izsauc ķīmisko vielu līdzsvaru ķermenī, būtiski paaugstinot sirds slimību u citu nopietnu slimību risku. (28)

Svarīga loma pareiza uztura lietošanai ir ģimenei. Diemžēl iedzīvotāji galvenokārt izmanto sabiedriskās ēdināšanas pakalpojumus, retāk gatavo mājās. Pareiza ēšana sākas jau veikalā, iegādājoties veselīgus un vērtīgus produktus.

Vispārējas uztura rekomendācijas pacientiem ar sirds mazspēju nosaka dažādu un enerģētiski sabalansētu diētu kopā ar regulāru fizisko aktivitāti:

- 1) Augļi un dārzeņi kā svarīgākā sastāvdaļa – ne mazāk kā 450g/dn (tie jāreķina kopējā dienas kolorāžā).
- 2) Graudaugi un klijas
- 3) Skābpiena produkti ar zemu tauku saturu
- 4) Zivis un liesa gaļa
- 5) Pacientiem ar jau diagnosticētu SM jālieto arī attīrītas omega-3 taukskābes

- 6) Tauku saturs uzturā nedrīkst pārsniegt 25%. Savukārt PTS nedrīkst pārsniegt 30% no uzņemtajiem taukiem
- 7) Holesterīna dienas deva nedrīkst būt lielāka par 200mg.

Uztura enerģētiskā vērtība būtu jāsabalansē ar ikdienas fizisko aktivitāti, lai saglabātu ideālo ķermeņa svaru, tāpēc pacientiem ar aptaukošanos ir nepieciešami speciāli ieteikumi svara samazināšanai (kontrolējot arī cukura līmeni asinīs).

Kafija, ja to lieto vidējos daudzumos (1-2 tasītes stiprās kafijas dienā), nepaaugstina sirds slimību risku. (29)

Šķiedrvielas veicina gremošanas trakta darbību un pazemina kardiovaskulāro slimību risku. Lielāks šķiedrvielu daudzums dod sāta sajūtu, uzņemot mazāku kaloriju daudzumu, tādējādi palīdzot saglabāt optimālu - veselīgu svaru.

Jāsamazina sāls daudzumu uzturā līdz 2 g. dienā, izvairīties no iepriekš sagatavotiem ēdieniem, gaļas izstrādājumiem, jāpārbauda sāls saturs uz produktu etiķetes. Jāizvairās no ēdiena ar augstu tauku saturu, lietot uzturā augļus un dārzeņus, piena produktus ar zemu tauku saturu, graudu izstrādājumus un zivis. Garšas uzlabošanai var lietot dažādas garšvielas.

Ja ir izteikti SM simptomi (elpas trūkums, tūskas), uzņemtā šķidruma daudzums jāierobežo līdz 1,5 – 2,0 litriem diennaktī. Savukārt, ja elpas trūkums ir neliels un tūska nav, šķidruma ierobežošana nav nepieciešama. (30)

3.2. Fiziskās aktivitātes pacientiem ar sirds mazspēju

SM parasti ierobežo fiziskās aktivitātes, tādēļ stabiliem SM pacientiem jāizvēlas regulāras, piemērotas fiziskās aktivitātes programmas. Atteikšanās no fiziskiem treniņiem var novest pie paradoksāliem simptomiem un dzīves kvalitātes samazināšanās. Regulāra fiziska aktivitāte samazina simpātiskās nervu sistēmas aktivitāti un palielina vagālo tonusu. Efektivitāte ir vienāda gan hospitāliem, gan mājās fiziskiem treniņiem. Ja pacients nav iesaistīts speciālā fizisko treniņu programmā, tad jāiesaka vismaz pastaigas 3 reizes nedēļā, sasniedzot vieglu elpas trūkumu slodzes laikā ar sirds frekvenci 70 - 80% no maksimālās frekvences. (15)

Jānodarbojas ar fiziskām aktivitātēm sirds un muskuļu darbības uzlabošanai jāturpina veikt ikdienas aktivitātes mājās kopā ar ģimeni. Regulāras nodarbības ar piemērotas slodzes fiziskām aktivitātēm. Slodzes apjoms ir atkarīgs no sirds mazspējas smaguma pakāpes un esošajiem simptomiem, tādēļ pirms to uzsākšanas noteikti konsultēties ar savu ārstu. (3)

4. PĒTĪJUMĀ IEGŪTO REZULTĀTU APKOPOJUMS UN ANALĪZE

Pētījums tika veikts Latvijā, Rīgā XXX slimnīcā, kardioloģijas nodaļās, kur tika anketēti pacienti ar diagnosticētu sirds mazspēju.

Optimāla dzīves kvalitāte un spēja integrēties sabiedrībā ir ļoti svarīga nozīme jebkura cilvēka dzīvē, un it īpaši cilvēkiem, kuriem ir veselības problēmas.

Veicot pētījumu darba autors vēlējas noskaidrot vai sirds mazspēja ietekme dzīves kvalitāti gan garīgā, gan fiziskā veidā. Pētījuma ietvaros tiek izpētīta tieši dzīves kvalitāte pacientiem ar diagnosticētu sirds mazspēju.

4.1. Pētījuma metodoloģija

Pētījumā iegūto datu analīzei izvēlēta kvantitatīvā pētniecības metode. Kvantitatīvā metode izmantota, lai iegūtu skaitlisku informāciju par konkrētu mērķa grupu.

Lai iegūtu nepieciešamos datus no respondentiem, sagatavota aptaujas anketa, kura sastāv no 12 slēgta tipa jautājumiem, kuri dalās 3 grupās, kas izmeklē pacientu fizisko (jautājumi par pārvietošanos, mājas darbu veikšanu, ēšanu u.c.) un garīgo (jautājumi par depresiju, satraukumu, miega traucējumiem u.c.) veselību, kā arī noskaidro vispārīgo informāciju par respondentu (jautājumi par vecumu, dzimumu, laiku, kopš ir diagnosticēta sirds mazspēja u.c.). Aptaujas anketas galvenais mērķis ir noskaidrot, pacientu (respondentu) subjektīvo pašsajūtu un veselības stāvokli, kā arī to, kā tas ietekmē viņu ikdienas dzīves kvalitāti. Aptaujas anketas jautājumi sagatavoti, izmantojot Pasaules Veselības organizācijas (31)

Pētījuma anketa ir anonīma un, tās dati tiks izmantoti tikai statistiskai datu iegūšanai. Anketas ievadā respondentiem tika sniegta informācija par aptaujas mērķi un veidu, kā atbildēt uz jautājumiem. Aptauja veidota, dodot definētus atbilžu variantus. Anketa ir divās valodās - latviešu (skatīt 1. pielikumu) un krievu (skatīt 2. pielikumu).

Pirms pētījuma uzsākšanas aptaujas anketa tiek iesniegta apstiprināšanai klīnikas direktoram, saņemot apstiprinājumu, tiek veikts pilotpētījums, izsniedzot 10 aptaujas anketas aizpildīšanai. Pēc veikta pilotpētījuma, 8 respondenti no 10 ne līdz galam izprata vienu jautājumu, kurš skanēja tā „No tā brīža, kad ārsts paziņoja, ka Jums ir sirds mazspēja vai ir mainījies Jūsu personība?” bija atbilžu varianti „jā, nē un grūti teikt”, ja atbilde bija „jā”, tad bija arī apakšjautājums, kur respondentiem bija jāapraksta kā tieši. Respondentu atbildes bija nekorektas un pētījumam nederīgas, darba autors izņēma jautājumu.

Respondentu grupa tika izvēlēta atbilstoši bakalaura darba specifikai – pacienti, no dažādam kardioloģijas profila nodaļām, kuriem tika vai jau ir diagnosticēta sirds mazspēja.

Pētījuma izstrādei pacientiem tika piedāvāts aizpildīt anketas ar jau sagatavotiem jautājumiem un atbildēm. Respondenti tiek informēti par pētījuma mērķi un norisi. Ja respondents piekrīt dalībai pētījumā, tad anketu aizpilda noteiktās dienas laikā.

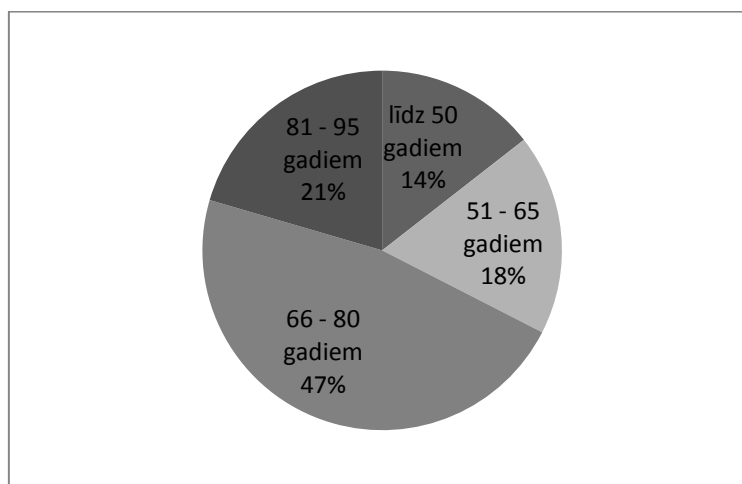
Anketēšana tika veikta kardioloģijas profila nodaļās, laika posmā no 2018. gada 11. aprīļa līdz 10. maijam. Anketas tika izdalītas individuāli katram pacientam, kuram tika vai jau ir diagnosticēta sirds mazspēja.

