



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS
KLINIKINĖS PSICHOLOGIJOS KATEDRA

Gintarė Korsakaitė

**Adaptacijos sutrikimo požymiai ir rizikos veiksniai praėjus penkiems metams
po širdies operacijos**

Magistro darbas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Darbo vadovas: prof. dr. Evaldas Kazlauskas

Vilnius 2019

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	4
PRATARMĖ	5
1. ĮVADAS	7
1.1 Širdies operacijos psichologiniai padariniai	7
1.2 Adaptacijos sutrikimo sampratos raida	10
1.3 Adaptacijos sutrikimo paplitimas	12
1.4 Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai	13
1.5 Apibendrinimas	16
2. TYRIMO METODIKA	17
2.1 Tyrimo dalyviai	17
2.2 Tyrimo instrumentai	18
2.3 Tyrimo eiga	19
2.4 Duomenų analizė	19
3. REZULTATAI	21
3.1 Stresinė patirtis	21
3.2 Adaptacijos sunkumai	22
3.3 Adaptacijos sutrikimo rizikos grupė ir jos charakteristikos	23
3.4 Pagalbos siekimas	24
3.5 Adaptacijos sunkumų ir demografinių charakteristikų sąsajos	24
3.6 Adaptacijos sunkumų ir stresinės patirties sąsajos	28
3.7 Adaptacijos sunkumų ir pagalbos siekimo sąsajos	33
3.8 Adaptacijos sutrikimo demografiniai rizikos veiksniai	34
3.9 Adaptacijos sutrikimo stresinės patirties rizikos veiksniai	35
3.10 Adaptacijos sutrikimo pagalbos siekimo rizikos veiksniai	36
4. REZULTATŲ APTARIMAS	38
4.1 Stresinės patirtys	38
4.2 Adaptacijos sutrikimo požymiai ir paplitimas	40
4.3 Pagalbos siekimas	40
4.4 Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai	41
4.5 Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų gairės	44
IŠVADOS	45
LITERATŪRA	46

ADAPTACIJOS SUTRIKIMO POŽYMIAI IR RIZIKOS VEIKSNIAI PRAĖJUS PENKIEMS METAMS PO ŠIRDIES OPERACIJOS

Gintarė Korsakaitė

Vilniaus universitetas

Filosofijos fakultetas

2019, 55 puslapiai

Santrauka

Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ojo leidimo (TLK-11) kontekste adaptacijos sutrikimo tyrinėjimai tampa vis aktualesni, tačiau vis dar trūksta tyrimų klinikinėse imtyse. Šiame darbe siekiama nustatyti adaptacijos sutrikimo požymius ir rizikos veiksnius praėjus penkiems metams po širdies operacijos. Tyrime dalyvavo 65 asmenys, prieš penkis metus patyrę širdies operaciją (68,3 proc. vyrų), nuo 24 iki 87 metų ($M = 66,88$) amžiaus. TLK-11 adaptacijos sutrikimo požymiai įvertinti naudojant trumpąją Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalę (ADNM-8). Tyrimu buvo nustatyta, kad po širdies operacijos tyrimo dalyviai patyrė ir kitų stresą keliančių įvykių. Adaptacijos sutrikimo paplitimas buvo 6,5 proc. Adaptacijos sunkumai buvo susiję su per pastaruosius dvejus metus patirtų stresorių skaičiumi bei pavieniais stresoriais: finansiniai sunkumai, konfliktai šeimoje, artimojo mirtis.

Raktažodžiai: širdies operacija, adaptacijos sutrikimas, TLK-11

ADJUSTMENT DISORDER SYMPTOMS AND RISK FACTORS FIVE-YEARS AFTER CARDIAC SURGERY

Gintarė Korsakaitė

Vilnius University

Faculty of Philosophy

2019, 55 pages

Summary

Adjustment disorder research is becoming more and more relevant in the context of the updates in International Classification of Diseases 11-th edition (ICD-11). However, there is a lack of studies in clinical samples of ICD-11 adjustment disorder. The aim of this study was to identify symptoms and risk factors for adjustment disorder five-years after cardiac surgery. 65 participants (68.3% men) who underwent cardiac surgery five years ago participated in the present study. Age ranged from 24 to 87 years, mean age was 67 years. Adjustment disorder symptoms were measured using the Brief Adjustment Disorder New Model (ADNM-8) scale. Results showed that majority of participants have experienced other stressful events following heart surgery. The prevalence of adjustment disorder in this sample was 6.5%. Adjustment difficulties were significantly associated with accumulative recent life stressors, also specific stressors, such as, financial difficulties, family conflicts and death of a loved one.

Keywords: cardiac surgery, adjustment disorder, ICD-11

PRATARMĖ

Ilgėjant žmonių gyvenimo trukmei pasaulio populiacijoje daugėja vyresnio amžiaus žmonių (Population Reference Bureau, 2016). Populiacijos senėjimas lemia didesnę sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis. Šios ligos yra pagrindinės mirties priežastys Lietuvoje ir pasaulyje: sukelia 17,3 milijonų mirčių per metus (Smith et al., 2012). Higienos instituto Sveikatos informacijos centro (2019) duomenimis, 2018 metais Lietuvoje širdies ir kraujagyslių ligos sudarė 47,3 proc. vyrų ir 62,9 proc. moterų mirties priežasčių.

Pastaraisiais metais Europoje pastebimas mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažėjimas, susijęs su naujausiais širdies operacijų procedūrų techniniais pasiekimais (Eurostat, 2017). Tyrimai rodo, kad širdies chirurgijos poreikis auga ir kasmet atliekama vis daugiau širdies operacijų (Mozaffarian et al., 2015). 2017 metais JAV buvo atlikta 38209 vainikinių arterijų apeinamųjų jungčių suformavimo operacijų (Dulce Clinical Research Institute, 2017). Lietuvoje vien 2016 metais Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose atlikta 2558 sudėtingų širdies operacijų, o širdies stimulatorius implantuotas 1112 žmonių (Jurevičienė, 2017).

Nors per pastaruosius 40 metų išgyvenimo rodikliai po širdies operacijų pagerėjo, tačiau dabar širdies operacijų sėkmė nėra vertinama vien pagal jų poveikį mirtingumui. Svarbiausiais aspektais dabar laikomos šių operacijų neuropsichologinės ir emocinės pasekmės bei poveikis su sveikata susijusiai paciento gyvenimo kokybei (Duits et al., 1999; Rafanelli et al., 2003).

Adaptacijos sutrikimas – tai vienas iš su stresu susijusių sutrikimų, kuris šiuo metu vis labiau tyrinėjamas dėl 2018 metais patvirtinto Tarptautinės ligų klasifikacijos (angl. *International Classification of Diseases (ICD)*) vienuoliktojo leidimo (TLK-11). Yra tik keletas tyrimų, nagrinėjančių adaptacijos sutrikimo paplitimą bendrojoje populiacijoje (Glaesmer, Romppel, Brähler, Hinz, & Maercker, 2015; Maercker et al., 2008, 2012; Zelviene, Kazlauskas, Eimontas, & Maercker, 2017) bei specifinėse imtyse: pabėgėlių (Dobrnicki, Komproe, De Jong, & Maercker, 2010), patyrusių apiplėšimus (Bachem & Maercker, 2016; Lorenz, Bachem, & Maercker, 2016), teroro ataką (Mahat-Shamir et al., 2017), darbo praradimą (Lorenz, Hyland, Perkonigg, & Maercker, 2018), asmenų, segančių depresija bei potrauminiu stresu (Maercker et al., 2008), širdies aritmiją turinčių ir psichosomatinių pacientų (Einsle, Köllner, Dannemann, & Maercker, 2010). Reikia naujų adaptacijos sutrikimo epidemiologinių tyrimų (Maercker et al., 2012) tiek bendrosiose populiacijose, tiek klinikinėse imtyse (Kazlauskas, Gegieckaite, Eimontas, Zelviene, & Maercker, 2018; Lorenz et al., 2016). Dėl to šiam magistro darbui pasirinkta klinikinė, širdies operaciją prieš penkis metus patyrusių asmenų, grupė.

Adaptacijos sutrikimas širdies operaciją patyrusių asmenų grupėje tyrinėtas nedaug. 2007 metais buvo publikuotas asmenų, kuriems buvo implantuotas širdies defibriliatorius, adaptacijos

sutrikimo reakcijų tyrimas (Maercker, Einsle, & Köllner, 2007). Širdies operacijų pasekmių tyrinėjimai padėtų praplėsti supratimą apie adaptacijos sutrikimą bei būdus, apsaugosiančius nuo neigiamų psichologinių pasekmių bei padėsiančius pagerinti pacientų po kardiochirurginių operacijų gyvenimo kokybę.

1. ĮVADAS

1.1 Širdies operacijos psichologiniai padariniai

Apibendrinamas streso tyrimus Lazarus (1993) išskyrė požymius, kurie yra bendri visoms streso sampratoms. Vienas jų – stresorius. Apžvelgus mokslinius tyrimus matyti, kad gyvenimo eigoje žmonės patiria įvairių įvykių ir kai kurie jų gali būti itin sukrečiantys. Tai vadinamieji trauminiai stresoriai, kurie yra pavojingi žmogaus gyvybei bei sukelia stiprų distresą beveik kiekvienam (World Health Organization, 2018).

Žmonės gyvenime susiduria ne tik su trauminiais įvykiais, bet patiria ir kitokių stresorių. Daug žmonių stresą patiria kasdien ir įvairiose aplinkose: namuose, darbe, mokykloje. Skyrybos, finansinės problemos, liga ar negalia, konfliktai darbe, konfliktai šeimoje, persikraustymas, išėjimas į pensiją, artimo žmogaus netektis, sunki liga ar slauga – tai tik keletas psichosocialinių stresorių (Maercker et al., 2007). Stresiniai įvykiai, lyginant su trauminiais įvykiais, gali turėti subtilesnį, bet ne ką mažiau kenksmingą poveikį žmogaus psichologinei sveikatai.

Nors širdies operacija yra santykinai dažna procedūra, tačiau pacientams ji kelia stresą (Gallagher & McKinley, 2007). Pacientai širdies operaciją suvokia kaip gyvybei pavojingą įvykį, kurį lydi problemos, susijusios su ligoninės rutina, diskomforto jausmu, kontrolės stoka, atsiskyrimu nuo šeimos, draugų ir kasdienio gyvenimo (Bergvik, Wynn, & Sørli, 2008). Jie nerimauja dėl operacijos sėkmės, laukimo prieš operaciją laikotarpio, mirties galimybės, ankstesnių neigiamų patirčių ligoninėje, pasveikimo, injekcijų skausmo, apetito praradimo, išsekimo, miego sutrikimų, grįžimo į kasdienį gyvenimą, veiklos po operacijos, priklausomybės nuo vaistų, gulėjimo ligoninėje trukmės ir su tuo susijusių išlaidų (Yarcheski & Knapp-Spooner, 1994).

Apibendrinus mokslininkų atliekamus tyrimus, galima išskirti keletą esminių situacijų, susijusių su operacija ir pacientams keliančių stresą bei nerimą: priešoperacinis laikotarpis ir pooperacinis laikotarpis, kuris gali būti skirstomas į hospitalizacijos laikotarpį iš karto po operacijos bei laikotarpį po išrašymo iš ligoninės. Priešoperacinis laikotarpis prasideda nuo to momento, kai nusprendžiama, kad bus atliekama tam tikra chirurginė operacija, ir baigiasi tuomet, kai pacientas atsigula ant operacinės stalo. Šis laikotarpis gali trukti nuo kelių minučių iki kelių parų ar ilgiau. Daugelis pacientų net prieš nedidelės trukmės operacijas jaučia baimės jausmą ir nerimą (Blaževičiūtė, Gedrimė, Brasaitė, Rapolienė ir Razbadauskas, 2017; Piščalkienė, 2010).

Priešoperaciniame laikotarpyje svarbiu aspektu tampa mirties rizikos vertinimas. Nors širdies operacija reikšmingai pagerina paciento širdies funkcijas ir, atitinkamai, gyvenimo kokybę, tačiau pooperacinės komplikacijos didina mirties po operacijos riziką (Fortes et al., 2016). Mazzeffi, Zivot, Buchman ir Halkos (2014) atliktame tyrime gautas 3,4 procentų mirtingumo po širdies

operacijų įvertis ($N = 18348$). Didėjant širdies operaciją patyrusių žmonių skaičiui buvo atrastas mirties po širdies operacijos rizikos vertinimo metodas (angl. *European System for Cardiac Operative Risk Evaluation II*). Jo pagalba dar prieš atliekant operaciją apskaičiuojant mirties po širdies operacijos rizikos įvertį (EuroSCORE II) galima identifikuoti tuos pacientus, kurie yra didesnėje mirties po širdies operacijos rizikoje. Laiku atlikta ir efektyvi mirties rizikos veiksnių diagnostika gali padėti pagerinti baigtis ir sveikimą po širdies operacijos. Taip pat gydytojai turi galimybę informuoti pacientus apie galimą riziką (Roques, Michel, Goldstone, & Nashef, 2003). Mirties rizikos žinojimas įpareigoja pacientus ir jų artimuosius apsvarstyti gyvenimo galimybes ir patiems prisiimti atsakomybę už tikėtinas pasekmes.

Pacientai po operacijų yra tam tikrą laiką stebimi reanimacijoje. Šis laikotarpis gali trukti nuo vienos iki keleto dienų. Pacientai čia gauna specializuotas medicininės paslaugas: slaugymas, gydytojų konsultacijos, medicininiai tyrimai, nuolatinis būklės stebėjimas, medikamentinis gydymas ir panašiai (Welch, 2017). Intensyvios terapijos pacientai susiduria su trijų tipų stresoriais:

- a) su kūnu susiję stresoriai: fizinis diskomfortas ir skausmas, kurie susiję su medicinine būkle, kvėpavimu mechaninės ventiliacijos pagalba, vamzdeliais nosyje ir burnoje, nuolatinėmis procedūromis, tokiomis kaip rūbų ar kateterių keitimas. Stresą taip pat kelia vaistų sukeltas miglotumas, mobilumo suvaržymas, normalaus miego ciklo sutrikdymas (Johnson & Sexton, 1990; Lusk & Lash, 2005; McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002; Welch, 2017; Wenham & Pittard, 2009);
- b) fizinės aplinkos stresoriai: laiko nuovokos praradimas, nuolatinis triukšmas (kitų pacientų ar medicininių įrenginių), apšvietimas, privatumo stoka dėl aplink nuolat vaikščiojančių žmonių - visą tai didžiulis stimulų derinys, keliantis stresą (Baker, 1984; Donchin & Seagull, 2002; Fredriksen & Ringsberg, 2007; Lusk & Lash, 2005; Van De Leur et al., 2004; Wenham & Pittard, 2009);
- c) psichologiniai stresoriai: kontrolės jausmo praradimas, bejėgiškumas, priklausomybė nuo medicinos personalo, stresas dėl atsiskyrimo nuo šeimos ir kitų artimųjų, vienišumo jausmas, susirūpinimas savo mirtimi matant kitus mirstančius pacientus, baimė nebekalbėti dėl kvėpavimo aparato naudojimo (Fredriksen & Ringsberg, 2007; Hupcey, 2000; Johnson & Sexton, 1990; Lusk & Lash, 2005; McKinley et al., 2002).

Taigi, moksliniai tyrimai rodo, kad ne tik pati operacija, bet ir pooperacinė hospitalizacija pacientams gali kelti didžiulį stresą.

Iš karto po operacijos daugelio pacientų streso ir nerimo lygis sumažėja, tačiau praėjus tam tikram laikui po išrašymo iš ligoninės, jis vėl pakyla (Boudrez & De Backer, 2001; Duits et al., 1999; McCrone, Lenz, Tarzian, & Perkins, 2001). Grįžę namo pacientai su pooperaciniais simptomais (miego sunkumais, skausmu, nuovargiu) susiduria asmeniniame gyvenime, kur nėra specialistų,

teikiančių nuolatinę sveikatos priežiūrą. Taigi, širdies operacija yra stresorius, kuris apima laiko tarpą ne tik prieš operaciją, bet ir po jos, ir gali turėti didelį poveikį asmens psichinei ir emocinei sveikatai bei su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei (Palmatier, 2008; Schelling et al., 2004). Pacientai po širdies operacijos gali save suvokti kaip silpnesnius ir esančius didesnėje ligos atkryčio rizikoje, būti sukręsti dabartinės situacijos ir abejoti savo gebėjimais su šia situacija susidoroti, abejoti ateitimi ir gebėjimu vėl normaliai gyventi (Maercker et al., 2007). Pacientai po operacijos gali patirti depresijos, nerimo, fizinio funkcionavimo, su stresu susijusias bei gyvenimo kokybės problemas (Palmatier, 2008; Schelling et al., 2004).

