

**UTENOS KOLEGIJOS
MEDICINOS FAKULTETO
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR REABILITACIJOS KATEDRA
BENDROSIOS PRAKTIKOS STUDIJŲ PROGRAMA**

TVIRTINU

Dekanas

Doc. Dr. Raimundas Čepukas

2016 – 01 – 20

**PACIENTŲ, SERGANČIŲ KORONARINE ŠIRDIES LIGA, KOMFORTO
VERTINIMAS**

BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo autorė

BPS – 13 gr. stud.

Justyna Kovalevska

2017 – 01 – 09

Recenzentė

Lektorė

Vida Bartašiūnienė

2017 – 01 – 16

Darbo vadovė

Docentė

Dr. Daiva Kriukelytė

2017 – 01 – 09

Utena, 2017

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SANTRUMPOS	6
PAGRINDINĖS SAŲOKOS	7
ĮVADAS	8
1. Literatūros apžvalga	10
1.1. Koronarinė širdies liga, jos klinika	10
1.2. Stentavimas ir angioplastika	11
1.3. Komforto sąvoka.....	14
1.4. Pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortas, prieš stentavimą ir angioplastiką	15
1.5. Pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortas, po stentavimo ir angioplastikos ..	18
2. Tyrimo metodai ir medžiaga	22
3. Tyrimo rezultatai ir tyrimo rezultatų aptarimas	24
3.1. Sergančiųjų koronarine širdies liga prieš ir po stentavimo ir angioplastikos procedūros komforto vertinimas.....	24
3.2. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos komforto vertinimo sąsajos su socialiniais-demografiniais rodikliais.....	28
LENTELIŲ SAŲAŠAS	
1. lentelė. Socialiniai demografiniai duomenys	23
2. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos fizinis komfortas	24
3. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos psichologinis – dvasinis komfortas	25
4. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos aplinkos komfortas	26
5. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos socialinis - kultūrinis komfortas	27
6. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga komforto skalių vidurkiai priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu jaunesnių nei 25 m. asmenų grupėje	29
7. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga komforto skalių vidurkiai priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu 26-45 m. asmenų grupėje	29

8. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga komforto skalių vidurkiai priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu 46-65 m. asmenų grupėje	30
9. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga komforto skalių vidurkiai priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje	30
IŠVADOS	31
REKOMENDACIJOS	32
LITERATŪROS SĄRAŠAS	33
PRIEDAI	38
1 priedas. Prašymas tyrimui atlikti	39
2 priedas. Klausimynas originalus (Generale Comfort questionnaire).....	40
3 priedas. Klausimynas.....	42
4 priedas. Tiriamojo asmens sutikimo forma	45
5 priedas. Tiriamojo asmens informavimo forma	46

Kovalevska J.; Pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komforto vertinimas; baigiamasis darbas/ mokslinė vadovė doc. dr. Daiva Kriukelytė; Utenos kolegija, Medicinos fakultetas, Sveikatos priežiūros ir reabilitacijos katedra – Utena, 2017 m. 46 p.

SANTRAUKA

Temos aktualumas. Koronarinė širdies liga – dažniausiai aterosklerozės sukelti vainikinių arterijų sukietėjimai ir susiaurėjimai, lemiantys mažesnę širdies raumens aprūpinimą deguonimi ir maistingosiomis medžiagomis bei pasireiškiantys stenokardija, miokardo infarktu, staigia koronarine mirtimi arba tam tikromis komplikacijomis po miokardo infarkto, kurių norint išvengti, yra skiriamas stentavimas arba angioplastika [31]. Tačiau tam, kad procedūros rezultatai būtų sėkmingi labai svarbu suteikti tinkamą, paciento poreikius atitinkančią priešoperacinę ir pooperacinę slaugą, kad pacientai jaustų komfortą ir greičiau pasveiktų.

Darbo objektas: pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortas.

Darbo tikslas – įvertinti pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortą.

Darbo uždaviniai: 1. Ištirti pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortą prieš stentavimą ir angioplastiką. 2. Ištirti pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortą po stentavimo ir angioplastikos. 3. Palyginti komforto priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu vertinimo sąsajas su socialiniais - demografiniais rodikliais.

Realizuojant tyrimą, buvo atliekama teorinė mokslinės literatūros analizė, apklausiant raštu 57 pacientus priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu. Anketinė apklausa vykdyta nuo 2016 – 10 -24 iki 2016-12-01. Tyrimo duomenys bus apdorojama Microsoft Office Word ir SPSS programa.

Tyrimas atliekamas taikant šiuos metodus: mokslinės literatūros analizė; anoniminė anketa.

Pagrindinės išvados: 1. Nustatyta, kad prieš angioplastiką ir stentavimą geriau buvo užtikrintas aplinkos komfortas ($53,11 \pm 8,07$) ir psichologinis – dvasinis komfortas ($52,04 \pm 6,83$). Blogiau užtikrintas fizinis ($45,34 \pm 5,58$) ir socialinis – kultūrinis ($40,21 \pm 4,26$) komfortas. 2. Dauguma pacientų, sergančių koronarine širdies liga, po stentavimo ir angioplastikos procedūros nejautė skausmo, galėjo savarankiškai vaikščioti (fizinis saugumas), surado gyvenimo prasmę (psichologinis saugumas). 3. Pooperaciniu laikotarpiu statistiškai reikšmingai pagerėjo psichologinis – dvasinis komfortas, 46-65 m. pacientų grupėje ($p=0,045$) ir fizinis komfortas – 26-45 m. ($p=0,003$).

Raktiniai žodžiai: *slauga; koronarinė širdies lig; komfortas.*

Kovalevska J.; Evaluation of comfort of the coronary heart disease patients; Finally study/ scientific leader doc. dr. Daiva Kriukelytė; Utena College, Faculty of Medicine, Department of Health care and rehabilitation - Utena, 2007. 46 pages

SUMMARY

The relevance of the topic. Coronary heart disease – hardening and narrowing of the coronary arteries caused mostly by atherosclerosis and leading to reduction of heart muscle supply with oxygen and nutrients and present itself as angina pectoris, myocardial infarction, sudden cardiac death or some complications after myocardial infarction. In order to avoid these complications, surgical treatment – stenting or angioplasty is prescribed [31]. In order to ensure successful results of the procedure it is very important to provide appropriate preoperative and postoperative care corresponding to patient's needs, ensuring comfort and accelerating healing.

The object of the study: the comfort of the coronary heart disease patients.

The subject of the study – to evaluate comfort of the coronary heart disease patients.

Study objectives: 1. To investigate comfort of the coronary heart disease patients before stenting and angioplasty. 2. To investigate comfort of the coronary heart disease patients after stenting and angioplasty. 3. To compare evaluation links of comfort during preoperative and postoperative periods with social-demographic factors.

During the research theoretical analysis of scientific literature was implemented by written surveys of 57 patients during preoperative and postoperative periods. Questionnaires surveys were filled from 24/10/2016 to 01/12/2016. Test results have been processed with Microsoft Office Word and SPSS program.

Test was performed applying the following methods: analysis of scientific literature; anonymous survey.

Main conclusions: 1. It was found that before angioplasty and stenting environmental comfort ($53,11 \pm 8,07$) and psychological – spiritual comfort ($52,04 \pm 6,83$) was provided better. The level of physical ($45,34 \pm 5,58$) and social-cultural ($40,21 \pm 4,26$) comfort was provided lower. 2. The majority of the coronary heart disease patients did not feel pain after stenting and angioplasty procedure, they could walk by themselves (physical safety), found the meaning of life (psychological safety). 3. During postoperative period statistically significant improvement of psychological and spiritual comfort in patients group of 46-65years old ($p=0,045$) and physical comfort in 26-45 years old - ($p=0,003$) was noticed.

Keywords: *nursing; coronary heart disease; comfort.*

SANTRUMPOS

AKS – arterinis kraujo spaudimas

BKT – bendras kraujo tyrimas

EKG – elektrokardiograma

KA – krūtinės angina

KŠL – koronarinė širdies liga

MI – miokardo infarktas

PKI – perkutaninės (per odą) koronarų intervencijos.

PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras

PVK – periferinės venos kateteris

PAGRINDINĖS SAŲVOKOS

Angioplastika – susiaurėjusios kraujagyslės plėtimas specialiu balionėliu [27].

Aterosklerozė – lėtinė uždegiminė arterijų sienelės liga, kuriai būdinga arterijų sienelių siaurėjimas ir standėjimas, sukeliantis širdies raumenį maitinančios (koronarinės) vainikinės arterijos spindžio užsikimšimą [31, 27].

Echokardiografija – vaizdinimo metodas, skirtas širdies ir kraujagyslių patologijai, tirti [23, 27].

Koronarai – kraujagyslės, kurios perneša į širdį deguonies prisotintą kraują [27].

Koronarinė širdies liga – liga, kuomet koronarinės arterijos susiaurėja.

Koronografija – širdies vainikinių arterijų vaizdavimas rentgenu [23, 27].

Stentas – vielinis cilindro formos tinklelis, kuris susiaurėjusią koronarinės arterijos vietą išplečia ir neleidžia jai subliūkšti [27].

Telemetrija – biologinių signalų (širdies ritmo) stebėjimas nuotoliniu būdu [12].

IVADAS

AKTUALUMAS. Koronarinė širdies liga (KŠL) – viena iš pagrindinių mirties priežasčių Lietuvoje ir daugelyje kitų šalių. KŠL – liga, kurios gydymui, maždaug trečdaliui pacientų, atliekamas stentavimas ir / arba angioplastika (PKI) [2].

KŠL – dažniausiai aterosklerozės sukelti vainikinių arterijų sukietėjimai ir susiaurėjimai, lemiantys mažesnę širdies raumens aprūpinimą deguonimi ir maistingosiomis medžiagomis bei pasireiškiantys stenokardija, miokardo infarktu (MI) arba staigia koronarine mirtimi. Laiku pastebėjus ligą ir pradėjus tinkamą gydymą (medikamentais arba stentavimu/angioplastika), ligos progresavimo galima išvengti [31]. Tačiau, gydymo metu, svarbu suteikti ir kokybišką slaugą – atlikti ne tik slaugos manipuliacijas, bet ir užtikrinti pacientams komfortą, kad jie jaustųsi geriau ir greičiau pasveiktų.

Komfortas – poreikis, kurio siekia kiekvienas žmogus, ypač sergantysis, todėl slaugytojas turėtų gebėti sumažinti paciento jaučiamą diskomfortą, kad jis galėtų pajusti palengvėjimą ir užtikrinti fizinį, psichologinį – dvasinį, socialinį – kultūrinį ir aplinkos komfortą [17].

Priešoperaciniu laikotarpiu, kuomet nuspręsta taikyti stentavimą, angioplastiką - svarbu atlikti slaugos manipuliacijas ir psichologiškai paruošti pacientą išvykimui į operacinę. Daugelis pacientų tuo laikotarpiu susiduria su fiziologinėmis (skausmu) bei psichologinėmis (nerimu, baime) problemomis. Gydymas stentavimo ir angioplastikos būdu atliekamas operacinėje. Pacientų buvimas ir laukimas ligoninėje, aplinkos pasikeitimas (įvairi medicininė aparatūra ir instrumentai), atsiskyrimas nuo įprasto gyvenimo, nežinomybė dėl ateities, pooperacinio skausmo laukimas tai yra dažnos priežastys, kurios sukelia nerimą [29]. Todėl priešoperaciniame laikotarpyje svarbu slaugomąjį tinkamai paruošti: nuraminti, išaiškinti tolimesnių procedūrų eigą, paaimti kraują gydytojo paskirtiems laboratoriniams tyrimams, paruošti operacinį lauką: pašalinti plaukus, numatytoje operacinėje vietoje ir kita.

