

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Viktorija Jurgilė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

Chirurgines operacijas patiriančių pacientų nerimo raiškos ypatumai

Darbo vadovas: doc. dr. Alfredas Laurinavičius

Vilnius 2023

Turinys

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
SVARBIAUSIOS SAŲOKOS.....	5
Pratarmė.....	6
1. ĮVADAS.....	8
1.1. Nerimo samprata.....	8
1.2. Chirurgines operacijas patiriančių pacientų nerimas ir jo priežastys.....	9
1.2.1. Skausmas.....	10
1.2.2. Nežinomybės ir mirties baimė.....	11
1.2.3. Perioperacinio nerimo kokybiniai tyrimai.....	12
1.3. Perioperacinio nerimo rizikos veiksniai.....	13
1.4. Asmenybės bruožai ir nerimo raiška.....	15
1.5. Pagalbos būdai.....	16
1.6. Tyrimo tikslas ir uždaviniai.....	19
2. TYRIMO METODIKA.....	20
2.1. Kiekybinio tyrimo dalyviai.....	20
2.1.1. Kokybinio tyrimo dalyviai.....	21
2.1. Kiekybinio tyrimo eiga ir instrumentai.....	21
2.2.2. Kokybinio tyrimo eiga ir metodai.....	24
2.2. Kiekybinio tyrimo duomenų analizė.....	24
2.2.3. Kokybinio tyrimo duomenų analizė.....	25
3. REZULTATAI.....	26
3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai.....	26
3.1.1. Bendra nerimo tendencija visoje imtyje.....	26
3.1.1. Nerimo ir asmenybės bruožų sąsajos.....	26
3.1.2. Nerimo įverčiai vyrų, moterų, vyresnių, jaunesnių ir skirtingų intervencijų grupėse.....	27
3.2. Kokybinio tyrimo rezultatai.....	31
3.2.1. Priešoperacinis laikotarpis.....	31
3.2.2. Buvimo ligoninėje laikotarpis.....	35
3.2.3. Po operacinis laikotarpis.....	37
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	40
4.1. Tyrimo ribotumai, įžvalgos tolimesniems tyrimams ir praktinės rekomendacijos.....	43
IŠVADOS.....	45
Literatūra.....	46
Priedai.....	50
1 priedas. Kokybinio tyrimo klausimai.....	50
2 priedas. Kategorijos ir pakategorės.....	51
3 priedas. Papildomi skaičiavimai kontrolinėje ir intervencinėse grupėse.....	53

SANTRAUKA

Chirurgines operacijas patiriančių pacientų nerimo raiškos ypatumai, Viktorija Jurgilė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2023 m., 53 psl.

Mokslinė literatūra, tyrinėjanti priešoperacinį nerimą, pripažįsta, kad pacientai patiria nerimą, tačiau dauguma jų atliko kiekybinius tyrimus ir vis dar trūksta gilesnio nerimo supratimo perioperaciniu laikotarpiu. Taigi šio tyrimo tikslas – išsiaiškinti pacientų patiriamo nerimo raiškos ypatumus perioperaciniu laikotarpiu bei įvertinti pacientų informavimo apie operaciją įtaką patiriamam nerimui. Buvo pasirinkta atlikti kiekybinį ir kokybinį tyrimus. Kiekybiniame tyrime dalyvavo 42 tiriamieji. Tyrimo dalyvių amžius nuo 19 iki 84 metų ($M = 57,52$, $SD = 16,90$), iš jų 25 moterys (59,5%), amžiaus vidurkis 55,24 ir 17 vyrų (40,5%), amžiaus vidurkis 60,88. Naudoti instrumentai: Asmenybės bruožų klausimynas (BFI-2) ir Beck'o nerimo klausimynas. Kokybiniame tyrime dalyvavo 6 tiriamieji: 5 moterys ir 1 vyras. Tyrimo duomenys rinkti pusiau struktūruoto interviu metodu, duomenys analizuoti teminės analizės būdu. Buvo nustatyta, kad labiausiai nerimaujama prieš pat operaciją, moterys ir vyresnio amžiaus pacientai nerimavo labiau. Papildomo informavimo apie operaciją ir anesteziją įtakos nerimo pokyčiams nenustatyta. Kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė skirtingus nerimo raiškos ypatumus trijuose laikotarpiuose: priešoperacinis laikotarpis, buvimas ligoninėje ir pooperacinis laikotarpis.

Raktiniai žodžiai: perioperacinis laikotarpis, priešoperacinis nerimas, nerimo raiška, chirurginės operacijos, pacientai.

SUMMARY

Peculiarities of anxiety in patients undergoing surgical operations, Viktorija Jurgilė, Vilnius, Vilniaus university, 2023, 53 p.

Scientific literature investigating preoperative anxiety acknowledges that patients experience anxiety. However, most of them have conducted quantitative studies, and there is still a lack of deeper understanding of anxiety during the perioperative period. Therefore, the aim of this study is to determine the specific manifestations of anxiety experienced by patients in the perioperative period, as well as to evaluate the influence of patient information about the surgery on the experienced anxiety. Both quantitative and qualitative research methods were chosen for this study. In the quantitative study, 42 participants took part. The age of the study participants ranged from 19 to 84 years ($M = 57.52$, $SD = 16.90$), with 25 females (59.5%) and an average age of 55.24, and 17 males (40.5%) with an average age of 60.88. The instruments used were the Personality Traits Questionnaire (BFI-2) and Beck's Anxiety Inventory. In the qualitative study, 6 participants took part: 5 females and 1 male. Data for the study were collected through semi-structured interviews, and thematic analysis was used for data analysis. It was determined that the highest level of anxiety was experienced before the actual surgery, with females and older patients exhibiting higher levels of anxiety. No significant impact of additional information about the surgery and anesthesia on changes in anxiety levels was identified. The results of the qualitative study revealed different manifestations of anxiety during three periods: preoperative, during the hospital stay, and postoperative periods.

Keywords: perioperative period, preoperative anxiety, expression of anxiety, surgical operations, patients.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Nerimas – tai laukimas kažko negera, vidinė įtampa. Žmogus tikrai nežino, kas gali atsitikti, bet jaučia, kad atsitiks kažkas bloga. Nežinojimas dažnai išgyvenamas sunkiau negu bloga žinia ar įvykis. Nerimui būdinga vidinė įtampa, žmogus negali nustygti vietoje, sutrinka jo apetitas, miegas, psichinė veikla susitelkia tik į šias mintis ir išgyvenimus (Dembinskas, 2003).

Nocebo efektas – reiškinys, kai nekenksminga medžiaga arba gydymo procedūra sukelia neigiamus simptomus arba nepageidaujamus reiškinius, tiesiogiai dėl paciento tikėjimo arba lūkesčių (National cancer institute, NCI dictionaries).

Perioperacinis laikotarpis apibūdina tris bet kokios operacijos fazes: priešoperacinę fazę, intraoperacinę fazę ir pooperacinę fazę. Pirmoji – priešoperacinė fazė, prasideda nuo sprendimo dėl operacijos ir baigiasi operacijos pradžia. Antroji – intraoperacinė fazė, apima pačią operaciją. Ji prasideda nuo operacijos ir baigiasi, kai pacientas perkeliamas į poanestezijos priežiūros skyrių. Paskutinė – pooperacinė fazė, prasideda iškart po operacijos, kai pacientas yra pasirengęs palikti poanestezijos priežiūros skyrių (Chintale, 2021).

Priešoperacinis nerimas – tai nerimo ar įtampos būseną, kuri atsiranda pacientui nerimaujant dėl ligos, gydymo į ligoninę, planuojamos anestezijos, operacijos bei nežinomybės (King et al., 2019).

Pratarmė

Apsilankymas gydymo įstaigoje yra neišvengiamas, didžioji dalis lankymosi nėra susijusi su chirurginėmis operacijomis, tačiau būtent pastarieji yra susiję su didžiausiu nerimu. Teigiama, kad nepriklausomai nuo operacijos tipo ir sunkumo, pats operacijos numatymo faktas gali sukelti didelį nerimo lygį. Nerimas prasideda iš karto, kai tik suplanuojama chirurginė operacija, ir maksimalų intensyvumą pasiekia, kai patenkama į ligoninę (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar & Khan, 2007).

Nerimo lygis priklauso nuo daugelio veiksnių: amžiaus, lyties, siūlomos operacijos tipo, ankstesnių chirurginių intervencijų, asmens polinkio į stresines situacijas (Badner et al., 1990; Caumo et al., 2001; Jawaid et al., 2007; Blaževičiūtė, Gedrimė, Brasaitė, Rapolienė ir Razbadauskas, 2017). Tam tikras nerimo lygis yra natūrali reakcija į grėsmingas situacijas, kurios gali būti būdingos priešoperaciniam laikotarpiui, ypač jei pacientui tai pirmoji operacija (Jawaid et al., 2007). Kalbėti apie pacientų nerimą yra svarbu, nes atlikti tyrimai parodo, kad nepriklausomai nuo chirurginės intervencijos pobūdžio, pacientų emocinė būklė prieš ir po operacijos turi poveikį tolimesnei gydymo eigai (Wilson et al., 2016).

Publikuojamuose tyrimuose skelbiama, kad nemažai asmenų patiria priešoperacinį nerimą. Skaičiai svyruoja nuo 11 iki 80 procentų (King, Bartley, Johanson & Broadbent, 2019; Caumo et al., 2001). Aust su kolegomis (2018) atliko tyrimą, kuriame dalyvavo daugiau nei 3000 pacientų. Iš jų net 92,6% patyrė priešoperacinį nerimą, o 40,5% pranešė apie didelį nerimą. Tema aktuali, nes ne tik nemažai žmonių patiria nerimą, tačiau jį įvardija kaip blogiausią dalyką, susijusį su operacija. Walker, Bell, Cook, Grocott ir Moonesinghe (2016) atliktame tyrime, kuriame dalyvavo daugiau nei 15 tūkstančių žmonių, daugiau nei 33% jų nerimą įvardijo kaip blogiausią dalyką, susijusį su operacija. Antroje ir trečioje vietoje atitinkamai liko skausmas ir negalėjimas atlikti įprastos veiklos.

Padidėjęs nerimo lygis siejamas ir su pacientų turima informacija apie atliekamą operaciją (Prado-Olivares & Chover-Sierra, 2019). Pastebėta, kad tikslingas pacientų mokymas apie jiems numatomą anesteziją, chirurginę procedūrą yra tiesiogiai susijęs su mažesniu patiriamu nerimo lygiu prieš operaciją ir po jos bei geresniais pacientų gydymo rezultatais (Stamenkovic et al., 2018). Taigi, svarbu būtų išsiaiškinti, kokia situacija yra Lietuvoje, ir šiame tyrime bus siekiama įvertinti tokios informacijos poveikį pacientų nerimui.

Apžvelgiant literatūrą pastebėta, kad dauguma atliktų tyrimų, kurie nagrinėjo chirurgines operacijas patiriančių pacientų nerimą, rėmėsi tik kiekybiniais tyrimais, kurių gaunami rezultatai ne visada skelbia vienodas išvadas. Taigi, šiame darbe nuspręsta naudoti ir kiekybinius duomenis, siekiant išsiaiškinti kokia situacija yra Lietuvoje. Tačiau vien tik kiekybinių tyrimų naudojimas gali būti ribojantis. Uždari klausimai su priverstinio pasirinkimo variantais apriboja pacientų reakcijas, neatspindi to, dėl ko pacientai iš tikrųjų nerimauja. Todėl šiame darbe buvo pasirinkta atlikti ir

kokybinį tyrimą. Kokybinio tyrimo strategija suteikia galimybę iš arčiau pažvelgti į tyrimo dalyvių nerimo raiškos ypatumus.

Šis tyrimas aktualus, nes atskleistos tyrimo dalyvių patirtys gali pasitarnauti psychologams, gydymo įstaigos personalui darbe su pacientais perioperaciniu laikotarpiu.

1. ĮVADAS

1.1. Nerimo samprata

Skirtingi autoriai pateikia skirtingus nerimo apibrėžimus. Izard (1972) siūlo visiems laikams atsisakyti sampratos, kad egzistuoja vieningas nerimo reiškinyis ir teigia, kad nerimas nėra vienamatis. Autoriaus siūlymu, nerimas turėtų apimti baimę bei dvi ar daugiau pagrindinių emocijų – kančią (*distress*), pyktį, gėdą (įskaitant drovumą ir kaltę) ir teigiamą susidomėjimo emociją – susijaudinimą (Izard, 1972). Freudas ankstyvuosiuose savo raštuose teigė, kad pirmasis nerimo išgyvenimas susijęs su nevalingu atsiskyrimu nuo pirminio meilės objekto – motinos arba motinos figūros (Freud, cit., iš Izard 1972).

Dembinskas (2003) nerimą apibūdina kaip vidinę įtampą, laukimą kažko negero. Nerimas siejamas su nežinojimu. Žmogus nežino, kas gali atsitikti, tačiau jaučia, kad atsitiks kažkas negero. Teigiama, kad nežinojimas dažnai išgyvenamas sunkiau negu bloga žinia ar įvykis. Žmogui nerimaujant sutrinka jo apetitas, miegas, psichinė veikla susitelkia tik į mintis ir išgyvenimus, susijusius su nerimu. Grupe ir Nitschke (2013), nerimą apibrėžia kaip nemalonią emocinę būseną, sudaryta iš emocijų, pažintinių ir elgesio pokyčių reaguojant į netikrumą dėl būsimos grėsmės.

Nerimu laikoma adekvati žmogaus reakcija į stimulus, kai tai atitinka potencialiai grėsmingą situaciją. Toks nerimas padeda žmogaus organizmui mobilizuotis. Nerimui pasiekus aukštą lygį, jis nebepadeda ir gali jau trukdyti (Germanavičius, 2006). Autorius ribą tarp normalaus nerimo ir nerimo sutrikimo skiria remiantis Tarptautinės sveikatos problemų ir sutrikimų klasifikacijos 5 skyriumi „Psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika“. Nerimo sutrikimas diagnozuojamas tada, kai sukelia psichologinį distresą ir kartu su juo pasireiškia somatiniai nerimo komponentai: arterinio kraujo spaudimo svyravimai, prakaitavimas, galūnių tremoras ir kiti simptomai.

Reiktų atskirti du nerimo tipus: nerimas kaip būseną ir nerimas kaip savybę. Būsenos nerimas, kaip minėta anksčiau tekste, reiškia ūmius, situacijos sąlygotus nerimo epizodus, kurie nesitęsia ilgiau nei juos sukėlusioje situacijoje. Tai laikina emocinė būseną, kurią sudaro įtampos, baimės, nervingumo ir nerimo jausmai bei padidėjęs autonominės nervų sistemos aktyvumas. Ši būseną skiriasi intensyvumu ir laikui bėgant svyruoja (Caumo et al., 2001). Nerimas kaip savybė apibūdinamas kaip asmens polinkis jausti nerimą (Beddows, cit. iš Wilson et al., 2016). Asmenys, turintys nerimo bruožų, paprastai yra nervingi, pernelyg jautrūs dirgikliams ir psichologiškai labiau reaguoja į tam tikras situacijas. Aukšti būsenos nerimo balai rodo aukštą nerimo lygį vertinimo momentu, o aukštas bruožų nerimo lygis rodo nerimastingą asmenybę (Caumo et al., 2001).

Nerimas, baimė ir stresas dažnai būna persipynę. Kai kurie tyrėjai sutapatino nerimą su baimė (Levitt, cit. iš Izard 1972). Horney (2004) anksčiau nerimo terminą taip pat vartojo kaip baimės sinonimą, tačiau dažniausiai stengiamasi atskirti nerimą nuo baimės, nors ir kaip glaudžiai jie būtų

susiję. May nerimą apibrėžė kaip išsklaidytą nuogąstavimą, kuris skiriasi nuo baimės savo neapibrėžtumu, bejėgiškumu ir grėsme asmenybės pagrindui (May, cit. iš Izard, 1972). Horney (2004) stengėsi aiškiai ir paprastai atskirti nerimą nuo baimės. „Baimė – tai reakcija, proporcinga kilusiam pavojui, o nerimas – neproporcinga pavojui reakcija arba netgi reakcija į įsivaizduojamą pavojų“ (Horney, 2004, p. 40). Autorė taip pat mini bejėgiškumą, kad pagautas nerimo žmogus gali jaustis bejėgiu. Kai kalbama apie baimę, sakoma, kad žmogus žino, ko bijo, ir baimė susijusi su esamuoju laiku, tuo tarpu nerimas – būsimuoju laiku ir nežinomybe. Bystritsky ir Kronemyer (2014), teigia, kad nerimas yra pagrįstas baime ir reikalauja pažintinio įvertinimo ir aplinkos stimulo pripažinimo kaip grėsmės.

Nerimas ir stresas turi bendrų bruožų, juos gali būti sunku atskirti. Kaip teigia Bystritsky ir Kronemyer (2014), nerimas pirmiausia yra baime grįstas atsakas į grėsmę, o stresas yra automatinė, autonominė psichinės ar emocinės įtampos būseną, atsirandanti dėl nepalankių ar sudėtingų aplinkybių, ypač kai išteklių riboti. Žmonės skirtingai reaguoja į stresines aplinkybes, priklausomai nuo jų fiziologinių, pažintinių ir emocinių išteklių. Išskiriami trys streso elementai: pirmasis – aplinkos stimulus; antrasis – dirgiklio vertinimas kaip pernelyg slegiantis, asmuo suvokia, kad negali susidoroti su iššūkiu; trečiasis – išmatuojamas atsakas į dirgiklį (Goodnite, cit. iš Bystritsky & Kronemyer, 2014).

Apibendrinant galima teigti, kad nėra vieno universalaus nerimo apibrėžimo, skirtingi autoriai akcentuoja skirtingus nerimo aspektus. Operacijos faktas kelia nerimą, susirūpinimą, nes tai siejasi su nežinomybe, grėsminga situacija, baime dėl skausmo, komplikacijų. Mokslinėje literatūroje apibūdinti chirurgines operacijas patiriančių pacientų nerimą, dažnai naudojamas terminas priešoperacinis nerimas.

1.2. Chirurgines operacijas patiriančių pacientų nerimas ir jo priežastys

Priešoperacinis nerimas – tai nerimo ar įtampos būseną, kuri atsiranda pacientui nerimaujant dėl ligos, guldymo į ligoninę, planuojamos anestezijos, operacijos bei nežinomybės (King et al., 2019). Nerimas yra dažna pacientų reakcija laukiant operacijos (Wilson et al., 2016). Priešoperacinį nerimą patiria nuo 11 % iki 80 % asmenų (Caumo et al., 2001; King et al., 2019). Mulugeta, Ayana, Sintayehu, Dessie ir Zewdu, (2018) atliktame tyrime, kuriame dalyvavo 353 pacientai, laukiantys operacijos, nustatė, kad 61% pacientų jautė didelį nerimą prieš operaciją.

Daugelyje tyrimų, kuriuose buvo tiriamas priešoperacinis nerimas nustatyta, kad pacientai patiria vidutinį nerimo lygį (Aust et al., 2018). Teorijos siūlo keletą veiksnių, kurie gali turėti įtakos priešoperaciniam nerimo lygiui. Viena iš jų teigia, kad nerimas kyla dėl jaučiamo kontrolės praradimo (Friedlander ir kt., cit. iš King et al., 2019). Wilson-Barnett kėlė teoriją, kad priešoperacinis nerimas

kyla dėl suvoktų grėsmių, tokių kaip galimas skausmas, nepriklausomybės praradimas, kūno įvaizdžio pokyčiai ir nepageidaujami diagnostikos rezultatai (Wilson-Barnett, cit. iš King et al., 2019). Johnston teigė, kad netikrumas dėl pooperacinio atsigavimo, susirūpinimas šeima, darbu taip pat gali prisidėti prie priešoperacinio nerimo (Johnston, cit. iš King et al., 2019).

Carr, Brockbank, Allen ir Strike (2006) atliko mišrų tyrimą, taikant kiekybinius ir kokybinius metodus. Jie nustatė, kad nerimo priežastys siejamos su priežiūros organizavimu ir teikimu, tapimu ligoniu, nežinomybe bei susirūpinimu kitais. Kiti tyrėjai patvirtina, kad didesnis nerimas gali būti susijęs ir su tuo, kaip pacientai suvokia savo ligą. Ligos suvokimas buvo reikšmingai ir teigiamai susijęs su priešoperaciniu nerimu. Gauti rezultatai aiškinami taip, kad pacientai, kurie savo ligą suvokia kaip neigiamą, sunkią, lėtinę ar nekontroliuojamą, gali patirti padidėjusį nerimą, baimę ir skepticizmą. Nesant tikram dėl savo operacijos, į ją žiūrint pesimistiškai, gali kilti mirties, negalios baimė (Saritas & Ozdemir, 2018).

