

ASMENŲ, PATYRUSIŲ MIOKARDO INFARKTĄ, SAVARANKIŠKUMO, FUNKCINIO AKTYVUMO IR POŽIŪRIO Į SAVE POKYČIAI STACIONARINIO GYDYMO LAIKOTARPIU IR NAMUOSE

Evelina Lamsodienė, Gedvilė Juškytė
Kauno kolegijos Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: miokardo infarktas (MI), savarankiškumas, fizinis pajėgumas, funkcinis aktyvumas, veikla, požiūris į save.

Santrauka

Statistikos duomenimis, kasmet Lietuvoje diagnozuojama apie 8 tūkst. miokardo infarkto atvejų. Po miokardo infarkto žmogaus organizmui nepajėgiant kompensuoti sutrikusios funkcijos, pastebimai pablogėja žmogaus veikla ir gyvenimo kokybė – pasireiškia negalia. Trinkant kraujotakai, pablogėja fizinio krūvio toleravimas, mažėja darbingumas, sunikauja pritapti prie aplinkos.

Apžvelgus literatūrą ir norint pasiekti iškeltą tikslą, tyrimas atliktas fenomenologinio tyrimo metodo pagrindu. Duomenų rinkimui taikytas pusiau struktūrizuotas interviu. Interviu apėmė tris pagrindines sritis: asmenų, patyrusių MI, savarankiškumo, funkcinio aktyvumo ir požiūrio į save pokyčiai stacionarinio gydymo laikotarpiu ir namuose. Buvo sudarytas klausimynas. Su respondentais susitikta tris kartus. Visų trijų susitikimų metu kiekvieno asmens buvo prašoma atsakyti į keturis klausimus: 1. Kaip pasikeitė jūsų savarankiškumas kasdieninėje veikloje, ištikus miokardo infarktui? 2. Kaip pakito jūsų fizinis aktyvumas, atliekant įprastines kasdienes veiklas? 3. Kaip pakito jūsų požiūris į save ir savo veiklos galimybes, ištikus miokardo infarktui? 4. Kokią įtaką turės miokardo infarktas jūsų darbinei veiklai ir laisvalaikiui? Respondentams buvo užduodami nenumatyti iš anksto, tačiau asmenis išsamesniam pasakojimui atsiverti skatinantys klausimai. Tikslingoje tiriamųjų atrankoje buvo laikomasi šių reikalavimų: pirmas – dalyvauti apklausoje buvo kviečiami asmenys, kuriems diagnozuotas MI ne vėliau negu prieš 48 valandas, antras – asmenys, besigydantys LSMUL I kardiologijos skyriuje

2015 m. balandžio mėnesį, trečias – asmenys, kurie po stacionarinio gydymo vyksta į namus, ketvirtas – asmenys, visiškai suvokiantys situaciją ir besiorientuojantys aplinkoje, savyje ir laike. Iš viso tyrime dalyvavo 6 asmenys, kurių amžius nuo 45 iki 69 metų (amžiaus vidurkis 57,5 m.). Pacientams buvo paaiškinta apie tyrimą, jo tikslą, eigą ir paprašyta kontaktinio telefono numerio, kad būtų galima susisiekti ir susitarti dėl susitikimo išvykus iš stacionaro. Pokalbis su tiriamaisiais vidutiniškai trukdavo 10 minučių, pokalbiai buvo įrašinėjami į diktofoną, o po to, atliekant duomenų analizę, transkribuojami. Pirmieji du susitikimai vyko skyriuje, palatose, kuriose jie gulėjo. Trečiasis susitartoje vietoje, kurią buvo patogų pasiekti abiem pusėm. Pirmasis susitikimas vyko ne vėliau nei 48 val., kai pacientas buvo paguldytas į stacionarą. Antrasis – paciento išvykimo dieną iš stacionaro (stacionarizavimo vidurkis 7 dienos). Trečiasis – po 7-8 dienų, praleistų namuose. Tyrime dalyvavę asmenys kiekvieno interviu metu išskyrė, kaip keitėsi jų savarankiškumas, fizinis pajėgumas ir požiūris į save po miokardo infarkto, įvairiais sveikimo periodais. Pirminio kodavimo metu buvo išskirta daug potemių, kurios sugrupuotos į 15 potemių, sugalvojant joms tikslingus pavadinimus. Vėliau kiekviena potėmė buvo priskirta 3 didžiosioms temoms: a) savarankiškumo kaita; b) fizinio pajėgumo pokyčiai; c) mintys, jausmai, emocijos. Tyrime dalyvavę asmenys per pirmas dvi paras po MI išsakė nejučiantys didelių pokyčių savarankiškai atliekant kasdienes veiklas, bet pripažino, kad sunku realiai vertinti savo galimybes dėl fizinės veiklos stygiaus stacionare. Asmenys po MI dar gulėdami ligoninėje įvardijo jaučiantys nerimą dėl ateities, sveikatos pokyčius į blogąją pusę, vis dažniau apimančias abejones dėl veiklų atlikimo ateityje ir neigiamas mintis, aplankančias dėl užim-

tumo stokos. Sveikstant po MI tarp apklausoje dalyvavusiųjų išryškėjo tiek teigiamas, tiek neigiamas požiūris į save. Grįžus į namus, apklaustieji galėjo įvertinti, kad sumažėjo jų fizinis pajėgumas, priverčiantis juos rinktis lengvesnius darbus arba lėtinti veiklų atlikimo tempą. Taip pat daugeliui teko keisti laisvalaikio įpročius, renkantis pasyvesnes veiklas.

Įvadas

Remiantis Lietuvos SAM duomenimis, Lietuvos gyventojų mirtingumo struktūra pagal pagrindines mirčių priežastis jau daugelį metų išlieka nepakitusi. Trys pagrindinės mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys 2012 m. sudarė 85,1 proc. visų mirusiųjų. Nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė, t.y. 56,6 proc. Didžiausią mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų dalį sudarė asmenys, mirę nuo išeminės širdies ligos (64,7 proc.) bei cerebrovaskuliinių ligų (24,4 proc.). Didžioji dalis (85,1 proc.) mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų buvo 65 metų ir vyresnio amžiaus asmenys [1].

Ūmus miokardo infarktas (MI) gali paskatinti sveikatos būklės pablogėjimą, įskaitant savarankiškumo ir fizinių funkcijų sumažėjimą. Nepaisant to, šių pasekmių svarba sveikimo prognozei ir gyvenimo kokybei, jų paplitimas ir faktoriai dar nėra gerai išanalizuoti [13].