Tyrimai rodo, kad daugeliui asmenų po širdies operacijos su sveikata susijusi gyvenimo kokybė pagerėja (Bjørnnes et al., 2017; Grady et al., 2011; Kloth et al., 2016), tačiau yra nemažai pooperacinių rizikos veiksnių, kurie su gyvenimo kokybe susiję neigiamai (De Smedt, Clays, & De Bacquer, 2016). Nepraeinantis skausmas (Guimarães-Pereira, Farinha, Azevedo, Abelha, & Castro-Lopes, 2016), fizinio ir socialinio funkcionavimo apribojimai ir emocinis distresas (Middel et al., 2014; Nugteren & Sandau, 2010) didina sveikatos prastėjimą ir mažina su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (De Smedt et al., 2015; Oterhals et al., 2015; Rumsfeld et al., 2013).

Kitos moksliniuose tyrimuose plačiai nagrinėjamos širdies operacijų pasekmės – depresijos ir nerimo sutrikimai (Krannich et al., 2007). Daugiau nei 40 proc. širdies operaciją patyrusių pacientų po išėjimo iš ligoninės jaučia nerimą (Dao et al., 2012; Dehdari, Heidarnia, Ramezankhani, Sadeghian, & Ghofranipour, 2009). Padidėjęs nerimas susijęs su pooperaciniu skausmu (Boudrez & De Backer, 2001), trumpesniu palengvėjimu nuo kardiologinių simptomų ir prastesne gyvenimo kokybe. Jaučiantys nerimą dažniau grįžta į ligoninę (Boudrez & De Backer, 2001; Dehdari et al., 2009; Pignay-Demaria, Lespérance, Demaria, Frasure-Smith, & Perrault, 2003).

Depresija yra vienas labiausiai tyrinėtų asmenų, patyrusių širdies operaciją, psichosocialinių kintamųjų. Ištyrus asmenų, patyrusių širdies operaciją ($N = 135$), psichinę sveikatą paaiškėjo, kad didžiausias įvertis tenka depresijai. Nerimo sutrikimas yra penktoje vietoje po paranojos, tarpasmeninio jautrumo ir agresijos (Rezaei, Komeilian, Fattah, Mandegar, & Dolatshahi, 2013). Depresijos simptomai padidėja iš karto po išrašymo iš ligoninės, o vėliau sumažėja iki priešoperacinio lygio (Goyal, Idler, Krause, & Contrada, 2005). Ravven, Bader, Azar ir Rudolph (2013) atlikta 39-ių tyrimų metaanalizė atskleidė, kad depresija yra paplitusi tiek prieš širdies operaciją, tiek po jos. 20 proc. asmenų depresija išsivysto praėjus keliems mėnesiams po širdies operacijos, kai ūmus pooperacinis periodas jau būna praėjęs (Ravven et al., 2013).

Be depresijos ir nerimo sutrikimų širdies operacijos gali sukelti ir su stresu susijusius sutrikimus. Daugeliui širdies operaciją patyrusių pacientų reikalingas pooperacinis gydymas intensyvios terapijos skyriuose. Kai kurie asmenys gali patirti įvairias gyvybei pavojingas komplikacijas: kraujavimą ar kvėpavimo problemas. Operacinis laikotarpis yra susijęs su dideliu

stresu, o asmenų, susidūrusių su komplikacijomis, stresas gali būti netgi ekstremalus (Schelling et al., 2003). Asmenims, susidūrusiems su dideliu stresu intensyvios priežiūros skyriuose, dažni trauminiai prisiminimai. Nustatyta, kad 47 proc. ligonių, po operacijos besigydančių intensyvios terapijos skyriuje, turi bent vieną traumuojantį prisiminimą, o 27 proc. – du ir daugiau (Schelling et al., 2004). Tyrėjai pastebėjo, kad šių prisiminimų skaičius ūmiame pooperaciniame periode susijęs su potrauminio streso sutrikimo (PTSS) išsivystymu praėjus šešiams mėnesiams po kardiochirurginės operacijos (Mphil, Griffiths, Humphris, & Skirrow, 2001; Stoll et al., 2000). Nustatyta, kad PTSS išsivystymas pooperaciniu periodu lemia blogesnę ligonių gyvenimo kokybę, išėminės širdies ligos paūmėjimą, didesnę mirtingumą, pakartotines hospitalizacijas ir širdies operacijas (Spindler & Pedersen, 2005).

Apibendrinant, širdies operacija yra stresorius, galintis sukelti įvairių psichologinių padarinių. Psichologinių sutrikimų diagnostika pooperaciniame periode yra nemažiau svarbi kaip ir fizinių pooperacinių sveikatos rodiklių sekimas.

1.2 Adaptacijos sutrikimo sampratos raida

Adaptacijos sutrikimas yra santykinai „jauna“ diagnozė, pirmą kartą į Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) (angl. *World Health Organization (WHO)*) leidžiamą Tarptautinės ligų klasifikacijos aštuntąjį leidimą (TLK-8) įtraukta 1965 metais. Tada adaptacijos sutrikimas buvo pavadintas laikinu situaciniu sutrikdymu (angl. *transient situational disturbance*), o 1978 metais išleistame TLK-9 leidime pervadintas į adaptacijos sutrikimą (Casey, Dowrick, & Wilkinsong, 2001). Paskutiniame, 1990 metais patvirtintame, TLK-10 leidime adaptacijos sutrikimas, kartu su ūmaus streso reakcija, potrauminio streso sutrikimu (PTSS) ir ilgalaikiu asmenybės pasikeitimu po katastrofinių patirčių, buvo pateikiamas skyriaus „Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai“ F43 dalyje „Reakcijos į didelį stresą ir adaptacijos sutrikimai“ (Maercker et al., 2013; Želvienė, 2017). Šiems sutrikimams būtina sąlyga – patirtas reikšmingas gyvenimo pasikeitimas, sukėlęs nemalonių pasekmių, arba stresogeniškas gyvenimo įvykis ir po jo ištikusi staigi streso reakcija (Pasaulio sveikatos organizacija, 2011).

TLK-10 klasifikacijoje (Pasaulio sveikatos organizacija, 2011) adaptacijos sutrikimas apibrėžiamas kaip „subjektyvaus distreso ir emocijų sutrikimo būseną, paprastai sukelti socialinės veiklos ir įgūdžių sutrikimus ir pasireiškianti prisitaikymo prie stresogeniško gyvenimo pokyčių ar įvykių laikotarpiu. Stresą sukeliantis veiksnys gali paveikti individo socialinę aplinką (gedėjimas, išsiskyrimas) arba platesnes asmens socialines atramas ir vertybes (migracija, pabėgėlio statusas). Šis veiksnys taip pat gali atspindėti svarbų vystymosi ir gyvenimo periodą ar jo sukeltą krizę (ėjimas į mokyklą, tapimas tėvais, nesėkmė bandant rasti ryšį su brangiu žmogumi, išėjimas į pensiją).

Individualus polinkis ir jautrumas yra svarbus adaptacijos sutrikimams atsirasti ir jų pasireiškimo pobūdžiui, bet, nepaisant to, manoma, kad sutrikimas neatsirastų be stresogeniško faktoriaus. Sutrikimas pasireiškia įvairiai: gali būti depresiška nuotaika, nerimas, susirūpinimas (ar šių jausmų derinys), jausmas, kad nesugebama susitvarkyti, planuoti ateitį ar toliau tvarkytis su esama situacija, atlikti kasdienes darbus. Kartu gali būti elgesio sutrikimų, ypač paaugliams. Dominuojantis požymis gali būti trumpalaikė ar užsitęsusi depresinė reakcija arba kiti emocijų ir elgesio sutrikimai.“ (Pasaulio sveikatos organizacija, 2011).

Adaptacijos sutrikimo terminas į Amerikos psichiatrų asociacijos (APA) (angl. *American Psychiatric Association*) leidžiamą Diagnostinį statistinį vadovą (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*) buvo įtrauktas 1980 metais, patvirtinus trečiąjį leidimą (DSM-III) (Casey et al., 2001). Čia buvo išskirti adaptacijos sutrikimo subtipai: adaptacijos sutrikimas su depresine nuotaika, nerimastinga nuotaika, mišrūs emociniai išgyvenimai, elgesio sutrikimai, mišrūs emocijų ir elgesio sutrikimai, sumažėjęs darbingumas, atsiribojimas ir atipiniai požymiai (Želvienė, 2017). 1944 metais patvirtintame DSM-IV leidime mišrių emocijų išgyvenimų, sumažėjusio darbingumo ir atsiribojimo subtipai buvo pašalinti (American Psychiatric Association, 1994).

Naujausiame DSM-5 leidime adaptacijos sutrikimas kartu su reaktyvaus prieraišumo sutrikimu, neslopinto socialinio įsitraukimo sutrikimu, potrauminio streso sutrikimu ir ūmaus streso sutrikimu, pateikiamas skyriuje „Su trauminiais įvykiais ir stresoriais susiję sutrikimai“. Adaptacijos sutrikimo atsiradimui būtinas stresorius, kuris gali būti vienetinis (pvz., nutrūkę romantiniai santykiai) arba keli stresoriai (pvz., problemos versle ir santuokos problemos). Taip pat stresorius gali būti atsinaujinantis (pvz., sezoninės verslo krizės) arba nuolatinis (pvz., sunki liga), paveikti vieną asmenį, visą šeimą, didesnę grupę ar bendruomenę (pvz., stichinė nelaimė). Kai kurie stresoriai gali būti susiję su specifiniais įvykiais asmens raidoje (pvz., ėjimas į mokyklą, išėjimas iš tėvų namų, santuoka, išėjimas į pensiją). Adaptacijos sutrikimas gali būti diagnozuotas ir po artimo žmogaus mirties (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5 adaptacijos sutrikimo diagnostiniai kriterijai: A. Emociniai ar elgesio simptomai, atsirandantys per tris mėnesius po aiškiai identifikuojamo stresoriaus; B. Šie simptomai ar elgesys yra kliniškai reikšmingi, jei atitinka vieną ar abu toliau pateikiamus požymius: 1) Stresorius sukelia neproporcingai stiprų ar intensyvų distresą, atsižvelgiant į išorinį kontekstą ir kultūrinius veiksnius, kurie gali turėti įtakos simptomų stiprumui ir raiškai; 2) Reikšmingas socialinės, profesinės ar kitos svarbios gyvenimo srities funkcionavimo sutrikdymas; C. Su stresu susiję sutrikdymai neatitinka kito psichikos sutrikimo kriterijų ir nėra tik jau esamo psichikos sutrikimo paūmėjimas; D. Simptomai neatspindi normalių netekties reakcijų; E. Iš karto po to, kai stresorius ar jo pasekmės pasibaigė, simptomai netrunka ilgiau kaip papildomus šešis mėnesius (American Psychiatric Association, 2013).

Taip pat, DSM-5 klasifikacijoje išskiriami šeši adaptacijos sutrikimo subtipai: su depresine nuotaika, su nerimu, su mišria nerimo ir depresine nuotaika, su elgesio sutrikimu, su mišriu emocijų ir elgesio sutrikimu bei nepatikslingas subtipas (American Psychiatric Association, 2013).

Tiek TLK-10, tiek DSM-5 klasifikacijose esantys adaptacijos sutrikimo apibrėžimai susilaukė kritikos (Casey, 2014; Maercker et al., 2013; O'Donnell et al., 2016), todėl įsibėgėjus TLK 11-ojo leidimo atnaujinimo darbams buvo siekiama atnaujinti sutrikimų, specifiskai susijusių su stresu, apibrėžimus ir diagnostinius kriterijus (Maercker et al., 2013). Galiausiai, 2018 metais birželio mėnesį patvirtintoje TLK-11 siūloma išskirti atskirą stresinių sutrikimų skyrių su stresinių sutrikimų kategorijomis, kurioms diagnozuoti būtinas aiškiai identifikuojamas stresorius: potrauminio streso sutrikimas (PTSS), kompleksinis potrauminio streso sutrikimas (KPTSS), užsitęsęs gedulo sutrikimas, reaktyvaus prieraišumo sutrikimas, neslopinama socialinio įsitraukimo sutrikimas, ūmaus streso reakcija ir adaptacijos sutrikimas (Želvienė, 2017; World Health Organization, 2018).

TLK-11 adaptacijos sutrikimas apibrėžiamas kaip netinkama reakcija į identifikuojamą psichosocialinį stresorių ar keletą stresorių (skyrybos, liga ar negalia, socialinės ir ekonominės problemos, konfliktai namuose ar darbe), kuri paprastai atsiranda praėjus mėnesiui nuo susidūrimo su stresoriumi. Sutrikimui būdinga: 1) įkyrios mintys apie stresorių ar jo pasekmes: perdėtas susirūpinimas, pasikartojančios ir stresą keliančios mintys apie stresorių ar nuolatinis nepertraukiamas mąstymas (angl. *ruminatio*) apie jo pasekmes bei 2) prisitaikymo sunkumai, kurie reikšmingai sutrikdo asmeninę, šeimos, socialinę, edukacinę, profesinę ar kitas svarbias asmens funkcionavimo sritis. Taigi, yra išskiriami du adaptacijos sutrikimo subtipai: įkyrios mintys ir prisitaikymo sunkumai. Simptomai nėra pakankamai specifiski ar sunkūs, kad atitiktų kito psichinio ar elgesio sutrikimo diagnozę. Paprastai jie išnyksta per šešis mėnesius, išskyrus atvejus, kai stresorius tęsiasi ilgesnį laiką (World Health Organization, 2018).

Apibendrinant, kartu su rengiama TLK-11 keitėsi su stresu susijusių sutrikimų samprata. Didelis dėmesys buvo skiriamas adaptacijos sutrikimo apibrėžimo ir diagnostinių kriterijų atnaujinimui. Kartu su patikslintais šio sutrikimo diagnostiniais kriterijais padaugėjo mokslinių tyrimų, nagrinėjančių adaptacijos sutrikimo paplitimą ir rizikos veiksnius įvairiose imtyse.

1.3 Adaptacijos sutrikimo paplitimas

Adaptacijos sutrikimas yra vienas daugiausiai diagnozuojamų psichikos sveikatos sutrikimų. Daugiau nei 50 proc. psichiatrų teigė naudojantys adaptacijos sutrikimo diagnozę mažiausiai vieną kartą per savaitę (Reed, Correia, Esparza, Saxena, & Maj, 2011). Tačiau moksliniuose tyrimuose pastebimas šio sutrikimo tyrimų trūkumas (Zelviene & Kazlauskas, 2018). Kartu su naujai rengiama TLK-11 adaptacijos sutrikimo tyrinėjimai tapo vis aktualesni. Naujausiuose moksliniuose tyrimuose

nagrinėjamas stresorių ir adaptacijos sutrikimo paplitimas įvairiose populiacijose, stresorių ir adaptacijos sutrikimo sąsajos, diferencinė diagnostika.

Bendrosios populiacijos tyrimų, nagrinėjančių adaptacijos sutrikimą, nėra daug. Vieni pagrindinių yra atlikti Vokietijoje, Šveicarijoje ir Lietuvoje. Vokietijoje atlikti adaptacijos sutrikimo bendrojoje populiacijoje tyrimai atskleidė 0,9 – 2 proc. adaptacijos sutrikimo paplitimą (Glaesmer et al., 2015; Maercker et al., 2012). Adaptacijos sutrikimo tarp vyresnio amžiaus žmonių paplitimas Šveicarijoje – 2,3 proc. (Maercker et al., 2008).

Klinikinėse ir didelės rizikos grupėse adaptacijos sutrikimo paplitimas yra didesnis nei bendroje populiacijoje. Ispanijos pirminėje sveikatos priežiūroje ($N = 3,815$) buvo rastas 2,9 proc. adaptacijos sutrikimo paplitimas (Ventevogel, Perez-Sales, Fernandez-Liria, & Baingana, 2011). Švedijoje atliktas psichiatrinių sutikimų bendrojoje sveikatos priežiūroje tyrimas (Sundquist, Ohlsson, Sundquist, & Kendler, 2017) parodė, kad adaptacijos sutrikimas – vienas iš dažniausiai pasitaikančių sutrikimų (9,2 proc.), kartu su nuotaikos (12,4 proc.) ir nerimo (9,9 proc.) sutrikimais. Vienoje mokslinių tyrimų metaanalizių paaiškėjo, kad adaptacijos sutrikimo paplitimas onkologinėmis ligomis sergančių asmenų grupėje – 19,4 proc. (Mitchell et al., 2011).