Iegūtie dati tika apstrādāti un vizualizēti, izmantojot Microsoft Excel un Microsoft Word programmas.

No izdalītajām simtu piecām anketām par pētījumam derīgām tika atzītas tikai astoņdesmit trīs anketas, daļēji aizpildītas bija četrpadsmit anketas, bet astoņas anketas netika atpakaļ saņemtas, līdz ar to divdesmit divas anketas tika atzītas par pētījumam nederīgām. Astoņdesmit trīs anketas, kuras tika apkopotas bakalaura darba pētījumam, bija korekti aizpildītas un atzītas par derīgām.

4.2. Pētījuma darba rezultāti un analīze

Pētījumā piedalījās 83 pacienti ar diagnosticētu sirds mazspēju dažādu funkcionālo klasi (pēc NYHA – *New York Heart Association* klasifikācijas). Vecuma diapazons aptaujātajiem pacientiem ir no 48 līdz 95 gadiem.

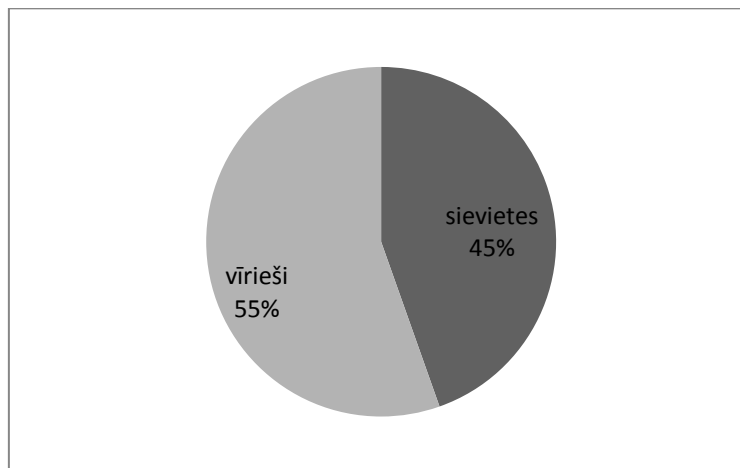


4.2.1. attēls. Aptaujāto vecuma grupas (procentuāli)

Pacientu skaits vecumā līdz 50 gadiem bija 14% (12) pacientu. Vecuma grupā no 51 – 65 gadiem 18% (15) pacientu, bet grupā no 66 – 80 gadiem bija 47% (39) pacienti. Virs 81 gada vecuma bija 21% (17) pacienti (skatīt 4.2.1.attēlu).

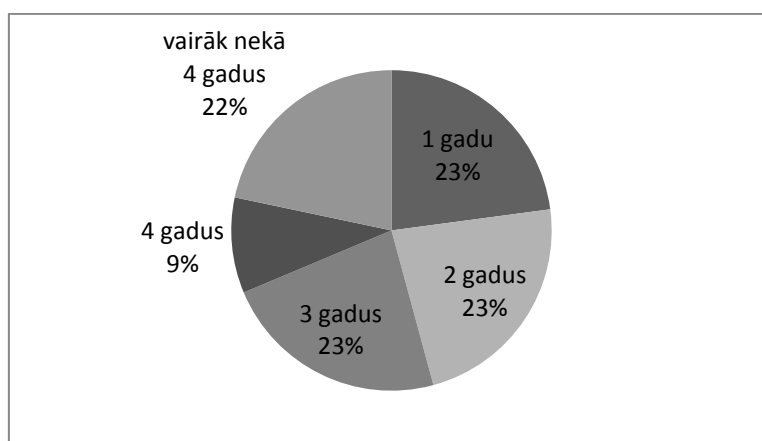
Izvērtējot iegūtos rezultātus, var secināt, ka vislielākais pacientu īpatsvars ar diagnosticētu sirds mazspēju ir vecumā no 66 līdz 80 gadiem. Tomēr jāatzīmē tendence, ka respondentu skaits ar diagnosticētu sirds mazspēju gados jauniem pacientiem (līdz 50 gadu

vecumam) ir gandrīz vienliels, kā gados vecākiem pacietiem – respondentiem pēc 80 gadu vecuma. No tā var secināt, ka sirds mazspējai ir netieša saistība ar pacienta bioloģisko vecumu. Iepazīstoties ar literatūru par tēmu sirds mazspēja, tās etioloģiju, patofizioloģiju un terapijas principiem, secinu, ka sirds mazspējas smaguma pakāpei izšķirošais ir tās savlaicīga diagnosticēšana un ārstēšana, ne pacienta vecums.



4.2.2. attēls. Aptaujāto respondentu dzimuma sadalījums (procentuāli)

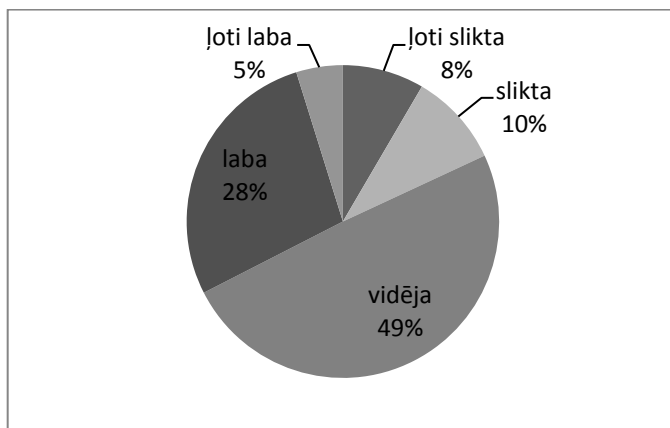
Pēc pētījuma rezultātiem No kopējā astoņdesmit trīs respondentu skaita, 45% (37) ir sievietes un 55% (46) vīrieši (skatīt 4.2.2. attēlu). Iegūtie anketas dati liecina, ka pētījuma posmā, kas noritēja vienu mēnesi, biežāk hospitalizēti tika ar sirds mazspēju tika vīrieši. Sasaistot šī anketas jautājuma atbildes ar pirmā anketas jautājuma atbildēm, secinu, ka vidējais pacients profils ar diagnosticētu sirds mazspēju ir vīrietis vecumā no 66 līdz 80 gadiem.



4.2.3. attēls. Respondentu slimošanas ilgums ar sirds mazspējas simptomiem

Apkopojot anketas datus par pacientu slimošanas ilgumu ar sirds mazspēju (ar slimošanas ilgumu tiek apzīmēts laiks, kad pacients jau pirms hospitālā etapā subjektīvi ir izjutis pirmās sirds mazspējas pazīmes: elpas trūkums fiziskas slodzes laikā, apakšstilbu tūska, utml.), noskaidrots, ka laika posmā no 1 līdz 3 gadiem slimo vienāds respondentu skaits 23% (19

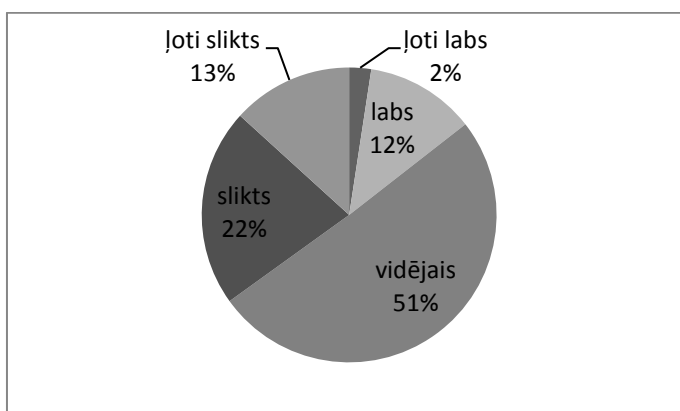
pacientu. No aptaujātajiem pacientiem 9% (8) atbildēja, ka slimo 4 gadus, savukārt vairāk nekā 4 gadu slimo 22% (18) pacientu (skat. 4.2.3. att.). Ņemot vērā iegūtos datus, anketēšanas laikā stacionārā vairums pacientu ar diagnosticētu sirds mazspēju ir pacienti, kuri slimo vienu gadu, divus un trīs gadus – 23% (katrā grupā). Rezultāti nav viennozīmīgi. Pēc anketas atbildēm nākas secināt, ka aptaujāto pacientu vidū ar sirds mazspēju slimo nesnen diagnosticēti pacienti, kā arī jau hroniski sirds mazspējas pacienti.



4.2.4. attēls. Pacientu pašvērtējums par dzīves kvalitāti

Pētījuma dalībniekiem tika jautāts arī par viņu subjektīvo veselības stāvokli. Uz jautājumu par dzīves kvalitātes pašvērtējumu, lielāka daļa atzīmēja kā tā ir vidēja – 49% (41 pacients), laba – 28% (23 pacienti), slikta – 10% (18 pacienti). Kā ļoti sliktu dzīves kvalitāti sirds mazspējas dēļ atzīmēja 8% (7), un tikai 5% (4) respondentu atzīmēja, ka vērtē savu dzīves kvalitāti ļoti labi (skat. 4.2.4. att.).

No iegūtiem datiem darba autors secina, ka vairums pacientu savu dzīves kvalitāti atzīmē kā vidēju. Jāatzīmē, ka iegūtie dati ir subjektīvi un katram individuāli. Izvērtējot anketas rezultātus kopumā, nākas secināt, ka dzīves kvalitātes vairums gadījumu vērtējams kā vidējs līdz labs, nekā slikts.