2012 m. JAV atlikto tyrimo metu buvo analizuojama daugiau nei 2 tūkst. asmenų savarankiškumas ir fizinė būklė, praėjus 1 metams po persirgto MI. Tyrimo rezultatai parodė, kad net daugiau nei 40% pacientų patiria savarankiškumo praradimą ar fizinės būklės pablogėjimą pirmus metus po MI. Šie pokyčiai pasireiškia atskirai, tačiau gali atsirasti ir vienu metu. Vienu rizikos veiksnių neįmanoma modifikuoti, kiti rodo galimus tikslus strategijoms: kaip išsaugoti geresnę pacientų sveikatos būklę [11].

Nuovargis yra dažniausias ir labiausiai varginantis simptomas po miokardo infarkto, turintis neigiamos įtakos su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei [5].

Po MI organizmui nepajėgiant kompensuoti sutrikusios funkcijos, pastebimai pablogėja žmogaus veikla ir gyvenimo kokybė – pasireiškia negalia. Trinkant kraujotakai, pablogėja fizinio krūvio toleravimas, mažėja darbingumas, sunkiau pritaipiti prie aplinkos [8].

Visaapimantis nuovargis, besitęsiantis du mėnesius po miokardo infarkto (Fredriksson-Larsson U., 2015), buvo susijęs su vienu metu kamuojančiais simptomais, pavyzdžiui, dusuliu ir stresu, ir įveikos strategijomis, pvz., vertybių pasikeitimu, atsiskyrimu (vienišumu). Lyginant jaučiamo nuovargio matavimo rezultatus (bendras nuovargis, fizinis nuovargis, sumažėjęs aktyvumas ir protinis

nuovargis) praėjus dviem mėnesiams po miokardo infarkto su pradiniais duomenimis (tyrimas atliktas pirmą savaitę ligoninėje), jie parodė, kad nuovargio lygis sumažėjo. Viso tyrimo, trukusio keturis mėnesius po miokardo infarkto, metu buvo nustatyta, kad du mėnesius po miokardo infarkto tiriamojoje grupėje buvo mažesnis nuovargio lygis [5].

Depresija po MI yra paplitusi, bet nepakankamai atpažįstama ir turi stiprią įtaką tolimesnei ligos prognozei (Larsen K.K., 2013). Maždaug vienas iš penkių pacientų tris mėnesius po MI serga depresija. Siūloma patikra dėl depresijos, bet šių rekomendacijų laikosi ne visos gydymo įstaigos. Šiuo tyrimu buvo nustatyta, kad didelė dalis tų, kurie sirgo depresija po MI, prieš tyrimą depresija pacientams nebuvo diagnozuota. MI padidina savižudybės riziką, depresija po MI susilpnina bendrą sveikimo prognozę. Tyrimas rodo, kad fizinis aktyvumas ir antidepresantai keičia neigiamą prognozę pacientams, sergantiems depresija po MI, teigiamai, bet yra reikalingi tolimesni tyrimai, siekiant išsiaiškinti šių veiksnių galimą poveikį ir įvertinti, kaip jie gali būti įtraukti į pacientų po MI, turinčių depresiją, gydymą [6].

Efektyvus nerimo valdymas teigiamai veikia pacientų sveikimo rezultatus ir turėtų būti taikomas visiems intensyvios terapijos pacientams po MI [7].

Fizinio aktyvumo didinimas palankiai veikia sveikatą. Net ir nedidelio intensyvumo fizinio aktyvumo poveikis padeda, o fiziškai aktyvesniems galima būti visur, net darbo vietoje, pvz., nesinaudoti liftu, bet lipti laiptais [8].

Nuovargio vertinimas du mėnesius po miokardo infarkto leistų sveikatos priežiūros specialistams identifikuoti asmenis, kurie patiria nuovargį ir pasiūlyti nuovargio ribojimo programą. Individuali reabilitacijos programa turėtų apimti streso valdymo ir dusulio ribojimo programą. Jei netinkamai naudojamos krizės įveikimo strategijos, pastebimas pacientų atsiskyrimas, šios strategijos turėtų būti apsvarstomos kartu su pacientu [5].

Carney R.M. ir kt. JAV atlikto tyrimo metu išsiaiškinta, kad depresija yra nepriklausomas rizikos faktorius mirtims po ūmaus MI, tačiau ji neturi reikšmingos įtakos mirtingumui iki 12 mėnesių po MI, depresija taip pat nebuvo psichokartojančio MI priežastimi [9].

Sveikimo prognozė po MI (Welin C., Lappas G., 2000) yra reikšmingai susijusi su asmens amžiumi, šeimine padėtimi, išsilavinimu, papildomu darbu, protine įtampa darbe ar santuokoje, nerimu, nepasitenkinimu šeimos gyvenimu, problemomis, susijusiomis su vaikais, nepasitenkinimu finansine padėtimi, gyvenimo nutikimais, vidiniu pykčiu, dirglumu, A tipo elgesiu ar savo sveikatos padėties valdymu. Be žinomų somatinių prognozės kintamųjų po miokardo infarkto, prognozė taip pat labai priklauso nuo depresi-

jos ir socialinės paramos trūkumo, o ne nuo kitų psichosocialinių veiksnių [12].

Švedijoje atlikto kokybinio tyrimo metu (Kristofferzon M.L. ir kt., 2007), taikant interviu metodą, buvo apklausta 20 moterų ir 19 vyrų. Juo buvo siekiama išsiaiškinti kasdieninio gyvenimo potyrius, praėjus 4-6 mėn. po MI. Analizuojant atliktus interviu, buvo išskirtos trys didžiosios temos: „Grėsmės įprastam gyvenimui“, „Kova už kontrolę“ ir „Neapibrėžtas paramos tinklas“ (tai paramos tinklas, kurį gali sudaryti įvairios grupės, pvz., šeima, giminės, bendruomenė, sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai ir kt.). Dažniausios įvardijamos problemos pirmaisiais mėnesiais po miokardo infarkto buvo fiziniai simptomai ir emocinis stresas. Respondentai buvo linkę valdyti problemas, derėdamiesi su savimi, remdamiesi savo paties galimybėmis, keitė požiūrį ir elgesį, patys priimdavo sprendimus ir veiksmus. Paramos tinklas teikė palaikymą, bet taip pat dažnai respondentai patyrė bendravimo problemų, bendraudami su savo tinklu. Moterys ir vyrai po miokardo infarkto stengiasi išlaikyti pusiausvyrą tarp problemų ir išteklių kasdieniniame gyvenime. Kaip gerai jiems tai pavykdavo priklausė nuo to, ar jie jautėsi saugūs, kaip gerai jie išsakė savo poreikius paramos tinklui ir ar jautrus buvo tinklas jų išsakytiems ir neišsakytiems poreikiams [10].

Tyrimo tikslas – išanalizuoti asmenų, patyrusių miokardo infarktą, savarankiškumo, funkcinio pajėgumo ir požiūrio į save pokyčius stacionarinio gydymo laikotarpiu ir namuose.