Adaptacijos sutrikimas širdies operaciją patyrusių asmenų grupėje tyrinėtas nedaug. Viename pirmųjų mokslinių tyrimų (Maercker et al., 2007), nagrinėjusių atnaujintą adaptacijos sutrikimo kategoriją, adaptacijos sutrikimas buvo tiriamas asmenų po širdies defibriliatoriaus implantavimo operacijos imtyje ($N = 160$). Pacientus, kurie kardiologijos klinikoje gydėsi ambulatoriškai ir buvo ištirti praėjus vidutiniškai 2,3 metams po operacijos, atrinko gydytojai. Gauti rezultatai atskleidė, kad adaptacijos sutrikimo paplitimas šioje imtyje buvo 16,9 proc. (Maercker et al., 2007).

Apibendrinus atliktus mokslinius tyrimus galima teigti, kad adaptacijos sutrikimo tyrinėjimai tampa vis aktualesni. Nors jau yra atlikta keletas adaptacijos sutrikimo paplitimo tyrimų tiek bendrosiose populiacijose, tiek specifinėse grupėse, tačiau pastebimas tokių tyrimų trūkumas klinikinėse imtyse (Kazlauskas, et al., 2018; Lorenz et al., 2016).

1.4 Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai

Ne ką mažiau svarbūs ir rizikos veiksnių tyrinėjimai, kurie gali padėti geriau suprasti adaptacijos sutrikimo charakteristikas, padėsiančias identifikuoti tuos asmenis, kuriems reikalinga psichologinė pagalba. Moksliniuose tyrimuose labiausiai analizuojamos adaptacijos sutrikimo sąsajos su demografinėmis charakteristikomis ir stresinėmis patirtimis.

Adaptacijos sutrikimas ir demografinės charakteristikos. Analizuojant mokslinius tyrimus galima rasti demografinių charakteristikų, tokių kaip amžius, lytis, išsilavinimas, šeiminė padėtis, darbinė veikla, gyvenamoji vieta, sąsajų su adaptacijos sutrikimo simptomais analizių.

Yra įrodymų, kad moteriška lytis gali būti vienas iš adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių (Sundquist, Ohlsson, Sundquist, & Kendler, 2017). Kitą vertus, yra tyrimų, kuriuose adaptacijos paplitimo skirtumų tarp lyčių gauta nebuvo (Maercker et al., 2008, 2012). Visgi, Vokietijoje atliktas tyrimas atskleidė, kad tarp asmenų su galimu adaptacijos sutrikimu yra statistiškai reikšmingai daugiau moterų (Glaesmer et al., 2015).

Mahat-Shamir ir kitų (2017) atliktame tyrime buvo gauta, kad adaptacijos sutrikimo simptomai reikšmingai susiję su amžiumi. Anksčiau minėtame Vokietijoje atliktame tyrime gauta, kad tarp asmenų su galimu adaptacijos sutrikimu yra statistiškai reikšmingai daugiau vyresnio amžiaus žmonių (nuo 60 iki 93 m.) (Glaesmer et al., 2015). Kitą vertus, vyresnio amžiaus žmonių imtyje atliktas tyrimas atskleidė priešingus rezultatus (Maercker et al., 2008). Čia adaptacijos sutrikimo paplitimo skirtumų tarp amžiaus grupių gauta nebuvo.

Glaesmer ir kolegų (2015) atliktame tyrime gauta, kad tarp asmenų su galimu adaptacijos sutrikimu yra statistiškai reikšmingai daugiau gyvenančių be partnerio. Horn ir Maercker (2016) atrado reikšmingas adaptacijos sutrikimo simptomų ir tarpasmeninio bendravimo sąsajas. Tendencija partneriams bendradarbiauti ir ieškoti naujų funkcionalių situacijos vertinimo būdų (angl. *co-reappraisal*) statistiškai reikšmingai neigiamai susijusi su adaptacijos sutrikimo simptomais (Horn & Maercker, 2016).

Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių Lietuvos populiacijoje analizė (Želvienė, 2017) atskleidė, kad adaptacijos sutrikimas susijęs su lytimi ir išsilavinimu. Buvo gauta, kad adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje moterų buvo statistiškai reikšmingai daugiau nei vyrų. Taip pat, rizikos grupėje, lyginant su asmenimis iš palyginamosios grupės, buvo daugiau tyrimo dalyvių, neturinčių aukštojo išsilavinimo. Statistiškai reikšmingų sąsajų nepavyko rasti tarp adaptacijos sutrikimo rizikos grupės ir kitų demografinių ypatumų: amžiaus, šeiminės padėties, gyvenamosios vietos, darbinės veiklos. Kitame Lietuvoje atliktame tyrime (Kazlauskas et al., 2018) buvo rastas reikšmingas, tačiau mažas lyties ir amžiaus efektas TLK-11 adaptacijos sutrikimo simptomams. Moterys turėjo statistiškai reikšmingai daugiau adaptacijos sutrikimo simptomų nei vyrai. Taip pat, didesni adaptacijos sutrikimo įverčiai buvo gauti 50 ir daugiau metų amžiaus grupėje.

Apibendrinant, demografinių charakteristikų ir adaptacijos sunkumų sąsajų tyrimų rezultatai nevienareikšmiški. Lietuvoje atliktuose moksliniuose tyrimuose labiausiai išryškėjo moteriškos lyties, kaip adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnio, svarba.

Adaptacijos sutrikimas ir stresinė patirtis. Stresinė patirtis yra būtina sąlyga adaptacijos sutrikimo diagnozavimui (World Health Organization, 2018). Adaptacijos sutrikimo atsiradimui įtakos gali turėti stresoriaus pobūdis ir trukmė (Maercker et al., 2007), pavyzdžiui, mokslinio tyrimo pabėgėlių imtyse rezultatai atskleidė, kad adaptacijos sutrikimo paplitimo skirtumai pabėgėlių iš Alžyro (40,3 proc.), Kombodžos (30,7 proc.), Gazos (16,1 proc.) ir Etiopijos (5,7 proc.) imtyse siejami su skirtingomis patirtimis. Pabėgėliai iš Alžyro patyrė daugiau ligų ir priverstinės socialinės izoliacijos nei pabėgėliai iš Etiopijos, kurie nurodė dažniau patyrę maisto trūkumą ir namų praradimą (Dobricki et al., 2010).

Moksliniuose tyrimuose daugiausiai tyrinėjamas stresorių paplitimas bendroje populiacijoje arba adaptacijos sutrikimo paplitimas su tam tikra stresine patirtimi susidūrusių asmenų imtyse (Bachem & Maercker, 2016; Dobricki et al., 2010; Einsle et al., 2010; Lorenz et al., 2016, 2018; Maercker et al., 2008; Mahat-Shamir et al., 2017), tačiau įvairių stresorių sąsajos su adaptacijos sutrikimu dar nėra iki galo aiškios.

Vokietijoje atliktas adaptacijos sutrikimo bendroje populiacijoje tyrimas atskleidė šiuos gyvenimo įvykius, susijusius su adaptacijos sutrikimo simptomais: sunki liga, konfliktai su kaimynais ir su darbu susiję konfliktai (Maercker et al., 2012). Kitame Vokietijoje atliktame tyrime paaiškėjo, kad su adaptacijos sutrikimo rizika yra susiję tokie stresoriai, kaip artimo žmogaus mirtis, finansiniai sunkumai, konfliktai šeimoje ir sunki liga (Glaesmer et al., 2015). Adaptacijos sutrikimo paplitimo tarp vyresnio amžiaus žmonių Šveicarijoje tyrimo rezultatai parodė, kad didžiausi adaptacijos sutrikimo išsivystymo sąlyginės tikimybės indeksai yra patyrus šiuos stresorius: laiko spaudimas (9,5 proc.), finansinės problemos (9,1 proc.), sunki liga (8,6 proc.), konfliktai su bendradarbiais (7,1 proc.) ir išėjimas į pensiją (5,6 proc.) (Maercker et al., 2008). Kito tyrimo duomenys atskleidė, kad už adaptacijos sutrikimo simptomatiką atsakingi stresoriai yra susiję su šeima/ artimais santykiais (39,5 proc.), darbu/ mokykla (36,8 proc.), finansinėmis problemomis (12,5 proc.) (Bachem, Perkonigg, Stein, & Maercker, 2017). Danijoje atliktame tyrime gauta, kad tyrimo dalyviai, kuriems diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, nurodė patyrę skyrybas ar išsiskyrimą (28 proc.) ir artimojo mirtį, įskaitant traumines mirtis (28proc.) (Svensson, Lash, Resick, Hansen, & Gradus, 2015).

Moksliniai tyrimai rodo, kad adaptacijos sutrikimo rizikos atsiradimui įtakos gali turėti ne tik pavieniai stresoriai, bet ir stresorių kiekis. Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių Lietuvos populiacijoje analizėje (Želvienė, 2017) nustatyta, kad stresorių kiekis adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje ($M = 3,41$, $SD = 2,08$) statistiškai reikšmingai didesnis nei palyginamojoje ($M = 2,33$, $SD = 1,66$). Rizikos grupėje buvo statistiškai reikšmingai daugiau su sveikata ir darbo santykiais susijusių stresorių: širdies ligos, lėtinės ligos, konfliktai su kolegomis, viršininiais, finansiniai sunkumai. Viena mokslinių tyrimų (Maercker et al., 2007), kuriame buvo tirti širdies defibriliatoriaus implantavimo operaciją patyrę asmenys, gauta, kad vidutinis stresorių kiekis

adaptacijos sutrikimą turinčiųjų grupėje taip pat statistiškai reikšmingai didesnis ($M = 2,6, SD = 1,8$) nei adaptacijos sutrikimo neturinčiųjų grupėje ($M = 1,1, SD = 1,0$).

Apibendrinant, moksliniuose tyrimuose reikšmingos adaptacijos sunkumų sąsajos dažniausiai randamos su šiais stresoriais: sunki liga, su darbu susiję konfliktai ir finansiniai sunkumai. Taip pat, adaptacijos sutrikimo atsiradimo riziką didina ne tik pavieniai stresoriai, bet ir didesnis patirtų stresorių skaičius.

1.5 Apibendrinimas

Kartu su parengta 11-tojo leidimo Tarptautine ligų klasifikacija (TLK-11) keičiasi su stresu susijusių sutrikimų samprata. Šiuo metu didesnis dėmesys skiriamas adaptacijos sutrikimui. Patikslinus adaptacijos sutrikimo diagnostinius kriterijus padaugėjo adaptacijos sutrikimo paplitimo ir rizikos veiksnių tyrimų įvairiose imtyse. Taip pat yra tyrimų, kurie atskleidė, kad širdies operacija yra stresorius, galintis sutrikdyti asmens funkcionavimą, tačiau adaptacijos sutrikimo tyrimų šioje imtyje atlikta nedaug. Todėl šiame darbe keliamas **tikslas** – įvertinti asmenų, prieš penkis metus patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sutrikimo požymius ir rizikos veiksnius. Darbo tikslui pasiekti keliami šie uždaviniai:

1. Įvertinti asmenų, patyrusių širdies operaciją, stresines patirtis;
2. Įvertinti asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sutrikimo požymius;
3. Nustatyti asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnius.

2. TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai

Šis magistro darbas yra platesnio longitudinalinio tyrimo, kurį vykdo Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Psichotraumatologijos centras, bendradarbiaudamas su viena respublikinių Vilniaus ligoninių, dalis. Tyrimui yra suteiktas Vilniaus regioninio bioetikos komiteto leidimas. Visi tyrimo dalyviai patvirtino savo sutikimą dalyvauti tyrime raštu.

Tyrimo trukmė – penki metai. Visiems tyrimo dalyviams prieš penkis metus buvo atlikta širdies operacija ir atlikti biomedicininiai bei psichologiniai vertinimai. Kadangi ligoninė respublikinė, pacientai yra iš įvairių Lietuvos vietovių.

Darbe naudojami matavimo, atlikto praėjus penkiems metams po širdies operacijos, psichologinio įvertinimo duomenys, kuriuos asmeniškai surinko darbo autorė (daugiau kaip 50 proc.), atlikdama individualius interviu su tyrimo dalyviais, ir duomenys, prie kurių rinkimo darbo autorė reikšmingai prisidėjo. Darbo autorė dalyvavo rengiant tyrimo metodiką, apmokant tyrėjus, renkant tyrimo duomenis.

Iš viso darbe buvo atrinkti 66-ių asmenų duomenys, tačiau vienas asmuo dėl nepateiktų atsakymų į tyrimą įtrauktas nebuvo. Taigi, galutinėje magistro darbo tyrimo imtyje liko 65 tiriamieji: 20 vyrų (30,8 proc.) ir 45 moterys (69,2 proc.). Demografiniai tiriamųjų duomenys pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė. *Asmenų, patyrusių širdies operaciją, demografinės charakteristikos (N = 65)*

Demografinės charakteristikos	n	%	Demografinės charakteristikos	n	%
Lytis			Gyvenamoji vietovė		
Vyras	20	30,8	Mietas	51	78,5
Moteris	45	69,2	Kaimas	14	21,5
Amžius			Aukštasis išsilavinimas		
Vidurkis (SD)	66,88 (12,9)	-	Turi	41	63,1
Intervalas	24-87	-	Neturi	24	36,9
24-69	34	52,3	Šeiminė padėtis		
70-87	31	47,7	Yra ilgalaikiuose santykiuose	41	63,1
Darbinė padėtis			Nėra ilgalaikiuose santykiuose	24	36,9
Dirba	15	23,1			
Nedirba	50	76,9			

Pastaba. SD – standartinis nuokrypis.

Tyrimo dalyvių amžius svyruoja nuo 24 iki 87 metų ($M = 66,88$, $SD = 12,9$). Suskirsčius tiriamuosius į dvi amžiaus grupes, 34 (52,3 proc.) priklauso amžiaus grupei nuo 24 iki 69 metų. Antrajai amžiaus grupei nuo 70 iki 87 metų priklauso panašus skaičius tiriamųjų - 31 (47,7 proc.).

Didžioji dalis (78,5 proc., $n = 51$) tiriamųjų gyvena mieste, 21,5 proc. ($n = 14$) – kaime. Aukštąjį išsilavinimą turi daugiau nei pusė (63,1 proc., $n = 41$) tyrimo dalyvių. Tiek pat (63,1 proc., $n = 41$) tiriamųjų nurodė esantys ilgalaikiuose santykiuose. Dauguma tyrimo dalyvių (76,9 proc., $n = 50$) šiuo metu nedirba.

1.2 Tyrimo instrumentai

Magistro darbo tikslui įgyvendinti pasirinktas interviu, atliekamų telefonu, metodas. Parengtas klausimynas, kuris tyrėjui būtų patogus pateikiant instrukcijas ir tyrimo klausimus žodžiu. Klausimyną sudarė pristatymo apie tyrimą tekstas, demografinių duomenų anketa bei tyrime naudoti psichologinio įvertinimo instrumentai.

Demografinių duomenų anketa buvo skirta demografiniams tyrimo dalyvių duomenims surinkti (gyvenamoji vietovė, išsilavinimas, šeiminė padėtis, darbinė padėtis). Duomenys apie tiriamųjų lytį ir amžių gauti iš ligoninės, kurioje buvo atlikta širdies operacija, duomenų bazės.

Trumpoji Adaptacijos sutrikimo naujo modelio skalė (ADMN-8) (angl. *Brief Adjustment Disorder New Module*; Kazlauskas et al., 2018). ADMN-8 yra ADMN-20 klausimyno (Einsle et al., 2010) lietuviškos versijos (Zelviene et al., 2017) modifikacija. ADMN-8 sudaro dvi dalys: stresorių sąrašas ir adaptacijos sutrikimo simptomus apibūdinančių teiginių sąrašas.

Pirmąją ADMN-8 dalį sudaro devyni stresoriai (pvz., skyrybos, konfliktai šeimoje, konfliktai su kaimynais, finansiniai sunkumai, avarija). Tyrimo dalyviai prašomi pasakyti, su kuriais stresoriais susidūrė per pastaruosius dvejus metus. Sąrašo pabaigoje tyrimo dalyviai turėjo galimybę pasakyti papildomą stresorių, kuris nebuvo paminėtas sąrašė.