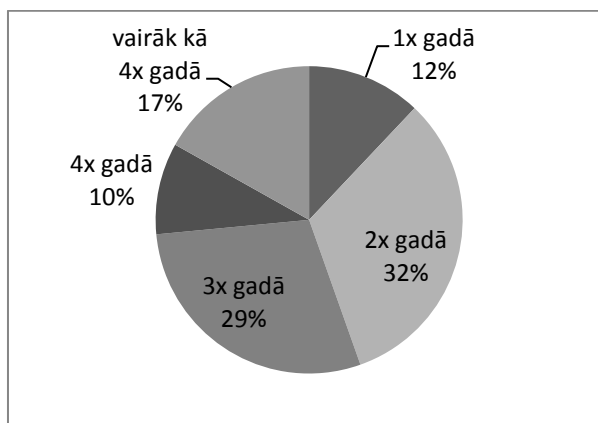


4.2.5. attēls. Veselības stāvokļa pašvērtējums

Viens no anketas jautājumiem bija par pacienta subjektīvo pašsajūtu anketas aizpildīšanas brīdī (skat. 4.2.5. att.). Lielākais respondentu skaits 51% (42) pacienti atbildēja,

ka viņu dzīves kvalitāte ir vidēja. Kā sliktā novērtēja 22% (18) pacienti un ļoti sliktu 13% (11) pacienti. Tikai neliela daļa – 12% (10) pacienti atzīmēja, ka anketas aizpildes brīdī jūtas labi, savukārt 2% (2) pacienti, ka jūtas ļoti labi.

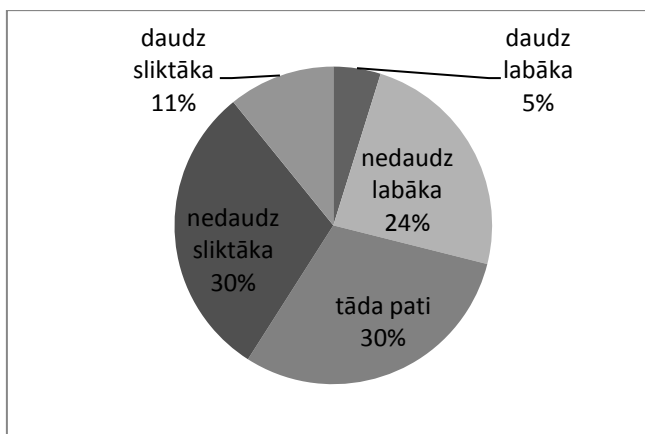
No iegūtajiem datiem nākas secināt, ka pacientu subjektīvais dzīves kvalitātes rādītājs vērtējams kā vidējs līdz pat ļoti sliktis. Iegūtie rezultāti netieši atspoguļo iemeslu, kāpēc respondenti (pacienti) ir nonākuši stacionārā, jo jūtas ierobežoti savās ikdienas aktivitātēs un sliktās pašsajūtas dēļ ir nepieciešama medicīniskā palīdzība.



4.2.6. attēls. Ārstēšanas biežums stacionārā

Būtiski bija arī noskaidrot, cik bieži pētījuma pacienti vērsas pēc palīdzības un ārstējas stacionārā (skat. 4.2.6. att.). No iegūtajiem anketas rezultātiem var secināt, ka vismazākā pacientu daļa 12% (10) pacienti tiek stacionēti tikai vienu reizi gadā. Lielākais pacientu īpatsvars atbildēja, ka gada laikā stacionārā atrodas divas reizes – 32% (27) pacienti, un pat trīs reizes gadā – 29% (24) pacienti. Mazākais pacientu īpatsvars vērojams pie atbildes četras reizes gadā 10% (8) pacientu. Vairāk kā četras reizes gadā tiek stacionēti 17% (14) pacientu.

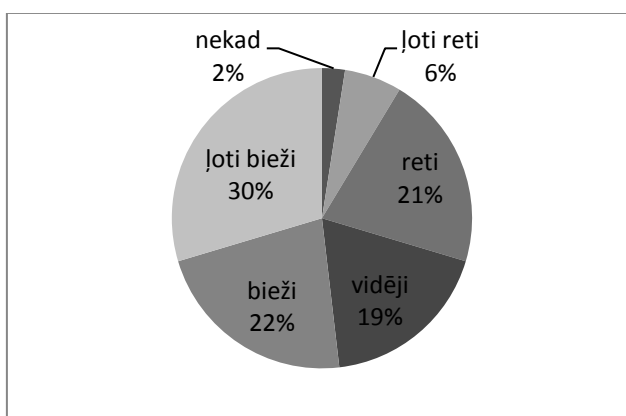
No iegūtajiem datiem izriet, ka vidēji pacients gada laikā tiek stacionēts trīs reizes. Liela pacientu daļa, vairāk kā 26%, tiek stacionēti četras un vairāk reizes gada laikā, kas arī netieši izskaidro pacientu vidēji līdz pat sliktu subjektīvo pašsajūtu, veicot ikdienas aktivitātes. Iespējams, tas izskaidrojams ar pacientu nelīdzestību terapijas izpildē.



4.2.7. attēls. Veselības stāvokļa salīdzinājums no pēdējās stacionēšanas slimnīcā

Pacientiem tika lūgts izvērtēt viņu šī brīža veselības stāvokli, salīdzinot ar pēdējo stacionēšanās reizi slimnīcā (skat. 4.2.7. att.). Mazākums respondentu 5% (4) pacienti atbildēja, ka viņu šī brīža veselības stāvoklis ir ievērojami labāks, kā iepriekšējā stacionēšanās reizē. Sirsds mazspējas 24% (20) apjautātie pacienti atzīmēja, ka jūtas nedaudz labāk, kā iepriekš. 30% (25) pacienti atzīmēja, ka īpašas izmaiņas subjektīvi nejūt un veselības stāvoklis vērtējams līdzvērtīgi. Teju trešā daļa – 30% (25) – pacienti atzīmēja, ka jūtas nedaudz sliktāk, savukārt 11% (9) pacienti savu veselības stāvokli vērtē kā daudz sliktāku, salīdzinot ar iepriekšējo stacionēšanās reizi.

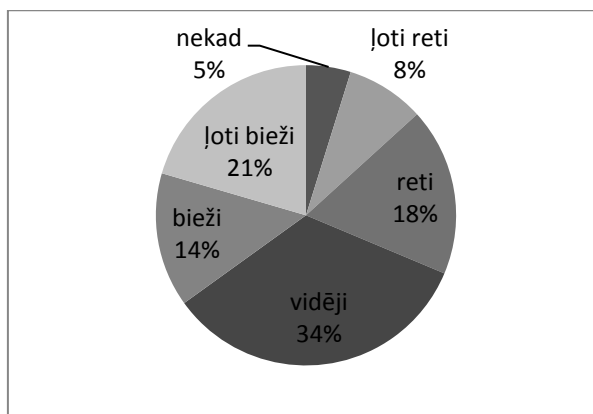
No iegūtajiem datiem nākas secināt, ka lielākais pacientu īpatsvars savu veselības stāvokli atzīmē kā neizmainītu vai nedaudz sliktāku. Jāatzīmē, ka gandrīz ceturtdā daļā šajā stacionēšanās reizē jūtas nedaudz labāk, kā iepriekšējā. Sirsds mazspēja ir progresējoša hroniska slimība, kuru pilnībā izārstēt praktiski nav iespējams. Ārstēšanas pamatā ir ārsta nozīmētā terapija un pacienta līdzestība tās izpildē. Neskatoties uz mūsdienās pieejamo informāciju un ārstēšanas iespējām, pacienti nereti izturas vienaldzīgi pret savu veselību, neregulāri lietojot medikamentus un nesekojot ārsta norādījumiem. Iespējams, tas arī izskaidro anketā iegūtos rezultātus, ka vairāk kā pusei aptaujāto veselības stāvoklis ir bez būtiskām izmaiņām, vai pat ievērojami pasliktinājies.



4.2.8.1. attēls. **Grūtības staigāt un kāpt pa trepēm.**

Viens no anketas jautājumiem lika pacientiem novērtēt, kā ikdienišķas aktivitātes ietekmē, ierobežo pacientu ikdienas gaitas.

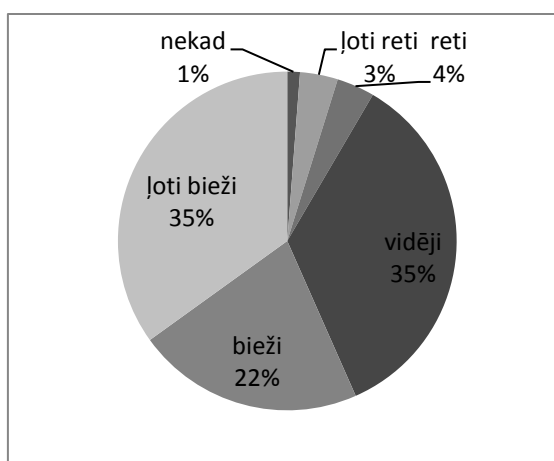
Lielākā pacientu daļa 30% (24) pacienti atzīmēja, ka viņiem grūtības pārvietoties, staigāt un izmantot kāpnes. Savukārt tikai 2% (2) pacienti atzīmēja, ka viņiem tas nekad nav bijis traucēklis (skat. 4.2.8.1. att.).



4.2.8.2. attēls. Grūtības veikt mājas darbus

Jautājumā par grūtībām veikt mājsaimniecības darbus, lielākā daļa 34% (28) pacienti atzīmēja, ka viņiem tas ir biežs apgrūtinājums, savukārt tikai 5% (4) pacienti atzīmē, ka viņiem nav nekādu grūtību veikt mājsaimniecības darbus (skat 4.2.8.2. att.).