Caumo ir kitų (2001) teigimu, nerimo simptomus sukelia laukiamas pooperacinis skausmas, atsiskyrimas nuo šeimos, neveiknumas, nepriklausomybės, kontrolės praradimas, operacijos bei mirties baimė. Mulugeta ir kiti (2018) nustatė, kad dažniausias priešoperacinį nerimą sukeliantis veiksnys buvo komplikacijų baimė, taip teigė daugiau nei pusė respondentų. Įtakoti nerimo lygį gali ankstesnės psichikos ligos, tokios kaip depresija, nerimo ar nedideli psichikos sutrikimai (Caumo et al., 2001). Didesnis nerimo lygis prieš operaciją gali įtakoti didesnius skausmus po operacijos. Jaučiamas skausmas po operacijos gali turėti įtakos paciento emocinei būsenai ir sukelti nerimą.

1.2.1.Skausmas

Nors nerimas įprastas jausmas, kurį sukelia grėsmingo įvykio numatymas – chirurginė procedūra, tačiau tai gali neigiamai paveikti paciento gydymo rezultatus (Buonanno et al., 2017). Stresas, baimė, neveiksmingos įveikos strategijos yra pasireiškiančio didesnio skausmo veiksniai (Menendez & Ring, 2016). Nerimas veikia ne tik psichologinę ir emocinę būseną, tačiau gali lemti ir fizinius sutrikimus. Nerimas priešoperaciniu laikotarpiu yra dažniausia problema, susijusi su daugeliu pooperacinių komplikacijų, tokių kaip didesnis pooperacinis skausmas, ilgesnis gijimas, ilgesnis buvimas ligoninėje. Nustatyta, kad priešoperacinis nerimas sukelia daugybę problemų, tokių kaip pykinimas, vėmimas, širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai, tokių kaip tachikardija ir hipertenzija bei padidėja infekcijos rizika. Pacientams, kuriems yra didelis priešoperacinio nerimo lygis, reikia didesnių anestetikų dozių ir jie sunkiau sveiksta (Mulugeta et al., 2018). Nerimas padidina kortizolio kiekį, kuris siejamas su ilgesniu žaizdų gijimo laiku, susilpnėjusiu imuniniu atsaku, padidėjusiu infekcijų kiekiu. Prieš operaciją nerimaujantiems pacientams dažnai reikia daugiau anestezijos. Nerimas turi įtakos pacientų pasitenkinimui gydymo rezultatais, personalu (Wilson et al., 2016; Caumo et al., 2001).

Nemažai atliktų tyrimų parodė teigiamą ryšį tarp nerimo ir skausmo, kai mažiau nerimastingi pacientai patiria mažiau skausmo (Carr et al., 2006; Vaughn, Wichowski & Bosworth, 2007; Kornilov, 2016). Piščalkienė ir Stasiūnaitienė (2014) nustatė, kad pirmą parą po operacijos didesnę skausmą jautė tie pacientai, kurie labiau nerimavo prieš operaciją. Taip pat buvo įrodyta, kad nerimastingam pacientui reikia ilgiau gulėti ligoninėje po operacijos (Carr et al., 2006). Kad didesnis priešoperacinis nerimas lemia didesnę pooperacinę skausmą nustatė ir daugelis kitų tyrėjų (Vaughn et al., 2007; Ji, Sang, Zhang, Zhu, & Bo, 2022). Skausmo ir nerimo sąsajų priežastys gali būti tokios, kad nerimas yra susijęs su žemesniu skausmo slenksčiu, skausmo intensyvumo pervertinimu bei biologiniais procesais smegenyse (Ji et al., 2022).

Menendez ir Ring (2016) teigimu, ramybė yra geriausias skausmo malšinimo būdas. Kuo labiau į skausmą reaguojama, tuo labiau kyla kančia ir mažiau galima padaryti. Priešingai, kuo pacientai labiau jaučiasi saugūs, pasitikintys savimi, tuo mažiau skausmo patiria. Pernelyg katastrofiškas mąstymas ir mažas saviveiksmingumas susijęs su didesniu raumenų ir kaulų skausmo intensyvumu bei vaistų vartojimu po operacijos. Autoriai gan drąsiai teigia, kad vienintelis veiksmingiausias skausmą malšinantis vaistas yra saviveiksmingumas, jausmas, kad žmogus gali susitvarkyti, kad viskas bus gerai.

1.2.2. Nežinomybės ir mirties baimė

Grupe ir Nitschke (2013) teigia, kad žmogaus smegenys, tai „nujautimo mechanizmas“ ir „ateities kūrimas“ ir tai yra svarbiausi dalykai, kurį jos daro. Gebėjimas pasinaudoti praeities patirtimi ir informacija apie dabartinę mūsų būseną ir aplinką, nuspėjant ateitį, leidžia padidinti norimų rezultatų tikimybę, tuo pačiu išvengti būsimų nelaimių arba joms pasiruošti. Šis gebėjimas yra tiesiogiai susijęs su mūsų tikrumo dėl būsimų įvykių lygiu – kokia jų tikimybė, kada jie įvyks ir kokie jie bus. Nežinomybė sumažina veiksmingumą ir efektyvumą ruošiantis ateičiai ir taip prisideda prie nerimo (Grupe & Nitschke, 2013). Dažnai operaciją lydi nežinomybės jausmas, ypač tuos, kuriems ji yra pirmoji. Sąsaja su praeityje buvusiomis operacijomis ir jų pasekmėmis sveikatai, taip pat gali padidinti nežinomybės baimę, nes pacientai gali jaustis neramiai prisiminę ankstesnes patirtis ir nerimauti dėl galimų panašių rezultatų. Pacientai nerimauja dėl būsimos anestezijos, kuri taip pat siejama su nežinomybe, kontrolės praradimu.

Seniausia ir stipriausia žmonijos emocija yra baimė, o seniausia ir stipriausia baimės rūšis yra nežinomybės baimė (Joshi & Schultz, cit. iš Carleton, 2016). Nežinomybės bei mirties baimės yra vienos iš faktorių, kas sukelia chirurgines operacijas patiriančių pacientų nerimą. 2017 metais Lietuvoje atliktame tyrime 7.9% respondentų teigė, kad baimė nepabusti (mirties baimė) jiems labiausiai kėlė nerimą priešoperaciniu laikotarpiu (Blaževičiūtė ir kiti, 2017). Suvokimas apie mirtį, mirties baimė yra dalis žmogaus gyvenimo, tai neišvengiama, tačiau tai gali sustiprėti laukiant

operacijos. Tiek klinikiniai stebėjimai, tiek teorinės žinios rodo, kad nerimas dėl sveikatos yra susijęs su patologine mirties baime (Iverach et al., 2014). Carleton (2016) paskelbtame teoriniame straipsnyje įvardijo tris pagrindines baimes: mirties, skausmo ir nežinomybės. Nežinomybės baimę jis siūlo laikyti pagrindine baimė, kuri valdo visas kitas baimes, jas apjungia sukeldama nerimą. Iverach ir kiti (2014) straipsnyje cituoja Yalomą (2008), pasak kurio, mirties nerimas yra pagrindinė baimė.

Nežinomybės baimė apibrėžiama kaip asmens polinkis patirti baimę, kurią sukelia suvokiamas informacijos trūkumas bet kuriame sąmonės lygyje ar apdorojimo taške (Carleton, 2016). Išsami informacija gali padėti sumažinti nežinomybę, tačiau, kaip teigia Grupe ir Nitschke (2013), tokia informacija retai prieinama dėl įgimtos ateities neapibrėžtumo. Pacientai perioperaciniu laikotarpiu patiria tiek baimę, tiek nerimą. Papenfuss ir Ostafin (2021) tyrimo rezultatai parodė, kad mirties, skausmo ir nežinomybės baimės prognozuoja nerimą. Koreliacija tarp nežinomybės baimės ir nerimo buvo didžiausia. Manoma, kad papildoma informacija, mažinanti nežinomybę, turėtų sumažinti nerimą.

1.2.3. Perioperacinio nerimo kokybiniai tyrimai

Pastebėta, kad tyrinėjant chirurgines operacijas patiriančių pacientų nerimą, dauguma tyrimų naudojo kiekybinę analizę ir tik maža jų dalis – kokybinę. Vienas tokių, Carr ir kitų (2006) paskelbtas tyrimas. Telefonu buvo apklaustos 44 moterys, praėjus savaitei po atliktos ginekologinės operacijos. Autoriai skelbia, kad nerimo šaltiniai buvo susiję su keturiomis pagrindinėmis temomis. Pirmoji tema – priežiūros organizavimas ir teikimas, apimantis laukimo laiką, operacijos atšaukimą, personalo požiūrį ir ligoninės aplinką. Antroji tema – tapimas pacientu, susijusi su nepriklausomybės praradimu ir pažeidžiamumo jausmu. Trečioji – nepakankama informacija ir prieštaringų patarimų gavimas. Paskutinė tema – rūpestis kitais, apėmė draugus ir šeimos narius, taip pat kitus ligonius. Šio tyrimo ribotumas tas, kad apklaustos tik moterys ir yra žinoma iš kitų tyrimų, kad moterys nerimauja labiau nei vyrai.

Vienas naujausių kokybinių tyrimų, atliktas King ir kitų (2019), kurio metu išaiškėjo penkios pagrindinės temos susijusios su priešoperaciniu nerimu. Pirmoji – chirurginių procedūrų baimė, siejama su adatomis, pjūviais, ėjimu į operacinę, anesteziją ir su tuo susijusį sąmoningumo, kontrolės praradimą. Antroji – chirurginės komplikacijos, siejamos su nerimu, kas nutiks po operacijos. Daugelis pacientų nerimavo dėl galimų gydytojų klaidų operacijos metu, nors suprato, kad jų tikimybė yra labai maža. Kiti nerimavo, kad chirurgų komanda operacijos metu atras kitą ligą ar liks randai. Trečioji – simptomų baimė, siejama su pooperaciniu skausmu, diskomfortu. Ketvirtoji – atsigavimas po operacijos, kad negalės atlikti savo įprastos veiklos ir kokios laukia pasekmės. Ši tema

turėjo dvi potemes – „rūpestis dėl kitų“ ir „grįžimas į kasdienį gyvenimą“. Pacientai nerimavo, kaip susitvarkys šeima jų sveikimo laikotarpiu. Daug susirūpinimą keliančių dalykų buvo susijusių su praktiniais klausimais, pavyzdžiui, kaip vaikai nuvažiuos į mokyklą, maisto ruošą, rūpestis dėl šeimos narių, kaip jie emociškai susitvarkys, kol tiriamasis yra ligoninėje. Penktoji – priežiūros organizavimas ir teikimas, susijusi su priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu. Respondentai teigė, kad operacijos laukimas jiems kelia nerimą, kiti minėjo pernelyg ilgą operacijos laukimo laiką bei nežinomumą, kada bus atlikta operacija.

Šios penkios temos iliustruoja platų daugiamačią chirurgines operacijas patiriančių pacientų nerimo pobūdį. Autorių teigimu, jų gauti rezultatai patvirtina kitų autorių teorijas. Daugelis respondentų išsakytų problemų yra panašios į Carr ir kitų (2006) gautas išvadas apie nerimą dėl galimų rizikų, laukiamo diskomforto, planavimo problemų, riboto supratimo ir informacijos apie operaciją trūkumo, rūpesčių, susijusių su ligoninės aplinka ir personalu. King ir kiti (2019) teigia, kad tyrimo metu nustatė keletą papildomų išylančių problemų: rūpesčiai susiję su dabartine sveikatos būkle, kurie gali komplikuoti operaciją ir sveikimą, susirgimai ar infekcija ligoninėje, chirurginiai randai ir asmeninio privatumo trūkumas. Autoriai, tyrinėjantys perioperacinį nerimą, taip pat aiškinosi, kokie veiksniai gali padidinti nerimą. Šiame tyrime buvo nuspręsta įvertinti nerimą skirtingais etapais. Kas yra siejama su nerimu priešoperaciniu, intraoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu.

1.3. Perioperacinio nerimo rizikos veiksniai

Kiekvieno paciento nerimo laipsnis priklauso nuo daugelio veiksnių: amžiaus, lyties, ankstesnės operacijos patirties, išsilavinimo, siūlomos operacijos tipo, dabartinės sveikatos būklės, socialinės, ekonominės padėties (Mulugeta et al., 2018; Wilson et al., 2016, Jawaid et al., 2007; Caumo et al., 2001). Kai kurioms pacientų grupėms, pavyzdžiui moterims, jaunesniems pacientams, pacientams, kurie anksčiau neturėjo chirurginių operacijų yra labiau padidėjęs priešoperacinis nerimas (Mulugeta et al., 2018). Apie tai, kad intensyvesnį nerimą patiria jaunesnio amžiaus pacientai, patvirtina ir kiti tyrimai (Shafer, Fish, Gregg, Seavello & Kosek, 1996; Mavridou, Dimitriou, Manataki, Arnaoutoglou, & Papadopoulos, 2013).

Amžiaus riba tyrimuose skiriasi. Shafer ir kitų (1996), tyrime labiau nerimavo jaunesni nei 45 metų, Mavridou ir kitų (2013), jaunesni nei 52 metų pacientai. Teigiama, kad jaunesnių pacientų didesnį nerimą lemia atsakomybė dėl karjeros, šeimos (Yilmaz, Sezer, Gurler & Bekar, 2011). Yra tyrimų, kurie nenustatė statistiškai reikšmingų skirtumų, kurie patvirtintų, kad pacientų amžius turi įtakos nerimo raiškai (Piščalkienė, cit. iš Blaževičiūtė ir kiti, 2017).

Demografinės charakteristikos, tokios kaip lytis, išsilavinimas, siejamos su perioperaciniu nerimu. Moteriška lytis siejama su didesne priešoperacinio nerimo rizika (Caumo et al., 2001).

Moterų patiriamą didesnę nerimą nustatė ir vienas naujausių tyrimų (Ju, Feng, Yang, Ge, & Liu, 2023). Caumo ir kiti (2001) moterų ir didesnio nerimo sąsajas aiškina remdamiesi ankstesniais atliktais tyrimais ir sieja su estrogeno ir progesterono kiekiu svyravimu, o tai susiję su nuotaikos ir nerimo etiologija. Mavridou ir kiti (2013), atlikę tyrimą taip pat nustatė, kad moterys labiau nerimauja. Jų keliama prielaida, kad vyrai dėl socialinių standartų linkę neišreikšti savo baimių, nerimo, nerodo savo silpnumo, pažeidžiamumo. Moterys labiau linkusios dalintis savo patirtimi, savijauta.

Didesnis nerimo lygis būdingas raštingoms moterims, turinčioms nepakankamą šeimos paramą arba kurios gyvena vienos (Yilmaz et al., 2011). Autorių teigimu, tokiems pacientams gali prireikti papildomos paramos ir priežiūros po operacijos. Pas moteris taip pat labiau išreikštas mirties nerimas (Iverach, Menzies & Menzies, 2014). Caumo ir kiti (2001) pateikia rezultatus, kurie rodo, kad pacientai, turintys didesnę išsilavinimą, buvo labiau sunerimę nei tie, kurie turi mažiau formalus išsilavinimo. Vienas iš galimų paaiškinimų gali būti tas, kad labiau išsilavinę asmenys žino apie galimas rizikas, susijusias su chirurgija ir anestezija. Kitas paaiškinimas yra tas, kad šie asmenys gali geriau išreikšti save, vertindami savo nerimą.

Wilson su kolegomis (2016), apžvelgę literatūrą, išskyrė tokius priešoperacinio nerimo rizikos veiksnius: moteriška lytis, anksčiau buvę psichikos sutrikimai, sveikatos būklė, neaiškumas dėl procedūros rezultatų, nepriklausomybės ir privatumo praradimas, baimė pasveikti ir mirti, rūkymo istorija. Nustatyta, jog rūkantys pacientai patiria didesnę priešoperacinį nerimą. Dažniausiai pacientams draudžiama rūkyti ligoninėje visą jų buvimo laikotarpį. Dėl to jie gali patirti nikotino abstinenciją. Ankstesni tyrimai parodė, kad rūkymas prisideda prie lėtinio nerimo (West & Hajek, cit. iš Caumo, 2001).

Tyrėjų Caumo ir kolegų (2001) teigimu, jų gauti rezultatai sutampa su kitų tyrimų rezultatais, kad anksčiau turėtos operacijos sumažino priešoperacinio nerimo riziką. Vienas iš galimų ankstesnės operacijos ir mažesnio nerimo sąsajos paaiškinimų gali būti pagrįstas sąlyginio mokymosi modeliu – perioperacinė situacija gali būti vertinama kaip daug nesąlyginės baimės dirgiklių, pasikartojančių trumpais intervalais. Šį aspektą tyrinėjantys mokslininkai nurodo, kad paciento chirurginė ir medicininė istorija gali sustiprinti arba susilpninti baimės sąlygojimą, o ankstesnės medicininės patirties kokybė (pvz., ar ji buvo varginanti, skausminga) yra labai svarbus aspektas. Kitokias išvadas gavo vėliau atlikti tyrimai, kuriuose reikšmingo skirtumo tarp anksčiau turėtos operacijos ir dabartinio priešoperacinio nerimo nepastebėta (Jawaid et al., 2007; Almalki, Hakami & Al-Amri, 2017).

Ryšys tarp nerimo kaip bruožo ir nerimo kaip būsenos buvo patvirtintas Caumo ir kitų tyrime. Šiame tyrime nuspręsta patikrinti nerimo ir asmenybės bruožų sąsajas perioperaciniame laikotarpyje, taip pat nerimo skirtumus vyrų – moterų bei vyresnių – jaunesnių pacientų tarpe.

1.4. Asmenybės bruožai ir nerimo raiška

Žodis „asmenybė“ kilo iš lotyniško žodžio „*persona*“ – teatro kaukė, kurią dėvėjo senovės Romos aktoriai. Dabartinis asmenybės apibrėžimas daug platesnis, tačiau asmenybės teoretikai, ją tirdami iš skirtingų atskaitos taškų, pateikia įvairius apibrėžimus. Teigiama, kad nė vienas apibrėžimas nėra tinkamas visiems asmenybės teoretikams, tačiau asmenybė apibrėžiama, kaip santykinai pastovių bruožų ir unikalių savybių struktūra (*pattern*), suteikianti asmens elgesiui nuoseklumo ir individualumo (Feist & Feist, 2008). Sukurta įvairių metodų tyrinėti asmenybės bruožus. Vienas iš populiariausių – didžiojo penketo asmenybės bruožų modelis.

Didžiojo penketo asmenybės bruožų modelis išskiria tokius penkis asmenybės bruožus: neurotiškumas, ekstravertiškumas, atvirumas patirčiai, sutarumas ir sąmoningumas. Kiekvieną jų sudaro tam tikros asmenybės savybės. Asmenys, kurie surenka daugiau balų neurotiškumo skalėje, dažnai skundžiasi fiziniais simptomais: galvos, nugaros skausmais. Jiems sunkiau grįžti į normalią būseną po emocinio susijaudinimo, yra nerimastingi, drovūs, emociškai labiau pažeidžiami. Išreikštas ekstravertiškumas rodo stabilumą, kalbumą, aktyvumą, aistringumą, mažai balų turintys žmonės gali būti santūrūs, tylūs, vieniši, negebantys išreikšti stiprių emocijų. Asmenybės bruožas – atvirumas patirčiai, išskiria žmones, kurie yra kūrybingi, originalūs, teikiantys pirmenybę įvairovei, smalsūs, liberalūs, turintys turtingą emocinį pasaulį. Sutarumo skalės aukšti balai rodo, kad žmonės yra pasitikintys, dosnūs, nuolaidūs, geranoriški. Surenkantys žemus sutarumo balus paprastai yra įtarūs, šykštūs, nedraugiški, irzlūs ir kritiškai kitų žmonių atžvilgiu. Penktasis bruožas – sąmoningumas – apibūdina žmones, kurie geba valdyti savo emocijas, kylančius impulsus, nukreipia energiją ir dėmesį į tikslo siekimą, yra punktualūs, gerai organizuoti (Costa & McCrae, 1992).

Tyrimai patvirtina, kad asmenybės bruožai gali turėti įtakos žmonių sveikatai, taip pat siejasi su nerimo lygiu. Žmonės, pasižymintys vienu asmenybės bruožais, yra linkę labiau ieškoti psichologinių išteklių stresinėms situacijoms įveikti, tuo tarpu kiti yra labiau pažeidžiami ir turi prastesnę gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata (Ji et al., 2022). Neurotiškumas susijęs su blogesniais subjektyviais sveikatos rezultatais, o taip pat nerimu reaguojant į stresinius gyvenimo įvykius. Sąmoningumas siejamas su mažesniu tabako ir alkoholio vartojimu (Srivastava & Das, 2015). Mažiau žinomos asmenybės bruožų sąsajos su priešoperaciniu nerimu.