Pooperaciniu laikotarpiu (pacientui grįžus į palatą) yra svarbu informuoti pacientą apie tolimesnę slaugą ir grįžimo namo galimybes. Taip pat svarbu stebėti paciento būklę, vertinti galimas komplikacijas, o joms atsiradus – jas valdyti, siekiant užtikrinti paciento būklės pagerėjimą bei sveikimą.

Darbo objektas: pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komforto vertinimas.

Darbo tikslas – įvertinti pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortą.

Darbo uždaviniai:

1. Ištirti pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortą prieš stentavimą ir angioplastiką.

2. Ištirti pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortą po stentavimo ir angioplastikos.
3. Palyginti komforto priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu vertinimo sąsajas su socialiniais – demografiniais rodikliais.

Profesinės veiklos sritys:

1. Informacijos teikimas pacientams, slaugytojo kompetencijų ribose.
1. Gebėjimas vertinti paciento slaugos poreikius ir planuoti slaugą.
2. Gebėjimas parengti pacientus instrumentiniams tyrimams ir gydomosioms intervencijoms.
3. Gebėjimas atpažinti gyvybei pavojingas būkles, jas įvertinti ir tinkamai į jas reaguoti.
4. Gebėjimas dirbti komandoje su kolegomis, įgyvendinant į asmenį orientuotą slaugą
5. Vertinti paciento gyvybinius poreikius, planuojant individualią slaugą.
6. Paašškinti pacientui atliekamų tyrimų svarbą ir galimas pasekmes, parengiant pacientus laboratoriniams ir instrumentiniams tyrimams.
7. Parengti psichologiškai ligonį siekiant sušvelninti baimę, vidinę įtampą, stresinę situaciją.

Temos naujumas. Tema mažai nagrinėta. Lietuvių kalba pavyko rasti tik trijų autorių, rašiusių panašia tema, darbus: 1) Rinkūnienė E. 2014 m. [31] 2) Linkevičienė J. 2015 [16] 3) Mačiulskytė V. 2015 m. [20].

Darbo struktūra ir apimtis: Darbą sudaro santrauka – lietuvių ir anglų kalbomis, santrumpos, pagrindinės sąvokos, įvadas, teorinė darbo dalis – 37 psl., literatūros sąrašas ir 5 priedai. Darbo apimtis 46 psl.

1. Literatūros apžvalga

1.1. Koronarinė širdies liga, jos klinika

Koronarinė širdies liga (KŠL) – dažniausiai vainikinių arterijų, atsišakojančių iš aortos, pažeidimai, sukelti kraujagyslių susiaurėjimus, dėl aterosklerozinio proceso vystymosi, kraujagyslių viduje – nulemiantys sumažėjantį širdies raumens aprūpinimą deguonimi ir maistingosiomis medžiagomis [5]. Liga, esanti bene viena iš svarbiausių mirties priežasčių, išsivysčiusiose šalyse: 2000 metais Europoje nuo šios ligos mirė virš keturių milijonų žmonių (Europos Sąjungoje – 1,9 milijonai gyventojų) ir tai apima net keturiasdešimt trys procentai vyrų ir penkiasdešimt penki procentai moterų mirties atvejų įvairiose amžiaus grupėse. 2010 metais ši liga apėmė net trylika procentų visų mirčių Europos Sąjungos šalyse [19, 21]. Labai svarbu skirti pakankamai dėmesio šios ligos pasireiškimui, diagnostikai ir gydymui.

Koronarinės, arba kitaip dar vadinamos vainikinės, arterijos, maitinančios širdies raumenį yra labai jautrios aterosklerozės pažeidimui, dėl šios priežasties, koronarinė širdies liga gali pasireikšti 3 – imis būdais: krūtinės angina (KA), miokardo infarktu (MI) arba staigia koronarine mirtimi [27].

Krūtinės angina (KA), arba medicinoje dar vadinama, stenokardija – vainikinės kraujotakos nesugebėjimas suaktyvėti, dėl susidariusio didesnio širdies darbo, kuomet širdies raumuo „reikalauja“ didesnio deguonies kiekio, pavyzdžiui, kuomet padidėja fizinis krūvis arba žmogus patiria labai didelį stresą, širdis pradeda intensyviau plakti, o širdies raumuo – „ieškoti deguonies“, kuris į širdį atkeliauja per kraujagysles, kad žmogaus organizmas galėtų funkcionuoti [23]. Tačiau, vainikinė kraujotaka negali taip greitai pernešti taip reikalingo deguonies, nes kraujagyslės yra susiaurėjusios – pažeistos aterosklerozės. Tokiu atveju pacientas gali jausti skausmą krūtinės srityje, dusulį ir kitą, dėl ko pacientas kreipiasi į gydytoją, kuris atlikęs reikiamus tyrimus, gali nustatyti šią KŠL formą – stenokardiją [3].

Miokardo (širdies raumens) infarktas – viena iš pavojingiausių ir staigiausių koronarinės širdies ligos formų, nulemiančių net iki penkiasdešimt aštuonių procentų visų, staigių, mirties atvejų [8, 26].

Staigi koronarinė mirtis. KŠL dažniausiai prasideda iš lėto, tai yra, patyrus stresą, sportuojant arba atliekant darbą, kuris reikalauja fizinių jėgų, dėl padidėjusio deguonies poreikio organizme, kurio širdis negauna arba nespėja greitai „pasiimti“, dėl aterosklerozinio kraujagyslių pažeidimo. Todėl, pacientui gali atsirasti nemalonūs pojūtis, už krūtinkaulio, priverčiantis žmogų atsisėsti, pailsėti, tačiau, pailsėjus nemalonūs pojūtis praeina. Taip nutinka todėl, kad širdžiai smarkiau dirbant, atsiranda ir didesnis deguonies poreikis, kuriuo kraujagyslės negali aprūpinti širdies. Tuomet žmogui atsiranda baimės jausmas, oro trūkumas, gali padažnėti pulsas arba padidėti kraujo

spaudimas. Tačiau pailsėjus bent kelias minutes, šie požymiai praeina ir žmogus pradeda jaustis geriau. Deja, būna ir tokių atvejų, kuomet liga pasireiškia visiškai netikėtai, o priepuolis gali prasidėti ramybės būsenoje, pavyzdžiui, paryčiais žmogui bundant [27]. Laiku nesuteikus reikiamos pagalbos – galime netekti žmogaus gyvybės. Ligos progresavimo galima išvengti, laiku suteikus reikiamą gydymą. Dažniausiai taikomas medikamentinis gydymas. Jeigu skirtas medikamentinis gydymas yra neefektyvus, gali būti taikomas minimaliai invazinis, nemedikamentinis gydymo būdas stentavimas arba angioplastika. Šį gydymo būdą paskiria gydytojas, atlikęs reikiamus tyrimus ir įvertinęs kraujagyslių būklę – nustatęs, kiek pažengusi yra kraujagyslė. Tačiau tam, kad gydymo rezultatai būtų efektyvūs, reikalinga slaugytojo pagalba, kuris paruošia pacientą šiai procedūrai ir slaugo po jos.

1.2. Stentavimas ir angioplastika

Kraujagyslių nepraeinamumui, susidariusiam dėl aterosklerozės, gydyti dažnai taikomas stentavimo ir angioplastikos gydymo metodas. Šis metodas laikomas minimaliai, invazine procedūra, kuri yra dažnai taikoma kardiologijoje. Siekiant išgydyti kraujagyslių nepraeinamumą, kaip ir bet kokios kitos intervencijos metu, išlieka tam tikrų komplikacijų rizika, kurios gali baigtis net mirtimi.

Pirmoji perkutaninė vainikinių arterijų angioplastika (PKI), koronarinės širdies ligos (KŠL) gydymui, buvo atlikta A. Gruentzigo, 1977 metais. Vėliau, 1994 metais, siekiant išsiaiškinti, kuri procedūra (stentavimas ar angioplastika) yra veiksmingesnė, buvo atlikti tyrimai, kuriais įrodyta, kad veiksmingiau yra naudoti stentus, nes skirtingai, negu po angioplastikos – mažesnė aterosklerozės atsinaujinimo tikimybė. Todėl, stentavimo metodas pradėtas taikyti dažniau, negu angioplastika, nepaisant poūmės kraujagyslių plėtiklio trombozės atsiradimo galimybių, kurių galima išvengti, skyrus antitrombozinių vaistų – aspirino, klopidogrelis [11, 35]. Be to, tyrimais įrodyta, jog stentavimas padeda pacientams greičiau pajusti sveikatos pagerėjimą ir išvengti chirurginių invazijų (šuntavimo). Tačiau, mokslininkai vieningai pripažįsta, kad nors stentai pripažinti veiksmingais KŠL gydyme, reikėtų atsižvelgti į galimas nepageidautinas procedūros baigtis – stento trombozę, pooperacinį kraujavimą [7]. Todėl, po procedūros svarbu užtikrinti efektyvią slaugą. Ši procedūra (PKI) taikoma ne visiems sergantiesiems, dėl gydytojo stebimų kontraindikacijų, neleidžiančių atlikti procedūrą. Tačiau, nepaisant išimtinių atvejų, esant galimybei (bent kelioms indikacijoms), stengiamasi atlikti stentavimo ir angioplastikos procedūras, kad vystantis aterosklerozei neprireiktų chirurginio įsikišimo, tokio kaip šuntavimas, nes taikant operacinį gydymo būdą, pacientas ilgiau sveiksta, susidaro didesnė pooperacinių komplikacijų rizika, negu po PKI [28, 31]. Tačiau, reikėtų žinoti, jog atlikus stentavimo arba angioplastikos

procedūrą, ne visuomet sveikimo laikotarpis būna trumpas, t. y. ne visuomet pacientas vos po vienos paros gulėjimo ligoninėje, gali išvykti namo. Tai įtakoja sveikatos priežiūros ir slaugos kokybę - priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu [30], komplikacijų rizikos stebėseną ir vertinimą.

Užtikrinant kuo mažesnę komplikacijų riziką labai svarbi yra paciento priežiūra, ne tik pirmąsias valandas po procedūros, bet ir tikrinant sveikatą tam tikrais laiko intervalais. Kaip teigia mokslininkai - vis dar kyla klausimų dėl to, kokią procedūrą taikyti po vainikinių kraujagyslių stentavimo ar angioplastikos, kad pacientas būtų apsaugotas nuo galimų panašių negalavimų atsinaujinimo ateityje. Yra galimybė atlikti koronarografiją, kurios metu, suleidus į kraujagyslę kontrastinę medžiagą, padaroma rentgeno nuotrauka, parodanti kraujagyslių būklę, tačiau procedūros metu naudojamos jonizuojančiosios spinduliuotės, kurios nėra visiškai saugios žmogaus sveikatai [30].