Tyrimo objektas ir metodika

Apžvelgus literatūrą ir norint pasiekti iškeltą tikslą, tyrimas atliktas fenomenologinio tyrimo metodo pagrindu. Duomenų rinkimui taikytas pusiau struktūrizuotas interviu. Interviu apėmė tris pagrindines sritis:

- Asmenų, patyrusių MI, savarankiškumo pokyčiai stacionarinio gydymo laikotarpiu ir namuose.
- Asmenų, patyrusių MI, funkcinio aktyvumo pokyčiai stacionarinio gydymo laikotarpiu ir namuose.
- Asmenų, patyrusių MI, požiūrio į save pokyčiai stacionarinio gydymo laikotarpiu ir namuose.

Šio metodo principu buvo sudarytas klausimynas. Su respondentais susitiktą tris kartus. Visų trijų susitikimų metu kiekvieno asmens buvo prašoma atsakyti į keturis klausimus:

- Kaip pasikeitė jūsų savarankiškumas kasdieninėje veikloje, ištikus miokardo infarktui?
- Kaip pakito jūsų fizinis aktyvumas, atliekant įprastines veiklas?
- Kaip pakito jūsų požiūris į save ir savo veiklos

galimybes, ištikus miokardo infarktui?

- Kokią įtaką turės miokardo infarktas jūsų darbinei veiklai ir laisvalaikiui?

Respondentams buvo užduodami nenumatyti iš anksto, tačiau asmenis išsamesniam pasakojimui skatinantys klausimai.

Tiriamieji buvo atrinkti, kad atitiktų kokybinių tyrimų atlikimo reikalavimus. Tikslingoje tiriamųjų atrankoje buvo laikomasi šių reikalavimų: pirmas – dalyvauti apklausoje buvo kviečiami asmenys, kuriems diagnozuotas MI ne seniau negu prieš 48 valandas, antras – asmenys, besigydantys LSMUL I kardiologijos skyriuje 2015 m. balandžio mėnesį, trečias – asmenys, kurie po stacionarinio gydymo vyksta į namus, ketvirtas – asmenys, pilnai suvokiantys situaciją ir besiorientuojantys aplinkoje, savyje ir laike. Iš viso tyrime dalyvavo 6 asmenys, kurių amžius nuo 45 iki 69 metų (amžiaus vidurkis 57,5m.). Pagal lytį tiriamieji pasiskirstė tolygiai – 3 vyrai ir 3 moterys. Tiriamųjų profesijos buvo įvairios: suvirintojas, globėja, krovėjas, valytoja ir du nedirbantys – gaunantys senatvės pensiją. Visi tiriamieji patyrė MI, tačiau skirtingų lokalizacijų. Detalesnė tiriamųjų charakteristika pateikta 1-oje lentelėje.

Bendraudant su pacientais ir bendradarbiaujant su personalo darbuotojais buvo vertinama, ar jie suvokia situaciją bei ar orientuojasi aplinkoje, savyje ir laike. Prieš pradėdant pokalbį buvo išsiaiškinama, ar sutiks duoti interviu pakartotinai, grįžę į namus. Buvo paaiškinta, kad nei jų kontaktinė informacija, nei pavardės nebus viešinami ir garantuojamas konfidencialumas (vardai pakeisti). Pacientams buvo paaiškinta apie tyrimą, jo tikslą, eigą ir paprašyta duoti savo kontaktinį telefono numerį, kad būtų galima susisiekti ir susitarti dėl susitikimo išvykus iš stacionaro. Pacientams išvykus iš stacionaro, dėl susitikimo su jais buvo tariamasi telefonu. Pokalbis su tiriamaisiais vidutiniškai trukdavo 20 minučių, pokalbiai buvo įrašinėjami į diktofoną, o po to, atliekant duomenų analizę, transkribuojami. Pirmieji du susitikimai vyko skyriuje, palatose, kuriose jie gulėjo. Trečiasis susitaroje vietoje, kurią buvo patogų pasiekti abiem pusėm. Pirmasis susitikimas vyko ne vėliau kaip 48 val., kai pacientas buvo paguldytas į stacionarą. Antrasis – paciento

1 lentelė. Tiriamųjų charakteristikos

Nr.	Vardas	Amžius	Diagnozė	Specialybė
1.	Stasys	45	I21.2	Suvirintojas
2.	Gražina	53	I21.0	Globėja
3.	Alfreda	59	I21.4	Valytoja
4.	Jonas	68	I21.4	Nedirba
5.	Evaldas	51	I21.1	Krovėjas
6.	Sofija	69	I21.0	Nedirba

išvykimo dieną iš stacionaro (stacionarizavimo vidurkis 7 dienos). Trečiasis – po 7-8 dienų, praleistų namuose. Prieš kiekvieną pokalbį buvo primenama apie tyrimą, jo tikslą ir eigą. Pokalbiai su pacientais buvo įrašomi. Buvo paaiškinta, kad pokalbių įrašai taip pat nebus viešinami ir yra reikalingi tik norint užtikrinti informacijos tikslumą. Visi tiriamieji žodžiu sutiko dalyvauti tyrime.

Kokybiniais tyrimams dažniausiai naudojama indukcinė duomenų analizė, o tyrimo rezultatai pateikiami aprašomuoju būdu, iliustruojant juos raiškia respondentų kalba. Kokybiniai tyrimai apima didelę įvairovę kontekstualizuotų tradicijų, strategijų, metodų. Pagrindinės, tradicinės kokybinių tyrimų metodologinės strategijos yra atvejo tyrimas, etnografinis tyrimas, fenomenologinis tyrimas, naratyvinis tyrimas, pagrįstoji teorija, turinio analizė ir veiklos tyrimas. Vienas iš kokybinio tyrimo metodų yra fenomenologinis tyrimas.

Fenomenologiniu tyrimu siekiama aprašyti, suprasti, kaip skirtingi individai patiria tam tikrą reiškinį (fenomeną), kokias prasmes suteikia tam reiškiniui. Fenomenologija yra teorinis požiūris, kuriuo siekiama generuoti žinias, kaip žmonės patiria reiškinius [4]. Tyrėjo dėmesio centre – ne individai, bet reiškinys ir tai, kaip tas reiškinys yra patiriamas skirtingų individų. Tyrėjas ieško to, kas bendra skirtingose individų patirtyse, to, ką visi individai patiria susidūrę su reiškiniu. Ta bendra patirtis, o ne išankstinės tyrėjo žinios apie reiškinį kaip realybės dalį, ir yra reiškinio esmė. Fenomenologiniuose tyrimuose gali būti analizuojamos patirtys, susijusios su tokiais reiškiniais kaip nemiga, pyktis, sielvartas ir pan. Tyrėjas renka duomenis iš asmenų, patyrusių tą reiškinį, ir analizuoja ką ir kaip jie patyrė.