Priešoperacinis nerimas – būsenos nerimas, o asmenybės bruožai, tokie kaip neurotiškumas, priskiriamas nerimui kaip savybei. Abu siejasi vienas su kitu, tai sąlygoja, kad asmenys, pasižymintis didesniu nerimu kaip savybe, labiau nerimauja nerimą keliančiose situacijose, tokiose kaip operacija (Ji et al., 2022). Izci ir kitų (2018) atliktame tyrime nustatyta, kad ekstravertiškų asmenybės bruožų turintiems pacientams būdingas mažesnis nerimo ir depresijos lygis. Jie pasižymi geresne gyvenimo kokybe. Neurotiškų asmenybės bruožų turintiems pacientams būdingas didesnis nerimo ir depresijos

lygis bei prastesnė gyvenimo kokybė. Ji ir kiti (2022) apžvelgę tyrimus teigia, kad yra nustatytos sąsajos tarp asmenybės bruožų ir nerimo, penkių faktorių modelyje – neurotiškumo ir ekstraversijos. Neurotiško tipo asmenybės linkusios į nerimą, depresiją, neigiamus jausmus, nepasitikėjimą savimi. Žmonės, pas kuriuos išreikštas neurotiškumas, prasčiau reaguoja į stresą, įprastas situacijas interpretuoja grėsmingiau, o nedidelius nusivylimus suvokia beviltiškiau (Widiger & Oltmanns, 2017). Kalbant apie ekstravertiškumą, pripažįstama, kad šiuos asmenis mažiau paveikia stresas, jie labiau linkę į teigiamus išgyvenimus (Ji et al., 2022).

Nagrinėjant ryšį tarp priešoperacinio nerimo ir asmenybės bruožų, reikia nepamiršti ir streso vaidmens. Psichologinis stresas reiškia ryšį tarp asmens ir aplinkos, kurį žmogus suvokia kaip viršijantį savo išteklius ir keliantį grėsmę gerovei (Lazarus & Folkman, cit. iš Ji et al., 2022). Stresas yra vienas pagrindinių nerimo veiksnių (Ji et al., 2022). Pacientams, laukiantiems operacijos, stresas gali kilti dėl nežinomybės baimės, susijusios su operacija ir anestezija, galimo skausmo ar net mirties, tai sukelia priešoperacinį nerimą. Žmonės, turintys skirtingus asmenybės bruožus, skirtingai tvarkosi su stresu. Tyrimai parodė, kad žmogaus asmenybės bruožai gali paaiškinti, kodėl vieni yra labiau pažeidžiami streso, o kiti mažiau (Ji et al., 2022). Šiame tyrime bus tikrinamos nerimo bei jo pokyčių sąsajos su asmenybės bruožais.

1.5. Pagalbos būdai

Pacientai, kuriems būdingas didelis nerimo lygis, turėtų būti identifikuoti prieš operaciją. Tada ligoninės personalas galėtų parinkti tinkamas nerimą mažinančias priemones, skausmo valdymo technikas. Įrodyta, kad tokios strategijos kaip mokymas apie įveikos būdus, muzikos, masažo ir atsipalaidavimo metodų naudojimą yra veiksmingos mažinant nerimą (Vaughn et al., 2007). Pacientams nesulaukus pagalbos, jų operacinė patirtis gali būti neigiama.

Egzistuoja farmakologinės ir nefarmakologinės intervencijos mažinant perioperacinį nerimą. Nefarmakologinės intervencijos: kognityvinė elgesio terapija, muzikos, masažo terapija. Farmakologinės priemonės – vaistai, tačiau ne visiems pacientams tai gali būti priimtinas būdas mažinti jų patiriamą nerimą.

Teorija, susijusi su nerimą ir stresą mažinančiu muzikos poveikiu, yra tokia, kad muzika nukreipia paciento dėmesį nuo neigiamų dirgiklių į malonų dalyką (Mitchell, 2003). Muzika pacientui leidžia pabėgti į savo pasaulį, pažįstamą ir raminantį. Lee su kolegomis (2011) atliko tyrimą ir nustatė, kad muzikos klausymasis veiksmingai mažina pacientų nerimą. Tyrime tiek ausinėse, tiek transliuojama muzika buvo veiksminga priemonė. Vis dėl to, siūloma muziką leisti operacinės laukimo zonoje, atsisakant ausinių dėl galimų infekcijų bei papildomų išlaidų perkant vienkartinės ausines.

Informacijos suteikimas taip pat gali sumažinti pacientų nerimą. Išsami informacija prieš invazinę procedūrą yra etikos reikalavimas. Labai svarbu įtraukti pacientą į sprendimų priėmimą, susijusį su jų gydymu. Atvykę į ligoninę žmonės pasirašo dokumentus, informuotą sutikimą. Informuotas sutikimas – procesas, kurio metu gydytojas bendrauja su pacientu, leidžiančiu pastarajam priimti sprendimą dėl ligos gydymo (Rosique, Perez-Carceles, Romero-Martin, Osuna & Luna, 2006). Informuotą sutikimą sudaro ne tik forma, kurią pacientai turi perskaityti ir pasirašyti, bet ir žodinis bendravimas, padedantis gydytojams užmegzti tvirtesnius santykius su pacientais, o tai yra būtina sąlyga norint priimti gerai pagrįstus sprendimus. Sutikime turi būti informacija apie riziką, naudą ir alternatyvas bei paciento sutikimas atlikti siūlomą chirurginę procedūrą. Tačiau dažniausiai tai yra oficialus veiksmas, kurio metu tik gaunamas paciento parašas.

Rosique su kolegomis (2006) ištyrė, ar rašytinė informuoto sutikimo forma buvo pristatyta pacientams, ar jie pasirašė sutikimą, ar perskaitė bei suprato informaciją apie laukiamą chirurginę intervenciją. Taip pat tyrė žodinį pacientų ir gydytojų bendravimą ir ar tai turėjo įtakos pacientų sprendimų priėmimui. Autorių teigimu, tyrime pagrindinis rašytinio informuoto sutikimo proceso trūkumas buvo tas, kad beveik visi pacientai jį gavo ir pasirašė, tačiau tik pusė tinkamai jį perskaitė. Galimos to priežastys: pacientai nelabai domėjosi dokumentu, pasitikėjo gydytojais. Dažniau sutikimą skaitė turintys aukštesnį išsilavinimą ir jaunesni nei 60 metų. Atliktame tyrime, beveik pusė pacientų formą gavo iš karto arba likus kelioms valandoms iki chirurginės procedūros, kai jie buvo labiausiai įsitempę ir pažeidžiami bei neturėjo laiko skaityti. Du trečdaliai pacientų pranešė, kad sutikimas buvo paaiškintas žodžiais ir gavo daugiau informacijos nei buvo parašyta. Autoriai mano, kad struktūrizuotas pokalbis padėtų gydytojams užmegzti ryšius su pacientais. Nors informuoti pacientą yra etinė būtinybė, tačiau ji ne visada ramina pacientą, maždaug ketvirtadalis pacientų patyrė nocebo efektą, padidėjo nerimas dėl įgytų žinių.

Tyrimai apie pacientams pateikiamą informaciją prieštaringi. Vienų teigimu, tai gali padėti užmegzti ryšį tarp gydytojo ir paciento, bet tuo pačiu, galimas ir nocebo efektas (Rosique et al., 2006). Kiti teigia, kad pacientai, turintys informacijos apie chirurginę procedūrą, kurią jiems atliks, turi mažesnį nerimo lygį (Kiyohara et al., 2004). Tačiau kalbant apie pagalbos būdus, labai svarbu atsakyti į pacientų klausimus, tai mažina nerimą ir geriau paruošia juos procedūrai. Išsami informacija apie būsimo neigiamo įvykio tikimybę, laiką ir pobūdį skatina efektyvesnę pažinimo, emocinių ir elgesio procesų išteklių paskirstymą (Grupe & Nitschke, 2013). Wilson ir kitų (2016) gauti rezultatai apie pacientų mokymą, informavimą prieš operaciją taip pat rodo, kad tai sumažina pacientų nerimo lygį. Siektina, kad pacientai būtų aktyvūs sprendžiant klausimus, susijusius su jų sveikata.

Dažnai būna, kad pacientų švietimas apsiriboja spausdinta informacija, dėl to reikia atsižvelgti, kokia ir kaip pateikiama informacija. Asmenys vis dažniau informacijos ieško internete, svarbu, kad sveikatos priežiūros įstaigos nukreiptų pacientus į patikimus informacijos šaltinius.

Veiksmingiausias informacijos suteikimas – orientuotas į pacientą ir skirtas konkrečiam asmeniui. Teikiant individualias konsultacijas būtų puiki galimybė išsiaiškinti konkrečių pacientų poreikius, tačiau gydymo įstaigoje ne visada užtenka personalo individualiems pokalbiams su pacientu. Kalbant apie artimuosius, įrodyta, kad pacientus lydinčių asmenų švietimas taip pat gali sumažinti nerimą. Informacija artimiesiems gali būti pateikiama lankstinuko formatu: numatoma procedūros trukmė, svarbūs telefonai ir panašiai (Wilson et al., 2016).

King ir kitų (2019) tyrimas parodė, kad priešoperacinį nerimą gali sumažinti daugybė veiksnių, tarp kurių ir socialinė parama. Pasak jų, tai patvirtina ir ankstesni tyrimai, kuriuose buvo nustatytas mažesnis nerimo lygis pacientams, turintiems didesnę šeimos palaikymą. Kitas veiksnys, sumažinęs pacientų nerimą, buvo pasitikėjimas medicinos personalu. Didelis darbo krūvis personalui gali trukdyti praleisti daugiau laiko su pacientais mažinant jų patiriamą nerimą.

Jawaid ir kiti (2007) tyrime pastebėjo, kad kai kurie pacientai savo nerimą įvertino 0, o kai kurie pacientai – 100 balų. Pacientas, surinkęs 0 balų, teigė, kad būdami musulmonai tiki Dievu ir todėl visiškai nesijaudino dėl operacijos, anestezijos. Tyrėjų teigimu, tai nepaprastai svarbus atradimas, kad tikėjimas gali sumažinti pacientų nerimą.

Daugeliu atvejų problemas reikia spręsti individualiai. Susirūpinimą dėl chirurginių procedūrų ar chirurginių komplikacijų galima sumažinti pirmiausiai paklausus pacientų, dėl ko jie nerimauja, o tada aptariant, kokios procedūros taikomos šiai rizikai sumažinti. Susirūpinimą dėl dalykų, nesusijusių su operacija, pavyzdžiui, nežinomybe, kada bus atlikta operacija, prasta higiena ligoninėje, lėta reakcija į skambučius ir privatumo stoką, būtų galima išspręsti gerinant bendravimo su pacientais kokybę, gerinant higienos ir valymo tvarką, teikiant pirmenybę atsakymams į pacientų skambučius ir didinant pacientų privatumą. Aiškus bendravimas apie atsigavimo laiką gali sumažinti susirūpinimą dėl pasveikimo ir leisti pacientams susidėlioti ateities planus (King et al., 2019).

Atlikta sisteminė apžvalga nustatė, kad sveikatos priežiūros specialistai yra pagrindinis informacijos ir emocinės paramos šaltinis pacientams priešoperaciniu laikotarpiu (Cheng et al., 2021). Ju ir kitų (2023) tyrimas parodė, kad pacientų pasitikėjimas buvo neigiamai susijęs su priešoperaciniu nerimu. Pacientai patiki savo gyvybę ir sveikatą sveikatos priežiūros komandai ir gali jausti nerimą, jei sveikatos priežiūros specialistus laiko nepatikliais (Ju et al., 2023).

Kokybiniai tyrimai, nors jų atliekama nedaug, gali padėti labiau suprasti pacientų nerimą. King ir kitų (2019) teigimu, adatų, chirurginių pjūvių, klaidų, užkrėtimų, nepamirgimo ir kitos baimės, nėra lengvai pašalinamos tik suteikiant informaciją. Kokybiniai tyrimai gali padėti suprasti, kas aktualu pacientui, kaip su juo kalbėti, kokia informacija būtų naudinga. Visiems pacientams parengta bendra informacija nebūtinai bus naudinga. Taip pat pacientai gali remtis kitų išgirstais pasakojimais, kurie juos paveikia, nors jei ir supranta, kad nebūtinai taip bus ir jiems. Kokybinių tyrimų gauta informacija gali padėti paruošti efektyvesnius pagalbos planus.

1.6. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Šio tyrimo tikslas – išsiaiškinti pacientų patiriamo nerimo raiškos ypatumus perioperaciniu laikotarpiu bei įvertinti pacientų informavimo apie operaciją įtaką patiriamam nerimui.

Tyrimo uždaviniai:

- Įvertinti ir palyginti pacientų patiriamo nerimo lygį skirtingais etapais;
- Įvertinti nerimo bei jo pokyčių sąsajas su asmenybės bruožais;
- Įvertinti perioperaciniame laikotarpyje patiriamo nerimo bei jo pokyčių skirtumus vyrų – moterų bei vyresnių – jaunesnių tyrimo dalyvių grupėse;
- Išsiaiškinti gautų intervencijų įtaką nerimui;
- Kokybiniame tyrime išanalizuoti nerimo raišką trijose etapuose: laukiant operacijos, prieš pat operaciją ir po operacijos.

2. TYRIMO METODIKA

Šis tyrimas sudarytas iš dviejų dalių – kiekybinio ir kokybinio tyrimo. Kiekviename skyriuje paeiliui bus aprašomas kiekybinis ir kokybinis tyrimai.

2.1. Kiekybinio tyrimo dalyviai

Tiriamieji – pacientai, kuriems Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose buvo atliekamos tulžies pūslės arba storosios žarnos operacijos. Tyrime dalyvavo 42 tyrimo dalyviai. Asmenys sutiko dalyvauti biomediciniame tyrime. Šiuo metu tyrimas yra pilotavimo fazėje. Tyrimo tipas – eksperimentinis atsitiktinės atrankos tyrimas.

Tyrimui pacientai atsitiktinai priskiriami vienai iš trijų grupių. Vieni pacientai paskiriami į kontaktinių mokymų tiriamąją grupę, kiti – nuotolinių mokymų, treči – kontrolinę grupę. Pacientai, patekę į nuotolinių mokymų grupę, žiūri filmuką, kuriame papasakojama ir parodoma, kaip bus atliekama anestezija ir operacija, kaip atrodo operacinė ir visi veiksmai, kurie daromi pacientui, kokios galimos komplikacijos, kaip pasiruošti procedūrai ir kaip elgtis po jos. Kontaktinių mokymų grupė visą anksčiau minėtą informaciją apie anesteziją, operaciją gauna žodžiu išankstinės konsultacijos metu ir dar peržiūri vaizdinę medžiagą. Kontrolinė grupė jokių mokymų negauna. Kokią informaciją jie gauna, priklauso nuo pacientą kuruojančio chirurgo ir anesteziologo.

Tyrimo dalyvių amžius nuo 19 iki 84 metų ($M = 57,52$, $SD = 16,90$), iš jų 25 moterys (59,5%), amžiaus vidurkis 55,24 ir 17 vyrų (40,5%), amžiaus vidurkis 60,88. Pagal atliktas operacijas tiriamųjų pasiskirstymas: akmenligė 24 (57,1%), Storžarnės Ca 10 (23,8%), dekolostomija 1 (2,4%), Rectum Ca 4 (9,5%), polipozė Ca rizika 1 (2,4%), ileum Ca 1 (2,4%), sigmos Ca 1 (2,4%). Dalyvių pasiskirstymas grupėse pateiktas 1 lentelėje.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas

	Kontrolinė <i>Procentai(n)</i> <i>arba M(SD)</i>	Kontaktinė <i>Procentai(n)</i> <i>arba M(SD)</i>	Nuotolinė <i>Procentai(n)</i> <i>arba M(SD)</i>	Iš viso	χ^2 <i>arba</i> <i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Tiriamieji	42,9% (18)	21,4% (9)	35,7% (15)	42			
Amžius	61,83 (13,657)	68,22 (16,169)	45,93 (14,815)	42	7,906	2	0,001
Vyrai	35,3% (6)	23,5 % (4)	41,2% (7)	17			
Moterys	48% (12)	20% (5)	32% (8)	25	0,679	2	0,712
Pirmoji operacija	22,2 % (2)	11,1 % (1)	66,7% (6)	9			
Ne pirmoji operacija	48,5% (16)	24,2% (8)	27,3% (9)	33	4,780	2	0,092

Buvo patikrintas kontrolinės, kontaktinės ir nuotolinės grupių homogeniškumas pagal šias charakteristikas: amžius, vyrai, moterys, pirmoji operacija, ne pirmoji operacija. Buvo nustatyta, kad grupės statistiškai reikšmingai nesiskyrė pagal lytį ir tai, kelinta tiriamiesiems operacija, $p > 0,05$. Statistiškai reikšmingi grupių skirtumai buvo pagal amžių, $p < 0,05$. Dėl galimybės toliau interpretuoti intervencijų duomenis, buvo pasižiūrėta, tarp kurių intervencinių grupių buvo skirtumas amžiaus imtyje. Paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo kontrolinės ir kontaktinės grupių amžiaus imtyje, $p > 0,05$. Dėl to, toliau tyrime bus skaičiuota kontrolinė ir kontaktinės grupės, norint interpretuoti intervencijų duomenis.

2.1.1. Kokybinio tyrimo dalyviai

Kokybiniame tyrime dalyvavo 6 asmenys (5 moterys ir 1 vyras), kuriems Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose (toliau VUL SK) buvo atliktos tulžies pūslės arba storosios žarnos operacijos. Informacija apie tyrimo dalyvius pateikiama 2 lentelėje. Kontaktai interviu gauti iš biomedicininio tyrimo tyrėjos, informavus pacientus apie galimą skambutį. Tyrimo dalyviai buvo informuoti apie tyrimo tikslus, duomenų konfidencialumą.

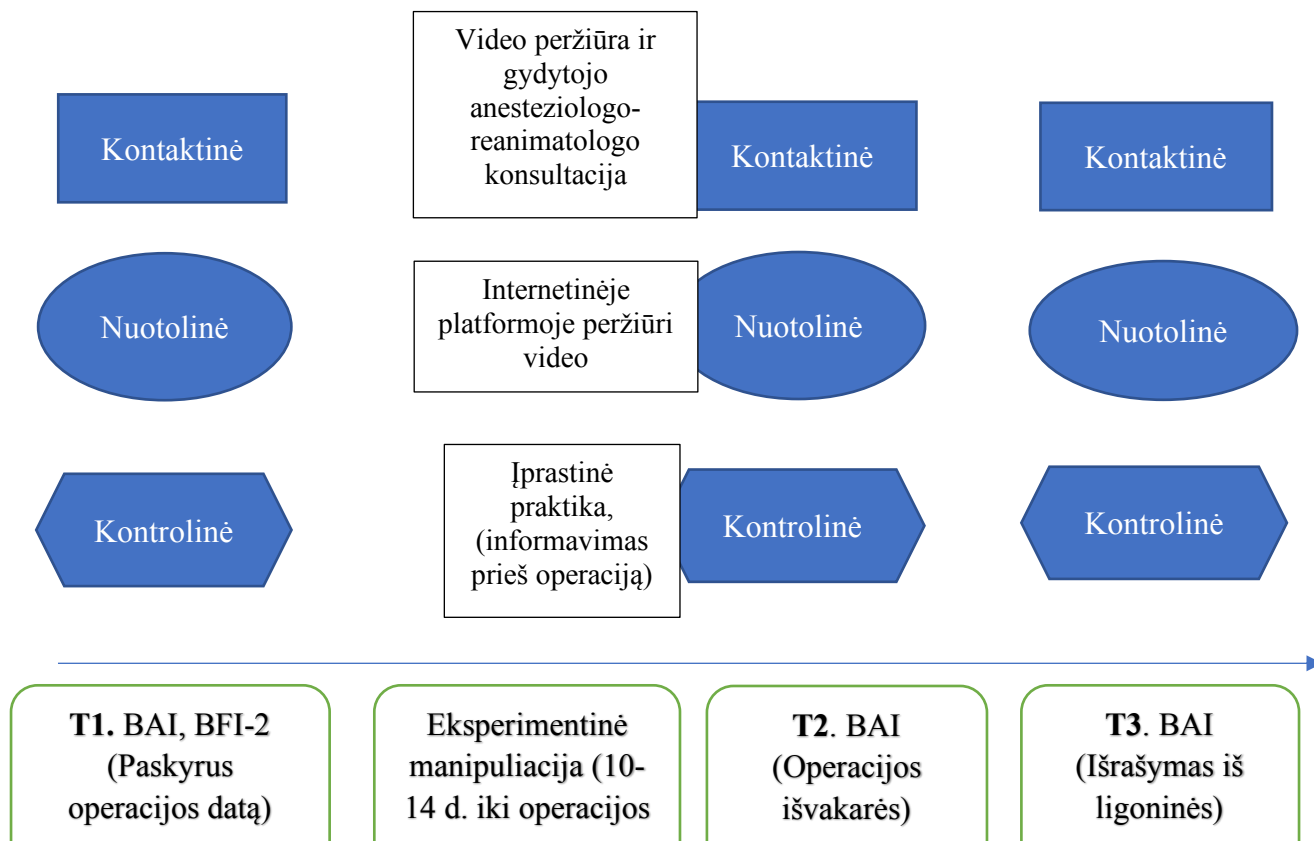
2 lentelė. Informacija apie kokybinio tyrimo dalyvius

Interviu nr.	Lytis	Amžius	Grupė	Pirma operacija Taip/Ne
1	Moteris	49	Kontrolinė	Taip
2	Moteris	74	Kontrolinė	Ne
3	Moteris	38	Kontrolinė	Ne
4	Moteris	56	Nuotolinė	Ne
5	Moteris	76	Kontrolinė	Ne
6	Vyras	75	Kontaktinė	Ne

2.1. Kiekybinio tyrimo eiga ir instrumentai

Šiame magistriniame darbe naudojami kiekybiniai duomenys gauti iš biomedicininio tyrimo „Pacientų mokymo įtaka priešoperacinio nerimo valdymui ir pooperaciniams psichosocialiniams išėjimams“ vykdomo pagal Vilniaus universiteto Santaros klinikų ir Vilniaus universiteto sutartį. Pagrindinis tyrėjas yra doc. dr. Eglė Kontrimavičiūtė, vienas iš tyrėjų doc. dr. Alfredas Laurinavičius. Prisidėjimas prie tyrimo, kiekybinių duomenų suvedimas į SPSS, kokybinio tyrimo atlikimas. Šiame darbe naudojami pacientų demografiniai duomenys (lytis, amžius), kokiai tiriamųjų grupei

priskiriami ir ar tai jų pirmoji operacija ar ne. Tyrimo instrumentai: Didžiojo Penketo klausimynas asmenybės bruožams įvertinti bei Beck'o nerimo klausimynas: trys matavimai. Pirmasis (T1 nerimo matavimas) pildomas poliklinikoje, kai paskiriama operacija (gali būti savaitė iki operacijos, o gali būti ir 2 mėnesiai), antrasis (T2 nerimo matavimas) operacijos išvakarėse, o trečiasis (T3 nerimo matavimas) išrašant pacientą. Tyrimo schema pavaizduota 1 paveikslėlyje.