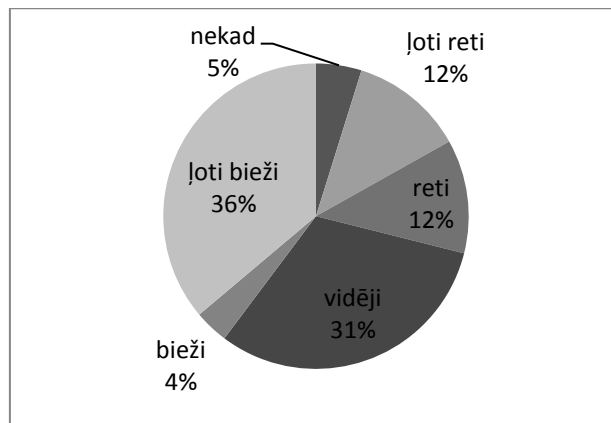
Darba autors secina, ka sirds mazspējas pacienti tiek fiziski ierobežoti arī mājas darbu veikšanā, tas cieši saistīts ar to ka ir grūtības pārvietoties.



4.2.8.3. attēls. Nepieciešamība atsēsties vai atgulties dienas laikā.

Ļoti bieži – 35% (29) pacientiem ir nepieciešamība fizisku aktivitāšu vai piepūles laikā apstāties un apsēsties, nereti arī nepieciešamība atgulties. Tikai 1% (1) pacients atzīmē, ka fizisko aktivitāšu laikā viņam nav ierobežotu darba spēju (skat. 4.2.8.3. att.).

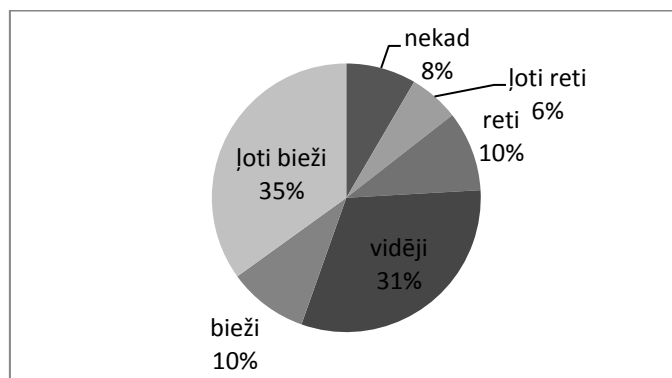
No iegūtām atbildēm un tās apkopojot, var secināt, ka praktiski visiem sirds mazspējas pacientiem ir nepieciešams atsēsties, apgulties dienas laikā.



4.2.8.4. attēls. Grūtības doties darīšanās ārpus mājām.

Šī jautājuma apakšpunkts līdzīgi korelē arī ar iezīmi, ka vairums pacientu 36% (30) pacientiem ir grūtības doties ikdienas gaitās ārpus mājas, veicot lielākus attālumus (skat. 4.2.8.4. att.).

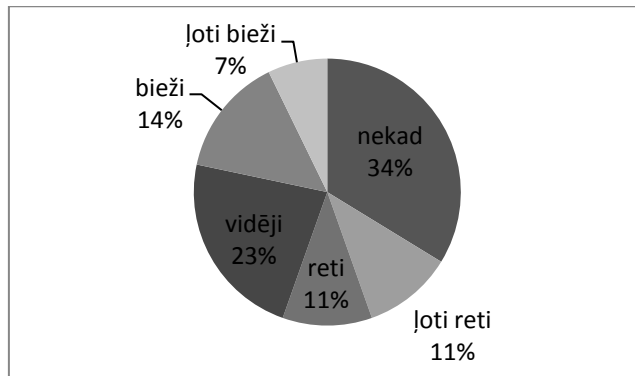
Secinājums ir, ka pacienti fiziski ierobežoti arī iziet no mājām un kaut kur doties savās gaitās, saslimšanas dēļ, kas arī nebūt mazāk sagrauj pacientu arī garīgi.



4.2.8.5. attēls. Grūtības kopā ar tuviniekiem piedalīties fiziskās aktivitātēs.

Pacienti atzīmē, ka jebkāda fiziskā piepūle, tajā skaitā, kopā pavadītais laiks ar tuviniekiem, rada diskomfortu un nepieciešamību pārtraukt fizisko aktivitāti (skat. 4.2.8.5. att.)

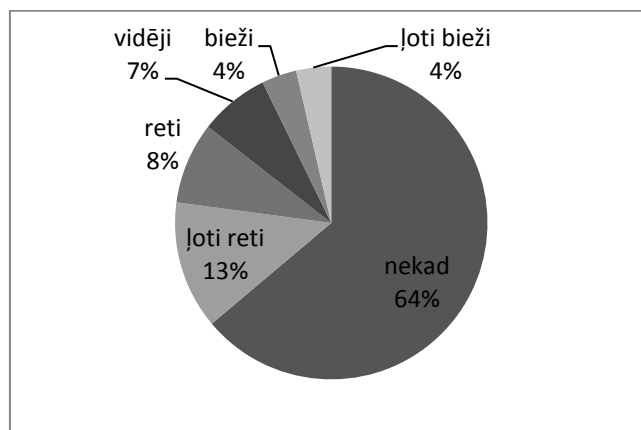
8% (7) respondentu no visiem tikai atzīmēja, ka nekad nerodas grūtības pavadīt laiku ar ģimeni aktīvi, bet tomēr ļoti bieži atzīmēja 35% (29) pacienti. Veselības stāvokļa dēļ – sirds mazspējas, pacients spiests atteikties no fiziskām aktivitātēm ar ģimeni/draugiem, kas samazina laika pavadīšanu kopā, no tā pacients var just diskomfortu, gan fiziski, gan garīgi.



4.2.8.6. attēls. **Nomāktība, depresija.**

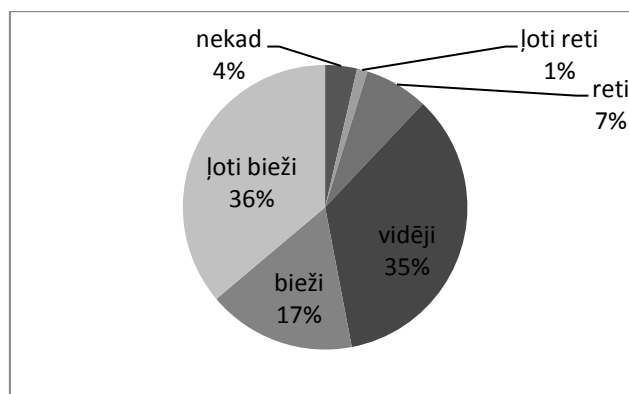
Pacienti tika jautāti par viņu emocionālo stāvokli. Pēc anketas rezultātiem, vairums pacientu 34% (28) neatzīmē, ka izjūt nomāktību vai depresiju, bet tomēr liels īpatsvars 23% (19) pacienti atzīmē, ka bieži jūtas nomākti (skat. 4.2.8.6. att.).

Depresijas stāvoklī pacientam zūd možums vairāk ieslēdzas sevī vai paliek pārmērīgi sentimentāls un zūd arī enerģija, paliek aizmāršīgs, kas var atspoguļoties uz medikamentu lietošanu un līdz ar to arī pasliktinās vēl vairāk veselība.



4.2.8.7. attēls. **Jūtas par apgrūtinājumu ģimenei un draugiem.**

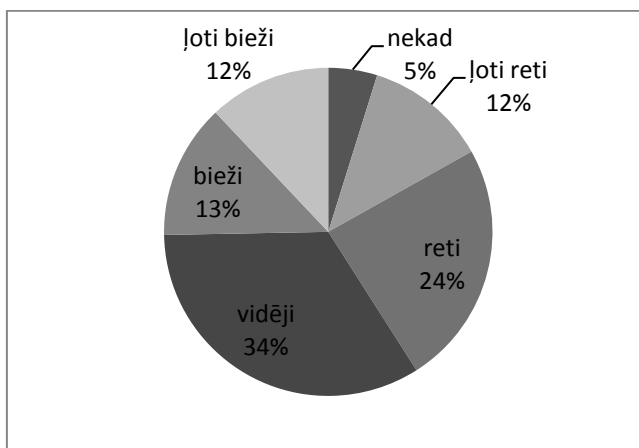
Integrācijā ar ģimeni un tuviniekiem, lielākā daļa pacientu 64% (53) nejūtas kā apgrūtinājums, viņi patstāvīgi spēj veikt ikdienas aktivitātes. Neliela daļa, tomēr 8% (6) pacienti ir atkarīgi no līdzcilvēku palīdzības. (skat. 4.2.8.7. att.)



4.2.8.8. attēls. **Miega traucējumi**

Jautājot par pacientu miega kvalitāti, krietni vairāk kā puse atzīmēja, ka viņiem ir miega un izgulēšanās traucējumi. 36% (30) pacienti atzīmē, ka miega traucējumi ir pastāvīgi. Tikai 4% (3) pacienti neatzīmē, ka sirds mazspējas dēļ būtu ietekmēta viņu miega kvalitāte (skat. 4.2.8.8. att.).