Be to, slaugant pacientą, kuriam atlikta angioplastika, reikėtų žinoti kad lytis šiame kontekste taip pat turi didelę reikšmę. Yra žinoma, kad po angioplastikos, moterų tarpe yra kur kas didesnė mirtingumo ar miokardo infarkto tikimybė nei vyrų tarpe. Spėjama, kad tam įtakos turi kūno masės skirtumai ir kiti klinikiniai rizikos veiksniai. Taigi, moteriška lytis vis dar lieka kaip nepriklausomas veiksnys, susijęs su neigiamomis pasekmėmis [18].

Tam, kad paciento sveikimas būtų kuo sklandesnis ir sėkmingesnis, būtinas kokybiškos ir profesionalios slaugos taikymas, nes nurodymų ir rekomendacijų yra nemažai. Be įprastinių procedūrų, tokių kaip širdies ritmo, kraujo spaudimo, kūno temperatūros stebėjimas, labai svarbu yra stebėti ar tinkamai gyja punkcijos vieta, kad būtų išvengta stipraus kraujavimo arba infekcijos [39].

Europos kardiologų asociacija taip pat sutinka, kad nuo to, kaip pacientas bus slaugomas po šių procedūrų labai priklauso ligonio atsistatymo galimybės. O priežiūra iš tiesų reikalauja daug žinių ir kruopštumo. Asmenį prižiūrintis atsakingas žmogus turi užtikrinti, kad be įprastų procedūrų (pvz. kraujospūdžio matavimas), per pirmąją savaitę ypatingai daug dėmesio reikia skirti kitiems slaugos aspektams [13]:

1. Laboratoriniams tyrimams. Po stentavimo ir angioplastikos slaugytojas turėtų paimti kraują tyrimams (bendras kraujo tyrimas (BKT), kalis, elektrolitai), kurių rezultatai gydytojui parodo, ar nėra uždegiminio proceso arba infekcijos;
2. Dūrio vietos problemoms. Svarbu stebėti dūrio vietą, nes po šių procedūrų (stentavimo ir angioplastikos) gali atsirasti paraudimas, šlapiavimas, hematoma ir kita;
3. Kontrasto sukeltoms alergijoms;

Nacionalinis ligos valdymo gidas nurodo, kad paciento priežiūra po procedūrų turi būti ne tik kruopšti, bet ir reguliari. Be svarbių funkcijų ir jau minėtų simptomų, labai svarbu atkreipti dėmesį į platesnį paciento gyvenimo kokybės kontekstą. Čia svarbų vaidmenį atlieka atidus visos paciento ligos istorijos išstudijavimas, žinojimas, kokių papildomų negalavimų jis turi. Be fizinių simptomų stebėjimo, didelį dėmesį reikia skirti ir žmogaus psichologinei būsenai, kuri labai dažnai yra ignoruojama. Tačiau nuo psichologinės paciento gerovės labai priklauso jo gijimo sėkmė [13, 39]. Taigi būtina domėtis nuotaikomis, atkreipti dėmesį į depresijos galimus simptomus ir nerimo lygį.

Yra teigiama, kad iškart po procedūros pacientas turi pasijusti geriau, nes įstačius stentą kraujagysle netrukdomai ima tekėti kraujas. Tokiu būdu ženkliai pagerinamas širdies darbas. Deja, ne visada viskas klostosi sklandžiai. Todėl itin svarbu atidžiai stebėti pacientą ir atkreipti dėmesį į tam tikrus simptomus, kurie gali reikšti prasidėjusią komplikaciją. Jeigu pasireiškė nors vienas iš šių negalavimų, būtina reaguoti nedelsiant:

1. ranka, kurioje buvo kateteris pakeitė spalvą, atšalo ar nutirpo;
2. punkcijos vieta stipriai paraudo, atsirado išskyry;
3. jaučiamas sunkumas krūtinės srityje, dusulys;
4. kraujo spaudimas tapo nereguliarus;
5. svaigsta galva, kankina didelis nuovargis;
6. prasidėjo karščiavimas;
7. atsikosėjama krauju ar kitom neįprastos spalvos išskyrom.

Dažna komplikacija – stento trombozė, kad jos būtų išvengta arba jos pasireiškimo rizika būtų kuo mažesnė, būtina užtikrinti, kad po atliktos procedūros pacientas vartotų tinkamus vaistus. Tyrimai parodė, kad atitinkamas kiekis antitrombocitinių preparatų yra vienas efektyviausių būdų išvengti šios komplikacijos. Nors po procedūros pacientas yra greitai išleidžiamas namo, būtina laikytis tam tikrų nurodymų ir namuose, bei tinkamai slaugyti pacientą. Yra rekomenduojamas sunkaus fizinio darbo vengimas, patariant nekilnoti sunkių daiktų, ypač ta ranka, kurioje buvo įvestas kateteris. Dvi savaites po procedūros pacientams rekomenduojama vengti ilgų kelionių automobiliu ar dviračiu. Jeigu darbas nėra susijęs su fizine veikla ir pacientas jaučiasi gerai, jam leidžiama pradėti dirbti [1].

Pastebėjimus bent vieną iš anksčiau išvardintų simptomų (nuovargis, AKS pokyčiai arba kita), slaugytojas turi kuo skubiau kviesti gydytoją bei suteikti reikiamą pagalbą, pagal gydytojo nurodymus [39].

Be to, dažnai manoma, kad praėjus metams po procedūros, galima lengviau atsipūsti ir toliau gyventi įprastą gyvenimą, deja tai negalioja pacientams po vainikinių kraujagyslių stentavimo ir angioplastikos. Nors ši procedūra nėra sudėtinga ar chirurginė, tačiau po jos pacientas turi likti

priziūrimas neribojamą laiką, bent jau taip rodo tyrimai. Vieno jų metu paaiškėjo, kad net ir po vienuolikos metų, kuomet buvo atlikta stento implantacija, gali pasireikšti pakartotinas susiaurėjimas [34], todėl itin svarbus ligo būklės stebėjimas, domėjimasis jo pojūčiais krūtinėje, fiziniu aktyvumu [6].

Procedūros rezultatai būna geresni, kuomet slaugytojas žino apie esamą paciento gyvenimo būdą, supažindina pacientą su netinkamais ir riziką keliančiais veiksniais (pvz. rūkymas, alkoholis), bei pasiūlo tinkamą, pakartotinių negalavimų padedantį išvengti mitybos, streso įveikos, sporto taikymo planą [37]. Įvertinti rizikos veiksnius, turinčius įtakos KŠL progresavimui ir aterosklerozės atsinaujinimui, bei skirti pacientui patarimų, kaip jų atsisakyti, tačiau, tai atliekama vėliau – pacientui išvykus namo, pirminės sveikatos priežiūros centre (PSPC). Be to, būtina atkreipti dėmesį į paciento pomėgius, jeigu tai didelio fizinio krūvio reikalaujantys užsiėmimai, bent jau kuriam laikui, išvykstančiajam namo patartina jų atsisakyti.

Apibendrinant galima teikti, kad tiek vainikinių kraujagyslių stentavimas, tiek angioplastika yra veiksmingos procedūros gydant širdies ir kraujagyslių ligas, tačiau po šių procedūrų labai svarbu tinkamai stebėti pacientą ir užtikrinti nuolatinę ir profesionalią priežiūrą. Be minėtų fiziologinių rodmenų stebėjimo, būtina atsižvelgti ir į psichologinę paciento gerovę, nes nuo jos ženkliai priklauso sėkmingas sveikimas ir mažesnis komplikacijų pasireiškimo rodiklis. Taip pat ir toliau atlikti tyrimus ir ieškoti veiksmingiausių priemonių bei procedūrų, kurios padėtų mažinti mirtingumą ir pasireiškiančių komplikacijų skaičių.

1.3. Komforto sąvoka

Komfortas – vienas pagrindinių žmogaus poreikių, kurį reikėtų gebėti pagerinti, jaučiant diskomfortą. Komfortui slaugoje pasiekti, dažniausiai yra naudojama Katherine Kolcabos komforto teorija. Šią teoriją autorė pradėjo kurti studijų metais. Vėliau ji tobulino teoriją ir 1994 m. Komforto teoriją pristatė Jungtinėse Amerikos Valstijose, o 2003 m. – išleido informatyvią knygą, apie komforto teorijos vystymąsi ir taikymą [15]. Teorijoje nurodomos slaugytojo funkcijos, komforto teikime ir galimybės gerinant slaugos kokybę, dirbant ligo būklėje bei atliekant pacientams įprastas slaugos procedūras (pvz. injekcijas, AKS matavimą).

Katherine Kolcaba išskyrė tris komforto formas (pojūčius):

- palengvėjimą,
- patogumą,
- ribų peržengimą.

Taip pat išskyrė keturias komforto rūšis:

- fizinis,

- psichologinis - dvasinis,
- aplinkos,
- socialinis ir kultūrinis komfortas.

Užtikrinant pacientų komfortą slaugytojai turi siekti, kad pacientai jaustųsi patogiai, jaustų komfortą [15]. Komfortas – tarsi slaugytojo darbo su pacientu dalis, kai pacientas jaučia diskomfortą. Komfortą svarbu užtikrinti ir intervencinės kardiologijos pacientams tiek prieš stentavimą ir angioplastiką, tiek po jų. Pacientai, ruošiami stentavimui ir / arba angioplastikai susiduria su:

1. fiziniu diskomfortu, kaip KŠL simptomai, slaugos manipuliacijos,
2. psichologiniu - dvasiniu diskomfortu: baime, nerimu,
3. socialiniu ir kultūriniu diskomfortu: žinių trūkumu, bloga materialine padėtimi,
4. aplinkos diskomfortu: aplinkos pasikeitimu.

Slaugytojai, viso gydymo metu turėtų užtikrinti fizinį, psichologinį - dvasinį, socialinį - kultūrinį ir aplinkos komfortą.

1.4. Pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortas, prieš stentavimą ir angioplastiką

Fizinio komforto užtikrinimas. Pirmiausiai, gydytojui atsakius į visus pacientui rūpimus klausimus, susijusius su gydymu, slaugytojas susipažįsta su naujai atvykusiu pacientu (sužino, kokios slaugos problemos „kankina“ pacientą), paaiškina pacientui tolimesnių slaugos veiksmų eigą, užregistruoja EKG. Perspėja pacientą, kad jis nevalgytų likus 4-6 valandoms iki PKI, kad galėtų išsivalyti žarnynas. PKI metu dažnai taikoma vietinė nejautra – nuskausminama tik ta vieta, per kurią bus plečiama kraujagyslė, tačiau, kai kuriais atvejais pvz. jeigu gydytojas nusprendė atlikti procedūrą per kirkšnij, gali tekti atlikti bendrinę nejautrą, kuomet žmogus „užmiega“ ir nieko nejaučia bei negirdi. Be to, slaugytojas turėtų paprašyti paciento įsigyti vandens, kurį reikės gerti grįžus po procedūros, kad išsivalytų iš organizmo kontrastinė medžiaga - speciali medžiaga, suleidžiama į veną prieš stentavimą ir / arba angioplastiką, kad operacinėje dirbantis gydytojas galėtų rentgeno spindulių pagalba, tinkamai atlikti procedūrą.