1 pav. Tyrimo schema

Pastaba. BAI – Beck'o nerimo klausimynas, BFI-2 – asmenybės bruožų klausimynas.

Asmenybės bruožų klausimynas (angl., BFI-2). Autoriai, Oliver P. John ir Christopher J. Soto, publikavimo metai 2015, klausimynas validus ir patikimas (Soto & John, 2017). Lietuvišką vertimą parengė R. Barkauskienė ir A. Laurinavičius (2016), Vilniaus universitetas. Asmenybės bruožų klausimyną sudaro 60 teiginių. Jis matuoja penkis faktorius – asmenybės bruožus: *ekstravertiškumą, neurotiškumą, sąmoningumą, atvirumą patirčiai ir sutarumą*. Kiekvieną teiginį respondentui reikėjo įvertinti Likerto tipo skalėje, kur 1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku. Instrukcija respondentui: „Žemiau yra pateikti apibūdinimai, kurie jums gali tikti arba netikti. Pavyzdžiui, ar jūs sutiktumėte su teiginiu, kad esate žmogus, mėgstantis leisti laiką su kitais? Prie kiekvieno teiginio įrašykite skaičių, kuris nurodo kaip stipriai sutinkate ar nesutinkate su tuo teiginiu“. Reikšmės: 1 = visiškai nesutinku, 2 = iš dalies nesutinku, 3 = nesvarbu, neturiu nuomonės, 4 = iš dalies sutinku, 5 = visiškai sutinku. Didesnis skalės įvertis reiškia didesnę asmenybės bruožų išreikštumą. Šio tyrimo Cronbach's

α reikšmės rodo pakankamą tyrimo instrumento vidinį suderintumą, skalių aprašomoji statistika pateikiama 3 lentelėje.

Beck'o nerimo klausimyną (angl. Beck Anxiety Inventory) sudaro 21 nerimo simptomas (pvz., silpnumas kojose; nervingumas; baimė mirti ir kiti). Instrukcija respondentui: „Žemiau pateikiamas dažniausių nerimo simptomų sąrašas. Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną sąrašo punktą. Pažymėkite X langelyje, kuris atitinka lygį, kiek kiekvienas išvardytas simptomas Jums trukdė per paskutinę savaitę, įskaitant šią dieną“. Lygiai: visai ne (0); truputį, tai beveik man netrukdė (1); vidutiniškai, buvo labai nemalonu, bet įmanoma iškęsti (2); labai, vos galėjau tai iškęsti (3). Aukštesnis balas reiškia didesnę nerimo išreikštumą. Šio tyrimo Cronbach's α reikšmės rodo pakankamą tyrimo instrumento vidinį suderintumą (3 lentelė). Nerimo pokyčių skaičiavimuose (pvz., nerimo pokytis nuo 2 iki 1 matavimo) minusas reiškia nerimo sumažėjimą, teigiamas skaičius – nerimo padidėjimą.

3 lentelė. *Skalių aprašomoji statistika*

Skalės	Įverčių vidurkis	Standartinis nuokrypis	Cronbach α	Shapiro-Wilk testo kriterijus	Shapiro-Wilk testo reikšmingumas	Asimetriškumo koeficientas	Ekseco koeficientas
Ekstravertiškumas	3,269	0,623	0,724	0,953	0,086	0,161	-0,901
Neurotiškumas	2,629	0,558	0,770	0,963	0,191	0,161	-0,901
Sąmoningumas	3,919	0,575	0,765	0,981	0,717	-0,128	-0,568
Atvirumas patirčiai	3,229	0,623	0,693	0,961	0,154	0,342	-0,836
Sutarumas	3,876	0,573	0,753	0,967	0,251	-0,517	-0,312
Beck nerimo klausimynas (1 matavimas)	0,392	0,324	0,676	0,877	<0,001	1,115	0,511
Beck nerimo klausimynas (2 matavimas)	0,528	0,443	0,919	0,828	<0,001	1,648	2,595
Beck nerimo klausimynas (3 matavimas)	0,249	0,251	0,807	0,686	<0,001	2,907	10,849

Pastaba. Shapiro-Wilk kriterijaus statistinis reikšmingumas, tvirtinantis normalų pasiskirstymą, pažymėtas paryškintu šriftu.

2.2.2. Kokybinio tyrimo eiga ir metodai

Informacijai surinkti naudotas pusiau struktūruoto interviu metodas. Interviu klausimai pateikiami 1 priede. Tyrimo klausimai suskirstyti į tris etapus. Pradžioje – klausimai apie atliktą operaciją, patiriamą nerimą ir savijautą iki operacijos. Šie klausimai apima laikotarpį, kai asmuo sužino, kad reikės operacijos iki atvykimo į ligoninę. Sekantys klausimai – apie operacijos dieną ir pabaigoje – laikotarpis po operacijos. Buvo pateikti keli papildomi klausimai apie gydymo įstaigą, personalą, įstaigos tvarkas ir personalo veiksmus bei ką patartų kitiems pacientams, laukiantiems operacijos.

Siekiant išsiaiškinti, ar pateikti klausimai atskleidžia dalyvių patyrimą ir reikalingą informaciją tyrimo uždaviniams įgyvendinti, 2022 metų gruodžio mėnesį buvo atlikti du bandomieji interviu. Jų metu paaiškėjo, kad klausimai tyrimui tinkami. Pridėtas vienas papildomas klausimas: “Kaip miegojote naktį prieš operaciją?”.

Interviu atlikti telefonu, suderinus su tyrimo dalyviais jiems patogų laiką. Visi interviu vyko po tiriamiesiems atliktos operacijos ir dažniausiai jiems jau grįžus į namus. Pagrindinės priežastys, kodėl pasirinkta kokybinį interviu atlikti telefonu, buvo pacientų gyvenamoji vieta (ne Vilniaus miestas) ir skirtinga hospitalizacijos trukmė. Pirmo pokalbio telefonu metu buvo prisistatoma ir primenama, kad jie dalyvauja VUL SK tyrime, informuojama, kad bus daromas įrašas, kuris vėliau užrašomas, o po to sunaikinamas. Paaiškinama, kas yra konfidencialumas ir, kad jis yra garantuojamas. Pasibaigus klausimams, buvo klausiama gal tiriamieji nori dar kažką pridėti, papasakoti apie tą laikotarpį. Pastebėta, kad tiriamieji dar noriai dalinasi savo patirtimi, susijusia su operacija, sveikata, savijauta. Interviu trukmė apie 20 – 30 minučių. Interviu transkripcijų apimtis nuo 3 iki 6 puslapių.

Tyrėjos santykis su tyrimu. Ši tema sudomino dėl asmeninės patirties, pačiai išgyvenant operacijos laukimą, operaciją ir laiką po operacijos. Siekiant kaip galima labiau išvengti subjektyvumo šia tema, tyrimui naudota indukcinės teminės analizės metodika, kurios rėmuose galima likti pakankamai arti tiriamųjų patirties. Kokybiniuose tyrimuose tyrėjas taip pat turi reflektuoti tyrimo procesą. Interviu metu stengtasi klausytis ir būti su tiriamuoju, o pasibaigus interviu pasižymėtos kilusios mintys, jausmai. Siekta išlaikyti rezultatų interpretavimo validumą ir daromų išvadų pagrįstumą.

2.2. Kiekybinio tyrimo duomenų analizė

Duomenų analizė atlikta naudojantis SPSS 28 programa. Duomenų normalumas tikrintas naudojant komandą *Explore*, pasirinktas tikrinti *Shapiro-Wilk* testas, kuris patikimesnis, kai tiriamųjų skaičius mažesnis už 50 (Pakalniškienė, 2012). Taip pat buvo remiamasi asimetriškumo (angl.,

skewness) ir eksceso (angl., *kurtosis*) koeficientais. Kadangi duomenys nėra normaliai pasiskirstę (3 lentelė), naudoti neparametriniai metodai. Skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), skalių vidinis suderintumas (Cronbach α). Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti taikytas Spearman koreliacijos testas, dviejų skirtingų grupių palyginimui naudotas Mann-Whitney U testas, apibendrinimui Friedman testas.

2.2.3. Kokybinio tyrimo duomenų analizė

Analizuoti kokybinio tyrimo duomenis buvo pasirinktas teminės analizės metodas, kuris, pasak Braun ir Clarke (2006), leidžia identifikuoti, analizuoti ir aprašyti išskylančias temas iš turimos informacijos. Gauta informacija – garsinė medžiaga, buvo transkribuojama naudojant Microsoft Word. Vėliau duomenys perkelti į MAXQDA programą. Naudojantis ja, buvo išskirtos kategorijos ir pakategorės. Duomenų analizės žingsniai:

1. Perklausomi ir transkribuojami interviu. Skliausteliuose, italic šriftu, pasižymimos ilgesnės pauzės, juokas ir panašiai. Siekiant didesnio įsigilinimo į duomenis, transkribavimas vyko klausant – stabdant įrašą ir užrašant. Nebuvo naudotasi automatinėmis transkribavimo programomis, nes pastebėta netikslumų;
2. Interviu kodavimas. Kodų pagalba, savais žodžiais apibūdinamas eilučių, sakinių turinys. Kai kurioms teksto dalims buvo priskirti keli kodai, nes tekste atsispindėjo keletas prasmų;
3. Sukoduoti visi interviu. Skaitoma iš naujo visa medžiaga ir žiūrima, ar kodai nusako teksto esmę. Panašūs kodai apjungti;
4. Kodai jungiami, grupuojami ir kuriamas kategorijų bei pakategorijų žemėlapis.

Siekiant užtikrinti tyrimo duomenų analizės validumą bei patikimumą, buvo konsultuojamasi su darbo vadovu ir atsižvelgiant į pastabas pakoreguoti kodai. Taip pat, turint kodų sistemą, buvo prašoma nepriklausomo tyrėjo (asmuo, turintis psichologijos išsilavinimą), sukoduoti vieną interviu. Atsitiktinai pasirinktas vienas interviu. Gavus rezultatus, buvo lyginami to pačio interviu kodai ir įvertinta, kad kodavimo sistema tinkama.

Šiame tyrime buvo atsižvelgta ir pritaikyti Tracy (2013) pateikti kokybinių tyrimų kokybės kriterijai. Vienas iš jų – *savirefleksija ir galimas subjektyvumas*. Šiame darbe buvo išdėstytas temos pasirinkimo motyvas, o savirefleksijos užtikrinimas – tyrėjo užrašai po kiekvieno interviu. Reflektavimas apie tai, kiek tyrėjo patirtis galėjo įtakoti tyrimą. *Skaidrumas* – aprašyta tyrimo eiga, analizės metodo pasirinkimas, tyrimo kritika, ribotumai. *Tyrimo etika, konfidencialumas* – gauti žodiniai tyrimo dalyvių sutikimai dalyvauti tyrime, užtikrintas dalyvių konfidencialumas, kad nebūtų galima identifikuoti tyrimo dalyvių tapatybių.

3. REZULTATAI

3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai

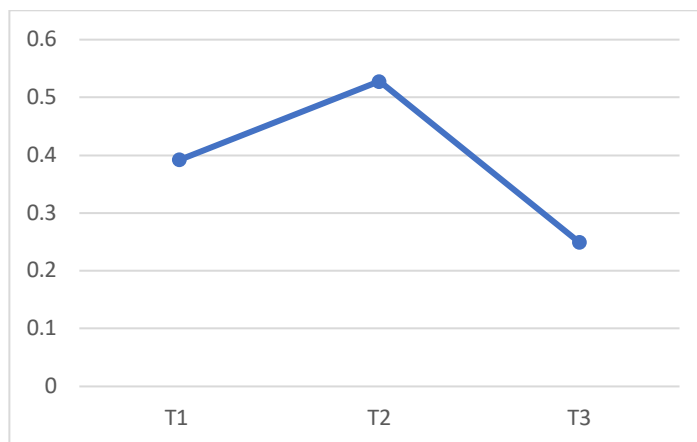
3.1.1. Bendra nerimo tendencija visoje imtyje

Patikrinti, ar visi tiriamieji vienodai nerimavo visu perioperaciniu laikotarpiu, buvo naudotas Friedman testas. Kaip matyti 4 lentelėje, nerimo skirtumai statistiškai reikšmingi. Pacientai labiausiai nerimavo prieš pat operaciją.

4 lentelė. Nerimo įverčiai tiriamųjų grupėje

Nerimo matavimai	M	SD	Vidutinis rangas	χ^2	df	p
1 nerimo matavimas	0,392	0,324	2,02			
2 nerimo matavimas	0,528	0,443	2,63	37,19	2	<0,001
3 nerimo matavimas	0,249	0,251	1,35			

Kaip matyti 2 paveikslėlyje, pacientų nerimas iki operacijos didėja, po operacijos sumažėja.



2 pav. Nerimo dinamika

Pastaba. T1-1 nerimo matavimas; T2-2 nerimo matavimas; T3-3 nerimo matavimas.

3.1.1. Nerimo ir asmenybės bruožų sąsajos

Nustatyti sąsajoms tarp nerimo ir asmenybės bruožų buvo taikomas neparametrinis Spearman kriterijus. Pirmiausia, patikrinti asmenybės bruožai su trijų laikotarpių nerimo matavimais. Gauti duomenys, pateikti 5 lentelėje, rodo, kad neurotiškumas teigiamai ir statistiškai reikšmingai koreliuoja su nerimu: kai paskiriama operacija (1 matavimas), operacijos išvakarėse (2 matavimas) ir išrašant iš ligoninės (3 matavimas). Stipriausia koreliacija nustatyta tarp neurotiško tipo tiriamųjų

ir nerimo prieš pat operaciją ($r_s=0,418$, $p < 0,01$). Rasta viena statistiškai reikšminga neigiama koreliacija tarp atvirumo patirčiai ir nerimo po operacijos (3 matavimas).

Analizuojant nerimo pokyčius ir asmenybės bruožų sąsajas, rasta tik viena statistiškai reikšminga koreliacija (5 lentelė). Paaiškėjo, kad neurotiškumas neigiamai statistiškai reikšmingai koreliuoja su nerimo pokyčiu nuo 2 iki 3 matavimo (prieš ir po operacijos). Tai reiškia, kad tiriamieji, pas kuriuos išreikštas neurotiškumas, prieš pat operaciją nerimavo labiau, o po operacijos nerimas sumažėjo.

5 lentelė. *Nerimo ir asmenybės bruožų sąsajos*

	Ekstravertiškumas	Neurotiškumas	Sąmoningumas	Atvirumas patirčiai	Sutarumas
1 nerimo matavimas	-0,054	0,361*	0,038	-0,255	0,167
2 nerimo matavimas	-0,132	0,418**	-0,132	-0,113	0,021
3 nerimo matavimas	-0,273	0,403**	-0,115	-0,336*	-0,010
Nerimo pokytis nuo 1 iki 2 matavimo	-0,172	0,142	-0,173	0,108	-0,002
Nerimo pokytis nuo 2 iki 3 matavimo	0,060	-0,365**	0,116	0,005	0,002
Nerimo pokytis nuo 1 iki 3 matavimo	-0,212	-0,196	-0,108	0,070	-0,102

Pastaba. **Koreliacija statistiškai reikšminga, $p < 0,01$; *Koreliacija statistiškai reikšminga, $p < 0,05$. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.1.2. Nerimo įverčiai vyrų, moterų, vyresnių, jaunesnių ir skirtingų intervencijų grupėse

Siekiant sužinoti, ar skiriasi vyrų ir moterų nerimo įverčiai, buvo pasitelktas Mann-Whitney U testas. Pritaikius šį testą paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingas skirtumas tarp vyrų ir moterų nerimo yra prieš pat operaciją (2 matavimas). Moterų nerimas prieš operaciją didesnis nei vyrų (žr. į 6 lentelę).

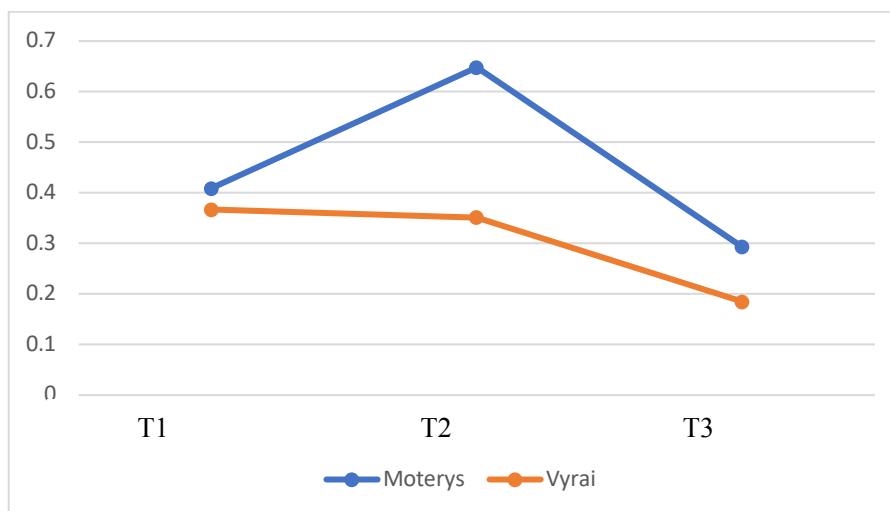
6 lentelė. *Nerimo įverčiai vyrų ir moterų grupėse*

Nerimo matavimai	Lytis	n	M	SD	Vidutinis rangas	U	Z	p
1 nerimo matavimas	Vyras	17	0,367	0,323	20,50	195,5	-0,437	0,662
	Moteris	25	0,409	0,329	22,18			
2 nerimo matavimas	Vyras	17	0,351	0,267	15,97	118,8	-2,413	0,016
	Moteris	25	0,648	0,499	25,26			

3 nerimo matavimas	Vyras	17	0,185	0,136	19,24	174,0	-0,998	0,318
	Moteris	25	0,293	0,301	23,04			

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip matyti 3 paveikslėlyje, vyrai lyginant su moterimis nerimavo mažiau.



3 pav. Vyrų ir moterų nerimo skirtumai

Pastaba. T1-1 nerimo matavimas; T2-2 nerimo matavimas; T3-3 nerimo matavimas.

Mann-Whitney U testas taip pat naudotas norint išsiaiškinti vyrų ir moterų nerimo pokyčių skirtumams. Duomenys pateikiami 7 lentelėje. Rasti du statistiškai reikšmingi pokyčių skirtumai vyrų ir moterų grupėje: nerimo pokytis nuo 1 iki 2 matavimo ir nerimo pokytis nuo 2 iki 3 matavimo.