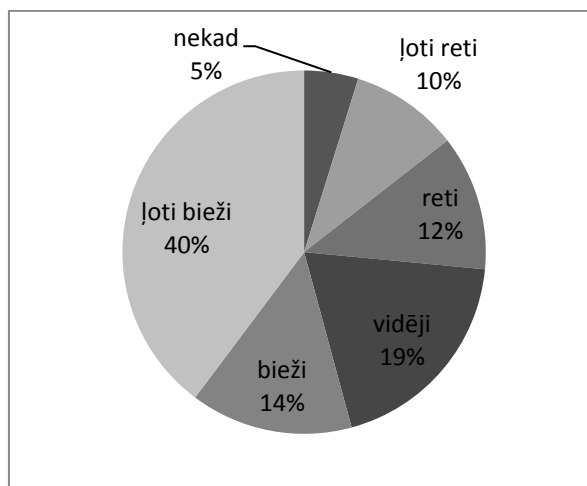
Miegs ir viena no galvenajām cilvēku vajadzībām un respondentu atbildēs var redzēt, ka sirds mazspējas pacientiem šī vajadzība tiek ietekmēta, tādējādi samazina pacienta fizioloģisko stāvokli, kas ietekmē arī garīgi.



4.2.8.9. attēls. **Grūtības nodarboties ar savu hobiju**

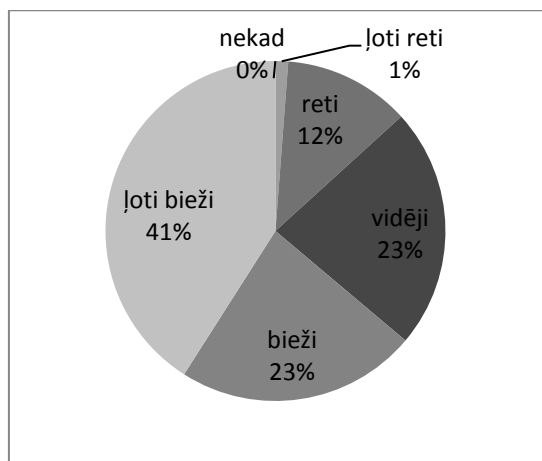
Kā arī respondenti atzīmē, ka nereti saslimšana ietekmē arī nodarbošanos ar savu hobiju 34% (28), kas arī samazina cilvēka dzīves kvalitāti (skat. 4.2.8.9. att.).

Cilvēki ar sirds mazspējas saslimšanu var izjust sevi nelaimīgu, jo ir ierobežoti savās aizraušanās, kas negatīvi ietekmē viņus garīgi.



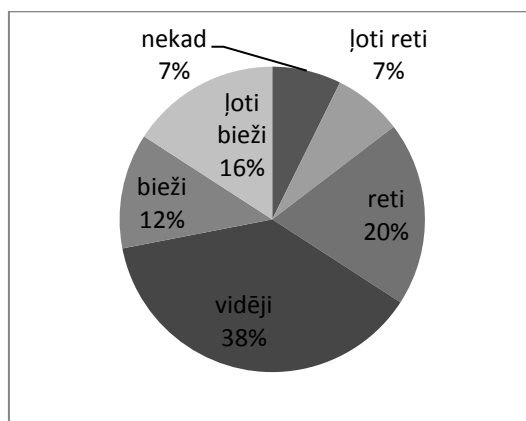
4.2.8.10. attēls. **Satraukums**

Cilvēkiem, kuriem tika diagnosticēta sirds mazspēja, nereti izjūt satraukumu, jo kā liecina respondentu atbildes, var secināt, ka ļoti bieži izjūt 40% (33), un tikai 5% nekad neizjūt (skat. 4.2.8.10. att.).



4.2.8.11. attēls. **Nogurums, nespēks, enerģijas trūkums**

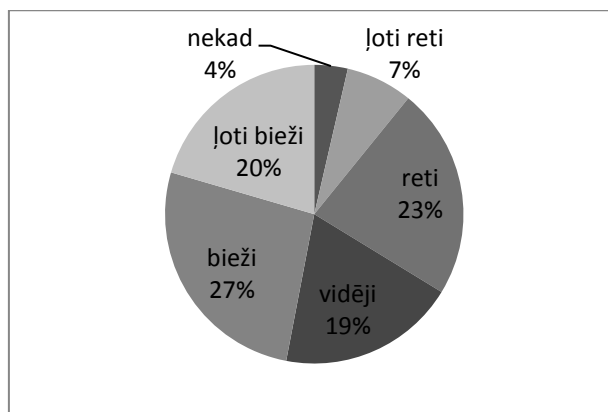
Lielākā pacientu daļa 41% (34) pacientu atzīmē, ka regulāri izjūt nogurumu, nespēku un enerģijas trūkumu (skat.4.2.8.11.att.). No enerģijas trūkuma, pazūd arī motivācija kaut minimāli fiziski darboties, kas garīgā veidā liek justies mazefektīvam.



4.2.8.12. attēls. **Nepieciešamība ārstēties slimnīcā.**

Subjektīvi 38% (31) pacients izjūt regulāru nepieciešamību stacionāties, veselības stāvokļa uzlabošanai (skat. 4.2.8.12. att.).

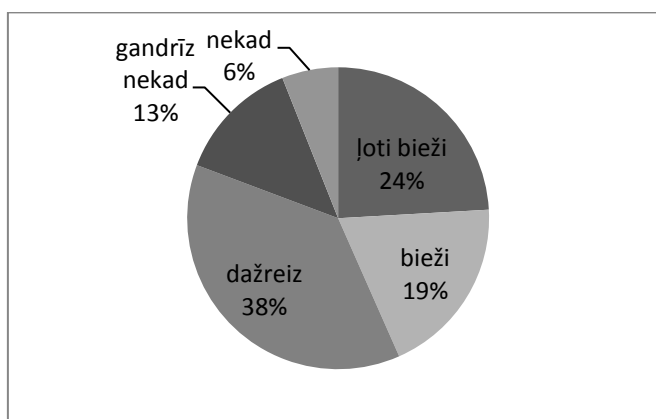
Secinājums ir, ka sirds mazspējas slimnieki ir savā ziņā atkarīgi no stacionāra, jo ir regulāra nepieciešamība vērsties pēc palīdzības, tas iespējams daļēji ir arī tādēļ, ka pacienti neregulāri lieto medikamentus vai ievēro režīmu (ārsta ieteikumus).



4.2.8.13. attēls. **Elpas trūkums.**

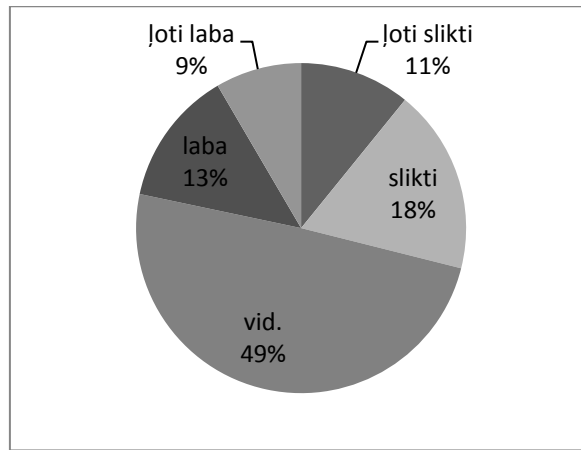
Viena no izplatītākajiem simptomiem sirds mazspējas saslimšanā ir elpas trūkums, ko arī var redzēt pēc pacientu atbildēm, ka viņiem elpas trūkums bieži ietekmē arī dzīves kvalitāti 27% (22) (skat. 4.2.8.13. att.).

Apkopojot pacientu ikdienišķās aktivitātes, nākas secināt, ka lielākoties sirds mazspējas pacienti ir ierobežoti un ietekmēti savās ikdienas gaitās. Ierobežoti ne tikai fiziskās aktivitātēs, bet arī izjūt diskomfortu, nemieru, ko rada miega traucējumi, nomāktība un hroniski pavadošais nogurums. Pēc iegūtajiem anketas jautājuma rezultātiem, aptaujāto pacientu dzīves kvalitāte vērtējama kā daļēji apmierinoša, pastāvošo ierobežojumu dēļ.



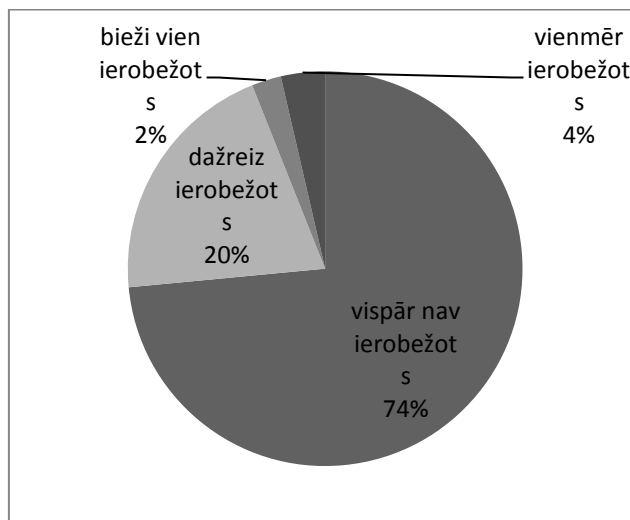
4.2.9. attēls. **Cik bieži pēdējo divu nedēļu laikā respondents pamanījis elpas trūkumu.**

Uz anketas jautājumu par to, cik pēdējo divu nedēļu laikā pacientiem ir elpas trūkums, lielākā respondentu daļa 24% (20) atbildēja, ka elpas trūkums ir ļoti bieži. Līdzīgi, 19% (16) pacienti, atbildēja, ka elpas trūkums ir regulāri novērojams ikdienas gaitās. Tikai 6% (5) atbildēja, ka elpas trūkumu nekad nenovēro (skat. 4.2.9. att.).