Vėliau, kuomet pacientas būna susipažinęs su nauja aplinka (pvz. ligoninės palatoje sudeda savo daiktus, persirengia) ir tolimesniu slaugos planu, slaugytojas pradeda ruošti pacientą išvykimui į operacinę - jeigu procedūra reikalauja didesnio kūno ploto arba didesnio kiekio priemonių (balioninių kateterių ir pan.), gydytojui pasirinkus arteriją (kirkšnies srityje – šlaunies arterijas) slaugytojas turėtų paruošti pasirinktą operacijos lauką (kūno vietą) pvz. nuskusti toje vietoje plaukus, o tam kad būtų išvengta infekcijos, tai atliekama vakare, apie 12 valandų iki išvykimo į

operacinę, dėl infekcijos pavojaus. Planiniams pacientams, kurie atvyksta iš namų, jau žinodami laiką, plaukus reikia nuskusti bent 4 valandas iki procedūros, tačiau tai pacientams, kurie gali patys savimi pasirūpinti, dažniausiai, tokia procedūra sukelia diskomfortą, todėl pacientai yra perspėjami apie kūno vietos paruošimo būtinumą ir gali nusiskusti plaukus namie, prieš atvykstant į ligoninę. Taip pat, jeigu pacientui planuojamas koronarinių (vainikinių) arterijų angioplastikos arba stentavimo atlikimas, reikėtų, gydytojui skyrus – duoti pacientui antiagregantų (pvz. aspiriną), kad kraujas būtų skystesnis [22]. Jeigu pacientą planuojama į operacinę išvežti per pietus arba vakare tabletė naujam, į skyrių atvykusiam pacientui („planiniam“), duodama ryte, o jeigu ryte – iš vakaro, kad vaisto veiksmingumas būtų geresnis.

Taip pat pacientams, atvykusiems į skyrių, kuriame jie yra ruošiami perkutaninei koronarų intervencijai (PKI), atliekamos slaugos manipuliacijos – kraujo laboratoriniams tyrimams (BKT, kalis, elektrolitai) paėmimas ir PVK įvedimas. Pacientams tai gali sukelti mažą fizinį diskomfortą, dėl adatos, dūrio vietoje jutimo, todėl slaugytojas turėtų paaiškinti, kad periferinės venos kateteris (PVK) yra labai reikalingas tam, kad operacinėje dirbančios slaugytojos galėtų greitai suleisti gydytojo paskirtus medikamentus.

Be to, siekiant užtikrinti fizinį komfortą svarbu įvertinti skausmą. Pacientai, kurių gydymui skirta taikyti perkutaninę koronarų intervencija (PKI) dažniausiai gali nejausti tokio skausmo, kurio negalėtų valdyti arba, jeigu skausmas yra intensyvus, pacientai yra gydomi reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuje. Tačiau, svarbu padėti pacientui, jeigu jį „kankina“ jaučiami simptomai: dusulys, nuovargis, rankos arba peties skausmas ir kita. Slaugytojai gali nuraminanti pacientą, pasakant, jog po perkutaninės koronarų intervencijos (PKI) (stentavimo, angioplastikos) skausmas sumažės ir pacientas jausis geriau bei pasiūlyti pacientui pagulėti, pailsėti.

Psichologinio – dvasinio komforto užtikrinimas. Temperatūros pokyčiai, homeostazė turi reikšmės paciento emocijoms [15]. Reikėtų įvertinti psichologinius paciento poreikius ir padėti pacientui, jaustis komfortiškai.

Pirmiausiai, derėtų atkreipti dėmesį į tai, kad pacientai ligoninėje dažniausiai susiduria su baime, nerimu, ypač jeigu žino, jog gydymosi metu teks keliauti į operacinę. Vakarų šalyse atliktų tyrimų duomenimis įrodyta, kad priklausomai nuo ligos ir operacijos arba procedūrų pobūdžio, nerimą išgyvena nuo keturiasdešimties iki aštuoniasdešimt penkių procentų pacientų. Be to, nustatyta, kad nerimo pasireiškimui didelę reikšmę turi tokie veiksniai kaip [9, 29]:

- a) Laukimo laikas. Tyrimais įrodyta, kad mažesnę baimę išgyvena pacientai, kuriems tenka mažiau laukti, todėl dauguma stentavimo ir angioplastikų atliekama planine tvarka, kad pacientas galėtų psichologiškai pasiruošti – gauti iš gydytojo informacijos apie procedūrų eigą ir kita.

- b) Lytis. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad skirtingų grupių pacientai netolygiai linkę reaguoti į operaciją ir jos eigą. Psichologiškai „jautriausios“ yra moterys ir pacientai, kuriems numatytas operacinis gydymas, susijęs su širdies ir kraujagyslių sistema [29]. Todėl slaugytojas turi paaiškinti pacientui, kad jeigu kiltų klausimų, susijusių su pasiruošimu procedūrai, turi kreiptis į slaugytoją, kuris išaiškins viską, kas kelia nerimą.
- e) Išsilavinimas. Išsilavinęs žmogus gali geriau suprasti jam teikiamą informaciją. Reikia įvertinti ir paciento nerimą ir baimę, nes pacientas gali „nepriimti“ jam teikiamos informacijos. Be to, slaugytojas turėtų skirti pakankamai laiko bendravimui ir pacientų mokymui, kad būtų sumažintas nerimas ir pagreitintas tolimesnis sveikimas [29]. Pacientų mokymas sumažina nerimą ir padeda pasiekti geresnių pooperacinio laikotarpio slaugos rezultatų.

Ruošiant pacientą išvykimui į operacinę, labai svarbu užtikrinti paciento komfortą, tai yra ne tik atlikti reikiamas slaugos manipuliacijas (paimti kraujo ėminius ir kita), bet ir nuraminti, suteikiant pakankamai reikiamos informacijos. Prieš patenkant į operacinę, pacientai dažnai išgyvena baimę, dėl nežinomybės – bijo blogos procedūrų baigties bei pasikeitusios aplinkos [15].

Socialinio ir kultūrinio komforto užtikrinimas. K. Kolcabos teigimu, žmogaus komfortui pasiekti turi reikšmės finansai, žinios apie ligą ir gydymo eigą bei sveikatos priežiūros specialistų darbą. Todėl siekiant užtikrinti socialinį komfortą reikėtų atkreipti dėmesį į slaugomojo asmens materialinę padėtį [15], tai yra, pacientui atvykus į skyrių, pildant slaugos istoriją, pasiteirauti ar jis dirba, kur dirba ar turi pajamų šaltinį ar rūpinasi artimieji.

Aplinkos komfortas. Šiam komfortui sukurti, autorės teigimu, labai didelę reikšmę, turi išorės veiksniai: temperatūra, apšvietimas, spalvos, garsai, kvapai, baldai ir pro langą matomi vaizdai [15]. Žmogus yra pratęs prie savo namų sąlygų: jį supančių daiktų, žmonių, garsų ir kt. Deja, patekus į ligoninę tenka atsiskirti nuo visų mus supančių ir malonias emocijas keliančių dalykų. Ligoninėje pacientas stebi „naujus veidus“, daiktus, ligoninės spalvas, nes patenka į svetimą aplinką, kuri kelia diskomfortą.

Apibendrinant galima teigti, kad užtikrinant komfortą, prieš stentavimą / angioplastiką, svarbu netik tinkamai atlikti slaugos manipuliacijas (pvz. tinkamai įvesti periferinės venos kateterį), tačiau ir nuraminti pacientą, suteikiant jam rūpinimą informaciją, susijusią su priešoperacinėmis slaugos procedūromis ir pooperacine slauga bei pasirūpinti išoriniais veiksniais, veikiančiais paciento savijautą (t. y. lovos padėtis, garsai, kvapai ir pan.).

1.5. Pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortas, po stentavimo ir angioplastikos

Pacientui, grįžusiam po PKI, diskomfortą gali kelti žaizda bei uždėtas smėlio maišelis (arba spaudžiamasis diržas) ant punkcijos vietos 2-3 valandoms. Pacientas paprašomas pagulėti ramiai, nejudant, nesisėsti – be slaugytojo arba gydytojo leidimo. Jeigu stentavimas arba angioplastika atlikta per kirkšnij, gulėti prašoma – ant nugaros, nesulenkiant kojos, kad būtų išvengta kraujavimo iš arterijos. Pacientui paaiškinti, kad gali pasijusti šilumą, šlapiavimą ar skausmą punkcijos vietoje [20, 32]. Tokiu atveju turi pranešti slaugytojui, kuris imsis atitinkamų veiksmų.

Kita svarbi procedūra yra AKS stebėseną. Pacientams, grįžusiems iš operacinės, po stentavimo arba angioplastikos be AKS, gali būti širdies ir kraujotakos sistemos sutrikimų, kurie gali pasireikšti skausmu širdies plote arba dusuliu. Tai pacientui gali sukelti diskomfortą.

Diskomfortas krūtinėje arba krūtinės skausmas. Bridget Shoulders – Odom teigia, kad šis simptomas juntamas net penkiasdešimčiai procentų pacientų, sergančių KŠL [4]. Po perkutaninės koronarų intervencijos (PKI) šis simptomas pasitaiko rečiau ir yra laikomas komplikacija, kurią pastebėjęs slaugytojas turėtų laiku imtis tinkamų veiksmų [36]:

- nedelsiant kviešti gydytoją,
- nuraminti pacientą, pasakant, kad tuoj skausmo intensyvumas sumažės ir nieko blogo neatsitiks,
- suteikti pacientui pusiau sėdimą padėtį arba pasodinti,
- po liežuvio pakišti nitroglicerino tabletes (jeigu paciento būklė negerėja ir daktaras neateina),
- galima padaryti šaltas rankų vonėles (esant stenokardijai – skausmas nusilpsta),
- administruoti gydytojo paskirtų vaistų vartojimą (paduoti AKS mažinančius vaistus, arba kitą gydytojo paskirtą medikamentą, pvz. trimetazidiną, kuris pašalina KŠL simptomus, padidina ištvėrmę, ir galiausiai pagerina gyvenimo kokybę pacientams [25].
- be to, tokį pacientą gali tekti guldyti į reanimacijos ir intensyvios terapijos skyrių, kad jam būtų suteikta tinkama specialistų pagalba, nes galbūt perkutaninės koronarų intervencijos (PKI) metodas yra neveiksmingas.

Dusulys. Remiantis slaugos intervencijų klasifikatoriumis (Nursing Intervention Classification NIC) duomenimis, slaugant pacientą, kuriam pasireiškė dusulys, slaugytojas turėtų [24]:

- suteikti pacientui tinkamą padėtį (pusiau sėdima padėtis). Jeigu lova yra nereguliuojama – naudojamos papildomos slaugos priemonės: pagalvėlės, atraminiai voleliai, kad pakelti gulinčiam pacientui galvą,

- atidaryti langą, kad pacientas gautų daugiau oro,
- atlaisvinti kvėpavimo takus, tai yra, atpalaiduoti veržiančius drabužius, ypač ties kaklu,
- vėdinti patalpas, bent 3 kartus per dieną 12 -17-18 valandą,
- esant poreikiui teikti deguonį,
- mokyti pacientą tausoti savo energiją: paaiškinti, kad pacientas kvėpuotų lėtai ir giliai,
- naudoti metodus, skatinančius giliai kvėpuoti: patarti, kad pacientas laisvu laiku paimtų stiklinę vandens, šiaudelį ir pūstų burbulus ar grotų armonikėle, jeigu moka ir neprieštarauja „kaimynas“ arba pūstų balionus,
- paaiškinti, kaip efektyviai reikia kosėti,
- administruoti gydytojo paskirtų vaistų vartojimą,
- stebėti, registruoti ir vertinti pagrindinius hemodinamikos rodiklius (AKS, EKG, pulsą, kvėpavimą) sąmonę, odos būklę, kūno temperatūra, diurezę,
- jeigu paciento būklė negerėja – pranešti gydytojui.