7 lentelė. Nerimo pokyčių įverčiai vyrų ir moterų grupėse

Nerimo pokytis	Lytis	n	M	SD	Vidutinis rangas	U	Z	p
Nerimo pokytis nuo 1 iki 2 matavimo	Vyras	17	-0,162	0,331	15,09	103,5	-2,801	0,005
	Moteris	25	0,238	0,258	25,86			
Nerimo pokytis nuo 2 iki 3 matavimo	Vyras	17	-0,166	0,195	27,24	115,0	-2,504	0,012
	Moteris	25	-0,355	0,271	17,60			
Nerimo pokytis nuo 1 iki 3 matavimo	Vyras	17	-0,182	0,264	20,50	195,5	-0,438	0,662
	Moteris	25	-0,117	0,189	22,18			

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu

Tiriant, ar skiriasi vyresnių ir jaunesnių pacientų nerimas perioperaciniu laikotarpiu, tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į dvi grupes: vyresni nei 50 metų ir jaunesni nei 50 metų. Buvo taikytas

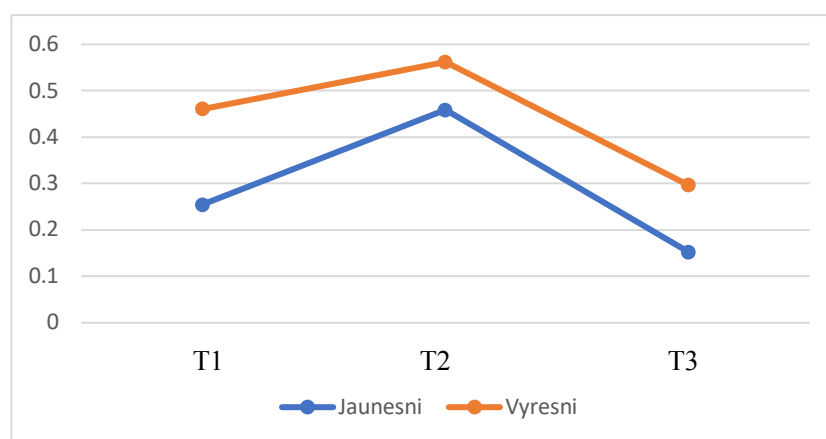
neparametrinis Mann-Whitney U testas. Rasti du statistiškai reikšmingi skirtumai (žr. į 8 lentelę). Paaikškėjo, kad vyresni nei 50 metų tiriamieji labiau nerimavo, kai buvo paskirta operacijos data ir po operacijos lyginant su jaunesniais nei 50 metų. Nerimo skirtumai tarp vyresnių ir jaunesnių tiriamųjų prieš pat operaciją neaptikti.

8 lentelė. Nerimo įverčiai jaunesnių ir vyresnių tiriamųjų grupėse

Nerimo matavimai	Amžius	n	M	SD	Vidutinis rangas	U	Z	p
1 nerimo matavimas	Jaunesni	14	0,255	0,303	15,00	105,0	-2,438	0,014
	Vyresni	28	0,461	0,316	24,75			
2 nerimo matavimas	Jaunesni	14	0,459	0,354	20,14	177,0	-0,508	0,626
	Vyresni	28	0,562	0,483	22,18			
3 nerimo matavimas	Jaunesni	14	0,153	0,123	15,46	111,5	-2,280	0,023
	Vyresni	28	0,297	0,285	24,52			

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Kaip matyti 4 paveikslėlyje, vyresni pacientai, perioperaciniu laikotarpiu, lyginant su jaunesniais nerimavo labiau.



3 pav. Vyresnių ir jaunesnių tiriamųjų nerimo skirtumai

Pastaba. T1-1 nerimo matavimas; T2-2 nerimo matavimas; T3-3 nerimo matavimas.

Patikrinus, ar skiriasi vyresnių nei 50 metų ir jaunesnių nei 50 metų pacientų nerimo pokytis, statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta (9 lentelė).

9 lentelė. Nerimo pokyčių įverčiai jaunesnių ir vyresnių tiriamųjų grupėse

Nerimo pokytis	Amžius	n	M	SD	Vidutinis rangas	U	Z	p
Nerimo pokytis nuo 1 iki 2 matavimo	Jaunesni	14	0,255	0,303	24,68	151,5	-1,191	0,234
	Vyresni	28	0,461	0,316	19,91			
Nerimo pokytis nuo 2 iki 3 matavimo	Jaunesni	14	0,459	0,354	19,82	172,5	-0,629	0,530
	Vyresni	28	0,562	0,483	22,34			

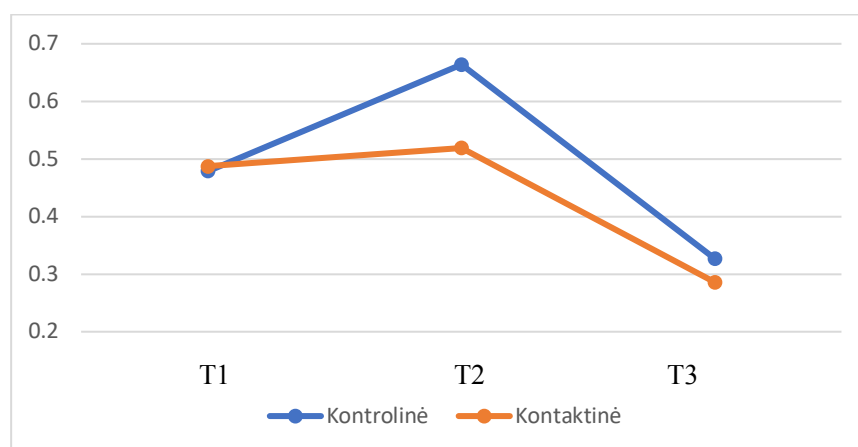
Nerimo pokytis nuo 1 iki 3 matavimo	Jaunesni 14 Vyresni 28	0,153 0,297	0,123 0,285	25,32 19,59	142,5	-1,434	0,152
--	---------------------------	----------------	----------------	----------------	-------	--------	-------

Siekiant išsiaiškinti, ar papildomos informacijos suteikimas apie operaciją ir anesteziją sumažina nerimą, buvo pasitelktas Mann-Whitney U testas. Patikrinus, ar skiriasi tiriamųjų nerimas priklausomai nuo to, ar gavo papildomą intervenciją (kontaktinę), ar ne (kontrolinę), paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingų skirtumų nėra (10 lentelė).

10 lentelė. Nerimo įverčiai kontrolinėje ir intervencinėje pacientų grupėje

Nerimo matavimai	Grupė	n	M	SD	Vidutinis rangas	U	Z	p
1 nerimo matavimas	Kontrolinė	18	0,479	0,382	13,50	72,0	-0,465	0,642
	Kontaktinė	9	0,487	0,310	15,00			
2 nerimo matavimas	Kontrolinė	18	0,664	0,567	14,36	74,5	-0,335	0,738
	Kontaktinė	9	0,519	0,364	13,28			
3 nerimo matavimas	Kontrolinė	18	0,327	0,329	14,22	77,0	-0,207	0,836
	Kontaktinė	9	0,286	0,209	13,56			

4 paveikslėlyje pavaizduota grupių nerimo skirtumai. Kaip matyti, šiek tiek labiau nerimavo kontrolinės grupės nariai prieš operaciją ir po operacijos. Buvo patikrintas ir nerimo pokytis grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Duomenys pateikiami 11 lentelėje, 3 priede.



4 pav. Grupių nerimo skirtumai

Pastaba. T1-1 nerimo matavimas; T2-2 nerimo matavimas; T3-3 nerimo matavimas.

3 priede, 12 lentelėje bei 5 paveiksle pateikti visų trijų grupių duomenys: kontrolinės, kontaktinės ir nuotolinės (šios grupės duomenys nebuvo naudojami palyginamojoje analizėje). Iš

grafiko matyti, kad visame perioperacinio laikotarpio etape mažiausiai nerimavo nuotolinės grupės tiriamieji.

3.2. Kokybinio tyrimo rezultatai

Išanalizavus visus interviu ir atlikus kodavimą, buvo išskirtos trys pagrindinės kategorijos: priešoperacinis laikotarpis, buvimo ligoninėje laikotarpis ir pooperacinis laikotarpis. Kiekvieną kategoriją sudaro pakategorės. Kategorijų ir pakategorijų lentelė su citatomis iš interviu pateikiama 2 priede. Šioje dalyje rezultatai pristatomi pagal išskirtas kategorijas, skyriaus pavadinimas – kategorijos pavadinimas.

3.2.1. Priešoperacinis laikotarpis

Priešoperacinio laikotarpio kategorija sudaryta iš šių pakategorijų: operacijos būtinumas; nusiteikimas – „viskas bus gerai“ ir nerimo įveikos būdai; nerimo raiška ir nerimo priežastys laukiant operacijos; informacija apie operaciją.

Pakategorė *operacijos būtinumas*. Interviu metu pastebėta tendencija, kad dauguma tyrimo dalyvių operaciją priėmė kaip neišvengiamą dalyką, kad ji jiems yra būtina. Iliustruojančios interviu ištraukos: „*Tai, kad aš jai pasiryžau ir, taip sakant, žingsnio atgal nėra*“ (1i) arba „*Aš žinojau, kad ji reikalinga, nes man pasakė profesorius, kitos išeities nėra, tik tai operacija*“ (2i). Neišvengiamumo faktas suteikdavo ramybės ir patys tiriamieji save ramindavo, kad reikia operacijos: „*Aš žinojau, kad man ji būtina. Ir aš save raminau, kad reikia*“ (2i). Iliustracija iš kito interviu: „*Na ir ką gi, aš apsiraminau. Reikės tai reikės. Jau ką gi, pakliuvęs į bėdą žmogus vis tiek, kaip aš sakau, kaip yra blogai, ligoninė padeda*“ (6i). Nerimas padidėdavo tada, kai prasidėdavo abejonės dėl operacijos reikalingumo, pvz.: „*Užeidavo nerimas, vėl praeidavo. Gal man nereikia operuotis, gal aš neištversiu jos. Bijojau, kai vyras numirė, va ko bijojau*“ (2i).

Kai kuriems priešoperacinis laikotarpis buvo susijęs su skausmu, prasidėjusiomis didesnėmis sveikatos problemomis ir operacija buvo viso to sprendimas, išeitis: „*<...> nes man būdavo užaina skausmai, kad aš vos ne sienom lipu, tai jau reikėjo man.*“ (5i). Susitaikymas su operacijos faktu galėjo įtakoti, kad kai kurie tyrimo dalyviai nejautė nerimo arba bent to sąmoningai nesuvokė, kad nerimauja, pvz.: „*o šiaip tai nežinau, sakyčiau tam lygmeny protiniam, tai aš tikrai nesijaučiau stresuojanti. Gal tas sąmoninis kažkiek tai dirba*“ (1i). Vienos tiriamosios situacija buvo tokia, kad ji labiau nerimavo tada, kai dar nežinojo, kokios jos sveikatos problemos, ir nežinomybė, ką daryti, kad jaustųsi geriau. Interviu ištrauka: „*Ir kai priežastį suradau ir, kaip sakau, širdį man atleido tiesiog <...>. Pasiskaičiau, kad tai gali būti būtent nuo akmenų. Kai supratau, kad čia yra šie šalutiniai poveikiai, tai nusiraminau kažkaip. Jau tikrai atleido tas nerimas tada*“ (1i).

Operacijos laukimas gali būti mažiau keliantis nerimą, kai tai priimama kaip būtinybė ir supratimas, kad po operacijos turėtų pasijusti geriau.

Iš tyrimo dalyvių pasidalinimų išryškėja, kad nerimas galimai slopinamas (maskuojamas) posakiu „viskas bus gerai“. Kita išskirta pakategorė: *nusiteikimas* – „viskas bus gerai“ ir *nerimo įveikos būdai*. Šis posakis lyg savitaiga, pavyzdžiai iš interviu: „Tu turi kalbėt, kad tau bus gerai, nu kitaip turi visiškai elgtis su savim“ (2i) arba „Bandžiau apramint save, kad viskas bus gerai“ (3i). Pastebėta, kad ne tik tiriamieji sau tai kartojo, tačiau ir artimieji, ramindami jiems sakydavo, kad viskas bus gerai. Ištrauka iš interviu: „Su vyru mes kiekvieną vakarą kalbėjom, jis matė, kad su manim, kad kažkas ne taip. Ir nu, tikrai nu kalbėjom nu, jis įkalbinėjo, kad visos tos mintys tokios, kad kuo toliau jos, kad negalvočiau, kad tikrai čia normali įstaiga ir ten daktarai, kad viskas bus gerai“ (3i).

Pakategorė *nerimo įveikos būdai*. Vienas iš būdų, kaip asmenys, laukiantys operacijos bando tvarkytis su nerimu, yra ne tik pasakymas, kad „viskas bus gerai“, optimizmas, bet ir minčių išstūmimas. Negalvoti apie operaciją siūlo artimieji ir patys asmenys, laukiantys operacijos, stengiasi išstumti neigiamas mintis, pvz.: „<...> įkyrias, negatyvias mintis moku, nu jas tiesiog atmesti. Išmokau tiesiog galvot apie kažką kitą“ (1i). Iliustracija iš kito interviu: „Stengiuosi nieko negalvot, absoliučiai atjungti save, užsimerkiu ir viskas, kad man niekas į galvą nelįstų, kad negalvočiau apie ateitį <...>“ (6i). Stengiamasi negalvoti, nes ateitis neramina: <...> *kad nereiktų visą gyvenimą su stoma vaikščioti. Tas tai rūpėjo. Šiaip tai sakė darysim, kad nebūtų sunkumų, rūpesčių ir, kad gyvenimas būtų pilnavertis*“ (6i). Mažiau nerimauti tyrimo dalyviams padeda meditacija, pomėgiai, ramybė, artimieji, bendravimas. Pavyzdžiai iš interviu: „Tiesiog aš žinau, kad man, mane geriausiai veikia vienatvė ir ramybė. Man to užtenka, man to užtenka. Vidinis susikaupimas ir viskas (1i)“ arba „Aš turiu tokį nusiramimą, man mezgimas yra <...>. Man tiesiog relaksas buvo ir tas mintis visas pašalina“ (4i).

Kita išskirta priešoperacinio laikotarpio pakategorė yra *nerimo raiška ir nerimo priežastys laukiant operacijos*. Viena tiriamoji tiesiogiai neįvardino, kad prieš operaciją jaučia nerimą, tačiau jos elgesys operacijos išvakarėse rodo, kad nerimo būta: „<...> ta prasme pasižiūrėjau, ar čia viską namuose turiu sutvarkius, jeigu taip jau įvyktų, ar visi nurodymai dukrai palikti. Tai peržiūrėjau, taip sakant, visus slaptažodžius, kas kur padėta, ar ras, jei reikės ir tiek“ (1i). Moteris netiesiogiai užsimena, kad jei operacijos metu mirtų, kad jos dukra žinotų, kur viskas yra. Kiti tiriamieji pradėdavo nerimauti, galvoti apie operaciją, kai likdavo vieni namie. Darbas ir artimieji prablaškydavo mintis, o likus vienam nerimas sukildavo, iliustracija iš interviu: „Kai jau likdavau namie viena, vat vyras i darbą, vaikai kas i mokyklą, kas į darželį, vat buvo vienai namie sudėtingiau“ (3i).

Tyrimo dalyviai apie nerimą dažnai kalbėjo kaip apie vidinę būseną, kad jautė jį viduje, iliustracija iš interviu: „*Aš aš rami jaučiausi. Nebuvo pas mane tų isterijų, ašarų, nu ne. Viskas buvo ramu, tik viduj tas nerimas buvo tenai*“ (3i). Nerimas gali būti sunkiai apibūdinamas, iliustracija iš interviu: „*Nu toks neramumas, toks kaip pasakyt, nei tai drebulys, nei tai niekas <...>. Buvo pasakyta kada, kaip ten bus ta operacija, nu [juokias] nemoku ir pasakyt suprantat, kai pats savyje*“ (4 i). Iš tyrimo dalyvių pasisakymų matyti, kad jų nerimas persipynęs su baime, stresu. Iliustracija iš interviu: „*Nu man tos operacijos baimė tame, kad atjungs ir po to neijungs. <...> o taip viskas gerai įvyko, viskas praėjo gerai ir po operacijos viskas buvo gerai. Bet vat, kol sulaukiau tos operacijos, tai nerimo tikrai buvo*“ (3i).

Kitas tiriamasis labai įdomiai kalbėjo apie nerimą. Atrodo, kad jo pasakymuose yra priešpriešos: „*<...> ta ramybė man suteiktų stiprybę. Suprantat, apie ką šneku. Tai va, tik tai toks nerimas, ramybė, kad suteiktų stiprybę*“ (6i). Lygtais sako, kad išlieka ramus, tačiau paskutinis sakinytis lyg ir sakytų, kad patiria nerimą, nors labai stengiasi išsaugoti ramybę, kuri suteiktų jam stiprybę. Nerimą, baimę vadino pačiomis žemiausiomis emocijomis: „*Ramybės, ramybės, kantrybės ir nepasiduoti tokias emocijas, kad ten pačias žemiausias, kad ten baimė, kad ten taip bus, ten tai bus*“ (6i).

Dažnu atveju tiriamiesiems nerimo padidėjimą lemdavo jų mintys: „*Kai pasimesdavau, širdis smarkiai plakdavo. Tada gerdavau valerijoną, gudobelę, tokie nekalti širdies lašai. Žinoma, stipriųjų nepiktinaudžiavau, bet pagalbiniais tai taip, bet nieko, bet išgyvenau*“ (2i). Kitai tiriamajai kildavo tokios mintys: „*<...> kad namo daugiau negrįšiu, kad manęs nebus*“ (3i), kai ji likdavo viena namie, pradėdavo galvoti apie laukiančią operaciją ir tada, pasak jos: „*Man reikėjo užvalgyt tą stresą. Man svarbiausia buvo valgyt, tada man būdavo lengviau. Aišku, aš nevalgydavau visą parą, bet kai pradėdavau galvot, nu tai reikėjo pavalgyt ir tada ramiau būdavo*“ (3i).

Jei nerimą, laukiant operacijos, reiktų pavaizduoti grafiškai laiko juostoje, apie tai, ką kalbėjo tiriamieji, tai jis būtų bangos formos: užkylantis ir nusileidžiantis, o prieš operaciją kiltų. Iliustracija iš interviu „*Užeidavo nerimas, vėl praeidavo*“ (2i). Kitos tiriamosios apibūdintas priešoperacinis laikotarpis: „*Oi, žinot, buvo visko - ir ašarų ir visokių minčių, ir nu tikrai buvo baisu*“ (3 i). Tokius nerimo svyravimus lėmė laikas, situacijos. Buvo tokių tyrimo dalyvių, kurie jautė nerimą visą laiką, pvz.: „*Aš kai sužinojau, kad bus reikalinga operacija. Tai iki tos pačios dienos, tai man visada buvo tas nerimas. Jisai niekur nedingdavo*“ (3i). Nekeista, kad šį laikotarpį tiriamoji apibūdino kaip kančios. Artėjant operacijai, daugumai tyrimo dalyvių nerimas reiškėsi labiau: „*<...> jau paskutinėm dienom, jau ir stresavau*“ (5i).

Vieni tyrimo dalyviai operacijos laukė ilgiau, apie kelis mėnesius, kitiems ji buvo paskirta greičiau dėl atitinkamų sveikatos problemų. Iliustracija iš interviu: „*Tris mėnesius laukiau tos operacijos, tai jau buvau apsipratus kažkiek tai, kad kitos išeities nėra*“ (5i). Kitaip jautėsi tyrimo

dalyvė, kuriai operacija buvo netikėta ir teigė, kad gal būtų kitaip, jei operacija būtų buvusi planuota: „Čia viskas taip neplanuotai buvo, tai nu žinot, kai greitai taip, nėra tada taip labai kažko pergyvenama. Aišku tuo momentu, kai reikėjo važiuot ir tu nežinai kaip čia bus, kaip čia ką, kaip čia kur. Aišku buvo to streso. <...> jeigu man būtų planuota ta operacija, tai dar kažkaip kitaip“ (4i). Tuo pačiu ir normalizuoja savo stresą: „čia gal normalu, kad čia to streso yra“ (4i).

Interviu metu atsiskleidė pagrindinės priežastys, dėl ko prieš operaciją nerimavo tiriamieji. Nežinomybės jausmas lydi priešoperacinį laikotarpį. Nerimaujama dėl operacijos, ar ji bus sėkminga, kokia bus savijauta atsibudus, o gal nepabus po operacijos. Iškilio ir anestezijos baimė, kuri siejasi su kontrolės praradimu. Iliustracija iš interviu: „Man pačios operacijos nebuvo baimė, bet vat ten anestezijos, kad tu negali kontroliuot kas ten, kaip ten bus ir tu nieko nežinai. Vat tas man. Nu ir nežinai, prabusi ar neprabusi. Man atrodo, tas nerimas kaip fobija, kaip nu nežinau“ (3i).