Antroji ADMN-8 dalis sudaryta iš aštuonių teiginių, apibūdinančių reakcijas į patirtą *širdies operaciją* per pastarąsias septynias dienas. Keturi teiginiai matuoja susirūpinimą stresoriumi ir sudaro įkyrių minčių subskalę. Kiti keturi teiginiai matuoja prisitaikymo sunkumus (miego problemas, sunkumus koncentruojant dėmesį) ir sudaro prisitaikymo sunkumų subskalę. Tiriamieji prašomi pasakyti, kaip dažnai (1 = niekada, 2 = retai, 3 = kartais, 4 = dažnai) per pastarąją savaitę jie patyrė teiginiuose aprašomus požymius, susijusius su širdies operacija. Bendras ADMN-8 įvertis skaičiuojamas susumuojant visų aštuonių teiginių atsakymus. Subskalių įverčiai gaunami susumavus subskalių teiginių atsakymus. Remiantis tyrimu, atliktu bendrojoje Lietuvos populiacijoje (Zelviene et al., 2017), naudojamas ≥ 23 ribinis balas, kurį viršijus galima kelti prielaidą apie

adaptacijos sutrikimą. Tyrimais buvo gautas labai geras ADMN-8 vidinis suderinamumas (Cronbach alpha = 0.83) (Kazlauskas et al., 2018).

Pabaigoje buvo pateikiami keturi klausimai, susiję su sveikata ir pagalbos siekimu, pvz., „ar lankėtės pas gydytojus dėl širdies problemų per pastaruosius vienerius metus?“, „ar per pastaruosius penkis metus po operacijos turėjote kokių nors kitų operacijų?“.

Magistro darbe taip pat buvo naudoti su širdies operacija susiję duomenys, gauti pirmojo matavimo, atlikto prieš penkis metus, metu: lojadienių skaičius po operacijos ir mirties rizikos atlikus širdies operaciją įvertis (EuroSCORE II). Šie duomenys gauti iš ligoninės, kurioje buvo atlikta širdies operacija, duomenų bazės.

1.3 Tyrimo eiga

Tyrimo etapas praėjus penkiems metams po širdies operacijos tęsėsi nuo 2018 metų sausio mėnesio iki 2019 metų sausio mėnesio. Duomenų rinkimą vykdė tarpdisciplininė psichologų ir medikų komanda. Duomenis rinko septyni tyrėjai. 2018 metų sausio – vasario mėnesiais buvo rengiamas tyrimo paketas, vyko tyrėjų ir tyrimo koordinatorių susitikimai, kurių metu buvo aptariamos anketoje esančių instrukcijų ir klausimų formuluotės. Taip pat buvo sukurta tyrimo apklausos duomenų fiksavimo sistema. Pasibaigus interviu buvo fiksuojama tyrimo data, skambinimo laikas, iš kelinto karto prisiskambinta, pokalbio trukmė, tyrėjas ir jo pastabos.

Tam, kad surinkti duomenys būtų patikimi, buvo siekiama kuo labiau suvienodinti tyrimo apklausos procedūrą. Prieš pradėdant apklausas vyko tyrėjų mokymai, sukurtas „Tyrėjo vadovas“, kuriame pateikta pagrindinė informacija apie atliekamą tyrimą bei duomenų fiksavimą. Prasidėjus tyrimui vyko nuolatiniai tyrėjų susitikimai, kurių metu buvo aptariami apklausų metu kilę klausimai.

Tyrimo apklausos buvo vykdomos nuo 2018 metų kovo iki 2019 metų sausio mėnesio. 84,6 proc. tyrimo dalyvių pavyko prisiskambinti iš pirmo karto, 9,2 proc. tiriamųjų – iš antro, 3,1 proc. – iš trečio ir 3,1 proc. – iš ketvirto. Pirmiausia, buvo trumpai pristatomas tyrimas ir jo tikslas, tada klausama, ar asmuo sutinka dalyvauti apklausoje. Gavus sutikimą atliekama apklausa. Vieno pokalbio vidutinė trukmė – 33,22 minutės ($SD = 10,78$). Šio darbo autorė apklausė 55,38 proc. ($n = 36$) tiriamųjų individualių interviu būdu, bendra budėjimų trukmė – 55,5 valandos.

1.4 Duomenų analizė

Tyrimo duomenys buvo koduojami ir analizuojami naudojant IBM SPSS® Statistics 20.0. duomenų analizės paketą. Šia programa skaičiuota demografinių charakteristikų, stresinių patirčių bei adaptacijos sunkumų aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, procentiniai

dažniai). Pirmiausia, ryšiams tarp adaptacijos sunkumų ir demografinių duomenų/ stresinių patirčių nustatyti taikytas Pearson koreliacijos koeficientas bei Stjudento-t kriterijus. Toliau buvo išskirta adaptacijos sutrikimo rizikos grupė ir adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių nustatymui paskaičiuota Chi kvadrato homogeniškumo statistika.

3. REZULTATAI

3.1 Stresinė patirtis

Su širdies operacija ir sveikata susijusios stresinės patirtys. Pirmo matavimo, atlikto prieš penkis metus, metu gauta, kad tyrimo dalyviai po širdies operacijos ligoninėje praleido nuo 7 iki 36 dienų ($M = 13,72$, $SD = 5,1$). Palyginus hospitalizacijos trukmės įverčius su 14-os dienų ribiniu balu, kuris žymi ribą tarp ilgos hospitalizacijos ir neilgos (Peterson et al., 2002), gauta, kad 28 proc. ($n = 50$) tiriamųjų po širdies operacijos patyrė ilgą hospitalizaciją. Duomenys pateikti 2 lentelėje.

Mirties rizikos atlikus operaciją įverčiai (EuroSCORE II) svyruoja nuo 0,67 iki 6,60. Palyginus šiuos įverčius su 5-ių ribiniu balu, kuris žymi ribą tarp aukštos mirties rizikos ir mažos (Roques et al., 2003), gauta, kad 3,1 proc. ($n = 2$) tiriamųjų patenka į aukštos rizikos grupę (2 lentelė)

Matavimo, atlikto praėjus penkiems metams po širdies operacijos, metu gauta, kad dauguma tyrimo dalyvių 76,9 proc. ($n = 50$) per paskutinius penkis metus po širdies operacijos turėjo kitų sveikatos problemų, 60 proc. ($n = 39$) gulėjo ligoninėje. 29,2 proc. ($n = 19$) asmenų turėjo kitų operacijų (2 lentelė).

2 lentelė. *Asmenų, patyrusių širdies operaciją, su širdies operacija ir sveikata susiję stresoriai (N = 65)*

Su operacija susiję stresoriai			Su sveikata susiję stresoriai		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Lovadieniai po operacijos ^{T1}			Turėjo kitų sveikatos problemų per paskutinius 5m.	50	76,9
Vidurkis (<i>SD</i>)	13,72 (5,1)	-			
Intervalas	7-36	-			
Ilga hospitalizacija	28	43,1	Gulėjo ligoninėje per paskutinius 5m.	39	60,0
Neilga hospitalizacija	36	55,4			
Informacijos nėra	1	1,5			
			Turėjo kitų operacijų per paskutinius 5m.	19	29,2
EuroSCORE II ^{T1}					
Vidurkis (<i>SD</i>)	1,93 (1,2)	-			
Intervalas	0,67-6,6	-			
Aukšta rizika	2	3,1			
Žema rizika	55	84,6			
Informacijos nėra	8	12,3			

Pastaba. EuroSCORE II = mirties rizikos atlikus širdies operaciją įvertis; *SD* – standartiniai nuokrypiai;

^{T1} - pirmo matavimo duomenys.

Kitos stresinės patirtys. Tyrimo dalyviai per pastaruosius dvejus metus vidutiniškai patyrė 1,46 ($SD = 1,46$) kitų gyvenimo stresorių. Patirtų stresorių kiekis svyruoja nuo 0 iki 6. Bent su vienu reikšmingu stresoriumi susidūrė 70,8 proc. tiriamųjų (3 lentelė).

Siekiant išsiaiškinti kitų stresorių kiekio paplitimą, buvo paskaičiuota, kiek tiriamųjų nurodė patyrę vieną, du, tris ir daugiau stresorių. 29,2 proc. tyrimo dalyvių ($n = 19$) per pastaruosius dvejus metus su stresoriais iš viso nesusidūrė. Tiek pat asmenų susidūrė su vienu stresoriumi. 26,2 proc. tiriamųjų ($n = 19$) nurodė susidūrę su dviem stresoriais, 15,4 proc. ($n = 19$) – su trimis ir daugiau (3 lentelė).

3 lentelė. *Stresorių kiekio paplitimas asmenų, patyrusių širdies operaciją, imtyje ($N = 65$)*

ADMN-S	<i>n</i>	%
0	19	29,2
1	19	29,2
2	17	26,2
3 ir daugiau	10	15,4

Pastaba. ADMN-S = Adaptacijos sutrikimo klausimyno (ADMN-8) stresorių sąrašas.

Artimojo liga ar slauga buvo dažniausiai per pastaruosius dvejus metus pasitaikantis stresorius 43,1 proc. ($n = 28$). Antras pagal dažnumą stresorius buvo artimojo mirtis 29,2 proc. ($n = 19$). Trečias dažniausiai pasitaikantis stresorius – konfliktai šeimoje 24,6 proc. ($n = 16$), ketvirtas – finansiniai sunkumai 15,4 proc. ($n = 10$) (4 lentelė).

4 lentelė. *Kitų stresorių paplitimas asmenų, patyrusių širdies operaciją, imtyje ($N = 65$)*

ADMN-S	<i>n</i>	%
1. Artimojo liga/ slauga	28	43,1
2. Artimojo mirtis	19	29,2
3. Konfliktai šeimoje	16	24,6
4. Finansiniai sunkumai	10	15,4
5. Konfliktai su kaimynais	5	7,7
6. Sveikatos problemos	5	7,7
7. Skyrybos/ išsiskyrimas	4	6,5
8. Persikraustymas	3	4,6
9. Avarija	2	3,1
10. Užpuolimas/ nusikaltimas	1	1,5
11. Apgavystė	1	1,5

Pastaba. ADMN-S = Adaptacijos sutrikimo klausimyno (ADMN-8) stresorių sąrašas.

3.2 Adaptacijos sunkumai

Analizuojant atskirus ADMN-8 skalės teiginius buvo gauti asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sunkumų subskalių (įkryrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) įverčių vidurkiai bei gautas bendras ADMN-8 skalės įverčių vidurkis. Vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai pateikiami 5 lentelėje.

5 lentelė. Asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sunkumų aprašomoji statistika ($N = 65$)

	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ADMN-8	8	31	11,43	5,37
ADMN-8 Įkyrios mintys	4	16	5,98	2,87
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	4	16	5,45	2,77

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *Min.* = minimali subskalės įverčio reikšmė; *Maks.* = maksimali subskalės įverčio reikšmė; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai.

Gauti rezultatai parodė, kad bendras ADMN-8 skalės įverčių vidurkis mūsų imtyje – 11,43 ($SD = 5,37$). Vidutinis įkyrių minčių subskalės balas – 5,98 ($SD = 2,87$), prisitaikymo sunkumų – 5,45 ($SD = 2,77$). Įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų subskalių minimalios reikšmės yra 4, maksimalios – 16. Visos ADMN-8 skalės simptomų reikšmės svyruoja nuo 8 iki 31.

Siekiant nustatyti adaptacijos simptomų sąsajas buvo paskaičiuoti Pearson koreliacijos koeficientai (6 lentelė). Visos tarpusavio sąsajos yra statistiškai reikšmingos, koeficientai svyruoja nuo $r = 0,81$ iki $r = 0,95$ ($N = 65$, $p < 0,01$).

6 lentelė. Adaptacijos sutrikimo klausimyno subskalių tarpusavio koreliacijos ($N=65$)

	1	2	3
1. ADMN-8	-		
2. ADMN-8 Įkyrios mintys	0,95**	-	
3. ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	0,95**	0,81**	-

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas.

** $p < 0,01$; Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

3.3 Adaptacijos sutrikimo rizikos grupė ir jos charakteristikos

Susumavus ADMN-8 teiginių įverčius ir juos palyginus su ≥ 23 ribiniu balu, kurį viršijus galima kelti prielaidą apie adaptacijos sutrikimą, buvo gauta, kad adaptacijos sutrikimą galimai turi keturi (6,5 proc.) tyrimo dalyviai. Jie priskirti adaptacijos sutrikimo grupei. Tuomet 38,5 proc. tiriamųjų su aukščiausiais balais priskirti adaptacijos sutrikimo rizikos grupei, kuri apima ir sutrikimo grupę. Taigi, ribinis balas, geriausiai atskiriantis adaptacijos sutrikimo rizikos grupę ir palyginamąją grupę, yra 11. Asmenys, kurių bendras ADMN-8 įvertis yra mažesnis už 11, priskirti palyginamajai grupei.

Išskirtą rizikos grupę sudaro 25 tyrimo dalyviai, prieš penkis metus patyrę širdies operaciją. Jų amžius svyruoja nuo 27 iki 87 metų ($M = 67,16$, $SD = 12,74$). Palyginamąją grupę sudaro 40 tiriamųjų nuo 24 iki 86 metų amžiaus ($M = 66,69$, $SD = 13,11$).

7 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių*

	Palyginamoji grupė	Rizikos grupė	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 40)	(<i>n</i> = 25)			
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
ADMN-8	8,55 (0,81)	16,04 (6,31)	-5,91	24,50	0,00
ADMN-8 Įkyrios mintys	4,43 (0,75)	8,48 (3,25)	-6,13	25,59	0,00
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	4,13 (0,40)	7,56 (3,55)	-4,82	24,39	0,00

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti.

Palyginus adaptacijos sutrikimo bendrus ir pagrindinių simptomų (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) įverčius tarp rizikos ir palyginamosios grupių gauti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p = 0,00$). Rizikos grupės įverčių vidurkiai statistiškai reikšmingai didesni už palyginamosios grupės įverčius (7 lentelė).

3.4 Pagalbos siekimas

Įvertinus asmenų, prieš penkis metus patyrusių širdies operaciją, pagalbos siekimą gauta, kad dauguma tyrimo dalyvių 83,1 proc. ($n = 54$) per pastaruosius vienerius metus lankėsi pas gydytojus dėl širdies problemų. Pas psichikos sveikatos specialistus lankosi 15,4 proc. ($n = 10$) tiriamųjų (8 lentelė).

8 lentelė. *Asmenų, patyrusių širdies operaciją, pagalbos siekimas (N = 65)*

Pagalbos siekimas	<i>n</i>	%
Lankėsi pas gydytojus dėl širdies problemų per paskutinius 1m.	54	83,1
Lankosi pas psichiatrą, psichologą ar neurologą	10	15,4

3.5 Adaptacijos sunkumų ir demografinių charakteristikų sąsajos

Tyrimu nustatius asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sunkumų įverčius, toliau siekiama nustatyti asmenų, patyrusių širdies operaciją, demografinių duomenų ir adaptacijos sunkumų sąsajas. Šiam uždaviniui pasiekti taikytas Stjudento-*t* kriterijus nepriklausomoms imtims (9-14 lentelės) bei paskaičiuoti Pearson koreliacijos koeficientai (15 lentelė).

9 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp lyčių*

	Vyrai	Moterys	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 20)	(<i>n</i> = 45)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	11,25 (5,30)	11,51 (5,45)	-0,18	63	0,86
ADMN-8 Įkyrios mintys	5,90 (2,95)	6,02 (2,87)	-0,16	63	0,88
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,35 (2,62)	5,49 (2,86)	-0,19	63	0,85

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

10 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp amžiaus grupių*

	24-69 m.	70-87 m.	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 34)	(<i>n</i> = 31)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	11,44 (5,96)	11,42 (4,74)	0,02	63	0,99
ADMN-8 Įkyrios mintys	5,94 (3,07)	6,03 (2,69)	-0,13	63	0,90
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,50 (3,13)	5,39 (2,36)	0,16	63	0,87

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

11 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp darbinės patirties*

	Dirba	Nedirba	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 15)	(<i>n</i> = 50)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	10,27 (3,35)	11,78 (5,82)	0,96	63	0,34
ADMN-8 Įkyrios mintys	5,53 (2,45)	6,12 (3,00)	0,69	63	0,49
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	4,73 (1,22)	5,66 (3,06)	1,14	63	0,26

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

12 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp išsilavinimo*

	Turi aukštąjį išsilavinimą	Neturi aukštojo išsilavinimo	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 41)	(<i>n</i> = 24)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	10,85 (4,82)	12,42 (6,17)	1,14	63	0,26
ADMN-8 Įkyrios mintys	5,68 (2,69)	6,50 (3,16)	1,11	63	0,27
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,17 (2,39)	5,92 (3,32)	1,05	63	0,30

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

13 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp šeiminės padėties*

	Ilgalaikiuose santykiuose (n = 41)	Nėra ilgalaikiuose santykiuose (n = 24)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	11,10 (4,44)	12,00 (6,73)	0,65	63	0,52
ADMN-8 Įkyrios mintys	5,95 (2,49)	6,04 (3,50)	0,12	63	0,90
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,15 (2,23)	5,96 (3,50)	1,14	63	0,26

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

14 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp gyvenamosios vietovės*

	Kaimas (n = 14)	Miestas (n = 51)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	12,64 (6,50)	11,10 (5,04)	0,95	63	0,34
ADMN-8 Įkyrios mintys	6,50 (3,46)	5,84 (2,72)	0,76	63	0,45
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	6,14 (3,23)	5,25 (2,63)	1,07	63	0,29

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Rezultatai rodo, kad asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sunkumų įverčiai nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo, darbinės patirties, šeiminės padėties bei gyvenamosios vietovės nepriklauso ($p > 0,05$).