Tyrėjai rašo tyrimo klausimus, norėdami ištirti šios patirties prasmę asmenims, ir jie prašo asmenis apibūdinti savo kasdienes „gyvenimo“ patyrimus. Paprastai ši informacija yra renkama per interviu [3].

Richard Boyatzis aprašo penkis tematinės analizės (angl. *Thematic analysis*) tikslus: tai yra matymo, ryšių sudarymo, analizės, sistemingo atvejo stebėjimo ir kiekybiško kokybinių duomenų įvertinimo. Platūs duomenų šaltiniai gali būti naudojami tematinės analizės, įskaitant interviu nuorašus, lauko pastabas, informaciją, parašytą dalyvių (dienoraščiai ir kt.) [2].

Pagrindinė analitinė strategija naudojama tematinėje analizėje yra kodavimas, procesas glaudžiai tikrina tekstą, ieškant pasikartojančių temų, potemių ar tarpusavio ryšių, ir ženklina panašias ištraukas kodais arba etiketėmis, kategorizuojančiomis juos vėlesnei paieškai ir teorijos kūrimui. Temų identifikavimas gali vykti deduktyviai, remiantis teoriniu pagrindu, kurį atvejo studijos tyrėjas pasirinko [2].

Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

Tyrime dalyvavę asmenys kiekvieno interviu metu išskyrė kaip keitėsi jų savarankiškumas, fizinis pajėgumas ir požiūris į save po miokardo infarkto skirtingais sveikimo periodais. Pirminio kodavimo metu buvo išskirta daug potemių, kurios sugrupuotos į 15 potemių, sugalvojant joms tikslingus pavadinimus. Vėliau kiekviena potėmė buvo priskirta 3 didžiosioms temoms (savarankiškumo kaita; fizinio pajėgumo pokyčiai; mintys, jausmai, emocijos). Temos

2 lentelė. Interviu metu išryškėjusios pagrindinės temos ir potėmės

DIDŽIOSIOS TEMOS	POTEMĖS		
	1 interviu	2 interviu	3 interviu
SAVARANKIŠKUMO KAITA			
Savarankiškumo pokyčiai	✓	-	-
Renkasi lengvesnius darbus	-	-	✓
Sulėtėjęs tų pačių veiklų atlikimas	-	-	✓
FIZINIO PAJĖGUMO POKYČIAI			
Fizinės veiklos stoka	✓	-	✓
Fizinio pajėgumo sumažėjimas	✓	✓	✓
Sveikatos pokyčiai į blogąją pusę	✓	✓	✓
Pasyvus laisvalaikis	-	-	✓
MINTYS, JAUSMAI, EMOCIJOS			
Nerimas dėl ateities	✓	✓	-
Neigiamos mintys dėl užimtumo stokos	-	✓	-
Savijautos pokyčiai	✓	✓	✓
Abejonės dėl veiklų atlikimo ateityje	✓	✓	-
Baimė – nieko negalėti	✓	✓	-
Neigiamas požiūris į save	-	✓	✓
Teigiamas savęs vertinimas	-	✓	✓
Noras grįžti į darbą	-	✓	✓

ir potėmės pateiktos 2-oje lentelėje.

1. Savarankiškumo kaita. Pirmoji išryškėjusi tema apėmė respondentų interviu atsakymus, apibūdinančius, kaip keitėsi jų savarankiškumas persirgus MI. Kaip kito jų galimybės atlikti veiklas kasdieniniame gyvenime, darbinėje veikloje ar laisvalaikio metu.

Savarankiškumo pokyčiai – respondentai pirmojo interviu metu teigė neįsivaikantys savarankiškumo pokyčių kasdieninėse veiklose po ištikusio MI, tačiau nėra tuo užtikrinti dėl veiklos stokos stacionare.

„Dar dabar į visuomeninį gyvenimą neįsilieju po miokardo infarkto. Kiek čia teveikiu, tai po kol kas lyg niekas nepasikeitė, kaip iki tol buvo, taip ir dabar.“ (1 pac. 1 interviu)

„Nepasikeitė niekas žinokit, jaučiuosi taip pat.“ (6 pac. 1 interviu)

Renkasi lengvesnius darbus – trečiojo interviu metu išryškėjo, kad respondentai, grįžę namo prie savo įprastos kasdienės veiklos, renkasi lengvesnius darbus negu prieš patirtą MI, tai rodo jų fizinio pajėgumo sumažėjimą.

„Nebeturiu tiek sveikatos ir tiek darbų nebeapsiu, bet dėkui Dievui bent kažkiek dar galiu.“ (1 pac. 3 interviu)

„Kur dirbau rimtus darbus namuose, o kur dabar tolygiai su žmona dirbu tuos, taip tariant nevyriškus, darbus. Namai visada pašildyti, aptvarkyti, valgyti padaryta, vaikštai švarus, bet va norisi ir stogo latakus išsivalyti, pabetonuoti laiptų aikštelę, bet nedirstu. O ir šiaip ieškiosiuosi lengvesnio darbo, nes tokiomis sąlygomis kaip kad dirbu dabartinam darbe man jau pavojinga yra su tokia širdim.“ (5 pac. 3 interviu)

„Yra to darbo namuose ir aplink juos, vyras po insulto, aš irgi nebe tokia žvali kaip kad buvau, greitis ir ištvermė nebe tie, todėl užteks eikvoti save ir lenkti nugarą dėl kity, pradėsiu gyventi sau.“ (3 pac. 3 interviu)

„Vardan sveikatos geriau apsiribosiu mažesniais darbais tik dažniau.“ (2 pac. 3 interviu)

„Bet vat va ėjau bandyti pats kokį kilimą ištempti lauk ar malkų parvilkti – be šansų žinokit. Nu kaip čia jums pasakius, padaryt padarau, bet tada gailiuosi tai nuveikęs, nes dievaži kaip atima visą energiją. Ką jau kalbėti apie rimtesnius darbus prie namo, ten iš viso teks juos užmiršti.“ (4 pac. 3 interviu)

Sulėtėjęs tų pačių veiklų atlikimas – trečiojo interviu metu taip pat išryškėjo, kad respondentai, grįžę namo, kasdienėje veikloje renkasi ne tik lengvesnius darbus, bet ir atlieka juos lėčiau negu prieš patiriant MI, o tai dar labiau pabrėžia fizinio pajėgumo sumažėjimą.