Nors interviu imti pasibaigus operacijai, tyrimo dalyviai, kalbėdami apie dalykus, kurie kėlė nerimą prieš operaciją, kalbėjo atsargiai. Nebuvo nei vieno interviu, kur tyrimo dalyvis įvardintų, kad bijojo mirti operacijos metu. Jautėsi, kad apie mirties baimę kalba atsargiai, netiesiogiai, tokiais pasakymais, kaip „blogiausiais scenarijus“, „baimė nepabusti“, „manęs nebus“. Iliustracija iš interviu: „Nu tai aišku ir dėl operacijos, o ką žinot, visko būna ir operacijų metu. Nu. Nu labai, bet taip kaip čia bus, kaip čia visa šita nu operaciją pernešiu nu, kaip čia atsibusiu“ (4i). Kitos tyrimo dalyvės pasisakymas: „Didžiausia buvo, ar aš pajėgsiu išgyvent? Ar atsibusiu? Žinot, yra šalutinių bėdų, yra širdutė pastreikuoja, yra visokių tokių gretutinių. Tai va, aš to bijojau. Ar aš atsibusiu?“ (2i). Apie teigiamus dalykus po operacijos ir užsimenama atsargiai: „Bijau ką ir sakyt, bet siūlės lyg tai gyja neblogai“ (5i). Kyla klausimas, ar tyrimo dalyviai bijo kalbėti apie mirtį ir teigiamus dalykus (pasidžiaugti) tiesiai šviesiai dėl įsitikinimų, kad tada nutiks kažkas blogo. Kaip lietuvių patarlėje „Nesigirk, kad klojasi, nes nelaimė gali už durų stovėti“.

Nežinomybė dėl sveikatos taip pat kelia nerimą. Viena tyrimo dalyvė pasidalino savo išgyvenimu, kai jautė nerimą ir net paniką, kai nežinojo sveikatos sutrikimų priežasties dar iki paskiriant operacijos datą. Iliustracija iš interviu: „Pradėjau galvoti, kadangi šeimoje visi širdininkai, kad jau ir man ateina, taip sakant, mano valanda. Tai va, sakau tuo momentu aš buvau tokioje ganėtinai panikoje“ (1i). Kita tyrimo dalyvė pasidalino savo susirūpinimu laukiant operacijos: „<...> kaip aš jausiuos prabudus po operacijos, kaip aš vaikščiosiu, nevaikščiosiu, gulėsiu ten ir nu kiek laiko šitus dalykus jausiu, gal valgyt negalėsiu, dėl maisto gal reikės labai prisižiūrėt. Va šitie dalykai buvo, tokie“ (4 i). Nerimavo ir dėl namie paliekamų vaikų: „<...> svarbiausia, tai gal nerimas buvo dėl vaikų. Kaip jie ten. Nu aišku viena dukra tai vyresnė 18 metų, sūnus 7 metų, tai va dėl jo. Buvo nerimas, nes nu mažas vaikas nelabai jam ką paaiškinsi nu <...>“ (3i).

Iš tyrimo dalyvių paaiškėjo tai, kad jiems užteko tiek informacijos apie operaciją, kiek turėjo. Pakategorė *informacija apie operaciją*. Daugumos nuomone, jei žinotų daugiau, būtų daugiau

nerimo. Iliustracija iš interviu: „*Tai vat, aš tiktai žinojau, kad man ką darys ir man ten daug menkniekių nereikėjo, mano vaizduotė tikrai padarytų blogą darbą, tikrai būtų daugiau nerimo ir baimės, nes tas daktaras pasakė, kad bus pora nedidelių pjūvių, vienas didesnis <...>*“ (3i). Kitos tiriamosios pasisakymas: „*Nu, bet va kuo mažiau žinai, kaip pasakyt, tu savyje ramesnis būni. Ir aš tada šeštadienį sekmadienį nepuoliau ten kaip visi dabar, ta jaunoji karta, puola, skaito, kas čia bus kaip ką ten darys, kaip ten ką ten kur. Skaito prisiskaito. Kažkaip nepuoliau ton panikon, kad reikia čia skaityti, kad čia kažką daryti*“ (4i). Tyrimo dalyviams pakako informacijos iš gydymo įstaigos personalo: „*Nu man gydytojas atėjęs penktadienį jis paaiškino, kad reiks tulžis pašalint, kad reiks akmenį išimt iš tulžies. Šitą dalyką pasakė*“ (4i).

Kitas tyrimo dalyvis turėjo labai tvirtą nuomonę apie papildomą informacijos paiešką, susijusią su operacija. Iliustracija iš interviu: „*Neieškau informacijos, bet profesorius operavo P, tai su juo pasišneku, paklausiu, jisai viską pakomentuoja, pasako, paaiškina. O ką ten rasi daug, čia tai, čia jau reikia nežinau, psichiškai, psichologiškai būt netikram, netikėti savimi, netikėti liga, netikėti, kad pasveiksi, tai gal reikia graibytis po tamsius tuos pakampius. <...> Vienur vienaip paskaitysi, gal kitur kitaip, žinot kaip, tai čia yra nesąmonė. Aš turiu savo tvirtą nuostatą ir aš nekreipiu dėmesio į tuos visus kitus pašalinius, facebooke ir panašiai*“ (6i).

Apibendrinant galima teigti, kad priešoperacinis laikotarpis tyrimo dalyviams kėlė nerimą. Tiriamieji pasisakė, kad operacija jiems buvo būtina. Susitaikymas su tuo, kad tai būtina, iš dalies sumažindavo patiriamą nerimą. Kadangi operacija buvo būtina, tada tyrimo dalyviai stengdavosi nusiteikti pozityviai, kad viskas bus gerai. Nerimas pasireiškėdavo įvairiai: noru valgyti, ašaromis, padidėjusiu kraujo spaudimu. Buvo nerimaujama dėl operacijos, kaip ji pasiseks ir kokia savijauta bus po operacijos. Nerimą kėlė anestezija ir kontrolės praradimas, baimė mirti. Nerimas kilo ir dėl namie paliekamų vaikų. Minčių nukreipimas, išstūmimas – vienas iš nerimo įveikos būdų. Kiti tiriamieji meditavo, užsiimdavo mėgstama veikla. Dar kitiems reikėjo vienatvės. Tiriamiesiems užteko informacijos apie operaciją ir anesteziją, papildomai internete neieškojo.

3.2.2. Buvimo ligoninėje laikotarpis

Tyrimas atskleidė, kad tyrimo dalyviai, jau būdami ligoninėje, norėjo, kad operacija įvyktų kuo greičiau. Viena iš buvimo ligoninėje laikotarpio pakategorių yra *operacijos laukimas* – *kad tik greičiau*. Iliustracija iš interviu: „*Tik paskui tą dieną laukiau, kad viskas greičiau įvyktų jau. Kai jau man pasako kažką tai, tai man, kad greičiau viskas būtų, kuo greičiau padarytų ir pamiršt*“ (5i). Šio tyrimo kontekste paaiškėjo, kad tyrimo dalyvių nerimas susijęs su operacijos laukimo laiku. „*To nerimo tiesiog... buvo pasakyta, kada operuos ne pirmu, bet vėliau buvo pasakyta, kad operacija vyks tarp dvyliktos ir pirmos galimai, bet dėl kažkokių priežasčių, tai nusitęsė iki be dvidešimt trys turbūt*“.

Tai nerimo aš kaip ir nejaučiau, tiesiog va tas laukimas, žinot. Atrodo, greičiau padarytų, greičiau išeičiau [juokias]. Tiesiog tik tame, kad reikėjo derintis, kas mane paims <...>. Tai gal toks organizacinis nerimas, nes vis tiek laikyti du žmones nežinioje yra sudėtinga“ (1i). Kaip matyti ir iš kitos tyrimo dalyvės pasisakymo, laukti eilės operacijai – kelia nerimą: „<...> nes operacija buvo po pietų. Tai žinot tas pusdienis. Nu kada čia, nu kada. Nu vat, tas labiausiai nerimą kelia, tas vėliau, kai vėliau tau eilė prieina operacijai. Tas laukimas gal daugiau sukelia to nerimo” ir nerimas pasireiškė pakilusiu spaudimu: „<...> nes iš karto, kai nuvežė sako ar jūsų visą laik toks spaudimas, sakau ne” (4i). Kitos tiriamosios teigimu, sulaukus savo eilės operacijai nerimas dingo: „Atvažiavus sesutėm nerimas dingo, nes nieko nepakeisi, nepabėgsi, yra kaip yra. Buvo taip“ (3i).

Pakategorė *pasitikėjimas gydytoju ir teigiami atsiliepimai apie personalą*. Visi tyrimo dalyviai teigiamai atsiliepė apie VUL SK ir darbuotojus: „*Oi personalas labai geras, groja kaip muzika*” (5i) arba „*Nu tikrai personalas rūpestingas. Ateidavo paklausdavo, gal vaistų reikia suleisti, gal skauda, gal vėl. Nu tikrai*“ (5i). Kalbant apie nerimą, o ypač operaciją, kai savo sveikatą ir galimai gyvybę atiduodi kitiems žmonėms į rankas, svarbus elementas yra pasitikėjimas gydytoju, personalu. Iliustracija iš interviu: „<...> *su ta intencija, kad jei nusprendžiu, aš atsiduodu daktarui į rankas ir pati savo vaizduotės vaizdiniais neaudrinu*“ (1i). Interviu metu keli tiriamieji akcentavo, kad juos operavo profesorius. „*Šiaip tai sakė darysim, kad nebūtų sunkumų, rūpesčių ir kad gyvenimas būtų pilnavertis. Profesorius P operavo, Vilniuje čia Vilniuje, aš tuo ir tikėjau, kad taip ir bus*“ (6i). Nerimą mažina ne tik, kad operaciją atliks profesorius, kas galimai siejasi su patirtimi, saugumu, bet ir pokalbis su gydytoju: „*nuramino profesorius mane, kad neišsigalvokit niekų*“ (2i).

Pakategorė *kiti palatoje esantys pacientai*. Kaip rodo tyrimo pavyzdys – ir kiti palatoje gulintys pacientai gali turėti įtakos tiriamųjų savijautai, nerimui: „*Žinot kas mane slegia, nuo vakar vakaro aš likau viena palatoje. Ir mane šita vienatvė slegia*“ (2i). Pastebėta, kad palyginimas savo sveikatos būklės su kitais, esančiais palatoje leidžia pasijusti sveikesniam: „*Manau aš ten palatoje buvau sveikiausia. Vienai pilvas perrėžtas, kita ten irgi su skylutėm, šlapimo kateteriais. Aš ten galvoju. Aš čia absoliučiai sveika, palyginus su jom, aš visiškai sveika*” (1i). Kiti palatoje esantys pacientai trukdė pailsėti: „*Naktį nelabai nelabai, nes palatoje ten irgi buvo triukšminga. Viena moteris labai knarkė, bet taip garsiai, Dieve Dieve, sakiau kaip ten šeimoj gyvena, reikia jai irgi operacijos [juokiasi]*“ (5i). Trukdė ir pacientus ateinantys lankyti artimieji: „<...> *guli keturi ligoniai lovoje, kaip sakant, o čia ateina iš gatvės. Ir ir daro, kažkokias savo teises reiškia, vidinį pasipiktinimą sukėlė aišku. Į konfliktą nesileidau, bet kai pagalvoju, ar tikrai reikia, kad čia tos minios vaikščiotų, tai va šitas faktas gal kažkiek suerzino taip lengvai*“ (1i).

Beveik visi tyrimo dalyviai, prieš operaciją miegojo prasčiau. Ilgai neužmigo, atsibudo anksčiau prieš žadintuvą, miegoti trukdė pašaliniai garsai, mintys, pvz.: „*Nu aišku, ta naktis tokia... aš ligininėje... pavyzdžiui, nu taip, man labai sunku miegot, nu atrodo, kad viskas gerai, nu, kita*

aplinka aišku. Tas miesto ūžesys, mes pripratę, kad miestelyje taip ramiai, nėra to ūžesio, iš karto blaško” (4 i). Iliustracija iš kito interviu: „Labai prastai ir tos tos tabletės man nelabai padėjo, seselė man atnešė miegui. Nu, ta naktis buvo pati ilgiausia. Mane paguldė dieną prieš ir kitą dieną operavo. Nu, bet tas nerimas, miegas neimdavo. Mintys tos tokios visokios. Nu bet viskas gerai baigėsi“ (3i).

Po operacijos dauguma tyrimo dalyvių norėjo greičiau namo – išskirta pakategorė *greičiau namo*. Iliustracija iš interviu: „*aš tiktai norėjau, kad greičiau ištrūkt iš ligoninės namo. Nes nes ten moterys labai garsiai kalbėjo, tai man taip galva. Mano galva tokia sunki, tai man labai sunku buvo adaptuotis prie tos aplinkos*“ (5i) arba „*Ir atsibudusi aš nieko nejaučiau. Tik norėjau greičiau namo. <...> noriu važiuot namo. Tiesiog noriu važiuot*” (2i). Mintys apie namus suteikia optimizmo: „*Galvoji kada čia važiuosi namo, kad čia vėl, tokios geros mintys. Jau kai praeina viskas, visada kyla geros mintys. Nu kažkaip tai pasiilgsti tų namų, kitos tų namų aplinkos*“ (4 i).

Apibendrinant tyrimo dalyvių laikotarpį ligoninėje paaiškėjo, kad nerimą kelia nežinia, kada ateis eilė operacijai. Pastebėta, kad tyrimo dalyviai pasitiki gydytoju, personalu, tai galimai jiems sukuria saugumo jausmą ir mažina nerimą. Kiti palatoje gulintys pacientai tyrimo dalyviams leido pasilyginti savo sveikatos būklę ir, pasak jų, jie buvo mažesni ligoniai nei kiti. Taip pat kiti asmenys kėlė ir nepatogumų, naktį knarkė, lankė artimieji, kurie nesilaikė taisyklių. Namų aplinka – saugi, sava vieta ir visi norėjo kuo greičiau iš ligoninės grįžti į namus.

3.2.3. Po operacinis laikotarpis

Visi interviu buvo imti jau po operacijos. Tai leido pažvelgti, kaip tyrimo dalyviai vertina savo situaciją jau pasibaigus operacijai. Dėl to išskirta viena iš pakategorių yra *priešoperacinis laikotarpis iš dabarties taško*. Interviu metu išryškėjo nerimo skirtumai trijose laikotarpiuose: laukiant operacijos, būnant ligoninėje ir po operacijos. Priešoperacinis laikotarpis iš dabarties taško (po operacijos) tyrimo dalyviams atrodė paprastesnis, ne toks keliantis nerimą. Iliustracija iš interviu: „*Dabar, kai žiūriu atgal, tai atrodo, buvo labai viskas paprasta. Aišku, iki tol taip neatrodė*“ (1i) arba „*Viskas užsimiršta ir labai greitai. O dabar, tai žinokit, labai gera prisimint, viskas ten taip paprastai. Aišku, kai būna, tai dar kitaip galvoji tuo momentu*“ (4i).

Vis dėl to, didžiausią nerimą dauguma tyrimo dalyvių jautė laukdami operacijos ir tai galėjo įvardinti tik praėję visus etapus. Kai viskas pasibaigia, palengvėja, nerimas nuslūgsta. Ištrauka iš interviu: „*O taip viskas gerai įvyko, viskas praėjo gerai ir po operacijos viskas buvo gerai. Bet vat, kol sulaukiau tos operacijos, tai nerimo tikrai buvo*” (3i). Kai pasibaigia operacija, tiriamiesiems ne tik palengvėjo, bet ir atrodė, kad viskas įvyko labai greitai: „*Kai aš prabudus, o kažkur gal po pusantros valandos, buvau nustebus, kad viskas labai greitai pasibaigė*“ (1i) arba „*Aš įsivaizdavau,*

kad bus blogiau. Nu tai ten kai tave išveža, viskas greitai vyksta. Nuveža, viskas ten greitai, nespėji ten. Jau nuveža, tai greitai viską padaro. Ir užmiegi, ir to daug streso, kai nuveža nebūna” (4i).

Kita pakategorė – *savijauta po operacijos*. Kalbant apie nerimo raišką po operacijos, pastebėta, kad tyrimo dalyviai nerimą siejo su skausmu bei su žinojimu, ko laukti. Tyrimo dalyvė nerimo nejautė: *„Kadangi, matyt, buvau nemažai nuskausmintą, tai jokių skausmų kaip ir nejaučiau“ (1i)* arba *„Viskas labai puikiai. Ten skausmui neleidžia būt. Tuoju suleidžia vaistų, jeigu reikia, skauda, ten suleidžia, ten tikrai labai puiku“ (4i)*. Žinojimas, ko laukti po operacijos, mažina nerimą. Iliustracija iš interviu: *„Išvažiavau namo devintą valandą vakare ir grįžus namo tarsi dešini petį skaudėt pradėjo, dėl kurio buvau įspėta, kad dėl narkozės <...> kažkokių pašalinių minčių ir tikrai nerimo tai nejaučiau. Tai ką suvalgiau, kaip ir priėmė, kažkokių skausmų tikrai neatsirado nuo to maisto. Tai viskas ir gerai“ (1i)*.

Kita tiriamoji po operacijos jautė didžiulius skausmus, kurie jai kėlė nerimą. Ištrauka iš interviu: *„Šeštadienį skausmai žiaurūs, nežmoniški. Sekmadienį skausmai, vakar į pavakarę aprimo. Šiandien vėl kyla skausmai. Nu ir vėl man neramu. Ir vėl aš nerami“ (2i)*. Prieš tai minima pirma tiriamoji buvo rami, nes žinojo kas gali laukti po operacijos. Kitokia antros tiriamosios situacija. Nežinomybė kelia nerimą: *„Kodėl man taip ilgai skauda? Iš kur man tokie skausmai? Juk aš turėjau prieš tai dvi žarnyno operacijos, neskaitant onkologinės. Juk man nebuvo taip blogai. Kodėl man taip skauda? “ (2i)*. Kita tiriamoji, prisiminus operacijos laikotarpį, teigė, kad buvo nelengva: *„Mano manymu, kadangi aš tokių operacijų nesu taip turėjus gyvenime, tai sakyčiau, mane labai labai, kaip pasakyt, buvo sunku psichologiškai, fiziškai“ (5i)*, nes jos teigimu jai operacijos metu: *„Nu ką jie man pradūrė, bet aš jų tai nesutikau ir nieko nežinau. Vis tiek jie kažką man pažeidė, ar ten su tuo vamzdeliu, kai įstato kvėpavimo ar su tuo zondų“ (5i)*, tačiau ji niekam nesiskundė ir nesakė *„tai va nebuvo malonūs dalykai, žinoma, bet ką padarysi <...>“ (5i)*.

Tyrimo dalyvė, kuri prieš operaciją jautė labai didelį nerimą, nors ir atsibudus po operacijos jautė skausmus, tačiau jie jai nerimo nekėlė. Teigė, kad skausmą gali kentėti. Galima būtų kelti prielaidą, kad susigražino kontrolę. Jei skauda, pacientas gali paprašyti nuskausminamųjų ir gali daryti sprendimus, gali pats įtakoti situaciją. Kitaip yra su narkoze, kai turi atsiduoti į kito asmens rankas. Nors nieko nejauti, tačiau žinojimas, kad būsi priklausomas, neturėsi kontrolės, kai kuriems žmonėms kelia nerimą. Lieka vienintelis kelias nerimui sumažėti, tai pasitikėti gydytoju-chirurgu, ligoninės personalu, kad jie pasirūpins kaip galima geriausiai. Kas dar kelia nerimą po operacijos, tai tyrimų atsakymai. Ištrauka iš interviu: *„Mane va va dabar ima nerimas koks, aš aš neturiu bankininkystės ir aš negaliu ir niekas man negali pažiūrėt, koks yra mano šitas biopsijos atsakymas. Va šita dabar yra mano didžiausias nerimas dėl to. Ir dar toks truputėlį neramumas yra, aš dar šiandien neskambinau į polikliniką <...>“ (5i)*.

Nei vienas iš tyrimo dalyvių nesikreipė pas psichologą šiuo laikotarpiu. Tik viena iš tiriamųjų užsiminė, kaip patarimą kitiems asmenims, laukiantiems operacijos ir patiriantiems didelį nerimą, kreiptis pas psichologą. Iliustracija iš interviu: *„Ką patarčiau? Susitaikyt su ta mintim, kad kitaip nebus ir viskas ir nusiraminti. O jeigu yra nerimas, aš nežinau, reikia eit pas psichologą. Man šito nereikėjo”* (5i).