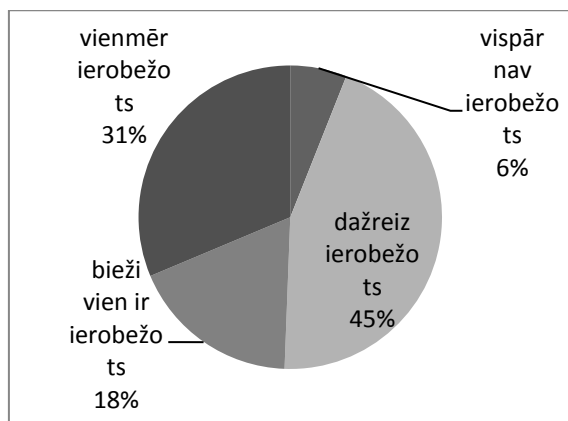
4.2.10. attēls. Respondenta novērtējums par elpošanu dotajā momentā.

Anketas rezultāti atspoguļo sirds mazspējas biežāk sastopamo klīnisko simptomu – elpas trūkumu, kas ir tikai likumsakarīgi pacientiem stacionāra etapā ar dekompensētu sirds mazspēju. Pēc sniegtās pirmās palīdzības slimnīcas Neatliekamajā medicīnas centrā un nodaļā, vairums pacientu 49% (41) atzīmē, ka aizdusa ir mazinājusies un elpošanas kvalitāte ir uzlabojusies (skat. 4.2.10. att.).



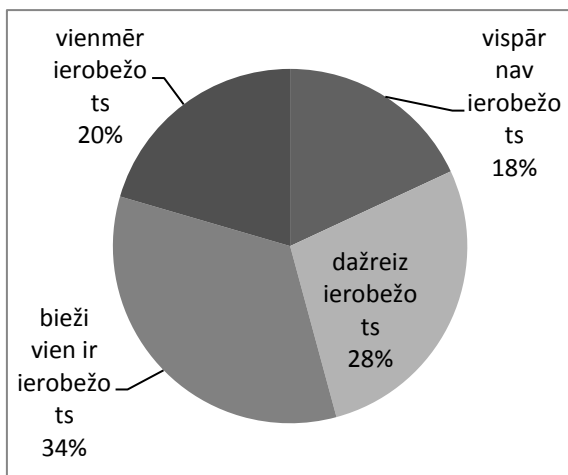
4.2.11.1. attēls. Ēšana/dzeršana

Kā vismazāk ikdienas aktivitāti ierobežojošie faktori 74% (61) pacientiem ir ēdienreizes ieturēšana (skat. 4.2.11.1. att.)



4.2.11.2. attēls. **Pastaiģāties.**

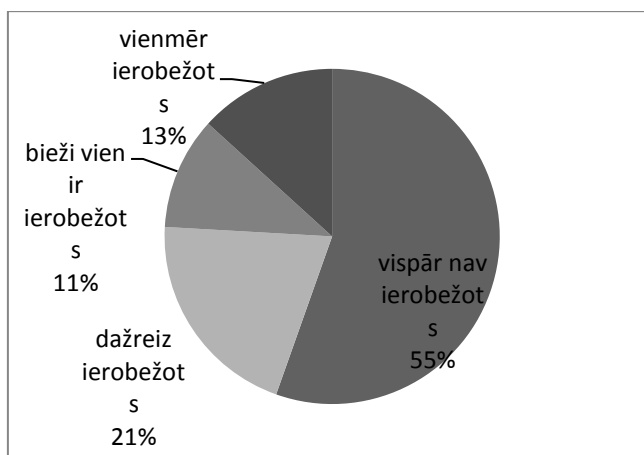
Pacienti tika jautāti, kādas ikdienas aktivitātes visvairāk ierobežo viņu dzīves kvalitāti elpas trūkuma dēļ. Lielākā respondentu daļa 31% (26) pacienti atzīmēja, ka viņiem ir grūtības staigāšanas/pārvietošanās brīdī (skat. 4.2.11.2. att.)



4.2.11.3. attēls. **Gulēšana.**

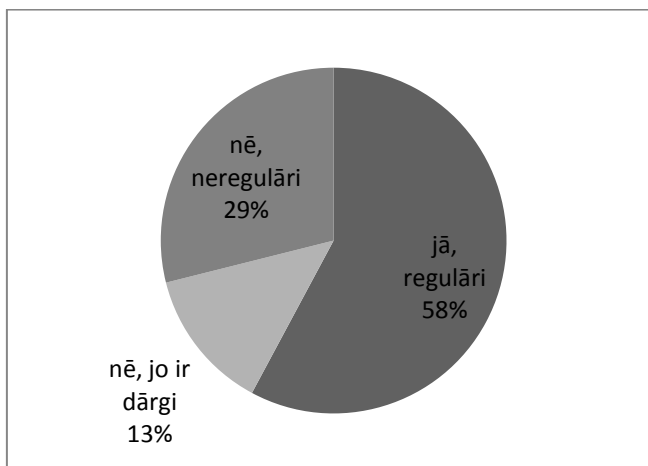
Gandrīz pusei respondentu ir traucējoši gulēt, progresējošā elpas trūkuma dēļ 34% (28) (skat. 4.2.11.3. att.).

No pamatvajadzības trūkuma - miegs, samazinās dzīves kvalitāte un pacientu ietekmē kā fiziskā veidā, tā arī garīgā.



4.2.11.4. attēls. **Sarunāties.**

55% (46) pacientiem sarunāšanās (skat. 4.2.11.4. att.). Anketas iegūtie rezultāti ir likumsakarīgi – vislielākie ikdienas ierobežojumi ir vērojami pie fiziskām aktivitātēm (pārvietošanās) un gulēšanas, kuras brīdī pacienti atrodas horizontālā stāvoklī – sirdij pieplūst vairāk asiņu, sirds nespēj pilnvērtīgi asinis nogādāt tālāk organismam un izveidojas asins sastrēgums mazajā asinsrites lokā (plaušās), kā rezultātā tiek apgrūtināta elpošana – pacientiem rodas elpas trūkums, smakšana un arī traucēts miegs.



4.2.12. attēls. Vai respondents regulāri lieto diurētiskos medikamentus.

Netieši tika jautāts par pacientu līdzestību medikamentu lietošanā, konkrētāk diurētiskajos (urīndzenošajos) medikamentos. Lielāka respondentu daļa 58% (48) pacienti atbildēja, ka diurētiskos medikamentus lieto regulāri. Savukārt mazākā, bet gandrīz puse, 29% (24) pacienti, ka zāles lieto neregulāri vai vispār tās nelieto (skat. 4.2.12. att.). Iespējams, ka šis jautājums netieši atspoguļo iegūtos rezultātus no jautājumiem par stacionēšanās biežumu, ierobežotajām ikdienas aktivitātēm un elpas trūkumu. Diurētiskie medikamenti samazina liekā starpsūnu šķidruma daudzumu, izvadot to no organisma, tādēji atvieglojot asins cirkulāciju organismā un samazinot sirds noslogojumu. Kā viens no iemesliem diurētisko zāļu nelietošanā ir minamas to izmaksas, kā arī pacientu nelīdzestība ārstniecības procesā.

SECINĀJUMI

Respondentu sniegtās atbildes uz anketas jautājumiem darba izvirzītais mērķis tika noskaidrots kā sirds mazspēja ietekmē pacientu dzīves kvalitāti.

1. Izvērtējot iegūtos rezultātus, var secināt, ka vislielākais pacientu īpatsvars ar diagnosticētu sirds mazspēju ir vecumā no 66 līdz 80 gadiem, tie ir 47% (39 pacienti).
2. Iegūtie aptaujas dati liecina, biežāk hospitalizēti tika ar sirds mazspēju ir vīrieši, tie ir 55% (46) no kopējā astoņdesmit trīs respondentu skaita.
3. Lielākā pacientu daļa 30% (24) pacienti atzīmēja, ka viņiem grūtības pārvietoties, staigāt un izmantot kāpnis.
4. Lielākai daļai pacientiem 36% (30) ir grūtības doties ikdienas gaitās ārpus mājas, veicot lielākus attālumus, no kā pacients var izjust diskomfortu ne tikai fiziski, bet arī garīgi.
5. Grūtības pavadīt laiku ar ģimeni aktīvi ļoti bieži atzīmēja 35% (29) pacienti. Sirds mazspējas, pacients spiests atteikties no fiziskām aktivitātēm ar ģimeni/draugiem, kas samazina laika pavadīšanu kopā, no tā pacients var just diskomfortu, gan fiziski, gan garīgi.
6. Integrācijā ar ģimeni un tuviniekiem, lielākā daļa pacientu 64% (53) nejūtas kā apgrūtinājums.
7. Liels īpatsvars 23% (19) pacienti atzīmē, ka bieži jūtas nomākti, depresīvi. Tas tiešā veidā skar pacienta garīgo dzīves kvalitāti – samazina to.
8. Jautājot par pacientu miega kvalitāti, krietni vairāk kā puse atzīmēja, ka viņiem ir miega un izgulēšanās traucējumi 36% (30).
9. Lielākā pacientu daļa 41% (34) pacientu atzīmē, ka regulāri izjūt nogurumu, nespēku un enerģijas trūkumu. Var secināt, ka pacients nejūtas garīgi labi, jo no noguruma trūks arī motivācija un gribasspēks.
10. Pētījuma rezultāti atspoguļo sirds mazspējas biežāk sastopamo klīnisko simptomu – elpas trūkumu, kas ir tikai likumsakarīgi pacientiem stacionāra etapā ar dekompensētu sirds mazspēju.
11. Lielākā respondentu daļa 31% (26) pacienti atzīmēja, ka viņiem ir grūtības staigāšanas/pārvietošanās brīdī un gandrīz pusei respondentu ir traucējoši gulēt, progresējošās elpas trūkuma dēļ 34% (28).
12. Lielāka respondentu daļa 58% (48) pacienti atbildēja, ka diurētiskos medikamentus lieto regulāri. Savukārt mazākā, bet gandrīz puse, 29% (24) pacienti, ka zāles lieto neregulāri vai vispār tās nelieto.