„Tenka saugotis ir atlikinėti viską lėčiau, ir apsvarstyti, ar tam tikri darbai yra mano jėgoms. Tik, savaimė aišku, viską darau lėčiau ir pertraukėlių pasidarau, nes vis tiek

širdelė nebe tokia, kokia buvo ir reikią ją prižiūrėti.“ (1 pac. 3 interviu)

„Susilpnėjau stipriai, tai veiksmai irgi dingę. O pats save prisžiūriu pilnai, tik apšukos stipriai mažesnės, nes sveikata nebe ta.“ (4 pac. 3 interviu)

„Visas judesys dabar lėtesnis, darbeliai mažesni, bet noras judėti didesnis už viską, todėl džiaugiuosi tuo ką turiu.“ (2 pac. 3 interviu)

„Aišku, būna, kad iš įpročio pradėdi senuoju tempu varyti, bet kai pritrūksta kvapo, pailsi ir toliau tęsi lėčiau ir viskas puikiai būna. Jei per greitai imu darbuotis, užima kvapą. Per gyvenimą priskubėjau jau – tai štai ir rezultatas, gana bėgti visur, laikas leisti sau viską daryti lėčiau, atsakingiau ir su didesniu malonumu. Lėtesnis žmogus pasidariau ir tiek.“ (3 pac. 3 interviu)

2. Fizinio pajėgumo pokyčiai – antrosios išryškėjusios temos metu respondentų atsakymuose dominuoja asmenų, persirgusių MI, fizinės veiklos atlikimo galimybių pokyčiai ar negalėjimas įvertinti savo galimybių.

Fizinės veiklos stoka – respondentai teigia, jaučiantys fizinės veiklos stoką stacionarinio gydymo laikotarpiu, dėl to nėra užtikrinti, kaip bus tolesniame jų gyvenime, grįžus prie įprastos veiklos namuose.

„Jokių pasikeitimų kol kas nepastebiu, nes čia labai mažai turim galimybių judėjimui, prie kokių esam pratę. Kaip bus toliau gyvenimas parodys, nes šiuo metu per mažai kažką dariau, kad galėčiau atsakyti.“ (1 pac. 1 interviu)

„Ligoninė mes čia nieko per daug negalim.“ (3 pac. 1 interviu)

„Dabar jaučiuosi gerai ir pakankamai sveika, bet tai tik spėjimai, nes mes čia nejudam, o tik vegetuojam.“ (6 pac. 1 interviu)

Fizinio pajėgumo sumažėjimas – respondentai antrojo ir trečiojo interviu metu teigia jaučiantys fizinio pajėgumo sumažėjimą, atliekant fizinę veiklą, nes judant ar dirbant įprastas veiklas, kuriomis užsiimdavo prieš patiriant MI, jaučia, kad nebegali to atlikti arba tai atlikti pasidarė sunkiau.

„Kaip aną kartą maniau kad, jei neklystu, tik 30 proc jėgų teliko, va dabar 50 proc. duočiau, nu bet va daugiau tai niekaip negalėčiau duoti. Kai bandžiau nueiti su vyrukais iki kavinės, jau pusiau kėlėj apsisukau ir su dižiausiom pertraukom vos pargrįžau.“ (4 pac. 2 interviu)

„Nu baisu žinokit kažką ir veikti dabar rimčiau, ir tikrai bijosiu dar namuose. Bandysiu po biškį, bet ar kas gausis, tai jau nežinau.“ (5 pac. 2 interviu)

„Aš suprantu, kad vaizduoju čia kokia sveika esu ir viskas gali pasikeisti, kai krūvis stipriai padidės, bet noriu tikėti, kad viskas bus gerai ir galėsiu toliau varyti.“ (6 pac. 2 interviu)

„Bet neslėpsiu, kad darbo krūvį susimažinau ir ačiū Dievui kolegos nemažai padeda, nes yra momentų kur reikia daug fizinės jėgos.“ (1 pac. 3 interviu)

„Ir dabar pietų miego visada einu bent valandėlei jėgų atstatymui, nes jų stygius jaučiasi.“ (3 pac. 3 interviu)

„Energijos nebeturiu kiek buvo, jėgos ir tos dingo.“ (4 pac. 3 interviu)

„Poilsio minutėlių stipriai padaugėjo dabar pas mane, nors darbai palengvėjo.“ (5 pac. 3 interviu)

Sveikatos pokyčiai į blogąją pusę – daugiausia pirmojo interviu metu respondentai po patirto MI teigė jaučiantys neigiamus pokyčius savo sveikatoje, atliekant kasdienes veiklas, tam turėjo įtakos ir fizinio pajėgumo sumažėjimas.

„Nu tam trukdo toks galvos silpnumas, nes tos dienos vis tiek kelios išgulėtos reanimaciniam. Tai dabar ta galva kažko tai kaip ir sukasi, bet tai nieko.“ (2 pac. 1 interviu)

„Matot, kaip jums čia pasakyti, ar valaisi, ar prausiesi jau pavargsti“ (4 pac. 1 interviu)

„Tikėjaisi, kad bus blogiau, bet rezultatai taipogi nedžiugina. Suprantu, kad galėtų būti ir blogiau, bet tokie mes žmonės esam, kad visada norime daugiau negu galime.“ (5 pac. 1 interviu)

„Ir va biškį pavaikštai su palatos kolegom, aišku sa vaime, jaunesni jie, bet vis tiek jau jaučiu, kad man silpna. Dusina, silpstu, glembu kaip vikšras. Noriu kuo daugiau, bet vat kad nieko ir nebeliko.“ (4 pac. 1 interviu)

„Su kiekviena diena viskas keičiasi ir nepasakychiau, kad į gerą.“ (1 pac. 2 interviu). „Bet ne tiek pinigine prasme, kiek man pačiam trūksta visų tų darbų. Deja – nebegaliu, sveikata neleidžia tęsti.“ (4 pac. 3 interviu)

Pasyvus laisvalaikis – respondentai, po ištikusio MI ir grįžę namo, trečiojo interviu metu teigė besirenkantys pasyvų laisvalaikį, kuriam turi įtakos fizinio pajėgumo sumažėjimas ir savęs saugojimas.

„O laisvą laiką pradėjau leisti lovoje, vaikstant arba krapštantis prie mašinos palengva. Nieko, stengiuosi bent kol kas su judesiu neveikti.“ (1 pac. 3 interviu)

„Užtat kai neužsiėmusi būnu, stengiuosi domėtis viskuo, kas susiję su gijimo greitinimu, kaip gyventi, kad tai nebesikartotų. Pasiilsiu per tą laiką, o tuo pačiu – paprotingėju.“ (2 pac. 3 interviu)

„Nu laisvalaikiu, tiesiai šviesiai pasakius – tinginiauju. Norisi to poilsio, o jo ir reikia.“ (3 pac. 3 interviu)

„O tinginiavimo metu ir tinginiauju tiesiogine ta žodžio prasme. Dabar mano geriausias draugas – sodą, dviratį pakeitė televizorius, lova ir šaldytuvas.“ (4 pac. 3 interviu)

„Bet kol kas laisvu laiku stengiuosi ilsėtis kuo daugiau.“ (5 pac. 3 interviu)

3. Mintys, jausmai, emocijos – trečioji išryškėjusi tema pati plačiausia. Ji apima norus, jausmus, baimes, lū-

kesčius ir daugelį kitų emocijų, kurios atsiranda patyrus MI ir sveikimo laikotarpiu.