15 lentelė. Koreliacijos koeficientai tarp adaptacijos sunkumų ir demografinių charakteristikų (N=65)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ADMN-8	-								
2. ADMN-8 Įkyrios mintys	0,95**	-							
3. ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	0,95**	0,81**	-						
4. Lytis	0,02	0,02	0,02	-					
5. Amžius	-0,11	-0,06	-0,15	-0,10	-				
6. Gyvenamoji vietovė	-0,12	-0,10	-0,13	0,06	0,10	-			
7. Aukštasis išsilavinimas	-0,14	-0,14	-0,13	-0,17	-0,15	0,14	-		
8. Darbinė padėtis	-0,12	-0,09	-0,14	0,05	-0,36**	0,20	0,19	-	
9. Šeiminė padėtis	-0,08	-0,02	-0,14	0,39**	-0,09	0,06	-0,06	0,12	-

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; Lytis (1 = vyras, 2 = moteris); Gyvenamoji vietovė (1 = kaimas, 2 = miestas); Darbinė padėtis (0 = nedirba, 1 = dirba); Aukštasis išsilavinimas (0 = neturi, 1 = turi); Šeiminė padėtis (0 = nėra ilgalaikiuose santykiuose, 1 = yra ilgalaikiuose santykiuose).

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

3.6 Adaptacijos sunkumų ir stresinės patirties sąsajos

Su širdies operacija ir sveikata susijusios stresinės patirtys. Siekiant nustatyti asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sunkumų ir su širdies operacija ir sveikata susijusių stresorių sąsajas, buvo taikytas Stjudento-t kriterijus nepriklausomoms imtims (16-20 lentelės). Taip pat paskaičiuotos koreliacijos (21 lentelė).

16 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp hospitalizacijos po širdies operacijos trukmės^{T1} grupių*

	Neilga	Ilga	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	hospitalizacija (n = 36)	hospitalizacija (n = 28)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	11,67 (5,87)	11,21 (4,82)	0,33	62	0,74
ADMN-8 Įkyrios mintys	6,03 (3,13)	5,96 (2,62)	0,09	62	0,93
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,64 (3,10)	5,25 (2,35)	0,55	62	0,58

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; ^{T1} - pirmo matavimo duomenys; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

17 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp mirties atlikus operaciją rizikos (EuroSCORE II^{T1}) grupių*

	Žema rizika	Aukšta rizika	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	(n = 55)	(n = 2)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	11,60 (5,65)	10,50 (0,71)	0,27	55	0,79
ADMN-8 Įkyrios mintys	6,05 (2,92)	6,00 (0,00)	0,03	55	0,98
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,55 (2,98)	4,50 (0,71)	0,49	55	0,62

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; ^{T1} - pirmo matavimo duomenys; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

18 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp širdies operaciją patyrusių asmenų, kurie per pastaruosius 5m. turėjo arba neturėjo kitų sveikatos problemų*

	Turėjo kitų	Neturėjo kitų	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	sveikatos problemų (n = 50)	sveikatos problemų (n = 15)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	11,76 (5,77)	10,33 (3,70)	-0,90	63	0,37
ADMN-8 Įkyrios mintys	6,24 (3,14)	5,13 (1,51)	-1,32	63	0,19
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,52 (2,90)	5,20 (2,34)	-0,39	63	0,70

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

19 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp širdies operaciją patyrusių asmenų, kurie per pastaruosius 5m. gulėjo arba negulėjo ligoninėje*

	Gulėjo ligoninėje (n = 39)	Negulėjo ligoninėje (n = 26)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	12,31 (6,44)	10,12 (2,78)	-1,88	55,57	0,07
ADMN-8 Įkyrios mintys	6,38 (3,48)	5,38 (1,44)	-1,60	54,60	0,12
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,92 (3,21)	4,73 (1,76)	-1,93	61,09	0,06

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

20 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp širdies operaciją patyrusių asmenų, kurie per pastaruosius 5m. turėjo arba neturėjo kitų operacijų*

	Turėjo kitų operacijų (n = 19)	Neturėjo kitų operacijų (n = 46)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
ADMN-8	11,21 (5,18)	11,52 (5,50)	0,21	63	0,83
ADMN-8 Įkyrios mintys	5,84 (2,93)	6,04 (2,88)	0,25	63	0,80
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,37 (2,34)	5,48 (2,95)	0,14	63	0,87

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Gauta, kad adaptacijos sunkumų įvėrčiai nuo su operacija susijusių stresorių (mirties atlikus operaciją rizikos ir lovdienių skaičiaus po operacijos) ir su sveikata susijusių stresorių (kitų sveikatos problemų, hospitalizacijos bei kitų operacijų) nepriklauso ($p > 0,05$).

21 lentelė. Koreliacijos koeficientai tarp adaptacijos sunkumų ir su širdies operacija bei sveikata susijusių stresorių (N=65)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ADMN-8	-							
2. ADMN-8 Įkyrios mintys	0,95**	-						
3. ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	0,95**	0,81**	-					
4. EuroSCORE II ^{T1}	0,06	0,12	-0,01	-				
5. Lovadieniai po operacijos ^{T1}	-0,10	-0,09	-0,12	0,12	-			
6. Turėjo kitų sveikatos problemų per pask. 5m.	0,11	0,16	0,05	0,16	0,17	-		
7. Gulėjo ligoninėje per pask. 5m.	0,20	0,17	0,21	-0,09	-0,04	0,45**	-	
8. Turėjo kitų operacijų per pask. 5m.	-0,03	-0,03	-0,02	-0,09	-0,01	0,03	0,32**	-

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; EuroSCORE II = mirties rizikos atlikus širdies operaciją įvertis; ^{T1} - pirmo matavimo duomenys; Turėjo kitų sveikatos problemų per pask. 5m. (0 = ne, 1 = taip); Gulėjo ligoninėje per pask. 5m. (0 = ne, 1 = taip); Turėjo kitų operacijų per pask. 5m. (0 = ne, 1 = taip).

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Kitos stresinės patirtys. Siekiant nustatyti asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sunkumų sąsajas su per pastaruosius dvejus metus patirtų kitų stresorių kiekiu, buvo paskaičiuoti Pearson koreliacijos koeficientai. Gautos statistiškai reikšmingos teigiamos sąsajos tarp stresorių kiekio ir bendro ADMN-8 įverčio ($r = 0,36, p < 0,01$), tarp stresorių kiekio ir adaptacijos sutrikimo įkyrių minčių simptomo įverčio ($r = 0,41, p < 0,01$) bei tarp stresorių kiekio ir adaptacijos sutrikimo prisitaikymo simptomo įverčio ($r = 0,27, p < 0,05$) (22 lentelė).

22 lentelė. Koreliacijos koeficientai tarp adaptacijos sunkumų ir kitų stresorių kiekio ($N=65$)

	1	2	3	4
1. ADMN-8	-			
2. ADMN-8 Įkyrios mintys	0,95**	-		
3. ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	0,95**	0,81**	-	
4. Stresorių kiekis	0,36**	0,41**	0,27*	-

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Paskaičiavus atskirų per pastaruosius dvejus metu patirtų kitų gyvenimo stresorių sąsajas su adaptacijos sunkumais gauta, kad finansiniai sunkumai statistiškai reikšmingai susiję su bendru ADMN-8 įverčiu ($r = 0,34, p < 0,01$), adaptacijos sutrikimo įkyrių minčių ($r = 0,38, p < 0,01$) bei prisitaikymo ($r = 0,27, p < 0,05$) simptomais. Apgavystė taip pat statistiškai reikšmingai teigiamai susijusi tiek su bendru ADMN-8 įverčiu ($r = 0,46, p < 0,01$), tiek su adaptacijos sutrikimo įkyrių minčių ($r = 0,44, p < 0,01$) ir prisitaikymo sunkumų ($r = 0,44, p < 0,01$) simptomais. Duomenys pateikti 23 lentelėje.

23 lentelė. Koreliacijos koeficientai tarp adaptacijos sunkumų ir kitų stresorių (N=65)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. ADMN-8	-													
2. ADMN-8 Įkyrios mintys	0,95**	-												
3. ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	0,95**	0,81**	-											
4. Skyrybos/ išsiskyrimas	0,17	0,16	0,17	-										
5. Konfliktai šeimoje	0,09	0,15	0,01	0,15	-									
6. Konfliktai su kaimynais	0,03	0,08	-0,03	-0,07	0,51**	-								
7. Artimojo liga/ slauga	0,18	0,19	0,14	0,17	0,08	-0,14	-							
8. Artimojo mirtis	0,23	0,23	0,22	0,40**	0,10	-0,06	0,19	-						
9. Sveikatos problemos	0,24	0,29	0,16	-0,07	-0,03	0,13	0,10	-0,14	-					
10. Persikraustymas	-0,13	-0,15	-0,09	-0,06	0,05	0,21	-0,19	-0,06	-0,06	-				
11. Finansiniai sunkumai	0,34**	0,38**	0,27*	0,25*	0,45**	0,36**	0,23	0,10	0,36*	0,11	-			
12. Avarija	0,09	0,16	0,00	0,05	0,11	0,28*	0,03	-0,12	0,28*	-0,04	0,17	-		
13. Užpuolimas/ nusikaltimas	0,12	0,13	0,07	-0,03	0,22	0,43**	-0,11	0,19	-0,04	-0,03	-0,05	-0,02	-	
14. Apgavystė	0,46**	0,44**	0,44**	0,49**	0,22	-0,04	0,14	0,19	0,78	-0,03	0,29*	-0,02	-0,02	-

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

3.7 Adaptacijos sunkumų ir pagalbos siekimo sąsajos

Siekiant nustatyti asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sunkumų sąsajas su pagalbos siekimu, buvo taikytas Stjudento-t kriterijus nepriklausomoms imtims (24-25 lentelės). Taip pat paskaičiuotos koreliacijos (26 lentelė).

24 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp širdies operaciją patyrusių asmenų, kurie per pastaruosius 1m. lankėsi arba nesilankė pas gydytojus dėl širdies problemų*

	Lankėsi pas gydytojus (n = 54)	Nesilankė pas gydytojus (n = 11)	t	df	p
	M (SD)	M (SD)			
ADMN-8	11,74 (5,74)	9,91 (2,59)	-1,03	63	0,31
ADMN-8 Įkyrios mintys	6,11 (3,05)	5,36 (1,75)	-0,78	63	0,44
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	5,63 (2,97)	4,55 (1,04)	-2,12	46,85	0,06

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

25 lentelė. *Adaptacijos sunkumų palyginimas tarp širdies operaciją patyrusių asmenų, kurie lankosi arba nesilanko pas psichologą, psichiatrą ar neurologą*

	Lankosi (n = 10)	Nesilanko (n = 55)	t	df	p
	M (SD)	M (SD)			
ADMN-8	15,00 (8,93)	10,78 (4,25)	-1,46	9,75	0,18
ADMN-8 Įkyrios mintys	8,10 (4,61)	5,60 (2,30)	-1,68	9,83	0,13
ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	6,90 (4,65)	5,18 (2,24)	-1,14	9,77	0,28

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

26 lentelė. *Koreliacijos koeficientai tarp tiriamųjų adaptacijos sunkumų ir pagalbos siekimo (N=65)*

	1	2	3	4	5
1. ADMN-8	-				
2. ADMN-8 Įkyrios mintys	0,95**	-			
3. ADMN-8 Prisitaikymo sunkumai	0,95**	0,81**	-		
4. Lankėsi pas gydytojus dėl širdies problemų per pask. 1m.	0,13	0,10	0,15	-	
5. Lankosi pas psichologą, psichiatrą ar neurologą	0,29*	0,32*	0,23	-0,15	-

Pastaba. ADMN-8 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; Lankėsi pas gydytojus dėl širdies problemų per paskutinius 1m. (0 = ne, 1 = taip); Lankosi pas psichologą, psichiatrą ar neurologą (0 = ne, 1 = taip).

*p < 0,05; **p < 0,01; Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Gauta, kad adaptacijos sunkumų įverčiai nuo lankymosi pas gydytojus dėl širdies problemų nepriklauso ($p > 0,05$). Nors rezultatai nerodo statistiškai reikšmingos sąsajos tarp adaptacijos sunkumų bei lankymosi pas psichologą, psichiatrą ar neurologą, tačiau paskaičiavus Pearson koreliacijos koeficientus (26 lentelė) gauta, kad lankymasis pas psichologą, psichiatrą ar neurologą

statistiškai reikšmingai teigiamai susijęs su bendru ADMN-8 įverčiu ($r = 0,29, p < 0,05$) bei įkyrių minčių simptomu ($r = 0,32, p < 0,05$).

3.8 Adaptacijos sutrikimo demografiniai rizikos veiksniai

Nustačius asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sunkumų sąsajas su demografiniais duomenimis, stresoriais bei pagalbos siekimu, kitu žingsniu buvo bandoma adaptacijos sutrikimo rizikos grupę ir palyginamąją grupę palyginti tarpusavyje.

Siekiant nustatyti adaptacijos sutrikimo ir palyginamosios grupių demografinių charakteristikų skirtumus, buvo paskaičiuota Chi kvadrato homogeniškumo statistika. Duomenys pateikti 27 lentelėje.

27 lentelė. Asmenų, patyrusių širdies operaciją, demografinių charakteristikų palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių

Demografinės charakteristikos	Palyginamoji grupė ($n = 48$)		Rizikos grupė ($n = 17$)		Grupių skirtumai	
	n	%	n	%	χ^2	p
Lytis						
Vyrai	11	27,5	9	36,0	0,52	0,47
Moterys	29	72,5	16	64,0		
Amžiaus grupės						
24-69	22	55,0	12	48,0	0,30	0,58
70-87	18	45,0	13	52,0		
Gyvenamoji vietovė						
Miestas	32	80,0	19	76,0	0,15	0,70
Kaimas	8	20,0	6	24,0		
Darbinė padėtis						
Dirba	10	25,0	5	20,0	0,22	0,64
Nedirba	30	75,0	20	80,0		
Aukštasis išsilavinimas						
Turi	27	67,5	14	56,0	0,87	0,35
Neturi	13	32,5	11	44,0		
Šeiminė padėtis						
Yra ilgalaikiuose santykiuose	24	60,0	17	68,0	0,42	0,52
Nėra ilgalaikiuose santykiuose	16	40,0	8	32,0		

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Nebuvo rasta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp rizikos ir palyginamosios grupių ir lyties, amžiaus grupių, gyvenamosios vietovės, darbinės padėties, išsilavinimo bei šeiminės padėties ($p > 0,05$).

3.9 Adaptacijos sutrikimo stresinės patirties rizikos veiksniai

Su širdies operacija ir sveikata susijusios stresinės patirtys. Siekiant palyginti adaptacijos sutrikimo rizikos grupės ir palyginamosios grupės su širdies operacija ir sveikata susijusias stresines patirtis, buvo taikytas Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus. Rezultatai pateikti 28 lentelėje. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nerasta ($p > 0,05$).