Darba izvirzīta hipotēze apstiprinājās. Saslimšana ar sirds mazspēju, ietekmē pacientu dzīves kvalitāti, gan garīgā (depresija, satraukums, miega traucējumi), gan fiziskā veidā (grūtības pārvietoties, veikt mājas darbus, sarunāties).

PRIEKŠLIKUMI

1. Lai uzlabotu dzīves kvalitāti vajadzētu nodrošināt pacientiem, pēc iespējas labvēlīgāko apkārtējo vidi.
2. Salīdzinoši daudz šāda veida pētījumi ārzemēs ir veikti iesaistot ne tikai kardioloģijas nodaļas pacientus, bet arī iekļaujot tajos dažāda profila nodaļu pacientus, būtu lietderīgi atkārtot šāda veida pētījumus ar dažāda profila pacientiem.
3. Lai aprūpes personāls labāk izprastu pacientu dzīves kvalitāti ietekmējošus faktorus, lietderīgi būtu iepazīstināt viņus ar šāda veida pētījumiem.

AVOTI UN IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. **Kamzola G., Caunīte L.** *Hroniska sirds mazspēja un elektrolīti* [tiešsaiste]. Rīga: Doctus, 2018 [atsauce: 20.02.18.]. Pieejams: <https://www.doctus.lv/2017/12/hroniska-sirds-mazspeja-un-elektroliti>
2. **Lācis J., Ērglis A.** *Akūti dekompensēta hroniska sirds mazspēja* [tiešsaiste]. Rīga: Doctus, 2010 [atsauce: 27.02.18.]. Pieejams: <https://www.doctus.lv/2010/10/akuti-dekompenseta-hroniska-sirds-mazspeja>
3. **Ērglis A., Jēgere S., Kalējs O. u.c.** *Sirds mazspēja* [tiešsaiste]. Rīga: Parsirdi.lv, 2018 [atsauce: 1.03.18.]. Pieejams: <http://www.parsirdi.lv/slimibas/sirds-mazspeja/>
4. **Coelho R., Ramos. S, u.c.** *Heart failure and health related quality of life* [tiešsaiste]. [atsauce:11.03.18.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1274338/>
5. **Grīnfelde A.** Pensionāru dzīves kvalitāte Latvijas Reģionos: Promocijas darbs. LLU Ekonomikas fakultāte. Jelgava: Latvijas Lauksaimniecības Universitāte, 2010. 190 lpp
6. **Bela B., Tisenkopfs T.** *Dzīves kvalitāte Latvijā*. Rīga: Apgāds „Zinātne”, 2006. 430lpp.
7. **Priede Kalniņa Z.** *Māsas prakse, pamatota teorijā*. Milwaukee USA: Heritage Printing/Graphics , 1998. 209 lpp.
8. **Oort F.J.** Using structural equation modeling to detect response shifts and true change in discrete variables: an application to the items of the SF-36 [tiešsaiste]. [atsauce: 18.03.18.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4870306/>
9. *Sociālā darba terminoloģijas vārdnīca*. Rīga, SDSPA "Attīstība", 2000. 235 lpp.
10. **Šķestere I.** Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem (1. daļa): Projekta „Biedrības” Latvijas Kustība pa neatkarīgu dzīvi”. Rīga, 2012. 51 lpp.
11. **Guyatt G.H.** *Measurement of health-related quality of life in heart failure*. [tiešsaiste]. [atsauce: 22.03.18.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8376691/>
12. **Roja K.** *Piemērošanas teorija* [tiešsaiste]. [atsauce: 28.10.17.]. Pieejams: <http://www.medkursi.lv/?p=1212>
13. **Рой К.** *Основные положения адаптационной модели* [tiešsaiste]. [atsauce: 23.12.17.]. Pieejams: <http://sestrinskoe-delo.ru/modeli-sestrinskogo-uchoda/model-k-roy-adaptatsionnaya>
14. **Bēta G.** Māsu profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā: Promocijas darbs. Liepājas Universitāte, Pedagoģijas zinātņu doktora grāda iegūšanai pieaugušo pedagoģijas apakšnozarē. Liepāja, 2017. 216 lpp.

15. **prof. A. Ērglis, dr. S. Jēgere, prof. O. Kalējs, prof. A. Kalvelis, dr. A. Mača, dr. med. I. Mintāle, dr. I. Narbuta, u.c.** *Hroniskas sirds mazspējas klīniskās vadlīnijas*. [tiešsaiste]. Rīga: Latvijas kardiologu biedrība, 2013. [atsauce: 29.03.18.]. Pieejams: http://www.kardiologija.lv/files/hroniskas_sirds_mazspejas_vadlinijas.pdf
16. **Lācis J.** *Sirds mazspēja*. Rīga: „Medicīnas apgāds”, 2009. 188 lpp.
17. **Kamzola G.** *Sirds mazspēja. Bumba ar laika degli novecojošās populācijās*. [tiešsaiste]. Rīga: Doctus, 2015. [atsauce: 1.05.18.]. Pieejams: <https://www.doctus.lv/2015/6/sirds-mazspeja-bumba-ar-laika-degli-novecojosas-populacijas>
18. **Herolds G. un līdzautori** *Iekšējās slimības*. Rīga: SIA „Jāņa Rozes apgāds”, latviešu tulkojuma izplatīšanas tiesības, 2017. 379 lpp.
19. **Kalvelis A.** *Kardioloģija. Informācijas materiāli*. Rīga: SIA „Drukmeistars”, 2018. 264 lpp.
20. **Savicka I., Dupure I., Ārente L., u.c.** *Internās aprūpes māsas pamatspecialitāte*. Rīga: Nacionālais apgāds, 2009. 446 lpp.
21. **Ērglis A.** *Sirds grāmata*. Rīga: „Jumava”, 2016. 212 lpp.
22. **Riedinger M.S., Dracup K.A., Brecht M.L.**, *Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic conditions*, 2002, 219 lpp.
23. **Hatmi Z.N., Shaterian M. and Kazemi M. A.** *Quality of life in patients hospitalized with heart failure: A novel two questionnaire* [tiešsaiste]. Iran: Acta Medica Iranica, 2007[atsauce:20.05.18.].Pieejams: <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/3324/3302>
24. **Juengerj S. D, Kramer S, Haunstetter A, Zugck C.Hersog W, Haass M.** *Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables*. Heart, 2002, 241 p.
25. **Puķītis A., Skutelis A., Mikažans V.** *Kardiokinētika*. Rīga: „VEK”, 1997. 207 lpp.
26. **Siegrist J, Junge A** *Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness. Psychother Psychosom* Brazil: 1990, 98 p.
27. **Lawrence P. C., Arena R.** *Heart failure and health related quality of life*, 2012
28. **Dženkinss S, u.c.** *Sirds veselība*. Rīga: SIA „Liegra”, 2013. 320 lpp.
29. **Lejnieks A.** *Klīniskā medicīna. Pirmā grāmata*. Rīga: SIA Medicīnas apgāds, 2010, 941 lpp.
30. **Havensone G.** *Veselīga uztura pamatprincipi* [tiešsaiste]. Rīga: Doctus, 2011. [atsauce: 16.05.18.]. Pieejams: <https://www.doctus.lv/2011/9/veseliga-uztura-pamatprincipi>

31. *The World Health Organization Quality of Life*– [atsauce 01.12.2011.]. Pieejams:
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf

PIELIKUMI

Cienījamais/ā pacient/e!

Esmu Latvijas Universitātes medicīnas fakultātes studiju programmas “māszinības” studente Marija Malahova. Veicu pētījumu par pacientiem ar sirds mazspēju un viņu dzīves kvalitāti. Pētījuma ietvaros veicu pacientu anketēšanu, tādēļ lūdzu Jūs atbildēt uz anketas jautājumiem.

Aptaujas rezultāti tiks apkopoti, un uz šī pētījuma bāzes taps mans bakalaura darbs. Aizpildot anketu atzīmējiet vai ierakstiet Jūsu izvēlēto atbildes variantu.

Lūdzu, Jūs veltīt 10 minūtes anketas izpildei!

1. Jūsu vecums: _____ gadi
2. Jūsu dzimums:
 - sieviete
 - vīrietis
3. Cik sen Jūs slimojat ar sirds mazspēju?
 - 1 gadu
 - 2 gadus
 - 3 gadus
 - 4 gadus
 - vairāk nekā 4 gadi
4. Kā Jūs pats vērtējat savu dzīves kvalitāti?
 - ļoti slikta
 - slikta
 - vidēja
 - laba
 - ļoti laba

5. Kā Jūs raksturotu savu veselības stāvokli dotajā momentā?

- ļoti labs
- labs
- vidējais
- slikts
- ļoti slikts

6. Cik bieži Jūs ārstējaties stacionārā?

- 1x gadā
- 2x gadā
- 3x gadā
- 4x gadā
- vairāk nekā 4x gadā

7. Tagad salīdziniet savu veselības stāvokli ar stāvokli no pēdējās stacionēšanas slimnīcā.

Izvēlaties **vienu** no šiem variantiem:

- Mana veselība ir daudz labāka nekā pirms manas pēdējās stacionēšanas
- Mana veselība ir nedaudz labāka tagad, nekā pirms manas pēdējās stacionēšanas
- Mana veselība ir tāda pati kā pirms manas pēdējās stacionēšanas
- Mana veselība ir nedaudz sliktāka nekā pirms manas pēdējās stacionēšanas
- Mana veselība ir daudz sliktāka nekā pirms manas pēdējās stacionēšanas

8. Kādā veidā sirds saslimšana ietekmē Jūsu dzīves kvalitāti? Lūdzu, novērtējiet cik bieži Jūs izjūtat zemāk minētos faktorus, izvēloties atbilstošo novērtējumu (0-nekad, 1-ļoti reti, 2-reti, 3-vidēji, 4-bieži, 5-ļoti bieži).