Dažniausiai asmenys, laukiantys operacijos, lieka, pasilieka vieni su savo nerimu. Kam pasipasakoja, tai artimiausiems, o ir tai dažnai lieka patys su savo nerimu, nes priima, kad patys vieni turi „susitvarkyti“ su nerimu. Iliustracija iš interviu: *„Aš pati. Va tos mintys ir ir pati apramindavau save. <...> nes taip vat man atrodo, va tas dalykas kažkur toli galvoje sėdi ir čia tik mano“* (3i). Kita tyrimo dalyvė artimiesiems neišsakė savo nuogaštavimų, pvz., *„Buvo operuojama antrą kartą. Ir tikrai eidama operuotis aš nerimavau. <...> nes prieš nepilnai mėnesį aš buvau palaidojus vyrą, kuriam trūko pilvo aorta. Ligoninėje jis mirė, skausmuose ir aš visą laiką galvojau, ar man reikia tos operacijos. O gal man taip bus? Niekam aš tada nesakiau”* (2i). Kitos tyrimo dalyvės paklausus, ką rekomenduotų kitiems, laukiantiems operacijos, teigė, kad *„kiekvienas turi susitarti pats su savimi iš tikrųjų“* (1i).

Keturi iš šešių tyrimo dalyvių, savo operaciją įvertino kaip sudėtingą, pakategorė *operacijos sudėtingumo įvertinimas*. Sudėtingumą tyrimo dalyviai vertino pagal tai, kaip pasisekė operacija, pvz., *„Taip sudėtinga. Kadangi išoperavo pirmą kartą ketvirtadienį, o penktadienį pasirodė krešuliai ir nukrito spaudimas. Buvo operuojama antrą kartą“* (2i), taip pat pagal operacijos trukmę, pvz., *„6 valandas buvo, sudėtinga. Žarnyną reikėjo uždaryt, žarnas išpjaut, su augliu išmesti. Dabar žarnynas uždarytas mano“* (6i) arba *„Mano manymu jo, čia viskas buvo sudėtinga operacija. Kaip aš supratau aš, ilgai vyko ta operacija. Nu vis tiek čia vieną dalyką reikia pašalint, kitą priklijuot, užsiūt, [nusijuokia] viską ten sutvarkyt”* (3i).

Pastebėta, kad daugumai tyrimo dalyvių po operacijos nerimas nuslūgo, norisi greičiau namo. Nors operaciją vertino dažniau kaip sudėtingą, tačiau teigė, kad gan greitai viskas įvyko ir, žiūrint iš dabartinės situacijos, nebeatrodo taip grėsmingai. Jei po operacijos jautė skausmus, tai jie nesukėlė didelio nerimo, nes žinojo, kad skausmų gali būti, o be to, yra galimybių skausmą numalšinti. Pooperaciniu laikotarpiu kai kurie nerimavo dėl laukiamų tyrimo atsakymų.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Atliekant šį tyrimą siekta išsiaiškinti pacientų patiriamo nerimo raiškos ypatumus perioperaciniu laikotarpiu bei įvertinti pacientų informavimo apie operaciją įtaką patiriamam nerimui. Atliktas kiekybinis tyrimas patvirtino ir kitų tyrėjų gautas išvadas, kad didžiausią nerimą pacientai patiria prieš operaciją (Jawaid et al., 2007). Šiuo tyrimu norėta įvertinti, kaip siejasi nerimas ir asmenybės bruožai. Buvo nustatyta, jog pacientai, pas kuriuos išreikštas neurotiškumas, visu perioperaciniu laikotarpiu nerimavo labiau. Tai iš dalies patvirtina Ji ir kitų (2022) išvadas, kurie, apžvelgę tyrimus, teigė, kad yra sąsajos tarp neurotiškumo, ekstravertiškumo ir nerimo. Šiame tyrime nenustatytos ekstravertiškumo ir nerimo sąsajos, tačiau rastas nerimo ryšys su atvirumu patirčiai. Kuo labiau pas pacientus išreikštas atvirumas patirčiai, tuo mažiau jie nerimavo po operacijos. Būtų galima kelti tokią prielaidą, kadangi šie pacientai smalsūs, norintys pažinti, yra atviri ir turi platų domėjimosi spektrą, tai jų nerimas po operacijos sumažėja dėl jų turimos informacijos, ko gali tikėtis pooperaciniame laikotarpyje. Šiame tyrime dar buvo skaičiuotos nerimo pokyčių sąsajos su asmenybės bruožais ir nustatyta, kad neurotiško tipo pacientų nerimas sumažėjo imant laikotarpį prieš operaciją ir po operacijos. Kadangi konkrečių tyrimų, kurie skaičiuotų nerimo pokytį nerasta, tai galima būtų svarstyti, kad neurotiško tipo pacientai prieš operaciją labai stresuoja, situacijas interpretuoja grėsmingiau, jaučiasi nesaugūs, o po operacijos dalies baimių nebelieka, tai lemia sumažėjusį nerimą.

Daugumoje literatūros šaltinių minima, kad moterys nerimauja labiau nei vyrai (Caumo et al., 2001; Mavridou et al., 2013; Mulugeta, 2018; Ju et al., 2023). Šie rezultatai patvirtinti ir šiame tyrime: moterų nerimas prieš operaciją didesnis nei vyrų. Laukiant operacijos ir po operacijos moterų ir vyrų nerimo lygis nesiskyrė. Žiūrint nerimo pokyčių duomenis tarp vyrų ir moterų rasti skirtumai dviejuose etapuose. Išaiškėjo, kad vyrų nerimas prieš pat operaciją netgi sumažėjo lyginant su nerimu laukiant operacijos ir šis skirtumais reikšmingai skyrėsi nuo moterų. Moterų nerimas iki pat operacijos didėjo. Kitas reikšmingas skirtumas nerimo pokyčio - prieš operaciją ir po. Tiek vyrų, tiek moterų nerimas mažėjo, tačiau moterų, lyginant su vyrų, nerimas sumažėjo labiau. Kaip minėta anksčiau, kadangi nebuvo konkrečių tyrimų, kurie skaičiuotų nerimo pokytį, tai, remiantis teorija, būtų galima svarstyti apie tai, kad vyrai pasižymi žemesniu nerimo lygiu, nes nėra linkę reikšti savo emocijų, dalintis patirtimi, o taip pat svarstoma ir apie hormonų įtaką (Caumo et al., 2001).

Žiūrint nerimo skirtumus tarp vyresnių ir jaunesnių pacientų, nustatyta, kad vyresni nei 50 metų pacientai labiau nerimavo prieš ir po operacijos, lyginant su jaunesniais. Šiame tyrime gauti rezultatai prieštarauja kitų tyrėjų išvadoms, kurie teigia, kad jaunesni pacientai nerimauja labiau (Shafer et al., 1996; Mulugeta et al., 2018; Mavridou et al., 2013). Gautus prieštarigus duomenis galėjo lemti tai, kad skirtinguose tyrimuose pateikiamos skirtingos amžiaus grupės, į kurias suskirstomi pacientai. Literatūroje buvo minima jaunesni nei 45 metų (Shafer et al., 1996), jaunesni

nei 52 metų (Mavridou et al., 2013). Kita priežastis, lėmusi kitokius rezultatus, galėjo būti, kad duomenys gauti iš eksperimentinės atsitiktinės atrankos tyrimo, kuriame pacientai skirstomi į tris grupes pagal gaunamą intervenciją. Galbūt pacientų gauta papildoma informacija apie operaciją, anesteziją galėjo įtakoti šio skaičiavimo rezultatus.

Nagrinėjant paskutinį kiekybiniam tyrimui išsikeltą uždavinį, neatrasta reikšmingų skirtumų tarp kontrolinės ir kontaktinės grupių patiriamo nerimo. Nors literatūros šaltiniuose teigiama, kad pacientų mokymas, informavimas prieš operaciją sumažina nerimo lygį (Jawaid et al., 2007; Wilson et al., 2016). Šio tyrimo tokius rezultatus galėjo lemti maža tyrimo imtis, nes patikrinus grupių homogeniškumą nuspręsta palikti kontrolinę grupę, kurioje buvo 18 tiriamųjų ir kontaktinę, kurioje – 9. Tačiau galima kelti prielaidą, kad didėjant tyrimo dalyvių skaičiui, skirtumas tarp kontaktinės ir intervencinių grupių bus statistiškai reikšmingas.

Kokybinio tyrimo rezultatų aptarimas. Aiškinantis pacientų nerimo raiškos ypatumus, išskirtos trys kategorijos: priešoperacinis laikotarpis, buvimo ligoninėje laikotarpis ir pooperacinis laikotarpis. Šių kategorijų ir pakategorių išskyrimas atskleidė nerimo dinamiką ir ypatumus kiekviename laikotarpyje. Tyrimo rezultatai parodė, kad kiekviename laikotarpyje skiriasi pacientų nerimo raiška, intensyvumas.

Pakategorės „operacijos būtinumas“, „nusiteikimas – viskas bus gerai ir nerimą mažinantys veiksniai“ kyla iš to, kad operacija yra tokia situacija, kur pacientas netenka kontrolės dėl atliekamos anestezijos, jį lydi neišvengiamumo ir nežinomybės jausmas. Per tai atsiskleidžia nerimo raiška ir priežastys bei tai, kaip su nerimu tvarkosi pacientai. Visam priešoperaciniam laikotarpiui svarbus veiksnys yra turima informacija apie operaciją – pakategorė „informacija apie operaciją“.

Suvokimas, kad negali kontroliuoti padėties, sukelia stiprų stresą (Dickerson & Kemeny, 2004). Pacientai, dalindamiesi savo patirtimi, laukiant operacijos kalbėjo ne tik apie nerimą, bet ir apie juos lydintį stresą šiuo laikotarpiu. Apie tai, kad laukiant operacijos pacientus lydi ne tik nerimas, bet ir stresas ir, kad nerimas ir stresas persipynę - patvirtina ir mokslinėje literatūroje rasta informacija. Ji ir kitų (2022) teigimu, stresas yra vienas pagrindinių nerimo veiksnių. Šie autoriai taip pat teigė, kad pacientams, laukiantiems operacijos, kyla stresas dėl nežinomybės baimės, galimo skausmo, mirties ir tai sukelia priešoperacinį nerimą. Kad geriau susidorotų su slegiančia nežinomybe, tyrimo dalyviai ėmėsi kitų būdų, kaip išbūti tą laikotarpį žinant, kad ateis laikas, kai situacija nuo jų nepriklausys ir reikės savo gyvybę patikėti kitiems asmenims. Vienas iš jų yra save nuteikti, kad operacija yra būtina.

Autoriai Menendez ir Ring (2016) kalba apie saviveiksmingumą, jausmą, kad viskas bus gerai. Bandura (2009) kalba apie tai, kad žmonės mintyse dažnai laiko skausmingą praeitį ir keliančią nerimą ateitį ir apsunkena save stresu, kuris atsiranda dėl nerimą keliančių apmąstymų. Pacientų

kartojimas sau, kad „viskas bus gerai“ - vienas iš būdų tvarkytis su nerimastingomis mintimis. Kiti būdai, kuriuos taikė pacientai nerimo įveikai – „negalvoti“, kitiems padėjo meditacija, pomėgiai, ramybė, artimieji, bendravimas.

Dembinskas (2003) nerimą apibūdina kaip vidinę įtampą. Tyrimo dalyviai taip pat apie nerimą kalbėjo kaip apie vidinę būseną, kurią kartais sunku jiems buvo apibūdinti, ką jaučia. Nerimas taip pat siejamas su nežinojimu. Apie nežinomybės keliamą nerimą rašoma mokslinėje literatūroje (Dembinskas, 2003; Grupe & Nitschke, 2013; Carleton, 2016; King et al., 2019; Ji et al., 2022). Šio tyrimo kontekste taip pat paaiškėjo, kad pacientai nerimavo dėl nežinomybės. Atrodytų, kad žino, kas laukia – operacija, tačiau po šiuo faktu daug klausimų. Pacientams rūpėjo, ar operacija bus sėkminga, kokia savijauta bus ir ar atsibus po operacijos. Tyrimo dalyviams nerimas kilo ne tik dėl nežinomybės, bet ir turimų atsakomybių: susirūpinimas šeima, grįžimas į darbą. Apie panašias nerimo priežastis kalbėjo King ir kiti (2019), Johnston (1986).

Aiškinantis pacientų nerimo priežastis iškilo klausimas, kodėl tyrimo dalyviai bijo ir vengia tiesiai kalbėti apie mirtį. Pasak Becker (1997), žmonės kylantį mirties nerimą bando įveikti neigimu. Šiame tyrime pastebėta, kad mirties baimė nebuvo įvardinta tiesiogiai, o apie tai užsiminta kaip „blogiausiais scenarijus“, „baimė nepabusti“, „manęs nebus“. Svarstytinios galimos priežastys: emocinis diskomfortas, kultūrinės įtakos, skausmingos patirtys, praradimai. Šie svarstymai subjektyvūs, nepagrįsti moksline literatūra, tačiau tai galėtų būti idėja kitiems tyrimams.

Šio tyrimo kontekste paaiškėjo, kad pacientams užteko turimos informacijos apie operaciją ir daugiau papildomai jos neieškojo. Tai iš dalies atitinka moksliniuose šaltiniuose pateikiamą informaciją, kad nerimą gali sumažinti turimos informacijos kiekis (Grupe & Nitschke, 2013; Wilson et al., 2016; Stamenkovic et al., 2018). Teigiu, kad iš dalies, nes kokybinio tyrimo kontekste nebuvo plačiai aiškinamasi, kokią informaciją pacientai turėjo apie operaciją ir ar tai sumažino jų nerimą. Iš kelių tyrimo dalyvių pasakymų galima būtų interpretuoti, kad informaciją jie gavo iš gydytojo ir jiems to pakako. Kai kurie pasisakė, kad jei būtų žinoję daugiau, būtų nerimavę labiau. Tyrimai apie pacientams pateikiamą informaciją prieštaringi. Vienų teigimu, galimas nocebo efektas (Rosique et al., 2006). Kiti teigia, kad nerimo lygį sumažina didesnės pacientų žinios apie operaciją, kurią jiems ruošama atlikti (Kiyohara, 2004).

Antra kategorija „buvimo ligoninėje laikotarpis“. Šiame etape buvo svarbu ir pagal tai buvo išskirtos pakategorės: „operacijos laukimas – kad tik greičiau“; „pasitikėjimas gydytoju ir teigiami atsiliepimai apie personalą“; „palatos pacientai“ ir „greičiau namo“.

Pacientams kėlė nerimą operacijos laukimas jiems jau būnant ligoninėje, dauguma jų norėjo, kad operacija būtų atlikta kuo greičiau. Tai galėtų patvirtinti Car (2006) ir kitų atliktas tyrimas, kuriame paaiškėjo, kad viena iš nerimo priežasčių buvo laukimo laikas. Kitas dalykas, kuris man kaip

tyrėjai pasijuto, buvo tyrimo dalyvių kantrumas ir susitaikymas su situacija. Nors ir kildavo jiems klausimų „galbūt mane pamiršo“, „kada mane operuos“, tačiau kantriai laukė savo eilės.

Šiame tyrime išaiškėjo kitas svarbus nerimo raiškos aspektas – nerimaujama mažiau, kai pasitikima gydytoju. Tyrimo dalyviai išsakė pasitikintys gydytoju, kai kurie akcentavo, kad juos operavo profesorius. Šias išvadas patvirtina Ju ir kitų (2023) tyrimas kuriame teigiama, kad pacientų pasitikėjimas buvo neigiamai susijęs su priešoperaciniu nerimu.

Tyrimo dalyviams būnant ligoninėje, kiti palatos pacientai ir trukdė, ir padėjo. Vieniems nepatiko elgesys, kitiems gulėti palatoje ne vieniems buvo ramiau, nes turėjo su kuo pabendrauti. Kitas aspektas, kuris išryškėjo, tai pasilyginimas savo sveikatos būklės su kitu ir supratimas, kad esi mažiau sergantis. Dauguma tyrimo dalyvių išsakė norintys greičiau važiuoti namo ir mintys apie namus suteikdavo optimizmo.

Paskutinė kategorija – „pooperacinis laikotarpis“, apimanti pakategores „priešoperacinis laikotarpis iš dabarties taško“, „savijauta po operacijos“ ir „operacijos sudėtingumo įvertinimas“. Rezultatai atskleidė, jog pasibaigus operacijai, ji nebeatrodo tokia nerimą kelianti, nerimas daugumoje atvejų nulsūgsta. Savijauta po operacijos daugumoje atvejų siejama su skausmu. Žinojimas, kas gali laukti po operacijos, nerimą sumažina. King ir kitų (2019) patvirtina ir šio tyrimo gautas išvadas apie tai, kad aiškus bendravimas su pacientu apie atsigavimo laiką, ko laukti, gali sumažinti susirūpinimą dėl pasveikimo.

4.1. Tyrimo ribotumai, įžvalgos tolimesniems tyrimams ir praktinės rekomendacijos

Kiekybinio tyrimo ribotumai. Maža tyrimo imtis neleidžia pasiekti statistiškai patikimų rezultatų. Duomenys paimti iš tyrimo, kuris šiuo metu yra pilotinio tyrimo fazėje ir, kaip dabar buvo atrinktos grupės, neleido įvertinti intervencijos efekto. Būtina siekti grupių homogeniškumo per atsitiktinį paskyrimą grupei. Tikimasi, kad tolimesnė tyrimo eiga užtikrins grupių homogeniškumą ir bus galimybė stebėti intervencijos įtaką nerimo dinamikai.

Kokybinio tyrimo ribotumai. Tyrimas aprašomojo pobūdžio ir rezultatai negali būti taikomi bendrai populiacijai. Imtis yra nehomogeniška lyties, grupės, turimos operacijos prasme ir neaišku, ar rezultatai galėtų būti pakartoti, pavyzdžiui lyties ar skirtingų grupių (kontrolinė, nuotolinė, kontaktinė) imtyje. Taip pat interviu buvo imamas telefonu, dėl to nebuvo galima stebėti tyrimo dalyvių kūno kalbos ir kitos neverbalinės informacijos. Tolimesniems tyrimams būtų svarbu, kad dalyvautų panašus skaičius vyrų ir moterų. Siūlymas interviu atlikti gyvai bei visus tyrimo dalyvius apklausti po operacijos praėjus vienodam laiko tarpui (pavyzdžiui dvi savaitės).

Šis tyrimas aktualus, nes atskleistos tyrimo dalyvių patirtys gali pasitarnauti psychologams, gydymo įstaigos personalui darbe su pacientais perioperaciniu laikotarpiu. Šis tyrimas taip pat gali

būti naudingas ir pacientams bei jų artimiesiems, kurie žinotų, ko gali tikėtis ir, kad nerimauti prieš operaciją yra normalu.

IŠVADOS

1. Pacientų nerimas kinta, reikšmingai padidėdamas prieš pat operaciją, o po to sumažėdamas;
2. Nustatytos neurotiškumo sąsajos su nerimu visu perioperaciniu laikotarpiu ir nerimo pokyčiu prieš pat operaciją ir po operacijos. Atvirumas patirčiai neigiamai siejasi su nerimu po operacijos;
3. Moterims, lyginant jas su vyrais, yra būdingas stipresnis nerimas prieš pat operaciją, taip pat ir didesni nerimo svyravimai;
4. Vyresniems nei 50 metų pacientams, lyginant juos su jaunesniais, yra būdingas stipresnis nerimas prieš ir po operacijos;
5. Papildomo informavimo apie operaciją ir anesteziją įtakos nerimui ir nerimo pokyčiams nenustatyta, tačiau stebimos tendencijos rodo, kad esant didesnei imčiai informavimas gali nerimą sumažinti;
6. Kokybinėje tyrimo dalyje išryškėjo, kad tyrimo dalyviai priešoperaciniu laikotarpiu operaciją priėmė kaip būtina, tai leido jaustis ramiau. Buvo atskleistas nusiteikimas, kad „viskas bus gerai“ ir kiti nerimą mažinantys veiksniai: meditacija, bendravimas, pomėgiai. Tyrimo dalyvių pasakojimai atsiskleidė nerimo raišką, priežastis. Nerimavo viduje, nerimas pasireiškė fiziologiškai bei elgesyje. Nerimą kėlė nežinomybė dėl operacijos, jos sėkmė, anestezijos ir mirties baimės, susirūpinimas šeima. Paaiškėjo, kad tyrimo dalyviai buvo patenkinti turimos informacijos kiekiu ir didesnis žinojimas jiems keltų nerimą;
7. Buvimo ligoninėje laikotarpio analizė atskleidė, kad tyrimo dalyviai nerimavo laukdami, kada juos išveš į operacinę, norėjo, kad viskas įvyktų greičiau. Išaiškėjo svarbus faktorius, kuris gali sumažinti arba padidinti nerimą – tai pasitikėjimas gydytoju. Tyrimo dalyviai išsakė, kad pasitikėjo juos operavusiu daktaru, o tai mažina nerimą. Pasakojimuose apie kitus palatos pacientus išryškėjo, kad pasilyginimas su kitais savo sveikatos būkle leidžia pasijusti sveikesniam bei bendravimas palengvina buvimą ligoninėje. Tačiau yra kita pusė, kad gulėjimas su nepažįstamais žmonėmis kelia diskomfortą. Paaiškėjo, kad dauguma tyrimo dalyvių norėjo kuo greičiau namo;
8. Pooperacinis laikotarpis atskleidė, kad jau po operacijos ji nebeatrodo tokia nerimą kelianti, nerimas daugumoje atvejų nuslūgsta ir lieka prisiminimas, kad viskas buvo paprasčiau nei atrodė. Savijauta po operacijos siejama su skausmu – jei tyrimo dalyviai žinojo, kad skaudės, tai nerimo jiems nekėlė. Nerimavo dėl nelaukto skausmo. 4 iš 6 savo operaciją įvertino kaip sudėtingą.