28 lentelė. *Asmenų, patyrusių širdies operaciją, su operacija ir sveikata susijusių stresorių palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių*

Su operacija ir sveikata susiję rodikliai	Palyginamoji grupė ($n = 48$)		Rizikos grupė ($n = 17$)		Grupių skirtumai	
	n	%	n	%	χ^2	p
	Lovadieniai po operacijos ^{T1}					
Ilga hospitalizacija	17	43,6	11	44,0	0,00	0,97
Neilga hospitalizacija	22	56,4	14	56,0		
EuroSCORE II ^{T1}						
Aukšta rizika	1	2,9	1	4,3	0,08	0,77
Žema rizika	33	97,1	22	95,7		
Turėjo kitų sveikatos problemų per paskutinius 5m.	29	72,5	21	84,0	1,15	0,28
Gulėjo ligoninėje per paskutinius 5m.	22	55,0	17	68,0	1,08	0,30
Turėjo kitų operacijų per paskutinius 5m.	12	30,0	7	28,0	0,03	0,86

Pastaba. EuroSCORE II = mirties rizikos atlikus širdies operaciją įvertis; ^{T1} - pirmo matavimo duomenys. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

Kitos stresinės patirtys. Siekiant nustatyti per pastaruosius dvejus metus patirtų kitų stresorių kiekio skirtumus tarp adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių taikytas Stjudento-t kriterijus nepriklausomoms imtims. Rezultatai parodė, kad bendras stresorių kiekis tarp adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių statistiškai reikšmingai skiriasi ($p = 0,006$). Rizikos grupėje asmenys per pastaruosius dvejus metus stresorių patyrė statistiškai reikšmingai daugiau nei palyginamojoje (29 lentelė).

29 lentelė. Stresorių kiekio palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių

	Palyginamoji grupė	Rizikos grupė	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 40)	(<i>n</i> = 25)			
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
ADMN-S	1,08 (1,10)	2,08 (1,75)	-2,85	63	0,006

Pastaba. ADMN-S = Adaptacijos sutrikimo klausimyno (ADMN-8) stresorių sąrašas; *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti.

Palyginus rizikos grupės per pastaruosius du metus patirtus stresorius su palyginamosios grupės stresoriais, gauta, kad rizikos grupės tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau nurodė patyrę konfliktų šeimoje ($p < 0,05$), artimojo mirtį ($p < 0,05$) bei finansinių sunkumų ($p < 0,05$) (30 lentelė).

30 lentelė. Adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių stresorių palyginimas

ADMN-S	Palyginamoji grupė		Rizikos grupė		Grupių skirtumai	
	(n = 48)		(n = 17)		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Skrybos/ išsiskyrimas	2	5,0	2	8,0	0,24	0,62
Konfliktai šeimoje	6	37,5	10	62,5	5,18	0,02
Konfliktai su kaimynais	3	7,5	2	8,0	0,01	0,94
Artimojo liga/ slauga	15	37,5	13	52,0	1,32	0,25
Artimojo mirtis	7	17,5	12	48,0	6,92	0,01
Sveikatos problemos	2	5,0	3	12,0	1,06	0,30
Persikraustymas	3	7,5	0	0,0	1,97	0,16
Finansiniai sunkumai	3	7,5	7	28,0	4,97	0,03
Avarija	1	2,5	1	4,0	0,12	0,73
Užpuolimas/ nusikaltimas	0	0,0	1	4,0	1,63	0,20
Apgavystė	0	0,0	1	4,0	1,63	0,20

Pastaba. ADMN-S = Adaptacijos sutrikimo klausimyno (ADMN-8) stresorių sąrašas. Statistiškai reikšmingi skirtumai paryškinti.

3.10 Adaptacijos sutrikimo pagalbos siekimo rizikos veiksniai

Siekiant palyginti adaptacijos sutrikimo rizikos grupės ir palyginamosios grupės pagalbos siekimą, buvo taikytas Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus. Rezultatai pateikti 31 lentelėje. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nerasta ($p > 0,05$).

31 lentelė. Asmenų, patyrusių širdies operaciją, pagalbos siekimo palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių

Pagalbos siekimo rodikliai	Palyginamoji grupė (n = 48)		Rizikos grupė (n = 17)		Grupių skirtumai	
	n	%	n	%	χ^2	p
Lankėsi pas gydytojus dėl širdies problemų per paskutinius 1 m.	32	80,0	22	88,0	0,70	0,40
Lankosi pas psichologą, psichiatrą ar neurologą	4	10,0	6	24,0	2,32	0,13

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai paryškinti.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Kartu su rengiama TLK-11 padaugėjo mokslinių tyrimų, nagrinėjančių adaptacijos sutrikimo paplitimą ir rizikos veiksnius įvairiose imtyse. Šio sutrikimo paplitimas Lietuvoje dar tik pradedamas tyrinėti. Jau atlikti tyrimai bendrojoje Lietuvos populiacijoje (Zelviene et al., 2017) bei pagalbos ieškančių Lietuvos gyventojų imtyje (Kazlauskas et al., 2018), tačiau trūksta tyrimų, nagrinėjančių adaptacijos sutrikimo paplitimą specifinėse asmenų grupėse. Širdies operaciją patyrusių asmenų imtis yra specifinė ir gali praplėsti mūsų supratimą apie adaptacijos sutrikimo ypatumus bei širdies operacijų pasekmes asmens psichologinei sveikatai. Taigi, šio magistro darbo tikslas – įvertinti asmenų, prieš penkis metus patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sutrikimo požymius ir rizikos veiksnius. Tyrimo, kuriame dalyvavo 65 prieš penkis metus širdies operaciją patyrę asmenys, rezultatai atskleidė šios specifinės asmenų imties stresines patirtis, adaptacijos sutrikimo požymius, pagalbos siekimą ir adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnius. Dabar visą tai aptarsime plačiau ir palyginsime su kitų mokslinių tyrimų rezultatais.

4.1 Stresinės patirtys

Magistro darbo tyrimo rezultatai atskleidė, kad asmenys, kuriems prieš penkis metus atlikta širdies operacija, susidūrė ir su kitais su širdies operacija susijusiais stresoriais. Vienas jų – hospitalizacijos trukmė. Gauta, kad tyrimo dalyviai po širdies operacijos ligoninėje praleido nuo 7 iki 36 dienų ($M = 13,72$, $SD = 5,1$), o beveik trečdalis jų (28 proc.) patyrė ilgą hospitalizaciją (>14 dienų). Peterson ir kolegos (2002) gavo daug mažesnę prailgintos hospitalizacijos paplitimą (5 proc.) širdies operaciją patyrusiųjų imtyje ($N = 496\ 797$). Jų teigimu, asmenims, kurie po operacijos ligoninėje gydomi ilgesnį laikotarpį, dažnai pasireiškia pooperacinės komplikacijos. Taigi, ne tik hospitalizacijos metu patirti mažesni stresoriai (Baker, 1984; Donchin & Seagull, 2002; Fredriksen & Ringsberg, 2007; Hupcey, 2000; Johnson & Sexton, 1990; Lusk & Lash, 2005; McKinley et al., 2002; Welch, 2017; Van De Leur et al., 2004; Wenham & Pittard, 2009), bet ir atsiradusios komplikacijos gali turėti poveikį asmens psichologinei sveikatai.

Kitas su širdies operacija susijęs stresorius – mirties rizika atlikus operaciją. Tyrimu gauta, kad mirties rizikos atlikus operaciją įverčiai (EuroSCORE II) mūsų imtyje svyruoja nuo 0,67 iki 6,60, vidurkis – 1,93 ($SD = 1,2$), o 3,1 proc. tiriamųjų patenka į aukštos rizikos grupę. Ringaitienės (2016) atliktame tyrimo, kuriame dalyvavo 712 širdies operaciją patyrę asmenys, gauta vidutinė operacinė mirties rizika pagal EuroSCORE II buvo 1,77 ($SD = 0,72$). Mazzeffi ir kolegų (2014) atliktame tyrimo gautas 3,4 procentų mirtingumo po širdies operacijų įvertis ($N = 18348$).

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dauguma širdies operaciją patyrusių asmenų per paskutinius penkis metus po operacijos susidūrė su stresoriais, susijusiais su sveikata: su kitomis sveikatos problemomis susidūrė 76,9 proc., su hospitalizacija – 60 proc. tyrimo dalyvių. Turint omenyje, kad tiriamųjų amžiaus vidurkis šiame tyrime yra 66,88 ($SD = 12,9$) metai, gauti rezultatai nestebina. Vyresniame amžiuje žmonės susiduria su vis daugiau sveikatos problemų. Stuko ir kolegų (2013) atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad 94,7 procentams tyrime dalyvavusių vyresnio amžiaus žmonių ($N = 305$) diagnozuota viena ar kelios ligos. Mažulytė ir kiti (2014) nustatė, kad vyresnio amžiaus žmonės, lyginant su jaunesniais, daugiau susiduria su pavojingomis ligomis ir sužeidimais. Amerikos psichologų asociacija (2009) taip pat išskyrė vyresnio amžiaus žmonėms būdingus su sveikata susijusius sunkumus: ligos, kitos medicininės būklės (pvz., artritas, diabetas), skausmas, fiziniai apribojimai.

Kitų stresinių patirčių analizė atskleidė, kad mažiau nei trečdalis širdies operaciją patyrusių asmenų (29,2 proc.) per pastaruosius dvejus metus susidūrė su vienu reikšmingu stresoriumi. Šie rezultatai atitinka Lietuvos bendrosios populiacijos duomenis, kur vieną reikšmingą stresorių patyrė 29,7 proc. Lietuvos gyventojų (Želvienė, 2017). Stresinių patirčių širdies operaciją patyrusiųjų imtyje paplitimas (70,8 proc.) yra mažesnis nei Lietuvos bendrojoje populiacijoje (83,3 proc.) (Želvienė, 2017), tačiau didesnis nei kitų Europos šalių bendrosiose populiacijose, pvz., Šveicarijos (52,1 proc.) (Maercker et al., 2008), Vokietijos (53,9 proc.) (Maercker et al., 2012).

Širdies operaciją patyrusiųjų imtyje kitų stresorių, patirtų per pastaruosius dvejus metus, vidurkis ($M = 1,46$, $SD = 1,46$) yra kiek mažesnis nei bendrojoje Lietuvos populiacijoje ($M = 2,07$, $SD = 1,86$) (Zelviene et al., 2017) bei asmenų, kuriems buvo implantuotas širdies defibriliatorius, imtyje ($M = 2,26$, $SD = 1,51$) (Maercker et al., 2007).

Širdies operaciją patyrusiųjų grupėje įvertinus atskirų stresorių paplitimą paaiškėjo, kad artimojo liga ar slauga (43,7 proc.), artimojo mirtis (29,2 proc.), konfliktai šeimoje (24,6 proc.) ir finansiniai sunkumai (15,4 proc.) yra dažniausiai per pastaruosius dvejus metus pasitaikantys stresoriai. Defibriliatoriaus implantavimą patyrusių asmenų imtyje tarp dažniausiai minimų stresorių taip pat yra artimo žmogaus liga (15,5 proc.), tačiau čia taip pat minimi jau anksčiau aptarti ir su sveikata susiję stresoriai: problemos su širdimi (70 proc.) bei sunki liga (27 proc.) (Maercker et al., 2007).

Magistro darbo rezultatus palyginus su tiek Lietuvoje, tiek užsienyje atliktais bendrosios populiacijos tyrimų rezultatais, galima rasti daug panašumų. Lietuvoje atliktame tyrime, kuriame dalyvavo 179 jauni suaugusieji, dažniausiai nurodytas stresinis įvykis buvo šeimos nario netektis (49 proc.) (Kazlauskas, Šimėnaitė, & Gailienė, 2007). Lietuvos bendrojoje populiacijoje tarp dažniausiai nurodytų stresorių taip pat yra finansiniai sunkumai (34,8 proc.), artimojo liga (26,5 proc.), konfliktai šeimoje (24,8 proc.) ir artimojo mirtis (22,3 proc.) (Želvienė, 2017). Kitose Europos šalyse

(Vokietijoje ir Šveicarijoje) tokie stresoriai, kaip artimojo mirtis, finansiniai sunkumai, konfliktai šeimoje, artimojo liga ar slauga, sunki liga, taip pat minimi, kaip dažniausiai pasitaikantys (Maercker et al., 2008, 2012).

Apibendrinant, širdies operaciją patyrę asmenys susidūrė ne tik su pačia operacijos procedūra, tačiau ir su kitais reikšmingais su operacija susijusiais stresoriais. Per penkerių metų po operacijos laikotarpį šie žmonės išgyveno ir daugelį kitų stresinių patirčių, kurios susijusios su pačių sveikata, finansais, artimųjų sveikata ir netektimis, santykių problemomis.

4.2 Adaptacijos sutrikimo požymiai ir paplitimas

Įvertinus asmenų, patyrusių širdies operaciją, stresines patirtis toliau buvo siekiama įvertinti adaptacijos sutrikimo požymius. Analizuojant atskirus skalės teiginius buvo gauti asmenų, patyrusių širdies operaciją, adaptacijos sunkumų subskalių įverčių vidurkiai (įkyrių minčių – 5,98 ($SD = 2,87$) ir prisitaikymo sunkumų – 5,45 ($SD = 2,77$)) bei bendras ADMN-8 skalės įverčių vidurkis - 11,43 ($SD = 5,37$). Lietuvos populiacijoje (Zelviene et al., 2017) gauti vidutiniai adaptacijos sutrikimo simptomų balai didesni (įkyrių minčių – 9,33 ($SD = 3,41$) ir prisitaikymo sunkumų – 7,07 ($SD = 2,93$)) nei mūsų atlikto tyrimo specifinėje širdies operaciją patyrusių asmenų grupėje. Gauti rezultatai leidžia svarstyti apie tai, kad mūsų tyrimo dalyviams po operacijos buvo suteikta tinkama medicinos bei kitų specialistų pagalba, kuri galimai sumažino adaptacijos sutrikimo riziką. Taip pat, tyrimo metu po operacijos jau buvo praėję penki metai ir gali būti, kad laikas buvo pakankamai ilgas su širdies operacija susijusiems psichologiniams sunkumams įveikti, o tyrimą atliekant po operacijos praėjus mažiau laiko rezultatai būtų kitokie.

Magistro darbo tyrimo rezultatai atskleidė, kad adaptacijos sutrikimo paplitimas širdies operaciją patyrusiųjų imtyje yra 6,5 proc. Tai du su puse karto mažesnis įvertis nei gautas viename pirmųjų mokslinių tyrimų (16,9 proc.), nagrinėjusių atnaujintą adaptacijos sutrikimo kategoriją asmenų po širdies defibriliatoriaus implantavimo operacijos imtyje (Maercker et al., 2007), tačiau didesnis nei bendrosiose populiacijose Vokietijoje (0,9 - 2,0 proc.) (Glaesmer et al., 2015; Maercker et al., 2012) ir Šveicarijoje (2,3 proc.) (Maercker et al., 2008). Tai patvirtina prielaidą, kad klinikinėse ir didesnės rizikos grupėse adaptacijos sutrikimo paplitimas yra didesnis nei bendrosiose populiacijose (Ventevogel et al., 2011).

4.3 Pagalbos siekimas

Įvertinus širdies operaciją patyrusių asmenų stresorius, adaptacijos sutrikimo požymius ir paplitimą, kitu žingsniu buvo siekiama įvertinti šios grupės pagalbos siekimo ypatumus. Tyrimo

rezultatai atskleidė, kad didžioji dalis tyrimo dalyvių (83,1 proc.) per pastaruosius vienerius metus dėl širdies lankėsi pas gydytojus, o pas psichiatrą, psichologą ar neurologą lankosi šiek tiek daugiau nei šeštadalis (15,4 proc.). Tai, kad didžioji dalis širdies operaciją patyrusiųjų lankėsi pas gydytojus dėl širdies, nestebina. Atlikus operaciją pacientai kasmet reguliariai konsultuojasi su gydytojais širdies bei vaistų vartojimo klausimais. Tačiau atsižvelgiant į adaptacijos sutrikimo paplitimą mūsų imtyje (6,5 proc.), lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus įvertis yra daugiau nei du kartus didesnis (15,4 proc.). Tai rodo, kad širdies operaciją patyrę žmonės susiduria ne tik su adaptacijos sunkumais, bet galimai turi ir kitokių psichologinių sunkumų.

4.4 Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai

Siekiant nustatyti adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnius, pirmiausia buvo ieškoma adaptacijos sutrikimo įverčių sąsajų su demografinėmis charakteristikomis, stresine patirtimi ir pagalbos siekimu. Kitu žingsniu buvo išskirtos adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamoji grupės ir jos lygintos tarpusavyje.