Nerimas dėl ateities – respondentai patyrė MI, pirmojo ir antrojo interviu metu įvardija jaučiantys nerimą dėl to, kaip bus ateityje, grįžus namo.

„Kad tas pats bus ir namie negaliu teigti, nes čia kelios dienos tiktai yra praėjusios. Kaip bus pargrįžus į namus, čia klausimas jau.“ (1 pac. 1 interviu)

„Niekas negimė tokiu protingu ir į priekį numatančiu, kad žinotų, kaip bus namuose.“ (3 pac. 1 interviu) „Ką keisti reikės, o tikiu kad reikės, tesužinosiu grįžusi į savo vietą ir gyvenimo judesį, visgi jauduliukas yra dėl to.“ (6 pac. 1 interviu)

„Tik va kuo toliau, tuo labiau abejoju ir nervinuosi, kaip bus namuose. Labai laikiu, kol grįšiu namo, bet kartu ir nerimas toks širdyje neįaukus apsigyveno.“ (1 pac. 2 interviu)

„Seniau kaip konvejeris pro namus prasisukdavau, o dabar žiūrėsiu, ar netapsiu pagedusiu traktoriuku.“ (3 pac. 2 interviu)

„O po to visą dieną griaužia kirmėlė galvelėj su mano baisiausiu klausimu: o kas gi bus, kai išėjus iš čia reikės grįžti į gyvenimo vagą? Tarsi viską galiu, bet kuo toliau, tuo labiau bijau. Nu baisu žinokit kažką ir veikti dabar rimčiau ir tikrai bijosiu dar namuose.“ (5 pac. 2 interviu)

Neigiamos mintys dėl užimtumo stokos – respondentams, patyrusiems MI, stacionarinio gydymo laikotarpiu kyla neigiamų minčių dėl tolesnių savo veiklos galimybių, kurioms turi įtakos užimtumo stacionare stoka.

„Jau tiek prisigalvojau sau draudimų, nors savijauta kaip ir nieko. Kažkokia nesąmonė, tas laikas čia itin žlugdo psichologiškai. Nes po tokio maksimalaus prisitinginiavimo vėl į tokį darbą grįžti visgi iššūkis net sveikam žmogui būtų.“ (1 pac. 2 interviu)

„Kai mes čia turime itin per daug laiko galvojimui, tai patikėkit ko tik neprisigalvoju, jau net sapnuotis pradeda visos tos nesąmonės.“ (2 pac. 2 interviu)

„Jaučiuosi kaip ir gerai, kiek išeina, pats viską neblogai pasidarau, nu bet tos mintys, mintelės.“ (5 pac. 2 interviu)

„Ir dar tas laukimas ir nežinia tikrai neprideda sveikatos. Tas gulėjimas šitose palatose, chlorkalkių kvapas ir balti chalatai tikriausiai labiau žlugdo negu pati ta liga.“ (3 pac. 2 interviu)

„Čia laikas tarsi sustojo, nors galėtų ir greičiau bėgti, nes noriu pargrįžus namo įsivertinti save, nes jau net man darosi įdomiau nei jums, kas bus su manim ir keisis kas ar ne, o pasikeitimų norėčiau mažiausiai.“ (1 pac. 2 interviu)

„Jūs man tik duokit tos fizinės veiklos ir aš jums kalnus nuversiu, nors ir suprantu, kad tai gali nepavykti.“ (6 pac.

2 interviu)

„Noriu tos veiklos, nes nebegaliu protiškai čia kirmyti, bet kai pagalvoju apie pasekmes, net negera darosi.“ (5 pac. 2 interviu)

Savijautos pokyčiai – vieni respondentai po patirto MI jaučia savijautoje pokyčius, kitų teigimu – jokių savijautos pasikeitimų neįaučiantys.

„Po tos operacijos, tos... zondavimo, pranyko šitai ir skausmai ir viskas, tai lygtais viskas taip pat kaip iki tol buvo.“ (1 pac. 1 interviu)

„Dabar man kai tą procedūrą padarė, taip zondavimą, ir aš negaliu sakyti taip kad man kažkas blogai. Taip, man gerai, tikrai labai gerai.“ (2 pac. 1 interviu)

„Šiaip tai man kol kas nieko nesijaučia, aš gyvenu nu normaliai, kaip gyvenau.“ (3 pac. 1 interviu)

„Anksčiau tai dusindavo, tai užspausdavo, tai dar kas, ir tai tęsėsi gana ilgą laiką, o va kai ištiko mane tasai infarktas, padarė kaip ten tą zondavimą, nu super tiesiog.“ (5 pac. 1 interviu)

„Po to zondavimo man daug geriau ir niekuo skūstis negaliu, bent jau paprastose švarinimosi procedūrose, nes kai pranyko skausmai, jaučiuosi kaip niekur nieko.“ (1 pac. 2 interviu)

„Jeigu Dievulis duos tokių sveikatą ir namuose, kaip kad čia jaučiuosi, tai tada tikrai galėsiu sakyti, kad esu sveika, nes dabar nič niekuo negaliu skūstis kas liečia įprastą savęs prižiūrėjimą.“ (6 pac. 2 interviu)

„Nu tikrai gerai man jau, bent jau kol kas.“ (1 pac. 3 interviu)

„Kol kas tvarkausi po biškį, niekur neskubu ir dėl to skūstis negaliu.“ (3 pac. 3 interviu)

Abejonės dėl veiklų atlikimų ateityje – respondentams po patirto MI kyla abejonų dėl to, kaip seksis atlikti įprastines veiklas ateityje, ką reikės keisti ir kaip elgtis.