Susidarius anksčiau minėtoms komplikacijoms: dusuliui, krūtinės skausmui, AKS pakitimams ir laiku nesuteikus reikiamos medicinos pagalbos, pasekmės gali būti blogos. Kad pokyčiai būtų pastebėti laiku, širdies darbui sekti kai kuriems pacientams slaugytojai prijungia telemetriją, kurios metu gydytojas gali sekti paciento širdies ritmą, širdies dažnio pokyčius (EKG) apie 12 valandų, neužeinant į paciento palatą [4].

Vėliau, pacientui suteikiama informacija, apie tolimesnius slaugos planus, reikia sekti skysčių balansą. Pacientui paaiškinti, kad gertų daugiau skysčių, kad inkstai galėtų išskirti kontrastinę medžiagą, kuri yra suleidžiama operacinėje, į vainikines arterijas. Todėl gali atsirasti noras šlapintis, todėl slaugytojai turi pasirūpinti šlapinimosi ir tuštinimosi gyvybine veikla. Pacientams, kuriems atliktas stentavimas ir / arba angioplastika, diskomfortą gali sukelti ant punkcijos vietos uždėtas smėlio maišelis, kuris laikomas 2-3 valandas ir pacientui neleidžiama keltis, prašant pagulėti ramiai, nejudant, kad išvengtų arterinio kraujavimo.

Slaugytojas, dirbdamas su asmenimis, patyrusiais stentavimo arba angioplastikos intervencijas, turi atsižvelgti ir į individualius asmens poreikius, jo esamos savijautos specifiškumą. Tokia slauga – vadinama į pacientą orientuota slauga [3]. Jos esmė yra ta, jog slaugytojo veiksmai turi būti nukreipti į ligonio gerovės puoselėjimą, o ji apima daugiau nei tik optimalią fizinę būklę [3]. Tačiau, reikėtų nepamiršti, kad kiekvienas pacientas turi savitus poreikius, kuriuos pooperaciniu laikotarpiu patenkinti jam turi padėti slaugos specialistas. Siekiant užtikrinti visapusišką rūpinimąsi paciento gerove, būtina profesionali priežiūra, apimanti įvairius ligonio gerovę palaikančius veiksmus, nes komforto poreikis yra susijęs su optimalia sveikatos būkle, fizine ir psichologine gerove bei tarpusavio santykiais – su artimaisiais bei su slaugos specialistais [3].

Lankevičienės A. teigimu, pacientams būtinas komfortas, kaip ir prieš perkutaninę koronarų angioplastiką (PKI), diskomfortas gali pasireikšti fiziniu lygmeniu (skausmo patyrimas), psichologiniu lygmeniu (baimės jautimas, nerimas), aplinkos lygmeniu (kvapai, garsai, temperatūra) ir socialiniu lygmeniu (darbo, santykių netekimas dėl ligos) srityje [17]. Norėdamas užtikrinti pacientų komfortą, slaugytojas turi atidžiai įvertinti sergančiųjų poreikius, stengtis juos patenkinti ir gebėti nustatyti esamas (skausmas) ir potencialas (pvz. karščiavimas) – slaugos problemas, kad pacientas galėtų pajusti palengvėjimą ir patogumą, kurie yra svarbūs kiekvienam žmogui, kuris nori jaustis komfortiškai.

Palengvėjimas. Didžioji dalis pacientų, kuriems atliekamas stentavimas arba angioplastika, patiria skausmą. Skausmas – simptomas, kuris sukelia diskomfortą ir blogina pacientų savijautą. Skausmo jautimas yra labai individualus dalykas ir priklausomai nuo jautrumo vienam ar kitam dirgikliui, kiekvienas žmogus jaučia skirtingą skausmo lygį [33]. Lankevičienės A. teigimu, padėti pacientui patirti palengvėjimą, galima slaugos priemonėmis, mažinančiomis skausmą [17]. Pavyzdžiui, davus skausmą malšinančių vaistų. Be to, žinotina, kad skausmo malšinimui naudojamas ne tik medikamentinis gydymas – čia gali padėti ir žmogiškas rūpestis, bei malonus elgesys [33].

Komfortas yra glaudžiai susijęs su palengvėjimu, tačiau komfortą labiau veikia psichologinė savijauta. Ligoninių, patyrusių perkutaninę koronarų intervenciją suvokimas (PKI), kad negali patys savimi pasirūpinti, sukelia jiems pažeidžiamumo, bejėgiškumo jausmus. Iš to kyla pacientų psichologiniai slaugos poreikiai (pvz. poilsio stoka, neturėjimas kam išsipasakoti ir negalėjimas pajusti palaikymo). Slaugytojas prižiūrintis pacientą po perkutaninės koronarų intervencijos (PKI) turėtų [1]:

- Dėl gulimo režimo užtikrinti fiziologinių poreikių tenkinimą: nuskausminti, padėti šlapinant (paduodant basoną). Tai aktualu pacientams, kuriems atlikta perkutaninė koronarų intervencija (PKI) per kirkšnį, nes vaikščiojimas gali sukelti kraujavimą iš arterijos [35].
- Užtikrinti poilsį. Pacientui turėtų būti suteikta pakankamai ramybės ir laiko, skirta suvokti ir atsigauti po atliktos intervencijos.
- Išklausti pacientą. Pacientas skatinamas išsikalbėti apie tai, ką jis jaučia šiuo metu ir kas vyksta jo „viduje“.
- Padrąsinti pacientą. Slaugytojas turėtų palaikyti ir padrąsinti pacientą, raminant, kad taip jaustis jo situacijoje yra normalu ir bent kelias minutes per dieną bendrauti su pacientu, kad jis gulėdamas ligoninėje nesijaustų vienišas.

Remiantis šiais psichologiniais poreikiais, galima daryti išvadą, kad tinkamas slaugytojo bendravimas su pacientu, kuriam buvo atliktas stentavimas arba angioplastika, turi reikšmingos įtakos komfortui. Bendravimas pirmosiomis valandomis po atliktos intervencijos turi būti nukreiptas į esamą ligonio savijautą, pojūčius ir išgyvenimus [14]. Pacientas, matydamas, kad slaugytojas atidžiai ir nuoširdžiai juo rūpinasi, jausis saugiau ir ramiau.

Mockutės L teigimu, psichologinę bei emocinę paciento gerovę teigiamai veikia ir nemedikamentinės priemonės (palanki kūno padėtis, dėmesio nukreipimo technika) [31]. Tai gali būti bet kokia paciento mėgstama veikla, pavyzdžiui, knygos skaitymas, muzikos klausimasis (netrukdamt kaimynui) ir kita. Tokių metodų taikymas turi teigiamą poveikį pacientų emocinei būklei, nes net ir nežymus užsimiršimas apie esamą sveikatos būklę, patiriamą skausmą suteikia žmogui palengvėjimo pojūtį [22].

2. Tyrimo metodai ir medžiaga

Tyrimo charakteristika

Tyrimas buvo atliktas VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose. Tyrimas vyko nuo 2016 spalio 24 dienos iki 2016 gruodžio 1 dienos. Buvo atliktas kiekybinis tyrimas, kurio metu apklausti 47 pacientai, sergantys KŠL, po 2 kartus: pirmąjį - prieš stentavimą/ angioplastiką, antrąjį – po stentavimo/ angioplastikos. Naudota – standartizuota komforto anketa, kuri Lietuvoje nėra nagrinėta. Anketa išversta iš anglų kalbos į lietuvių kalbą (žr. 2 ir 3 priedą) [15].

Tyrimo tikslas - įvertinti pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortą.

Tyrimo metodas – anketinė apklausa raštu.

Tyrimo eiga:

1. Gavus VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų leidimą (žr. 1 priedą) ir intervencinės kardiologijos skyriaus slaugytojų leidimus, pacientams, sergantiems KŠL, ruošiamiems stentavimui ir/ arba angioplastikai, buvo išdalintos anoniminės anketos, kuriuose buvo užtikrintas pacientų anonimiškumas, t. y. anketoje nebuvo klausama: vardo, pavardės ir pan.).
2. Atliekant tyrimą buvo laikomasi etikos principų t. y. buvo apklausiami tik tie pacientai, kurie:
 - kalba lietuvių kalba.
 - savo noru, sutinka dalyvauti tyrime.
 - serga koronarine širdies liga – prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos.
3. Tyrimui atlikti buvo naudojamas standartizuotas K. Kolcabos klausimynas, sudarytas iš 48 klausimų, su galimais 6 atsakymo variantais išlaispniuotais pagal Likerto skalę: visiškai nesutinku (1), nesutinku (2), labiau nesutinku nei sutinku (3), labiau sutinku nei nesutinku (4), sutinku (5) ir visiškai sutinku (6), kurie vėliau (dėl mažo respondentų skaičiaus) buvo apdoroti apjungus atsakymo variantus į 3 atsakymų grupes:

Analizuojant duomenis buvo sudaryti 3 atsakymo variantai:

- Nesutinku – apjungti visiškai nesutinku (1) ir nesutinku (2) atsakymo variantai,
 - Nei sutinku nei nesutinku – apjungti labiau nesutinku nei sutinku (3), labiau sutinku nei nesutinku (4) atsakymo variantai;
 - Sutinku – apjungti sutinku (5) ir visiškai sutinku (6) atsakymo variantai;
4. Surinkus anketas, duomenys buvo apdoroti Microsoft Office Word ir SPSS programomis.
 5. Baigus tyrimą, buvo palyginti pacientų komforto poreikiai prieš stentavimą ir angioplastiką bei po jų.

Tyrimo kontingentas

Imties dydis. Prieš apklausą buvo planuota apklausti 60 respondentų. Tolimesnei duomenų analizei panaudotos tik 47 anketos, nes skyriuje tyrimo atlikimo metu buvo tik 55 pacientai, atitinkantys įtraukimo į tyrimą kriterijus. Iš jų 8 nesutiko dalyvauti tyrime.

Socialinė demografinė tiriamųjų charakteristika. Tyrime dalyvavo 47 pacientai, sergantys koronarine širdies liga (KŠL), kuriems ligos gydymui taikytas stentavimas ir/ arba angioplastika.

Iš 47-ių tyrime dalyvavusių pacientų, 25 (53,2 proc.) - vyrai ir 22 (46,8 proc.) – moterys, daugiausia pacientų (42,6 proc. ir 40,4 proc.) priklausė 46-65 m. grupei bei 65 ir vyresnių grupei. Beveik pusė (48,9 proc.) buvo įgiję aukštąjį išsimokslinimą (žr. **1 lentelė**).