Adaptacijos sutrikimas ir demografinės charakteristikos. Asmenų, prieš penkis metus patyrusių širdies operaciją, imtyje adaptacijos sutrikimo sąsajų su demografinėmis charakteristikomis analizė atskleidė, kad adaptacijos sutrikimo bendras ir atskirų simptomų (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) įverčiai nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo, darbinės patirties, šeiminės padėties bei gyvenamosios vietovės nepriklauso. Rizikos ir palyginamosios grupių lyginamojoje analizėje taip pat nebuvo gauta reikšmingų šių grupių skirtumų pagal lytį, amžių, išsilavinimą, darbinę padėtį, šeiminingą padėtį ir gyvenamąją vietovę. Tai, kad moteriška lytis gali būti vienu svarbiausių adaptacijos rizikos veiksnių, rodo kitų mokslinių tyrimų rezultatai (Glaesmer et al., 2015; Kazlauskas et al., 2018; Želvienė, 2017). Kitą vertus, yra tyrimų, kuriuose adaptacijos sutrikimo paplitimo skirtumų tarp lyčių gauta nebuvo (Maercker et al., 2008, 2012). Tarp širdies defibriliatoriaus implantavimo operaciją patyrusių asmenų adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių lyčių skirtumų taip pat nepavyko rasti (Maercker et al., 2007).

Nors magistro darbo tyrimo rezultatai nerodo reikšmingos sąsajos tarp adaptacijos sutrikimo ir amžiaus, tačiau yra tyrimų, kuriuose adaptacijos sutrikimo simptomai su amžiumi reikšmingai susiję (Glaesmer et al., 2015; Kazlauskas et al., 2018; Mahat-Shamir et al., 2017). Visgi Lietuvos populiacijoje (Želvienė, 2017) ir defibriliatoriaus implantaciją patyrusių žmonių imtyje (Maercker et al., 2007) statistiškai reikšmingų ryšių tarp amžiaus ir rizikos/ palyginamosios grupių nerasta.

Vokietijoje atliktas tyrimas atskleidė, kad tarp asmenų su galimu adaptacijos sutrikimu yra statistiškai reikšmingai daugiau gyvenančių be partnerio (Glaesmer et al., 2015). Šiame magistro darbe statistiškai reikšmingų sąsajų tarp šeiminės padėties ir adaptacijos sutrikimo rasta nebuvo. Tokie pat rezultatai gauti ir rizikos veiksnių Lietuvos populiacijoje analizėje (Želvienė, 2017) bei defibriliatoriaus implantavimo operaciją patyrusių žmonių grupėje (Maercker et al., 2007). Pastaruosiuose tyrimuose, taip pat kaip ir šiame magistro darbe, nepavyko rasti statistiškai reikšmingų skirtumų tarp adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių pagal gyvenamąją vietovę bei darbinę padėtį.

Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių Lietuvos populiacijoje analizė (Želvienė, 2017) atskleidė, kad adaptacijos sutrikimas priklauso nuo išsilavinimo. Adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje buvo daugiau asmenų, neturinčių aukštojo išsilavinimo (52,4 proc.). Magistro darbo tyrimo rezultatai statistiškai reikšmingų ryšių tarp adaptacijos sutrikimo rizikos grupės ir išsilavinimo nerodo. Gautus rezultatus patvirtina ir Maercker ir kitų (2007) atliktas tyrimas.

Apibendrinant, nors galima rasti mokslinių tyrimų, kurie patvirtina šiame darbe gautus rezultatus, tačiau demografinių charakteristikų kaip rizikos veiksnių vaidmuo adaptacijos sutrikimo simptomų atsiradimui vis tiek lieka nevienareikšmiškas.

Adaptacijos sutrikimas ir stresinė patirtis. Asmenų, prieš penkis metus patyrusių širdies operaciją, imtyje adaptacijos sutrikimo sąsajų su stresine patirtimi analizė atskleidė, kad adaptacijos sutrikimo simptomai statistiškai reikšmingai teigiamai susiję su kitų stresorių kiekiu. Adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių lyginamoji analizė taip pat atskleidė stresorių kiekį esant reikšmingu adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniu. Rizikos grupėje asmenys per pastaruosius dvejus metus stresorių patyrė statistiškai reikšmingai daugiau nei palyginamojoje. Šiuos rezultatus patvirtina Maercker ir kolegų (2007) atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo širdies defibriliatoriaus implantavimo operaciją patyrę asmenys, duomenys bei adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių Lietuvos populiacijoje analizė (Želvienė, 2017).

Analizuojant pavienių per pastaruosius dvejus metus patirtų stresorių sąsajas su adaptacijos sutrikimo simptomais gauta, kad finansiniai sunkumai ir apgavystė statistiškai reikšmingai susiję su bendru adaptacijos sunkumų įverčiu ir adaptacijos sutrikimo įkyrių minčių bei prisitaikymo sunkumų simptomų įverčiais. Palyginus adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamąją grupę gauta, kad rizikos grupės tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau nurodė patyrę konfliktų šeimoje, artimojo mirtį bei finansinių sunkumų. Palyginus gautus rezultatus su kitų mokslinių tyrimų rezultatais matyti, kad finansiniai sunkumai yra dažniausiai minimas adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnys (Bachem & Maercker, 2016; Glaesmer et al., 2015; Maercker et al., 2008; Želvienė, 2017). Konfliktai šeimoje minimi kur kas rečiau (Glaesmer et al., 2015). Danijoje atliktame tyrime gauta, kad asmenys, kuriems

diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, daugiausiai nurodė patyrę artimojo mirtį (28 proc.) bei skyrybas ar išsiskyrimą (28 proc.) (Svensson et al., 2015).

Analizuojant mokslinius tyrimus galima pastebėti, kad su sveikata susijęs stresorius – sunki liga – yra vienas pagrindinių adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių ir yra susijęs su didesniais adaptacijos sunkumų įverčiais (Glaesmer et al., 2015; Maercker et al., 2008, 2012; Želvienė, 2017). Tačiau šiame magistro darbe adaptacijos sutrikimo ir su sveikata susijusių stresorių (kitų sveikatos problemų, hospitalizacijos, kitų operacijų) sąsaja nenustatyta. Taip pat, nenustatyta adaptacijos sutrikimo sąsaja su stresoriais, susijusiais su operacija (lovadieniais po operacijos ir mirties rizikos atlikus operaciją įverčiais). Mokslinių tyrimų, nagrinėjančių hospitalizacijos po operacijos trukmės ir naujo modelio adaptacijos sutrikimo simptomų sąsajas, dar nėra atlikta. Daugiausiai tyrinėjamos hospitalizacijos trukmės ir PTSS sąsajos. Nustatyta teigiama gulėjimo ligoninėje trukmės sąsaja su PTSS (Peterson et al., 2002; Sadat, Abdi, & Aghajani, 2015). Kitą vertus, Granja ir kitų (2008) atliktame tyrime hospitalizacijos trukmės sąsajos su PTSS įverčiu gautos nebuvo. Statistiškai reikšmingas ryšys rastas tarp gulint ligoninėje patirtų neigiamų patirčių skaičiaus bei PTSS įverčio.

Apibendrinant, adaptacijos sutrikimo riziką širdies operaciją patyrusių imtyje didina tokie pavieniai stresoriai, kaip finansiniai sunkumai, konfliktai šeimoje ir artimojo mirtis. Be to, adaptacijos sutrikimo rizika yra teigiamai susijusi su patirtų kitų stresorių kiekiu. Tai patvirtina ir kitų mokslinių tyrimų rezultatai.

Adaptacijos sutrikimas ir pagalbos siekimas. Asmenų, prieš penkis metus patyrusių širdies operaciją, imtyje adaptacijos sutrikimo sąsajų su pagalbos siekimu analizė atskleidė, kad adaptacijos sutrikimo simptomai nėra statistiškai reikšmingai susiję su lankymusi pas gydytojus dėl širdies per pastaruosius vienerius metus. Reikšminga, tačiau prieštaringa sąsaja rasta tarp adaptacijos sunkumų ir lankymosi pas psichiatrą, psichologą ar neurologą. Visgi, atlikus adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių lyginamąją analizę, statistiškai reikšmingų ryšių tarp pagalbos siekimo ir rizikos/ palyginamosios grupių gauta nebuvo.

Epidemiologinės suaugusiųjų ir vyresnių žmonių studijos atskleidė, kad asmenys su didesniais psichikos sveikatos problemų įverčiais pagalbos į profesionalus kreipiasi dažniau (Bebbington et al., 2019; Olesen, Butterworth, & Leach, 2010). Oliver, Pearson, Coe ir Gunnell (2005) atliktame tyrime, kuriame dalyvavo 10302 16 – 64 metų amžiaus žmonės, gauta, kad pagalbos į psichikos sveikatos specialistus kreipėsi 8 proc. tiriamųjų su mažesne psichiatrinių sutrikimų rizika ir 16 proc. su aukšta rizika. Nagrinėjant pagalbos siekimo sąsajas su PTSS, nustatyta, kad pagalbos iš psichikos sveikatos specialistų siekimas statistiškai reikšmingai susijęs su didesniais PTSS simptomais (Goto, Wilson, Kahana, & Slane, 2002; Lewis et al., 2005; Slewa-Younan et al., 2015).

Nors mokslinių studijų, tiesiogiai nagrinėjančių adaptacijos sunkumų ir pagalbos siekimo sąsajų, nepavyksta rasti, tačiau Lietuvoje atliktame tyrime (Zelviene et al., 2017) gauti Lietuvos populiacijos vidutiniai adaptacijos sutrikimo simptomų balai (įkyrių minčių – 9,33 ($SD = 3,41$), prisitaikymo sunkumų – 7,07 ($SD = 2,93$)) yra mažesni nei pagalbos siekusių Lietuvos gyventojų vidutiniai adaptacijos sutrikimo simptomų balai (įkyrių minčių – 13,23 ($SD = 2,32$), prisitaikymo sunkumų – 12,59 ($SD = 2,50$)) (Kazlauskas et al., 2018). Tai leidžia kelti prielaidą, kad didesni adaptacijos sunkumų įverčiai yra galimai susiję su didesniu pagalbos siekimu, tačiau šiai tendencijai patvirtinti reikėtų atlikti daugiau tyrimų.

4.5 Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų gairės

Atlikta naujo modelio pagal TLK-11 adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių širdies operaciją patyrusių asmenų imtyje analizė kol kas yra viena iš nedaugelio atliktų. Gauti rezultatai atskleidė šios grupės stresines patirtis, adaptacijos sutrikimo požymius, pagalbos siekimo ypatumus ir leido pasigilinti į veiksnius, kurie didina adaptacijos sutrikimo riziką. Visgi, svarbu paminėti ir šio tyrimo trūkumus.

Vienas ribotumų – tyrimo imtis per maža, kad gautus rezultatus būtų galima pritaikyti visiems širdies operaciją patyrusiems asmenims. Šis tyrimas yra platesnio tyrimo, kuris šiuo metu dar vykdomas, dalis. Iš viso planuojama apklausti apie 300-us prieš penkis metus širdies operaciją patyrusių asmenų. Kitas tyrimo trūkumas yra tai, kad šiame darbe tyrinėjome tik adaptacijos sutrikimo paplitimą. Ateityje reikėtų įtraukti ir kitus psichikos sveikatos sutrikimus, kurie gali būti būdingi širdies operaciją patyrusiems asmenims. Tai praplėstų supratimą apie širdies operacijų psichologines pasekmes bei būdus, kuriais būtų galima pagerinti pacientų gyvenimo kokybę.

Svarstant apie tolimesnių tyrimų gaires, ateityje reikėtų daugiau tokių tyrimų, nagrinėjančių naujo modelio adaptacijos sutrikimo paplitimą. Šiame darbe tyrinėjome adaptacijos sunkumus praėjus penkiems metams po operacijos. Ateityje būtų įdomu pažiūrėti, ar adaptacijos sunkumų buvo ir iki operacijos, ir kaip įverčiai keičiasi po operacijos laike. Operacijos patirtis gali daryti poveikį ne tik patiems pacientams, bet ir pacientų artimiesiems, todėl ateityje būtų naudinga apklausti ir šeimos narius.

Taip pat reikėtų atlikti mokslines studijas kitose specifinėse tiriamųjų grupėse, pvz., sergančių onkologinėmis ligomis imtyje, kitais psichikos sutrikimais sergančių grupėse. Tai dar labiau praplėstų mūsų žinias apie adaptacijos sutrikimą ir leistų gautus rezultatus panaudoti praktikoje. Taip pat būtų galima atlikti tyrimus jaunesnio amžiaus grupėje, kadangi Lietuvoje ir užsienyje atliktose mokslinėse studijose įtraukti tik suaugę tyrimo dalyviai.

IŠVADOS

1. Stresinių patirčių analizė atskleidė, kad širdies operacija yra pavojingas stresorius, kuris gali būti susijęs su didesne mirties rizika ir ilga hospitalizacija po operacijos. Dauguma tyrimo dalyvių po širdies operacijos nurodė patyrę su sveikatos problemomis susijusių ir kitokių stresorių, tokių kaip, artimojo liga ar slauga, artimojo mirtis, konfliktai šeimoje ir finansiniai sunkumai.
2. Adaptacijos sutrikimo paplitimas praėjus penkiems metams po širdies operacijos šio tyrimo imtyje – 6,5 proc. ir yra didesnis nei bendrojoje populiacijoje, kas rodo ilgalaikes psichologines širdies operacijos pasekmes.
3. Aukšta adaptacijos sutrikimo rizika po širdies operacijos buvo susijusi su per pastaruosius dvejus metus patirtų stresorių skaičiumi, taip pat šiais stresoriais: konfliktai šeimoje, artimojo mirtis ir finansiniai sunkumai. Demografinės charakteristikos bei su širdies operacija ir sveikata susiję stresoriai nebuvo susiję su didesne adaptacijos sutrikimo rizika.
4. Pastebima tendencija, kad esant didesniems adaptacijos sutrikimo požymiams asmenys, patyrę širdies operaciją, dažniau kreipiasi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus.

LITERATŪRA

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Paimta iš: <https://doi.org/10.1097/00002093-198802020-00022>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Paimta iš: <https://psicov-alero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagn3b3sticoyestadc3adsti-co-de-los-tra-stornos-mentales.pdf>
- American Psychological Association. (2009). Coping with stress and anxiety. In *Routledge Companion to Sport and Exercise Psychology*. <https://doi.org/10.4324/97813158801-98.ch28>
- Bachem, R., & Maercker, A. (2016). Self-help interventions for adjustment disorder problems: A randomized waiting-list controlled study in a sample of burglary victims. *Cognitive Behaviour Therapy, 45*(5), 397–413. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1191083>
- Bachem, R., Perkonig, A., Stein, D. J., & Maercker, A. (2017). Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to change of the Adjustment Disorder – New Module questionnaire in a clinical intervention study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 26*(4), 1-9. Paimta iš: <https://doi.org/10.1002/mpr.1545>
- Baker, C. (1984). Sensory overload and noise in the ICU: sources of environmental stress. *Critical Care Quarterly, 6*(4), 66-80. Paimta iš: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1985-04925001&site=ehost-live>
- Bebbington, P. E., Meltzer, H., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2019). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine, 30*, 1359-1367. Paimta iš: <https://www.cambridge.org/core/terms>
- Bergvik, S., Wynn, R., & Sørli, T. (2008). Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. *Patient Education and Counseling, 70*(2), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.013>
- Bjørnnes, A. K., Parry, M., Falk, R., Watt-Watson, J., Lie, I., & Leegaard, M. (2017). Impact of marital status and comorbid disorders on health-related quality of life after cardiac surgery. *Quality of Life Research, 26*(9), 2421–2434. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1589-2>
- Blaževičiūtė, T., Gedrimė, L., Brasaitė, I., Rapolienė, L. ir Razbadauskas, A. (2017). Pacientų patiriamas nerimas priešoperaciniu laikotarpiu. *Visuomenės sveikata, 27*, 91-97. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.102>
- Boudrez, H., & De Backer, G. (2001). Psychological status and the role of coping style after coronary artery bypass graft surgery. Results of a prospective study. *Quality of Life Research: An*