„Kažką tai reikės stabdyti, nu kažko tiek nedaryti per jėgą. Tiesiog savo veiklą riboti.“ (1 pac. 1 interviu)

„Yra tik nežinomybė ir baimė, tai galėčiau tik spėlioti, o to itin nemėgstu. Bet jaučiu gal gali būti kad vis tiek čia kažkas keisis, bus kitaip. Lyg tai kažko nedaryti, gali kažko kažkur neveikti, ką veikei. Kažko gali tekti atsisakyti“ (3 pac. 1 interviu)

„Baisu net galvoti apie ateitį, kas bus toliau ir kaip viskas pasikeis.“ (4 pac. 1 interviu)

„Va mąstysena daugiausia pasikeitė. Kokia veikla reikės užsiimti, kaip reikės daryti ją, kaip reikės ten vasarą praleisti, dirbti ar kaip seksis namie. Tenka pradėti galvoti, kaip reikia elgtis ir ką daryti kitaip, kad dar pagyvent neapsunkinant kitų.“ (5 pac. 1 interviu)

„Dabar jaučiuosi gerai ir pakankamai sveika, bet tai tik spėjimai, nes mes čia nejudam, o tik vegetuojam, o kaip

bus grįžus į namus, kur daugiau judesio, Dievulėlis nežino.“ (6 pac. 1 interviu)

„Ir va bijau to nesugebėti, nors kaip ir tikiu, kad galėsiu darbuotis, bet prisikalbėti nenoriu dievaži.“ (1 pac. 2 interviu)

Baimė – nieko negalėti – respondentams po ištikusio MI kyla baimės jausmas, kad gali nieko nebegalėti ar atlikti tai, ką sugebėjo prieš patiriant MI.

„Bet atvirai kalbant tai dabar jaučiu baimę ir pats negaliu tiksliai suprasti kodėl.“ (1 pac. 1 interviu)

„Kaip čia pasakius, baisu pasidarė.“ (3 pac. 1 interviu)

„O ką gero čia galima pasakyti, o nieko gero negaliu pasakyti. Labai sunku ir baisu dabar. Ką jau aš sugebėsiu.“ (4 pac. 1 interviu)

„Bijau, yra ta kažkokia baimė, nežinau dėl ko, bet bijau.“ (6 pac. 1 interviu)

„Ko tu gali būti vertas, kai čia vartaisi lovoj, nerviniesi ir bijai dėl visko, o padaryti kažko ar pakeisti negali, laiko atgalios tai neatsuksi.“ (5 pac. 2 interviu)

„Ir va bijau to nesugebėti, nors kaip ir tikiu, kad galėsiu darbuotis.“ (6 pac. 2 interviu)

Neigiamas požiūris į save – antrojo interviu metu respondentų atsakymuose pastebimas neigiamas savęs vertinimas, kuriam turi įtakos veiklos trūkumas stacionare.

„Net nemoku paaiškinti jums, bet kaip ir jauti kad viskas neblogai, bet vis tiek save nuvertini ir galų gale gaunasi makalynė galvoje, kas nepadedą tikrai gimimui.“ (1 pac. 2 interviu)

„Čia ir dingsta mano optimizmas, kai tik lieku su savo mintimis viena ir baisiai pradėdu save nuvertinti, nors su prantu, kad taip net nėra.“ (2 pac. 2 interviu)

„Čia bebūnant pradėdi pats savęs nekęsti, tai koks dar gali būti savęs vertinimas.“ (3 pac. 2 interviu)

„Nes va pavyzdžiui pasakai kažką kaip yra, tai yra viena, bet kai suvoki, kad tai tavo gyvenimas, pradėdi jaustis blogiau už nuotaką, kurią ką tik prie altoriaus, atsiprašant, apdėrgė balandis. Va taip va ir jaučiuosi, jeigu kalbant buitiškai.“ (4 pac. 2 interviu)

„Šiuo metu savęs kaip žmogaus nebevertinu.“ (5 pac. 2 interviu)

„Kartais būna momentas, kai truputį nepilnavertis pasijaučiu, bet greitai ir grįžtu vėl į vėžes.“ (1 pac. 3 interviu)

„Dabar žmona kiek turės dirbti už mane. Išlaikytinis būsiu, aišku, ne pinigine prasme, nes, dėkui Dievui, dar pensiją gaunu. Buvau šeimos galva, dabar esu šeimos našta.“ (4 pac. 3 interviu)

„Nebesijaučiu naudingas tiek kiek galėjau būti seniau. Ir bailys šiek tiek pasidariau tam tikrais gyvenimo atvejais.“ (5 pac. 3 interviu)

Teigiamas savęs vertinimas – respondentai po ištikusio

MI vertina save ir savo galimybes ir teigiamai.

„Aišku esu laiminga, kad jaučiuosi sveika šiuo metu“ (3 pac. 2 interviu)

„Nebeturiu tiek sveikatos ir tiek darbų nebeapsiemu, bet dėkui Dievui bent kažkiek dar galiu.“ (1 pac. 3 interviu)

„Tikiu, kad esu tokia, kokia buvau ir esu dėl to laiminga“ (6 pac. 3 interviu)

„O pats save prisiziūriu pilnai, tik apskukos stipriai mažesnės, nes sveikata nebe ta.“ (4 pac. 3 interviu)

„Bet vis tiek dar galiu laikyti save pilnaverte moterimi.“ (2 pac. 3 interviu)

Noras grįžti į darbą – respondentai antrojo ir trečiojo interviu metu teigia norintys grįžti į darbą, nes tai jiems yra svarbu ir daro juos laimingus bei visaverčius.

„Jeigu sugebėsiu grįžti į darbą, vadinasi, aš dar laimingas žmogus.“ (1 pac. 2 interviu)

„Labai noriu sugebėti grįžti į darbą, ir labai stengiuosi save įtikinti, kad man pavyks, nors sekasi tai žinokit nekaip, nes tos dvejonės ir nenoras patirti to dar kartą labai stabdo.“ (2 pac. 2 interviu)

„Ir dar problema yra didžiausia ta, kad mano malonumas didžiausias turbūt ir yra darbas, taigi jei prarasiu darbą, prarasiu ir didelę dalį savęs ir džiaugsmo.“ (3 pac. 2 interviu)

„Kol esu darbingas, tol galiu didžiuliotis savimi, todėl mano tikslas ir yra grįžti į darbą.“ (1 pac. 2 interviu)

„Turėjau tikslą grįžti į darbą, tai ir padariau. Dar pakankamai jaunas esu, norisi dirbi, o darbas irgi pagal pašaukimą, tai nesinorėtų jo keisti. Bet esu laimingas sugrįžęs į darbą.“ (1 pac. 3 interviu)

„Bet noro sugrįžti į darbą netruksta.“ (2 pac. 3 interviu)

Išvados

1. Tyrime dalyvavę asmenys per pirmas dvi paras po MI išsakė nejaučiantys didelių pokyčių savarankiškai atliekant kasdienines veiklas, bet pripažino, kad sunku realiai vertinti savo galimybes dėl fizinės veiklos stygiaus stacionare.

2. Asmenys po MI dar gulėdami ligoninėje įvardijo jaučiantys nerimą dėl ateities, sveikatos pokyčius į blogąją pusę, vis dažniau apimančias abejones dėl veiklų ateityje ir neigiamas mintis, aplankančias dėl užimtumo stokos.

3. Sveikstant po MI, tarp apklausoje dalyvavusiųjų išryškėjo tiek teigiamas, tiek neigiamas požiūris į save: našta namiškiams ir kt.