1. lentelė. Socialiniai demografiniai duomenys

Duomenys		Respondentų sk. (n)	Proc.
Amžius	Iki 25 m.	4	8,5
	25-45 m.	4	8,5
	46-65 m.	20	42,6
	65 m. ir daugiau	19	40,4
Lytis	Vyrai	25	53,2
	Moterys	22	46,8
Išsimokslinimas	Aukštasis	23	48,9
	Aukštesnysis	13	27,7
	Vidurinis	8	17,0
	Nebaigtas aukštasis	3	6,4

Tyrimo metodų charakteristika

Tyrimui naudotas klausimynas (žr. 2 priedą) padėjo ištirti pacientų (fizinio, psichologinio - dvasinio, socialinio ir kultūrinio bei aplinkos) komforto poreikius. Be to, anketa papildyta 3–imis darbo autorės klausimais, susijusiais su socialiniai-demografiniais rodikliais ((amžius, lytis, išslavinimas) (žr. 3 priedą).

Duomenų apdorojimas SPSS programa:

Apklausos metu gauti duomenys apdoroti SPSS 17 versijos paketu. Likerto skale (skaičiais) išreikštiems duomenims apskaičiuoti komforto skalių vidurkiai (**M**) ir standartiniai nuokrypiai (**SD**), o nominaline skale išreikštiems kriterijams (teiginiams) naudoti dažniai (**proc.**). Siekiant palyginti, kaip gauti rezultatai skiriasi skirtingose respondentų socialinėse–demografinėse grupėse, buvo naudojamas **porinis t testas**. **Porinis t kriterijus** yra naudojamas dviejų priklausomų imčių, išreikštų intervaline skale ir kurių skirstinys atitinka normalųjį, vidurkių palyginimui. Visais

atvejais statistiškai reikšmingu laikysime skirtumą, kurio patikimumas bus didesnis nei 95 proc., t. y. kai $p < 0,05$.

3. Tyrimo rezultatai ir tyrimo rezultatų aptarimas

Tyrimo dalyvavusiems asmenims priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu buvo pateiktas identiškas Katherine Kolkabos komforto klausimynas (angl. Kolcaba's General Comfort Questionnaire, žr. 1-2 priedą), sudarytas iš 48 Likerto šešiabalėje skalėje išreikštų teiginių, kurių kiekvieną reikėjo atsakyti nuo 1 („Visiškai nesutinku“) iki 6 („Visiškai sutinku“). Atsakymų į šiuos klausimus procentinis pasiskirstymas pateikiamas lentelėse. Be to, pagal klausimyno metodiką, buvo apskaičiuotos keturios komforto skalės.

3.1. Sergančiųjų koronarine širdies liga prieš ir po stentavimo ir angioplastikos procedūros komforto vertinimas

Atliekant duomenų analizę siekta ištirti pacientų, sergančių koronarine širdies liga, komfortą - prieš stentavimą/ angioplastiką ir po jų (pooperaciniu laikotarpiu – grįžus atgal, į tą pačią palatą).

Pirmiausiai siekėme išanalizuoti fizinio komforto teiginius. Nustatyta, kad respondentai tiek priešoperaciniu laikotarpiu, tiek pooperaciniu laikotarpiu jautė, kad jų kūnas yra atsipalaidavęs (40,4 proc. ir 31,9 proc., $p=0,091$), turi įkvėpimą padaryti viską, kas įmanoma (57,4 proc. ir 66 proc., $p=0,678$), tačiau nesijautė, kad yra sveiki (40,4 ir 48,9 proc., $p=0,200$). Nustatyta, kad priešoperaciniu nei pooperaciniu laikotarpiu pacientai labiau jautė alkį (29,8 proc. ir 6,4 proc., $p < 0,05$). Tuo tarpu pooperaciniu labiau nei priešoperaciniu laikotarpiu respondentai nejautė skausmo (68,1 proc. ir 38,3 proc., $p=0,015$) bei jautėsi pakankamai gerai, kad galėtų vaikščioti (53,3 proc. ir 51,1 proc. $p=0,014$) (žr. 2 lentelę)

2. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos fizinis komfortas

FIZINIO KOMFORTO TEIGINIAI	Prieš operacinis laikotarpis			Po operacinis laikotarpis			<i>p</i>
	Nesutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Sutinka	Nesutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Sutinka	
Šiuo momentu mano kūnas atsipalaidavęs	25,5%	34,0%	40,4%	46,8%	21,3%	31,9%	0,091
Nenoriu mankštintis	19,6%	58,7%	21,7%	29,8%	51,1%	19,1%	0,521

Mano turimos sąlygos mane blogai veikia	44,7%	44,7%	10,6%	40,4%	48,9%	10,6%	0,909
Man sunku išverti savo skausmą	25,5%	55,3%	19,1%	23,4%	66,0%	10,6%	0,444
Turiu įkvėpimą padaryti viską, kas įmanoma	4,3%	38,3%	57,4%	4,3%	29,8%	66,0%	0,678
Šiuo metu kenčiu nuo vidurių užkietėjimo	74,5%	23,4%	2,1%	87,2%	8,5%	4,3%	0,130
Šiuo metu nesijaučiu sveikas	2,1%	57,4%	40,4%	8,5%	42,6%	48,9%	0,200
Esu alkana(s)	36,2%	34,0%	29,8%	76,6%	17,0%	6,4%	0,000
Esu labai pavargusi (ęs)	31,9%	31,9%	36,2%	19,1%	46,8%	34,0%	0,240
Jaučiuosi esanti(s) aukščiau už savo skausmą	17,0%	44,7%	38,3%	8,5%	23,4%	68,1%	0,015
Jaučiuosi pakankamai gerai, kad galėčiau vaikščioti	-	48,9%	51,1%	4,3%	40,4%	55,3%	0,014

Vėliau, atlikus pacientų psichologinio – dvasinio komforto analizę, paaiškėjo, kad pacientai sutinka, jog nepriklausomai nuo savijautos, tiek priešoperaciniu, tiek pooperaciniu laikotarpiu jaučiasi pasitikintys savimi (46,8 proc. ir 51,1 proc., $p=0,575$), jų gyvenimas yra tikslingas (74,5 proc. ir 72,3 proc., $p=0,154$), tikėjimas padeda nugalėti baimę (52,2 proc. ir 57,4 proc., $p=0,769$), įsitikinimai suteikia daugiau dvasios ramybės (66,0 proc. ir 72,3 proc., $p=0,790$), jaučiasi saugiai (66,0 proc. ir 61,7 proc., $p=0,884$) ir ramiai (61,7 proc. ir 68,1 proc., $p=0,439$).

Tyrimo metu nustatyta, kad pooperaciniu laikotarpiu patikimai daugiau pacientų nei priešoperaciniu laikotarpiu teigė, kad atrado gyvenimo prasmę (66,0 proc. ir 38,3 proc., $p=0,022$) (žr. 3 lentelę).

3. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos psichologinis – dvasinis komfortas

PSICHOLOGINIO - DVASINIO KOMFORTO TEIGINIAI	Prieš operacinis laikotarpis			Po operacinis laikotarpis			<i>p</i>
	Nesutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Sutinka	Nesutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Sutinka	
Jaučiuosi naudinga(s), nes sunkiai dirbu	55,3%	21,3%	23,4%	44,7%	21,3%	34,0%	0,482

Jaučiuosi pasitikinti(s) savimi	2,1%	51,1%	46,8%	0,0%	48,9%	51,1%	0,575
Šiuo metu jaučiu, kad mano gyvenimas yra tikslingas	6,4%	19,1%	74,5%	0,0%	27,7%	72,3%	0,154
Mano tikėjimas padeda man nebijoti	4,3%	43,5%	52,2%	2,1%	40,4%	57,4%	0,769
Bijau to, kas bus toliau	29,8%	40,4%	29,8%	27,7%	46,8%	25,5%	0,814
Patyriau pokyčių, kurie mane neramina	14,9%	46,8%	38,3%	17,0%	44,7%	38,3%	0,956
Esu patenkinta(s)	17,0%	57,4%	25,5%	19,1%	40,4%	40,4%	0,220
Mano įsitikinimai suteikia man dvasios ramybę	2,1%	31,9%	66,0%	2,1%	25,5%	72,3%	0,790
Jaučiuosi negalinti(s) savęs kontroliuoti	57,4%	23,4%	19,1%	63,8%	27,7%	8,5%	0,325
Jaučiuosi saugiai	6,4%	27,7%	66,0%	8,5%	29,8%	61,7%	0,884
Jaučiuosi ramiai	6,4%	31,9%	61,7%	10,6%	21,3%	68,1%	0,439
Esu prislėgta (s)	53,2%	36,2%	10,6%	57,4%	21,3%	21,3%	0,169
Suradau savo gyvenimo prasmę	12,8%	48,9%	38,3%	4,3%	29,8%	66,0%	0,022

Analizuojant teiginių, rodančių aplinkos komfortą, atsakymus, paaiškėjo, kad priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu pacientai turi pakankamai privatumo (55,3 proc. ir 39,1 proc., $p=0,282$), kambario temperatūra buvo gera (59,6 proc. ir 63,8 proc., $p=0,499$), aplink tvyranti nuotaika pakelia dvasią (59,6 proc. ir 63,8 proc., $p=0,229$), lengva judėti iš vienos vietos į kitą (66,0 proc. ir 70,2 proc. $p=0,268$). Tiek priešoperaciniu, tiek pooperaciniu laikotarpiu pacientai teigė, kad „būdami čia jautėsi ne savo vietoje“ (53,2 proc. ir 36,2 proc. $p=0,070$). Tačiau nustatyta, kad patikimai daugiau pacientų pooperaciniu nei priešoperaciniu laikotarpiu teigė, kad šis kambarys juos gąsdina (2,1 proc. ir 17,0 proc. $p=0,033$) (žr. 4 lentelę).

4. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos aplinkos komfortas

APLINKOS KOMFORTO TEIGINIAI	Prieš operacinis laikotarpis			Pooperacinis laikotarpis			<i>p</i>
	Nesutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Sutinka	Nesutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Sutinka	
Turiu pakankamai privatumo	4,3%	40,4%	55,3%	4,3%	56,5%	39,1%	0,282
Ši aplinka yra maloni	2,1%	48,9%	48,9%	4,3%	53,2%	42,6%	0,731
Garsai trukdo pailsėti	27,7%	46,8%	25,5%	25,5%	57,4%	17,0%	0,509
Man čia nepatinka	34,8%	50,0%	15,2%	46,8%	29,8%	23,4%	0,134
Šis kambarys mane gąsdina	53,2%	44,7%	2,1%	53,2%	29,8%	17,0%	0,033

Temperatūra kambaryje yra gera	10,6%	29,8%	59,6%	4,3%	31,9%	63,8%	0,499
Aplink tvyranti nuotaika pakelia man dvasią	14,9%	48,9%	36,2%	17,0%	31,9%	51,1%	0,229
Ši kėdė (lova) sukelia man skausmą	48,9%	44,7%	6,4%	51,1%	29,8%	19,1%	0,110
Mano priežiūra yra personalizuota	12,8%	55,3%	31,9%	17,0%	44,7%	38,3%	0,580
Mano asmeninių daiktų čia nėra	31,9%	27,7%	40,4%	36,2%	21,3%	42,6%	0,763
Būdamas (s) čia jaučiuosi ne savo vietoje	6,4%	40,4%	53,2%	21,3%	42,6%	36,2%	0,070
Šio kambario kvapas baisus	52,2%	34,8%	13,0%	57,4%	34,0%	8,5%	0,754
Čia lengva judėti iš vietos į vietą	0%	34,0%	66,0%	4,3%	25,5%	70,2%	0,268

Tyrimo metu siekėme išanalizuoti socialinio-kultūrinio komforto pokyčius priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu. Nustatyta, kad priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu yra žmonių, kuriais pacientai galėjo pasikliauti, kai jiems reikėjo pagalbos (63,8 proc. ir 51,1 proc., $p=0,200$), įkvėpė žinojimas, kad yra mylimi (os) (72,3 proc. ir 63,8 proc., $p=0,458$), su jais elgiamasi dorai (59,6 proc. ir 68,1 proc., $p=0,231$), prisimena draugai bei šeima, siūsdami atvirukus ir paskambindami telefonu (61,7 proc. ir 78,7 proc., $p=0,192$). Įdomu yra tai, kad tiek priešoperaciniu, tiek pooperaciniu laikotarpiu pacientai norėtų, kad juos geriau informuotų apie jų sveikatą (51,1 proc. ir 46,8 proc., $p=0,918$).