Nr. p.k.	Faktors	Novērtējums:					
		0-nekad, 1- ļoti reti, 2- reti, 3-vidēji, 4-bieži, 5- ļoti bieži					
		0	1	2	3	4	5
1.	Grūtības staigāt un kāpt pa trepēm						
2.	Grūtības veikt mājas darbus						

3.	Nepieciešamība atsēsties vai atgulties dienas laikā						
4.	Grūtības doties darīšanās ārpus mājām						
5.	Grūtības kopā ar draugiem vai ģimeni piedalīties fiziskās aktivitātēs						
6.	Nomāktība, depresija						
7.	Jutos par apgrūtinājumu ģimenei un draugiem						
8.	Miega traucējumi						
9.	Grūtības nodarboties ar savu hobiju						
10.	Satraukums						
11.	Nogurums, nespēks, enerģijas trūkums						
12.	Nepieciešamība ārstēties slimnīcā						
13.	Elpas trūkums						

9. Cik bieži pēdējo **divu nedēļu** laikā esat pamanījis elpas trūkumu?

- ļoti bieži
- bieži
- dažreiz
- gandrīz nekad
- nekad

10. Kā Jūs tagad aprakstītu savu elpošanu?

- ļoti slikta
- slikta
- vidēja
- laba
- ļoti laba

11. Vai esat bijis ierobežots kādā no turpmāk minētajām ikdienas aktivitātēm elpas trūkuma dēļ?

	Vispār nav ierobežots	Dažreiz ierobežots	Bieži vien ir ierobežots	Vienmēr ierobežots
Ēšana/ dzeršana				
Pastaigāties				
Gulēt				
Sarunāties				

12. Vai Jūs regulāri lietojat diurētiskos medikamentus?

- jā, regulāri
- nē, jo tie ir dārgi
- nē, neregulāri

Paldies par atsaucību!

Уважаемый (ая) пациент (ка)!

Я студентка программы “Māszinābas” в Латвийском Университете Мария Малахова. Я занимаюсь исследованием пациентов с сердечной недостаточностью и их качеством жизни. В рамках исследования я провожу опрос пациентов, поэтому, пожалуйста, ответьте на вопросы в анкете

Результаты этого опроса будут обобщены и основой этого исследования будет мой диплом бакалавра.

При заполнении анкеты выберите или введите предпочитаемый ответ.

Прошу Вас уделить 10 минут на заполнение этой анкеты!

1. Ваш возраст: _____
2. Ваш пол:
 - женщина
 - мужчина
3. Как долго Вы страдаете от сердечной недостаточности?
 - 1 год
 - 2 года
 - 3 года
 - 4 года
 - более 4 лет
4. Как Вы сами оцениваете свое качество жизни?
 - очень плохое
 - плохое
 - среднее
 - хорошее
 - очень хорошее

5. Как бы Вы описали свое самочувствие в данный момент?

- очень хорошее
- хорошее
- среднее
- плохое
- очень плохое

6. Как часто Вы лечитесь в стационаре?

- 1х в год
- 2х в год
- 3х в год
- 4 раза в год
- более 4х в год

7. Теперь сравните свое состояние здоровья с состоянием вашей последней госпитализации. Выберите **один** из следующих вариантов:

- Мое здоровье намного лучше, чем до моей последней госпитализации
- Мое здоровье сейчас немного лучше, чем до моей последней госпитализации
- Мое здоровье такое же, как и до моей последней госпитализации
- Мое здоровье немного хуже, чем до моей последней госпитализации
- Мое здоровье намного хуже, чем до моей последней госпитализации

8. Как болезнь сердца влияет на ваше качество жизни? Оцените, как часто Вы испытываете ниже перечисленные факторы, выбрав соответствующий вариант (0-никогда, 1-очень редко, 2-редко, 3-иногда, 4-часто, 5-очень часто).

Нм. п.о.	Фактор	Оценивание					
		0-никогда, 1- очень редко, 2-редко, 3-иногда, 4-часто, 5-очень часто					
		0	1	2	3	4	5
1.	Затруднённая ходьба и подъем по лестнице						

2.	Трудности выполнять задания по дому						
3.	Необходимость присесть или лечь в течение дня						
4.	Трудно выходить за приделы дома по делам						
5.	Трудности с семьей или с друзьями участвовать в физических активностях						
6.	Отчаяние, депрессия						
7.	Чувствую, себя обузой для семьи и друзей						
8.	Нарушение сна						
9.	Сложность заниматься своим хобби						
10.	Суебливость						
11.	Усталость, слабость, недостаток энергии						
12.	Потребность в стационарном лечении						

13.	Одышка						
-----	--------	--	--	--	--	--	--

9. Как часто в течение **последних двух недель** Вы замечали одышку?

- очень часто
- часто
- иногда
- почти никогда
- никогда

10. Как Вы описываете свое дыхание сейчас?

- очень хорошее
- хорошее
- среднее
- плохое
- очень плохое

11. Были ли Вы ограничены в чем-то из ниже указанных занятий из-за одышки?

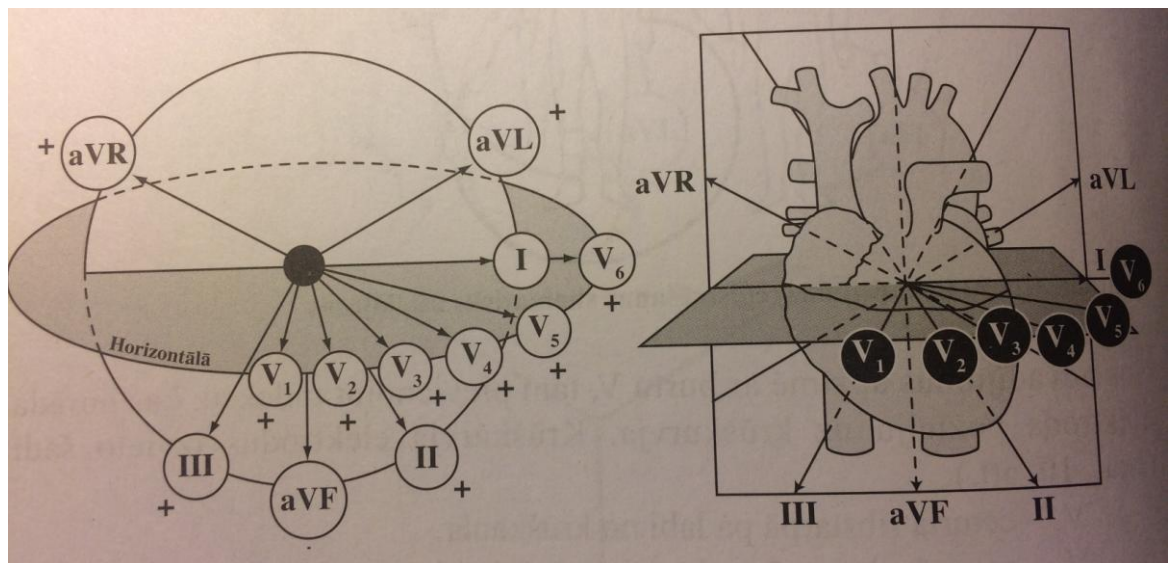
	Вообще не ограничен	Иногда ограничен	Чаще всего ограничен	Всегда ограничен
Есть/ пить				
Прогуливаться				
Спать				
Разговаривать				

12. Регулярно ли Вы принимаете диуретические медикаменты?

- да, регулярно
- нет, т.к. дорогие
- нет, не регулярно

Благодарю за отзывчивость!

Klasiskās 12 novadījumu sistēmas asu virzieni divās plaknēs



*Atsauce: A. Kalvelis „Klīniskā elektrokardioloģija”2008 g.

PATEICĪBAS

Darba autors galvenokārt izsaka pateicību Sigitai Saknei par darba vadīšanu. Edgaram Gorjačko un Jānim Skutelim par metodiskiem norādījumiem un atbalstu darba rakstīšanas posmā. Darba vietas virsmāsai Aretai Namniecei par padomiem, atbalstu, sapratni un motivāciju. Kā arī ģimenei un draugiem par sniegto atbalstu.

DOKUMENTĀRĀ LAPA

Bakalaura darbs „Pacientu dzīves kvalitāte ar 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: Marija Malahova _____ datums 31.05.2018.

(paraksts)

Rekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītāja: Mg.sc.sal.Sigita Sakne _____ datums 31.05.2018.

(paraksts)

Recenzents: Margarita Puķīte _____ datums 31.05.2018.

(paraksts)

Darbs iesniegts LU Medicīnas fakultātē 31.05.2018.

Metodiķe:

(paraksts)

Darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

_____ prot. Nr. _____, vērtējums _____

Komisijas sekretāre: _____