4. Grįžus į namus, apklaustieji galėjo įvertinti, kad sumažėjo jų fizinis pajėgumas, priverčiantis juos rinktis lengvesnius darbus arba lėtinti veiklų atlikimo tempą. Taip pat daugeliui teko keisti laisvalaikio įpročius, renkantis pasyvesnes veiklas.

Literatūra

- Lietuvos sveikatos statistika 2012. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2013, ISSN 1648-0899.
- Mills Albert J., Durepos G., Wiebe E. Encyclopedia of Case Study Research. Thematic Analysis. 2010. Online ISBN: 9781412957397 <http://dx.doi.org/10.4135/9781412957397>
- Miller Delbert C, Salkind Neil J. Handbook of Research. Design & Social Measurement. Phenomenology. 2002, Online ISBN: 9781412984386
- Biber H. The craft of qualitative research. A Holistic Approach, 2005. http://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/6196_Chapter_1_Hesse_Biber_I_Proof.pdf [žiūrėta 2015 07 20].
- Fredriksson-Larsson U, Alsén P, Karlson BW, Brink E. Fatigue two months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies. J Clin Nurs. 2015 May 19. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12876>
- Larsen K.K. Depression following myocardial infarction--an overseen complication with prognostic importance. Dan Med J. 2013 Aug;60(8):B4689. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23905572> [žiūrėta 2015 06 29].
- Frazier SK, Moser DK, O'Brien JL, Garvin BJ, An K, Macko M. Management of anxiety after acute myocardial infarction. Heart Lung. 2002 Nov-Dec;31(6):411-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12434142> [žiūrėta 2015 06 29]. <http://dx.doi.org/10.1067/mhl.2002.129445>
- Vasiliauskas D., Jasiukevičienė L., Andziulis A., Šlapikas R., Babarskienė R., Kubilius R. Širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių ligonių reabilitacija – naujas požiūris į stereotipus. Kaunas, 2011; 10-141.
- Carney RM, Blumenthal JA, Catellier D, Freedland KE, Berkman LF, Watkins LL, Czajkowski SM, Hayano J, Jaffe AS. Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction. Am J Cardiol. 2003 Dec 1;92(11):1277-81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14636903> [žiūrėta 2015 07 23]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2003.08.007>
- Kristofferzon M.L., Löfmark R., Carlsson M. Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. Journal of Clinical Nursing 2007; 16(2):391-401. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x> [žiūrėta 2015 07 22]. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x>
- Dodson JA, Arnold SV, Reid KJ, Gill TM, Rich MW, Masouidi FA, Spertus JA, Krumholz HM, Alexander KP. Physical function and independence 1 year after myocardial infarction: observations from the Translational Research Investigating Underlying disparities in recovery from acute Myocardial in-

- farction: Patients' Health status registry. *Am Heart J.* 2012 May; 163(5): 790-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22607856> [žiūrėta 2015 07 23]
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2012.02.024>
12. Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med.* 2000 Jun; 247(6): 629-39 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10886484> [žiūrėta 2015 07 23]
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2796.2000.00694.x>
13. Dodson JA, Arnold SV, Reid KJ, Gill TM, Rich MW, Masouidi FA, Spertus JA, Krumholz HM, Alexander KP. Physical Function and Independence One Year Following Myocardial Infarction: Observations from the TRIUMPH Registry. *Am Heart J.* 2012 May; 163(5): 790–796. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3359897/> [žiūrėta 2015 07 23].
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2012.02.024>

CHANGES IN INDEPENDENCE, FUNCTIONAL CAPACITY AND ATTITUDE TOWARDS A PERSON IN PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION DURING A PERIOD OF TREATMENT AND AT HOME

E. Lamsodienė, G. Juškytė

Key words: myocardial infarction (MI), independence, functional capacity, activity, attitude towards oneself.

Summary

According to statistics, around 8 thousand myocardial infarctions are diagnosed in Lithuania every year. It noticeably deteriorates human's activity and a person's life quality, as a result a disability occurs, a blood circulation disorder decreases a person's working activity, so it becomes more difficult to adapt to the environment.

In order to reach the objectives of this research, a phenomenological research method has been used. The semi-structured interview has been used for data collection, this interview covered the following three main parts: independence, functional capacity and attitude towards a person during a period of treatment and at the homes of the individuals who had a myocardial infarction. A questionnaire was drawn up and the respondents were met three times. Each of them had to answer the four following questions: 1) What impact has MI had on your independence in your day-to-day activities? 2) How has your physical ability changed at your daily activities? 3) How has your attitude towards yourself changed after MI? 4) What impact will MI have on your working life and leisure time? Unexpected questions motivated respondents to answer as truthfully and in as much depth as possible.

When choosing respondents for this research, they had to meet the following requirements: first – the group should consist of individuals, who had experienced MI within the last 48 hours

second – the group should consist of people, who had been undergoing treatment in LSMUL I cardiologic section in April, 2015, third – the group should include individuals who were sent home after the hospital treatment, finally – the group should consist of people who are fully conscious of their situation, environment, themselves and time. Six respondents aged from 45 to 69 (average 57, 5 years) participated in this research. They were told about the research including, its purpose and progress. They were also asked to leave their contact numbers so that it was easier to contact them and arrange the meetings. Each interview took around 20 minutes, a recorder was used during the interview, the first two meetings took place in a hospital section that respondents were familiar with. The third meeting was arranged in a place which was convenient for both sides. The first meeting was arranged no more than 48 hours after the respondent had gone to the hospital. The second meeting was arranged on the same day when respondent had been discharged from the hospital (average time is 7 days). The third meeting was after arranged after 7/8 days spent at home.

During each interview, all respondents emphasized changes in their independence, physical ability and attitude towards themselves after MI in different periods of recovery. 15 sub-themes were picked out during the initial coding. They got expedient titles. Thereafter, every sub-theme was attributed to the following 3 major themes: a) a change of independence; b) changes in physical ability; c) thoughts, feelings and emotions.

All individuals participating in this research admitted that they did not feel any major changes in their day-to-day activities during the first two days after MI. However, they have acknowledged that it is difficult to assess their potential realistically as there is a lack of physical activities in a hospital.

Respondents who had experienced MI after still being in a hospital admitted feeling anxiety about the future and health changes for the worse. They also expressed uncertainty about their future performance in life and they also expressed negative thoughts, regarding employment opportunities.

Respondents who had experienced MI and participated in this research expressed both positive and negative attitudes towards themselves: the burden of household and etc.

Individuals could evaluate a decrease in their physical ability only when they came back home. This factor made many decide it was easier to them to work less or lower the pace of activities.

Correspondence to: evelina.lamsodiene@go.kauko.lt

Gauta 2015-09-10