Tyrimo metu nustatyta, kad pooperaciniu laikotarpiu patikimai daugiau nei priešoperaciniu laikotarpiu pacientai jautė, kad yra priklausomi nuo kitų (23,4 proc. ir 17,0 proc., $p=0,010$) (žr. 5 lentelę)

5. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos socialinis - kultūrinis komfortas

SOCIALINIO - KULTŪRINIO KOMFORTO TEIGINIAI	Prieš operacinis laikotarpis			Po operacinis laikotarpis			<i>p</i>
	Nesutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Sutinka	Nesutinka	Nei sutinka, nei nesutinka	Sutinka	
Yra žmonių, kuriais galiu pasikliauti, kai man reikia pagalbos	8,5%	27,7%	63,8%	4,3%	44,7%	51,1%	0,200
Jaučiuosi priklausomas nuo kitų	51,1%	31,9%	17,0%	21,3%	55,3%	23,4%	0,010
Mane įkvėpia žinojimas, kad esu mylima(s)	0,0%	27,7%	72,3%	2,1%	34,0%	63,8%	0,458
Niekas manęs nesupranta	51,1%	44,7%	4,3%	51,1%	38,3%	10,6%	0,468

Būdama(s) viena(s) jaučiuosi nelaiminga(s)	27,7%	42,6%	29,8%	23,4%	38,3%	38,3%	0,680
Su manimi elgiasi dorai	10,6%	29,8%	59,6%	2,1%	29,8%	68,1%	0,231
Norėčiau dažniau apsilankyti pas savo gydytoją	19,1%	42,6%	38,3%	38,3%	23,4%	38,3%	0,060
Mano draugai/ šeima prisimena mane siųsdami atvirukus ir paskambindami telefonu	6,4%	31,9%	61,7%	4,3%	17,0%	78,7%	0,192
Reikia, kad mane geriau informuotų apie mano sveikatą	25,5%	23,4%	51,1%	27,7%	25,5%	46,8%	0,918
Paprastai pagalbos turiu laukti ilgai	51,1%	40,4%	8,5%	54,3%	28,3%	17,4%	0,291

Darbo autorės manymu, tinkama priežiūra pacientų, patyrusių stentavimą ir angioplastiką, slaugoje yra labai svarbi, nes nuolatinis paciento būklės stebėjimas ir bendravimas su pacientu, teikiant pacientui rūpimą informaciją, susijusią su slauga ir grįžimo namo galimybėmis. Paciento stebėjimas, stengiantis pastebėti paciento būklės pakitimus ir esant poreikiui, padėti - užtikrina greitesnį paciento sveikimą ir komfortiškesnę savijautą.

3.2. Sergančiųjų išemine širdies liga prieš ir po stentavimo ar angioplastikos operacijos komforto vertinimo sąsajos su socialiniais-demografiniais rodikliais

Slaugant pacientus svarbu atkreipti dėmesį ir į socialinius – demografinius rodiklius, nes slaugos ir komforto poreikiai gali skirtis, priklausomai nuo išsilavinimo, lyties ir amžiaus. Moterys, dažniausia yra žingeidžios, siekiančios sužinoti informaciją, susijusią su gydymu, slauga ir atliekamomis procedūromis [33]. Tuo tarpu vyrai nėra linkę bendrauti, jiems svarbiau, kad atliekamos procedūros būtų kokybiškos, veiksmingos ir jie galėtų greičiau grįžti namo. Anot, Savickienės E. ir kt., priklausomai nuo amžiaus, skiriasi pacientų lūkesčiai. Vyresnio amžiaus pacientams iškyla didesnių lūkesčių, negu jaunesnio amžiaus pacientams, todėl slaugytojams svarbu atkreipti dėmesį į slaugomojo paciento amžių [33].

Tyrimo metu siekėme išsiaiškinti jaunesnių nei 25 metų pacientų komforto skirtumus priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu. Nustatyta, kad, kad pooperaciniu laikotarpiu jaunesnių nei 25 m. pacientų komfortas statistiškai reikšmingai nepakito ($p > 0,05$) (žr. **6 lentelę**).

6. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga komforto skalių vidurkiai priešoperaciniu ir po-operaciniu laikotarpiu jaunesnių nei 25 m. asmenų grupėje

Komforto skalės	Priešoperacinis laikotarpis		Pooperacinis laikotarpis		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Skalės vidurkis	Standartinis nuokrypis	Skalės vidurkis	Standartinis nuokrypis			
Fizinis komfortas	46,25	5,85	44,50	2,89	0,526	3	0,635
Psichologinis - dvasinis komfortas	50,00	4,90	46,50	6,95	2,251	3	0,110
Aplinkos komfortas	51,50	8,35	46,75	4,65	0,845	3	0,460
Socialinis - kultūrinis komfortas	37,50	1,73	37,75	2,22	-0,151	3	0,889

Tyrimo metu siekėme išsiaiškinti 26-45 metų pacientų komforto skirtumus priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai pagerėjo tik fizinis komfortas ($t=-8,521$, $df=3$, $p=0,003$). Tai leidžia teigti, kad 26-45 m. asmenų grupėje pooperaciniu laikotarpiu statistiškai reikšmingai pagerėjo fizinis komfortas (žr. **7 lentelę**).

7. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga komforto skalių vidurkiai priešoperaciniu ir po-operaciniu laikotarpiu 26-45 m. asmenų grupėje

Komforto skalės	Priešoperacinis laikotarpis		Pooperacinis laikotarpis		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Skalės vidurkis	Standartinis nuokrypis	Skalės vidurkis	Standartinis nuokrypis			
Fizinis komfortas	40,50	3,00	46,00	2,16	-8,521	3	0,003
Psichologinis - dvasinis komfortas	54,00	4,76	57,50	5,74	-0,765	3	0,500
Aplinkos komfortas	53,50	2,08	50,00	13,19	0,485	3	0,661
Socialinis - kultūrinis komfortas	40,50	2,65	41,25	2,50	-1,000	3	0,391

Statistiškai reikšmingi skirtumai ($p<0,05$) paryškinti

Vertinant 46-65 metų pacientų komforto skirtumus priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu nustatyta, kad statistiškai reikšmingai pagerėjo tik psichologinis-dvasinis komfortas ($t=-2,150$, $df=19$, $p=0,045$). Tai leidžia teigti, kad 46-65 m. pacientų grupėje pooperaciniu laikotarpiu statistiškai reikšmingai pagerėjo psichologinis-dvasinis komfortas (žr. **8 lentelę**).

8. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga komforto skalių vidurkiai priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu 46-65 m. asmenų grupėje

Komforto skalės	Priešoperacinis laikotarpis		Pooperacinis laikotarpis		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Skalės vidurkis	Standartinis nuokrypis	Skalės vidurkis	Standartinis nuokrypis			
Fizinis komfortas	45,95	6,34	49,80	7,39	-1,823	19	0,084
Psichologinis - dvasinis komfortas	52,45	6,62	56,85	7,47	-2,150	19	0,045
Aplinkos komfortas	52,75	7,58	57,55	10,48	-1,632	19	0,119
Socialinis - kultūrinis komfortas	39,35	4,48	40,35	3,60	-0,626	19	0,539

Statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$) paryškinti

Vertinant vyresnių nei 65 metų pacientų komforto skirtumus prieš ir pooperaciniu laikotarpiu komforto pokyčių nebuvo nustatyta ($p > 0,05$), kas rodo, kad pooperaciniu laikotarpiu vyresnių nei 65 m. pacientų komfortas statistiškai reikšmingai nepakito (žr. **9 lentelę**).

9. lentelė. Sergančiųjų išemine širdies liga komforto skalių vidurkiai priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje

Komforto skalės	Priešoperacinis laikotarpis		Pooperacinis laikotarpis		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Skalės vidurkis	Standartinis nuokrypis	Skalės vidurkis	Standartinis nuokrypis			
Fizinis komfortas	45,53	4,90	44,68	8,45	0,398	18	0,695
Psicho - dvasinis komfortas	51,63	7,95	53,32	7,27	-0,685	18	0,502
Aplinkos komfortas	53,74	9,61	52,32	9,67	0,410	18	0,687
Socialinis - kultūrinis komfortas	41,63	4,36	39,63	3,96	1,644	18	0,117

Apibendrinant galima teigti, kad palyginus komforto priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu vertinimo sąsajas, pagal amžių, paaiškėjo, jog 26-45 metų pacientų grupėje veiksmingai pagerėjo fizinis komfortas, 46 – 65 metų grupėje – psichologinis dvasinis komfortas, pooperaciniu laikotarpiu. Tuo tarpu 25 ir 65 metų pacientų grupėje, pooperaciniu laikotarpiu statistiškai veiksmingi pokyčiai neįvyko.

IŠVADOS

1. Nustatyta, kad prieš angioplastiką ir stentavimą geriau buvo užtikrintas aplinkos komfortas ($53,11 \pm 8,07$) ir psichologinis - dvasinis komfortas ($52,04 \pm 6,83$). Blogiau užtikrintas fizinis komfortas ($45,34 \pm 5,58$) ir socialinis – kultūrinis ($40,21 \pm 4,26$) komfortas. Nustatyti patikimi skirtumai fizinio komforto teiginiuose. Patikimai daugiau pacientų, sergančių koronarine širdies liga, prieš stentavimo ir angioplastikos procedūrą jautė alkį, nei po procedūros.
2. Nustatyta, kad daugiau pacientų, sergančių koronarine širdies liga, po stentavimo ir angioplastikos procedūros nejautė skausmo, galėjo savarankiškai vaikščioti (fizinis saugumas), surado gyvenimo prasmę (psichologinis saugumas), bet juos labiau gąsdino kambarys, kuriame jie gulėjo (aplinkos komfortas) ir jautėsi priklausomi nuo kitų (socialinis - kultūrinis komfortas).
3. Palyginus komforto priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu vertinimo sąsajas su socialiniais-demografiniais rodikliais paaiškėjo, kad pooperaciniu laikotarpiu 46-65 metų pacientų grupėje statistiškai reikšmingai ($p=0,045$) pagerėjo psichologinis - dvasinis komfortas, o 26-45 metų pacientų grupėje statistiškai reikšmingai ($p=0,003$) pagerėjo fizinis komfortas.