Literatūra

- Almalki, M., S., Hakami, O., A., O., & Al-Amri, A., M. (2017). Assessment of Preoperative Anxiety among Patients Undergoing Elective Surgery. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 69 (4), 2329 – 2333.
- Aust, H., Eberhart, L., Sturm, T., Schuster, M., Nestoriuc, Y., Brehm, F., & Rüsç, D. (2018). A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. *Journal of Psychosomatic research*. 111, 133-139.
- Badner, N.H., Nielson, W.R., Munk., S., Kwiatkowska, C., & Gelb, A.W. (1990). Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Canadian journal of anaesthesia*. 37, 444 – 447.
- Bandura, A. (2009). *Socialiniai minties ir veiksmo pagrindai. Socialinė kognityvi teorija*. VU specialiosios psichologijos laboratorija: Vilnius.
- Becker, E. (1997). *The Denial of Death*. Free Press: New York.
- Blaževičiūtė, T., Gedrimė, L., Brasaitė, I., Rapolienė, L., ir Razbadauskas, A. (2017). Pacientų patiriamas nerimas priešoperaciniu laikotarpiu. *Visuomenės sveikata*. 27, 91-97.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Buonanno, P., Laiola, A., Palumbo, C., Spinelli, G., Terminiello, V., & Servillo, G. (2017). Italian validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Minerva Anestesiologica*. 83 (7), 705–11.
- Bystritsky A., & Kronemyer, D. (2014). Stress and anxiety counterpart elements of the stress/anxiety complex. *Psychiatric Clinics of North America*. 37(4), 489 – 518.
- Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders*. 41, 5–21.
- Carr E, Brockbank, K, Allen, S, & Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 15, 341–352.
- Caumo, W., Schmidt, A.P., Schneider, C.N., Bergmann, J., Iwamoto, C.W., Bandeira, D. & Ferreira, M.B.C. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 45, 298-307.
- Cheng, J., Y., J., Wong, B., W., Z., Chin, Y., H., Ong, Z., H., Ng, C., H., Tham, H. Y. Samarasekera, D.D, Devi, K.M., Chong, C.S. (2021). Preoperative concerns of patients undergoing general surgery. *Patient Education and Counseling*. 104 (2021), 1467–1473.
- Chintale, S.G. (2021). Perioperative Phases of Surgery. *Journal of Perioperative Medicine*. 5(2).

- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). Neo PI-R professional manual. Paimta iš https://www.researchgate.net/publication/240133762_Neo_PI-R_professional_manual
- Dembinskas, A. (Sud.). (2003). *Psichiatrija*. Vilnius: Vaisų žinios.
- Dickerson, S., S., & Kemeny, M., E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*. 130, 355 – 391.
- Feist, J., & Feist, G., J., (2008). *Theories of Personality. Seventh edithion*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Germanavičius, A. (2006). Nerimo ir depresinių sutrikimų epidemiologija ir patofiziologija. *Neurologijos seminarai*. 10 (27), 25-32.
- Grupe, D. W., & Nitschke, J. B (2013). Uncertainty and Anticipation in Anxiety: An integrated neurobiological and psychological perspective. *Nant Rev Neurosci*. 14(7), 488-501.
- Horney, K. (2004). *Neurotiška mūsų laikų asmenybė*. Vilnius: Apostrofa.
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*. 34, 580–593.
- Izard, C. E (1972). *Patterns of emotions. A new analysis of anxiety and depression*. New York and London: Academic press.
- Izci, F., Sarsanov, D., Erdogan, Z., Ilgün, A.S., Çelebi, E., Alco, G., Kocaman, N., Ordu, C., Ozturk, A., Duymaz, T., et al. (2018). Impact of Personality Traits, Anxiety, Depression and Hopelessness Levels on Quaity of Life in the Patients with Breast Cancer. *The Journal of Breast Health*, 14, 105–111.
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neuroscience*. 12(2), 145 – 148.
- Ji, W., Sang, C., Zhang, X., Zhu, K., & Bo, L. (2022). Personality, Preoperative Anxiety, and Postoperative Outcomes: A Review. *Inernational Journal of Environmental Research and Public Health*. 19.
- Ju, X., Feng, J., Yang, J., Ge, L., & Liu, X. (2023). Factors influencing the preoperative anxiety in lung cancer patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery: The role of information needs, illness perception and patient trust. *Journal of Psychosomatic Research*.
- King A., Bartley J., Johanson, D.L., & Broadbent, E. (2019). Components of preoperative anxiety: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*. 24(13), 1897-1908.
- Kiyohara, L.Y., Kayano, L.K, Wliveira, L.M., Yamamoto, M, U., Inagaki, M.M., Ogawa,

- N.Y., et al. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clinicas*. 59(2), 51 – 56.
- Kornilov, N., Lindberg, M.F., Gay, C., Saraev, A., Kuliaba, T., Rosseland, L.V., Muniz, K. & Lerdal, A. (2016). Factors Related to Postoperative Pain Trajectories following Total Knee Arthroplasty: A Longitudinal Study of Patients Admitted to a Russian Orthopaedic Clinic. *Pain Research and Treatment*.
- Lee, K. C., Chao H. Y., Yiin, J.J., Chiang, P.Y & Chao, Y. F. (2011). Effectiveness of different music-playing devices for reducing preoperative anxiety: A clinical control study. *International Journal of Nursing Studies*. 48, 1180-1187.
- Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: Effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of Anesthesia*. 27, 104–108.
- Menendez, M., E & Ring, D. (2016). Factors Associated with Greater Pain intensity. *Hand Clinics*. 32 (1), 27 – 31.
- Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 12 (6), 806–815.
- Mulugeta, H., Ayana, M. Sintayehu, M., Dessie, G., & Zewdu, T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiology*. 18(1).
- National Cancer Institute. NCI Dictionaries: Paimta iš:
<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/nocebo-effect>
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas. Metodinė priemonė*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Piščalkienė, V., ir Stasiūnaitienė, E. (2014). Priešoperacinio nerimo raiška ir jo mažinimo Galimybės. *Sveikatos mokslai*. 24, 166 – 171.
- Papenfuss, I., & Ostafin, B.D. (2021). A preliminary comparison of fundamental fears related to anxiety. *Journal of Experimental Psychopathology*. 1 – 9.
- Prado-Olivares, J., & Chover-Sierra, E. (2019). Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Diseases*. 7 (46).
- Rosique I, Perez-Carceles M, Romero-Martin M, Osuna E & Luna A. (2006). The use and usefulness of information for patients undergoing anaesthesia. *Med Law*. 25(4)
- Saritas, S.,C., & Ozdemir (2018). A. Identification of the correlation between illness perception and anxiety level in cancer patients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 54, 380–385.
- Shafer, A., Fish, M.P., Gregg, K.M., Seavello, J & Kosek, P. (1996). Preoperative anxiety and

- fear: A comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesthesia & Analgesia*. 83, 1285–1291
- Stamenkovic, D. M., Rancic, N. K., Latas, M. B., Neskovic, V., Rondovic, M., Wu, J. D., & Cattano, D. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica*, 84(11), 1307–1324.
- Soto, C., J. & John, O, P. (2017). The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and Assessing a Hierarchical Model With 15 Facets to Enhance Bandwidth, Fidelity, and Predictive Power. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(1), 117 – 143
- Srivastava, K., & Das, R.C. (2015). Personality and health: Road to well-being. *Industrial Psychiatry Journal*, 24, 1–4.
- Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods: collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Vaughn, F., Wichowski, H. & Bosworth, G. (2007). Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain? *AORN Journal*. 85(3), 597-604.
- Walker, E.M., Bell, M., Cook, T.M., Grocott, M.P., & Moonesinghe, S.R. (2016). Patient reported outcome of adult perioperative anaesthesia in the United Kingdom: a cross-sectional observational study. *British Journal of Anaesthesia*. 117(6), 758–766.
- Widiger, T.A. Oltmanns, J.R. (2017). Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. *World*. 16, 144–145.
- Wilson, C. J., Mitchelson, A. J., Tzeng, T. H., El-Othmani, M.M., Saleh, J., Vasdev, J., LaMontagne & Saleh, K. J. (2016). Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *The American Journal of Surgery*. 212, 151-159.
- Yilmaz, M., Sezer, H., Gurler, H. & Bekar, M. (2011). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 956-964.

Priedai

1 priedas. Kokybinio tyrimo klausimai

Klausimai apie **ikioperacinį** nerimą:

Įvadiniai klausimai kontakto užmezgimui:

1. Pasakykite trumpai apie savo operaciją. Kokia tai buvo operacija? Ar ji, jūsų manymu, buvo sudėtinga?
2. Prisiminkite, prašom, tą laiką, kai ėjote pas gydytoją ir sužinojote, kad jums reikalinga operacija. Kaip tada jautėtės ir dėl ko nerimavote?
3. Ar tai buvo jūsų pirmoji operacija? Jei ne, kaip manote, ar skiriasi jūsų nerimas lyginant su pirmąja operacija?
4. Dabar norėčiau, kad prisimintumėt tą momentą, kai jau žinojote tikslią operacijos datą. Ar nerimavote? Papasakokite prašau, kas Jums kėlė nerimą tuo laikotarpiu?
5. Ar galėtumėte išskirti tris didžiausius susirūpinimą keliančius klausimus, susijusius su jūsų operacija?
6. Kas jūsų manymu padėjo, o kas trukdė tvarkytis su nerimu?
7. Artėjame link operacijos dienos. Norėčiau paklausti kaip miegojote naktį prieš operaciją?
8. Dabar pakalbėkime apie **operacijos dieną**. Kaip pasireiškė jūsų patiriamas nerimas operacijos dieną?
9. Kas, jūsų manymu, padėjo, o kas trukdė tvarkytis su nerimu?
10. Kaip jautėtės iš karto po operacijos, tą dieną? Ar nerimavote? Dėl ko?
11. Kas, jūsų manymu, padėjo, o kas trukdė tvarkytis su nerimu?
12. Dabar pakalbėkime apie dabartinį momentą, jau **po operacijos**. Kaip jaučiatės po operacijos? Ar jaučiate nerimą, susijusį su savo sveikata? Ką galėtumėte pasakyti apie savo nerimą dabartiniu metu, po operacijos?
13. Dar vienas klausimas apie gydymo įstaigą ir personalą, įstaigos tvarkas ir personalo veiksmus. Kas jums padėjo išgyvenant šį su operacija susijusį laikotarpį? Kas trukdė?
14. Ką patartumėte kitiems pacientams, laukiantiems operacijos?

2 priedas. Kategorijos ir pakategorės

PRIEŠOPERACINIS LAIKOTARPIS	BUVIMO LIGONINĖJE LAIKOTARPIS	POOPERACINIS LAIKOTARPIS
<p>Operacijos būtinumas</p> <p>„Nu. Aš žinojau, kad ji reikalinga, nes man pasakė profesorius, kitos išeities nėra, tik tai operacija”</p> <p>„Aš žinojau, kad man ji būtina. Ir aš save raminau, kad reikia”</p> <p>„Pasiryžau tai operacijai, nes pagalvoju kad tos rožinės neis jos suvaldyti. Kadangi galbūt įtakoja uždegiminiai procesai organizme, tai kaip ir nusprendžiau, tai taip ir nusprendžiau reikia man pasišalinti tą akmenį“</p> <p>Nusiteikimas - “viskas bus gerai” ir nerimą mažinantys veiksniai</p> <p>“Bandžiau apramint save, kad viskas bus gerai”</p> <p>„Tu turi kalbėt, kad tau bus gerai, nu kitaip turi visiškai elgtis su savim”</p> <p>“Na, aš per gyvenimą esu išmokusi, kad kažkokias įkyrias, negatyvias mintis moku, nu jas tiesiog atmesti. Išmokau, tiesiog galvot apie kažką kitą“</p> <p>„Tiesiog aš žinau, kad man mane geriausiai veikia vienatvė ir ramybė. Man to užtenka, man to užtenka. Vidinis susikaupimas ir viskas”</p> <p>Nerimo raiška ir nerimo priežastys laukiant operacijos</p> <p>“Nu bet kažkodėl labai ramiai aš priėmiau šitai“</p> <p>“Čia viskas taip neplanuotai buvo, tai nu žinot kai greitai taip, nėra tada taip labai kažko pergyvenama“</p> <p>„Visas tas laikotarpis buvo kančia. Jeigu iš tikrųjų”</p> <p>Informacija apie operaciją</p> <p>„Man geriau buvo daug ko nežinot apie operaciją, nes vėl bandysiu ten kažką“</p> <p>„O ką ten rasi daug, čia tai čia jau reikia nežinau psichiškai, psichologiškai būt netikram, netikėti savimi, netikėti liga, netikėti, kad pasveiksi, tai gal reikia graibytis po tamsius tuos pakampus. Aš tai taip vadinu. Vienur vienaip paskaitysi, gal kitur kitaip, žinot kaip, tai čia yra nesąmonė. Aš turiu savo tvirtą nuostatą ir aš nekreipiu dėmesio į tuos visus kitus pašalinius, facebooke ir panašiai“</p> <p>„Nu kaip pasakyt, kai išaiškina prieš operaciją ką darys, kaip darys, tai kažkaip tai nu atslūgo“</p>	<p>Operacijos laukimas – kad tik greičiau</p> <p>„Atrodo greičiau padarytų greičiau išeičiau“</p> <p>„Tik paskui tą dieną laukiau, kad viskas greičiau įvyktų jau. Kai jau man pasako kažką tai, tai man, kad greičiau viskas būtų, kuo greičiau padarytų ir pamiršt“</p> <p>Pasitikėjimas gydytoju ir teigiami atsiliepimai apie personalą</p> <p>„Dėl personalo niekas nelenda į akis, nu tikrai geras, ramus personalas“</p> <p>„Oi personalas labai geras, groja kaip muzika”</p> <p>„Jeigu daktarai sako, kad bus geriau, vadinasi bus geriau”</p> <p>“Profesorius operavo Poškus. Tai su juo pasišneku, paklausiu, jisai viską pakomentuoja, pasako, paaiškina. Tik tiek aš to ir laikausi.“</p> <p>Palatos pacientai</p> <p>„Kambariokė viena kur šalia gulėjo visai draugiškai pasibendravom, pasikalbėjome”</p> <p>„Žinot kas mane slegia, nuo vakar vakaro aš likau viena palatoje. Ir mane šita vienatvė slegia“</p> <p>Greičiau namo</p> <p>„Noriu važiuot namo. Tiesiog noriu važiuot“</p>	<p>Priešoperacinis laikotarpis iš dabarties taško</p> <p>„Dabar, kai žiūriu atgal, tai atrodo, buvo labai viskas paprasta. Aišku iki tol taip neatrodė”</p> <p>„Viskas užsimiršta ir labai greitai. O dabar, tai žinokit labai gera prisimint, viskas ten taip paprastai. Aišku, kai būna, tai dar kitaip galvoji tuo momentu”</p> <p>„Galvoju palygint kai būna tokių sudėtingų operacijų, kai operuoja po keletą valandų, tai čia juokas, čia kaip pasakyt, kai praeina visas šitas dalykas?”</p> <p>Savijauta po operacijos</p> <p>„Po operacijos, kai atsibudau toje pabudimo palatoje, kad viskas gerai, kad aš gyva”</p> <p>„Viskas labai puikiai. Ten skausmui neleidžia būt. Tuoj suleidžia vaistų, jeigu reikia, skauda, ten suleidžia. Ten tikrai labai puiku. Dėl šito dalyko tai jo. Nereikia kentėt”</p> <p>„Šiandien vėl kyla skausmai. Nu ir vėl man neramu. Ir vėl aš nerami. Kodėl man taip ilgai skauda? Iš kur man tokie skausmai?”</p> <p>„Viską skaudėjo, nu bet tas nerimas dingo ir ir ir viskas buvo gerai. Skausmas aš galiu kentėt tą skausmą, skausmas man jokio nerimo nekelia“</p> <p>Operacijos sudėtingumo įvertinimas</p> <p>„Taip sudėtinga. Kadangi išoperavo pirmą kartą ketvirtadienį, o penktadienį pasirodė krešuliai ir nukrito spaudimas. Buvo operuojama antrą kartą“</p>

<p>„Paskui kai kalbėjom, nu, kad neišsigąščiau, kad nu psichologiškai taip, aišku nesakė nieko, kad ai čia nieko, viskas gerai, čia viskas. Paskui po pirmos operacijos sakė ojetau kaip aš pergyvenau, kaip būna. Aišku būna visko po operacijų, visokių dalykų nu. Nu bet va kuo mažiau žinai, kaip pasakyt, tu savyje ramesnis būni”</p>		<p>„Man ta riba sudėtinga - realiai buvo pašalinta tulžies pūslė“</p>
---	--	---

3 priedas. Papildomi skaičiavimai kontrolinėje ir intervencinėse grupėse

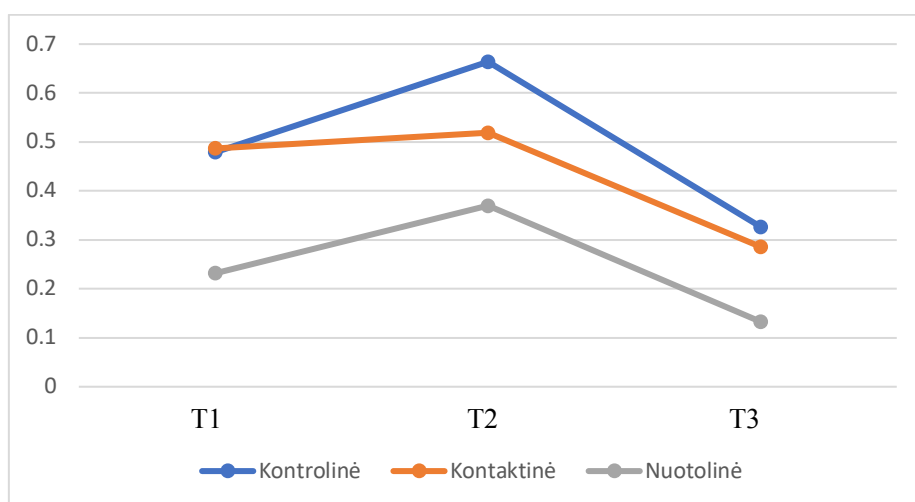
11 lentelė. Nerimo pokyčių įverčiai kontaktinėje ir kontrolinėje grupėse

Nerimo matavimai	Grupė	n	M	SD	Vidutinis rangas	U	Z	p
Nerimo pokytis nuo 1 iki 2 matavimo	Kontrolinė	18	0,479	0,382	12,50	54,0	-1,394	0,163
	Kontaktinė	9	0,487	0,310	17,00			
Nerimo pokytis nuo 2 iki 3 matavimo	Kontrolinė	18	0,664	0,567	14,64	69,5	-0,593	0,553
	Kontaktinė	9	0,519	0,364	12,72			
Nerimo pokytis nuo 1 iki 3 matavimo	Kontrolinė	18	0,327	0,329	12,56	55,0	-1,344	0,179
	Kontaktinė	9	0,286	0,209	16,89			

12 lentelė. Nerimo įverčiai kontrolinėje ir intervencinėse pacientų grupėse

Nerimo matavimai	Grupė	n	M	SD	Vidutinis rangas	H	Z	p
1 nerimo matavimas	Kontrolinė	18	0,479	0,382	23,83	5,691	-1,072	0,284
	Kontaktinė	9	0,487	0,310	26,61			
	Nuotolinė	15	0,232	0,177	15,63			
2 nerimo matavimas	Kontrolinė	18	0,664	0,567	24,03	2,147	-1,158	0,247
	Kontaktinė	9	0,519	0,364	22,50			
	Nuotolinė	15	0,370	0,238	17,87			
3 nerimo matavimas	Kontrolinė	18	0,327	0,329	25,81	7,182	-1,992	0,046
	Kontaktinė	9	0,286	0,209	24,00			
	Nuotolinė	15	0,133	0,072	14,83			

Pastaba. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.



5 pav. Grupių nerimo skirtumai