REKOMENDACIJOS

1. Paaiškinti slaugytojams komforto pacientui užtikrinimo svarbą ir galimybes priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu.
2. Paaiškinti pacientui tolimesnių slaugos manipuliacijų, procedūrų eigą ir svarbą bei atsakyti į pacientui rūpimus klausimus.
3. Užtikrinti pacientui komfortą priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Anderson J. L., Adams C. D., Antman E. M., et al. 2012 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACCF/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation./American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J. Coll Cardiol.* 2013 September [online]. From [cited 2016-11-02]. Available from internet <<www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639841>. [Pubmed]
2. Andresian Chenzbraun. *Širdies ligos*. Vilnius: Vaistų žinios, 2013; 70-73.
3. Baltrėnaitė A.V., Valius L. Skausmas krūtinėje diferencinė diagnostika ir elektrokardiogramų analizės principai. Kaunas: Vitae litera, 2007.
4. Bridget Shoulders – Odom. Management of patients after percutaneous coronary intervencions. *Clinical care nursing*, 2008. [cited 2016-10-31]. Available from internet < <http://ccn.aacnjournals.org/content/28/5/26.full>>.
5. Burokienė N., V. Kasiulevičius Z. Kučinskienė A. Koronarinės širdies ligos išsivystymo rizika: epidemiologinių ir genomo žymenų sąveikos tyrimas: literatūros apžvalga. *Medicinos teorija ir praktika* 2013; 2 (19) p. 203-205.
6. Choi D., Kim SK, Choi SH, *et al.* Preventative effects of rosiglitazone on restenosis after coronary stent implantation in patients with type 2 diabetes. [cited 2016-11-05]. Available from Internet <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15505001>>. [Pubmed.]
7. Cutlip DE, Windecker S. *et al.* Clinical end points in coronary stent trials: a case for standardizated definitions. *Circulation*. 2007 May [online]. From cited [cited 2016-11-05]. Available from Internet << <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17470709>>. [Pubmed.]
8. Černiauskaitė R. Sergančiųjų išemine širdies liga asmenų emocijų ir arterinio kraujo spaudimo kitimai taikant ekspresyvaus rašymo metodą psichosocialinės reabilitacijos metu: magistro baigiamasis darbas. Vytauto didžiojo universitetas. Kaunas, 2013. http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2013~D_20130603_143647-86343/DS.005.0.01.ETD. Prieiga internetu: 2016-03-20.
9. Gaidelytė A. Karoblytė. Priešoperacinio pacientų nerimo ir depresijos priežastys ir jas sąlygojantys faktoriai. Jaunųjų mokslininkų ir tyrėjų konferencija. Kaunas, 2012, p. 101-102. <http://smd.lt/wp-content/uploads/2015/04/Jaun%C5%B3j%C5%B3-mokslinink%C5%B3-ir-tyr%C4%97j%C5%B3-konferencija-2012-m.-I-knyga.pdf>. Prieiga internetu: 2016-10-04.

10. Gelžinienė V., Brožaitienė J., Podlipsky A. Širdies ritmo variabilumo pokyčiai sergantiems koronarine širdies liga, esant sumažėjusiai kairiojo skilvelio išvaymo frakcijai. LSMU MA Psichofiziologijos ir reabilitacijos instituto X-oji metinė tarptautinė konferencija. Palanga, 2011. p. 41 http://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2014/06/BPP_2011_1_tezes.pdf. Prieiga internetu: 2016-02-14.
11. Grinius V. Navickas R. Unikas R. (2007). Kraujagyslių plėtikliai intervencinėje kardiologijoje. *Medicina* 2007; 43 (3): 1-5. http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:J.04~2007~ISSN_1010-660X.V_43.N_3.PG_183-189/DS.002.0.01.ARTIC. Prieiga internetu: 2016-02-14.
12. Griškeičius J., J. Kislaitis R. Informacinės sistemos medicinoje. Vilnius: technika, 2012. http://dspace.vgtu.lt/bitstream/1/1373/1/1353_Griskevicius_Kizlaitis_Informacines_web.pdf. Prieiga internetu: 2016-10-30. p. 96-98.
13. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S *et. al.* ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur heart J.* 2011 December [online]. From [cited 2016-11-05]. Available from Internet <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21873419>. [Pubmed.] 2999–3054
14. Jakevičiūtė J. Slaugytojų bendravimo ypatumai su pacientais ir medicinos personalu sveikatos priežiūros įstaigoje: visuomenės sveikatos vadybos magistro baigiamasis darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas, 2011. http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2011~D_20110628_152958-27458/DS.005.0.01.ETD. Prieiga internetu: 2016-10-30.
15. Kolcaba K. Comfort theory and practice. A vasion for holistic health care and research. New York NY: Springer publishing company, 2001. p. 1-16. Tyrimui naudojama anketa – p. 215 – 217.
16. Lankevičienė J. Sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jos veiksniai: klinikinės slaugos magistro baigiamasis darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas, 2015.
17. Lankevičienė J., Vaškelytė A. Sergančiųjų išemine širdies liga komforto užtikrinimas, remiantis K. Kolcaba komforto teorija. *Slauga mokslas ir praktika* 2015; 1 (217): 7-8.
18. Lansky J. L. Pietras C. *et al.* Grines and Gregg W. Stone. Gender Differences in Outcomes after primary angioplasty versus primary stenting with and without abciximab for acute

- myocardial infarction. 2005 June [cited 2016-11-01]. Available from internet <http://circ.ahajournals.org/content/111/13/1611>.
19. Laurinskaitė J., Šostakienė N., Darginavičienė R. Sveikatos rizikos veiksnių analizė ir valdymas sergant kardiologinėmis ligomis. Visuomenės sveikata 2013; <http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.priedas1/Vs%202013%20priedas%20Nr1%20ORIG%20S%20Kardiologines%20ligos.pdf>. Prieiga internetu: 2016-03-10.
 20. Mačiulskytė V. Pooperacinis ligonių būklės įvertinimas atlikus miokardo revaskuliarizacijos operacijas, taikant ir netaikant dirbtinę kraujo apytaką: magistro baigiamasis darbas. Vytauto didžiojo universitetas. Kaunas 2012. http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2012~D_20120620_144709-67846/DS.005.0.02.ETD. Prieiga internetu: 2016-05-20.
 21. Matevičiūtė V., Dženkevičiūtė V., Šapoka V. Ūmaus psichosocialinio įvykio sąsajos su ūmių koronarinių įvykių pasireiškimu. Gerontologija 2012; 13 (1) : 30-35. http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2013/nr_1/2013_30_35.pdf. Prieiga internetu: 2016-02-14.
 22. Mockutė L. Bakšytė G. Macas A. (2013). Anestezija pacientams, sergantiems ūminiu širdies nepakankamumu. Sveikatos mokslai. 2013. 6 (23): 91-92. <<https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Sveikatos_mokslai/Moksliniai_straipniai%E2%80%93zurnalas_Sveikatos%20mokslai/2013m/2013SM61118Internetui.pdf>>. Prieiga internetu: 2016-10-06.
 23. Newby D., Cockcroft J., Wilkinson I. Koronarinė širdies liga. Vilnius: vaistų žinios. 2006.
 24. NIC. Nursing intervencijon classification definition and and activities. Copyrighted materials used with permission by Elsevier. [cited 2016-10-04]. Available from internet <<http://www.doe.k12.de.us/cms/lib09/DE01922744/Centricity/Domain/150/de_schoolnurs_emanualappb1.pdf>>
 25. Оганов Г. Р. Профилактика и лечение ишемической болезни сердца в клинической практике. Кардиология сегодня. 2013; 2–3 (5): 2-3. <http://www.cardioprogress.ru/downloads/c13m0i212/KS_2-3-52013_web.pdf>. Prieiga internetu: 2016-02-14.
 26. Palevičiūtė E., Petrulionienė Ž., Veličkienė I. Psichosocialinių ir elgsenos rizikos veiksnių įtaka ūminio miokardo infarkto išsivystymui. Medicinos teorija ir praktika 2011; 17 (3): 293–297.
 27. Petrulionienė Ž. Koronarinė širdies liga: rizikos veiksniai, klinikiniai simptomai ir gydymas. Vilnius: Vaistų žinios, 2010. 13-73

28. Pfisterer ME, Zellweger MJ, Gersh BJ. Management of stable coronary artery disease.. Lancet. 2010 February [online]. From [cited 2016-11-02]. Available from Internet <<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189028>>. [Pubmed].
29. Piščalkienė V., Stasiūnaitienė E. Priešoperacinio nerimo raiška ir jo mažinimo galimybės. Visuomenės sveikata 2014; 6: 166-171. << <http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/viewFile/sm-hs.2014.133/1145>>. Prieiga internetu: 2016-02-14.
30. Rassaf T, Steiner S, Kelm M. Postoperative care and follow-up after coronary stenting. 2013 February [online]. From [cited 2016-11-02]. Available from Internet <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576602/>>. [Pubmed].
31. Rinkūnienė E. Didelės kardiovaskulinės rizikos asmenų nustatymo ir aktyvios pirminės prevencijos metodų optimizavimas. Daktaro disertacija. Vilnius, 2014. <http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2014~D_20141230_152801-56154/DS.005.0.01.ETD>. Prieiga internetu: 2016-10-25.
32. Roper N., Logan W., Tierney A. Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio iki slaugos modelio. Vilnius: Egalda, 1999.
33. Savickienė E., Darginavičienė R., Razbadauskas A. Pacientų po širdies chirurgijos operacijų informacijos ir paslaugų gavimo poreikiai. Visuomenės sveikata 2015; 1: 116-120. <http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2015.priedas1/VS%20priedas%202015%20Nr1%20ORIG%20Sirdies%20chirurgija.pdf>. Prieiga internetu: 2016-02-14.
34. Skarlos AC, Zahn R., Zeymer U. In stent – stenosis of bare - metal stent 11 years after its implantation. Dtsch Med Wochenschr . 2010 May [online]. From [cited 2016-11-02]. Available from Internet <<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20486056>>. [Pubmed].
35. Šerpytis P., Beržiūnaitė A., Matelytė V. (2013). Kokie faktoriai kardiologinėje intensyvioje terapijoje turi įtakos ūminiu miokardo infarktu sirgusių pacientų didiesiems kraujavimams? *Sveikatos mokslai* 2013. 4 (23): 48-50. <http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/viewFile/sm-hs.2013.091/809>. Prieiga internetu: 2016-11-01. Prieiga internetu: 2016-11-01.
36. Šulgienė A. - J. *Slaugos pagrindai*. Kaunas, 2007; 27-27. <www.slaugostarnyba.lt/userfiles/file/slaugos_pagrindai.pdf>. Prieiga internetu: 2016-10-01.
37. Tardif J.C., Cote G., Lesperance J. Probucol and Multivitamins in the Prevention of Restenosis after Coronary Angioplasty. Multivitamins and probucol study group. N Engl J. Med. 1997 August. [online]. From [cited 2016-09-02]. Available from internet <<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9241125>>. [Pubmed]

38. Treideris J., Karalius R., Širmelis R. (2007). Ligoniu, sergančiu išemine kardiomiopatija, gyvenimo kokybės ir fizinio pajėgumo palyginimas. *Lietuvos chirurgija* 2007. 5 (3): 360-361. <http://www.zurnalai.vu.lt/lietuvos-chirurgija/article/view/2207/1433>. Prieiga internetu: 2016-10-01.
39. Vandvik PO, Lincoff AM, Gore JM, *et al.* Primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012 February. [online]. From [cited 2016-11-02]. Available from internet <<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22315274> >. [Pubmed]