- International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 10(1), 37–47. Paimta iš: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11508474>
- Casey, P. (2014). Adjustment disorder: New developments. *Current Psychiatry Reports*, 16(6). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0451-2>
- Casey, P., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorder: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179(6), 479–481. doi:10.1192/bjp.179.6.479
- Dao, T. K., Voelkel, E., Presley, S., Doss, B., Huddleston, C., & Gopaldas, R. (2012). Gender as a Moderator Between Having an Anxiety Disorder Diagnosis and Coronary Artery Bypass Grafting Surgery (CABG) Outcomes in Rural Patients. *Journal of Rural Health*, 28(3), 260–267. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2011.00395.x>
- De Smedt, D., Clays, E., Annemans, L., Pardaens, S., Kotseva, K., & De Bacquer, D. (2015). Self-reported health status in coronary heart disease patients: A comparison with the general population. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 117–125. <https://doi.org/10.1177/1474515113519930>
- De Smedt, D., Clays, E., & De Bacquer, D. (2016). Measuring health-related quality of life in cardiac patients. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*, 2(3), 149–150. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcw015>
- Dehdari, T., Heidarnia, A., Ramezankhani, A., Sadeghian, S., Ghofranipour, F., Tahereh, D., ... Fazlollah, G. (2009). Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery. *Indian Journal of Medical Research*, 129(5), 603–608. Paimta iš: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L355261355%5Cnhttp://icmr.nic.in/ijmr/2009/may/0520.pdf%5Cnhttp://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=EMBASE&issn=09715916&id=doi:&atitle=Effects+of+progressive+muscular+relaxation+tr>
- Dobricki, M., Komproe, I. H., De Jong, J. T. V. M., & Maercker, A. (2010). Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 39–46. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0039-z>
- Donchin, Y., & Seagull, F. J. (2002). The hostile environment of the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 8(4), 316–320. <https://doi.org/10.1097/00075198-200208000-00008>
- Duits, A. A., Duivenvoorden, H. J., Boeke, S., Taams, M. A., Mochtar, B., Krauss, X. H., ... Erdman, R. A. M. (1999). A structural modeling analysis of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A model generating approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(2), 187–200. Paimta iš: [http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L29083172%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00046-4%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=00223999&id=doi:10.1016/S0022-](http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L29083172%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00046-4%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=00223999&id=doi:10.1016/S0022-)

3999(98)00046-4&atitle=A+structural+mod

- Dulce Clinical Research Institute. (2017). *Adult Cardiac Surgery Database: Executive Summary 10 Years*. Paimta iš: https://www.sts.org/sites/default/files/documents/ACSD_2016Harvest1_ExecutiveSummary.pdf
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health and Medicine, 15*(5), 584–595. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.487107>
- Eurostat. (2017). Cardiovascular diseases statistics. *Statistics Explained, 1*–14. Paimta iš: <http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
- Fortes, J. V. S., Silva, M. G. B., Baldez, T. E. P., Costa, M. de A. G., Silva, L. N. da, Pinheiro, R. S., ... Borges, D. L. (2016). Mortality Risk After Cardiac Surgery: Application of Inscor in a University Hospital in Brazil's Northeast. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20160080>
- Fredriksen, S. T. D., & Ringsberg, K. C. (2007). Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.09.002>
- Gallagher, R., & McKinley, S. (2007). Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses, 16*(3), 248–257. Paimta iš: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17460316>
- Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research, 229*(3), 940–948. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- Goto, T., Wilson, J. P., Kahana, B., & Slane, S. (2002). PTSD, Depression and Help-Seeking Patterns Following the Miyake Island Volcanic Eruption. *International Journal of Emergency Mental Health, 4*(3), 157–171. Paimta iš: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true7db=psy-h&AN=200206034003&site=ehost-live>
- Goyal, T. M., Idler, E. L., Krause, T. J., & Contrada, R. J. (2005). Quality of life following cardiac surgery: Impact of the severity and course of depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine, 67*(5), 759–765. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000174046.40566.80>
- Grady, K. L., Lee, R., Subačius, H., Malaisrie, S. C., McGee, E. C., Kruse, J., ... McCarthy, P. M. (2011). Improvements in health-related quality of life before and after isolated cardiac operations. *Annals of Thoracic Surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2010.11.015>
- Granja, C., Gomes, E., Amaro, A., Ribeiro, O., Jones, C., Carneiro, A., & Costa-Pereira, A. (2008). Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: The early

- illness amnesia hypothesis. *Critical Care Medicine*, 36(10), 2801–2809. <https://doi.org/10.1097-/CCM.0b013e318186a3e7>
- Guimarães-Pereira, L., Farinha, F., Azevedo, L., Abelha, F., & Castro-Lopes, J. (2016). Persistent Postoperative Pain after Cardiac Surgery: Incidence, Characterization, Associated Factors and its impact in Quality of Life. *European Journal of Pain*, 20(9), 1433–1442. <https://doi.org/10.10-02/ejp.866>
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2019). *Mirties priežastys 2017 (išankstiniai duomenys)*. Paimta iš: www.hi.lt
- Horn, A. B., & Maercker, A. (2016). Intra-and interpersonal emotion regulation and adjustment symptoms in couples: The role of co-brooding and co-reappraisal. *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0159-7>
- Hupcey, J. E. (2000). Feeling safe: The psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 361–367. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00361.x>
- Johnson, M. M., & Sexton, D. L. (1990). Distress during mechanical ventilation: patients' perceptions. *Critical Care Nurse*, 10(7), 48–57. Paimta iš: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=2403412&site=ehost-live>
- Jurevičienė, E. (2017). *VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos 2016 m. veiklos ataskaita*. Paimta iš https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/V%C5%A1%C4%AE%20-VUL%20Santari%C5%A1ki%C5%B3%20klinikos%202016%20m_%20ataskaita.pdf
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018a). A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology*, 51(1), 10–15. <https://doi.org/10.1159/000484415>
- Kazlauskas, E., Šimėnaitė, I., & Gailienė, D. (2007). Subjektyvus trauminio patyrimo ir potrauminio augimo bei potrauminio streso sutrikimo sąsajos. *Psichologija*, 35, 7–18. <http://doi.org/10.153-88/Psichol.2007.0.2856>
- Kloth, B., Schietsch, O., Sill, B., Schönebeck, J., Reichensperner, H., & Gulbins, H. (2016). Does Cardiac Surgery Affect Quality of Life? An Update of More than 200 Patients. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 64(1), 21. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1571704>
- Korsakaitė, G. (2017). *Vyresnio amžiaus žmonių stresinė patirtis ir įveika: kokybinis tyrimas (Nepublikuotas bakalauro darbas)*. Vilnius: Vilniaus universitetas
- Krannich, J. H. A., Weyers, P., Lueger, S., Herzog, M., Bohrer, T., & Elert, O. (2007). Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry*, 7(47). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-47>
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic*

- Medicine*, 55(3), 234–247. <http://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Lewis, S. F., Resnick, H. S., Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Kilpatrick, D. G., Best, C. L., & Saunders, B. E. (2005). Assault, psychiatric diagnoses, and sociodemographic variables in relation to help-seeking behavior in a national sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 18(2), 97–105. <https://doi.org/10.1002/jts.20012>
- Lorenz, L., Bachem, R. C., & Maercker, A. (2016). The adjustment disorder–new module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 7(4), 215–220. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2016.775>
- Lorenz, L., Hyland, P., Perkonig, A., & Maercker, A. (2018). Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for ICD-11. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(1). <https://doi.org/10.1002/mpr.1591>
- Lusk, B., & Lash, A. A. (2005). The Stress Response, Psychoneuroimmunology, and Stress Among ICU Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(1), 25–31. <https://doi.org/10.1097/0000-3465-200501000-00004>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ... Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683–1685. [https://doi.org/10.1016/s014-0-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/s014-0-6736(12)62191-6)
- Maercker, A., Einsle, F., & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40(3), 135–146. <https://doi.org/10.1159/000099290>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C., & Ehler, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.07.002>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Original paper adjustment disorders: Prevalence in a representative nationwide survey in germanyoriginal paper. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1745–1752. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0493-x>
- Mahat-Shamir, M., Ring, L., Hamama-Raz, Y., Ben-Ezra, M., Picho-Prelorntzos, S., David, U. Y., ... Lavenda, O. (2017). Do previous experience and geographic proximity matter? Possible predictors for diagnosing Adjustment disorder vs. PTSD. *Psychiatry Research*, 258, 438–443. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.085>
- Mažulytė, E., Gailienė, D., Skerytė-Kazlauskienė, M., Grigutytė, N., Eimontas, J., & Kazlauskas, E. (2014). Trauma Experience, Psychological Resilience and Dispositional Optimism: Three Adult

- Generations in Lithuania. *Psichologija/ Psychology*, 49, 20-33. Paimta iš: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e5h&AN=97949863&site=ehost-live>
- Mazzeffi, M., Zivot, J., Buchman, T., & Halkos, M. (2014). In-hospital mortality after cardiac surgery: Patient characteristics, timing, and association with postoperative length of intensive care unit and hospital stay. *Annals of Thoracic Surgery*, 97(4), 1220–1225. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2013.10.040>
- McCrone, S., Lenz, E., Tarzian, A., & Perkins, S. (2001). Anxiety and depression: Incidence and patterns in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Applied Nursing Research*, 14(3), 155–164. <https://doi.org/10.1053/apnr.2001.24414>
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>
- Middel, B., El Baz, N., Pedersen, S. S., Van Dijk, J. P., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2014). Decline in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass graft surgery: The influence of anxiety, depression, and personality traits. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(6), 544-554. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182a102ae>
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- Mozaffarian, D. (2015). Trends in cardiovascular procedures, United States: 1979 to 2010. *Circulation*, 131, 29–322. Paimta iš: https://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_483986.pdf
- Mphil, C. H., Griffiths, R. D., Humphris, G., & Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(3), 573–580. <https://doi.org/10.1097/00003246-200103000-00019>
- Nugteren, L. B., & Sandau, K. E. (2010). Critical Review of Health-Related Quality of Life Studies of Patients With Aortic Stenosis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(1), 25–39. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b99828>
- O'Donnell, M. L., Alkemade, N., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., Bryant, R. A., ... Forbes, D. (2016). A longitudinal study of adjustment disorder after trauma exposure. *American Journal of Psychiatry*, 173(12), 1231–1238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010071>
- Olesen, S. C., Butterworth, P., & Leach, L. (2010). Prevalence of self-management versus formal service use for common mental disorders in Australia: Findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(9),

823–830. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.483680>

- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 279–301.
- Oterhals, K., Hanssen, T. A., Haaverstad, R., Nordrehaug, J. E., Eide, G. E., & Norekvål, T. M. (2015). Factors associated with poor self-reported health status after aortic valve replacement with or without concomitant bypass surgery. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, *48*(2), 283–292. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezu425>
- Palmatier, A. D. (2008). *The Functioning of Patients and Partners after the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Process: Examining the Patient's Psychosocial and Physical Adjustment* (Doctoral dissertation). Philadelphia: Drexel University. Paimta iš: file:///C:/Users/Vartotojas/-Downloads/OBJ%20Datastream.pdf
- Pasaulio sveikatos organizacija. (2011). *Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas (TLK-10-AM), Australijos modifikacija. Sisteminių ligų sąrašas*. Vilnius: Vaistų žinios.
- Peterson, E. D., Coombs, L. P., Ferguson, T. B., Shroyer, A. L., DeLong, E. R., Grover, F. L., & Edwards, F. H. (2002). Hospital variability in length of stay after coronary artery bypass surgery: Results from the society of thoracic surgeon's national cardiac database. *Annals of Thoracic Surgery*, *74*(2), 464–473. [https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(02\)03694-9](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(02)03694-9)
- Pignay-Demaria, V., Lespérance, F., Demaria, R. G., Frasure-Smith, N., & Perrault, L. P. (2003). Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *Annals of Thoracic Surgery*, *75*(1), 314–321. [https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(02\)04391-6](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(02)04391-6)
- Piščalkienė, V. (2010). Perioperaciniu laikotarpiu patiriamas nerimas ir jo mažinimas sociodemografinių grupių atžvilgiu. *Sveikatos Mokslai*, (6), 3731–3745. Paimta iš: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Sveikatos_mokslai/Moksliniai_st_raipniai%20%93zurnalas_Sveikatos%20mokslai/2010m/2010SM_6IVdalisindd.pdf
- Population reference bureau, 2016. *Longevity research: Unraveling the determinants of healthy aging and longer life span*. Paimta iš <http://www.prb.org/Publications/Reports/2016/todays-research-aging-healthy-aging-longer-life-spans.aspx>
- Rafanelli, C., Roncuzzi, R., Finos, L., Tossani, E., Tomba, E., Mangelli, L., ... Fava, G. A. (2003). Psychological assessment in cardiac rehabilitation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *72*(6), 343–349. Paimta iš: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1159/000073031%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=00333190&id=doi:10.1159%2F000073031&atitle=Psychological+assessment+in+cardiac+re>

- Ravven, S., Bader, C., Azar, A., & Rudolph, J. L. (2013). Depressive symptoms after CABG surgery: A meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry, 21*(2), 59–69. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b-013e31828a3612>
- Reed, G. M., Correia, J. M., Esparza, P., Saxena, S., & Maj, M. (2011). The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry, 10*(2), 118–131. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x>
- Rezaei, O., Komeilian, R., Fattah, L., Mandegar, M. H., & Dolatshahi, B. (2013). Quality of life and mental disorders in patients after coronary artery bypass grafting. *World Applied Sciences Journal, 26*(1), 34–38. <https://doi.org/10.5829/idosi.wasj.2013.26.01.2116>
- Ringaitienė, D. (2016). *Mitybos nepakankamumo paplitimas, vertinimas ir įtaka ankstyvoms komplikacijoms po širdies operacijų (Daktaro disertacija)*. Vilnius: Vilniaus universitetas. Paimta iš: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:18168203/>
- Roques, F., Michel, P., Goldstone, A. R., & Nashef, S. A. M. (2003). The logistic EuroSCORE [3]. *European Heart Journal, 24*, 1-2. [https://doi.org/10.1016/S0195-668X\(02\)00801-1](https://doi.org/10.1016/S0195-668X(02)00801-1)
- Rumsfeld, J. S., Alexander, K. P., Goff, D. C., Graham, M. M., Ho, P. M., Masoudi, F. A., ... Zerwic, J. J. (2013). Cardiovascular health: The importance of measuring patient-reported health status a scientific statement from the American heart association. *Circulation, 127*(22), 2233–2249. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182949a2e>
- Sadat, Z., Abdi, M., & Aghajani, M. (2015). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Related Factors Among Patients Discharged From Critical Care Units in Kashan, Iran. *Archives of Trauma Research, 4*(4). <https://doi.org/10.5812/atr.28466>
- Schelling, G., Kilger, E., Roozendaal, B., De Quervain, D. J. F., Briegel, J., Dagge, A., ... Kapfhammer, H. P. (2004). Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: A randomized study. *Biological Psychiatry, 55*(6), 627–633. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.09.014>
- Schelling, G., Richter, M., Roozendaal, B., Rothenhäusler, H.-B., Krauseneck, T., Stoll, C., ... Kapfhammer, H.-P. (2003). Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. *Critical Care Medicine, 31*(7), 1971–1980. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000069512.10544.40>
- Slewa-Younan, S., Mond, J. M., Bussion, E., Melkonian, M., Mohammad, Y., Dover, H., ... Jorm, A. F. (2015). Psychological trauma and help seeking behaviour amongst resettled Iraqi refugees in attending English tuition classes in Australia. *International Journal of Mental Health Systems, 9*(1). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-9-5>
- Smith, S. C., Collins, A., Ferrari, R., Holmes, D. R., Logstrup, S., McGhie, D. V., ... Zoghbi, W. A. (2012). Our time: A call to save preventable death from cardiovascular disease (heart disease

- and stroke). *European Heart Journal*, 33(23), 2910–2916. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs313>
- Spindler, H., & Pedersen, S. S. (2005). Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: Prevalence, risk factors, and future research directions. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 715–723. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000174995.96183.9b>
- Stoll, C., Schelling, G., Goetz, A. E., Kilger, E., Bayer, A., Kapfhammer, H. P., ... Peter, K. (2000). Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 120(3), 505–512. <https://doi.org/10.1067/mtc.2000.108162>
- Stukas, R., Šurkienė, G., Alekna, V., Žagminas, K., Jakubauskienė, M. ir Steponavičiūtė, R. (2013). 65 metų ir vyresnių Vilniaus gyventojų sveikatos problemos ir vaistų vartojimas. *Gerontologija*, 14(4), 2018–2227.
- Sundquist, J., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Kendler, K. S. (2017). Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental health patients are treated. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1381-4>
- Svensson, E., Lash, T. L., Resick, P. A., Hansen, J. G., & Gradus, J. L. (2015). Validity of reaction to severe stress and adjustment disorder diagnoses in the Danish Psychiatric Central Research Registry. *Clinical Epidemiology*, 7, 235–242. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S80514>
- Van De Leur, J. P., Van Der Schans, C. P., Loef, B. G., Deelman, B. G., Geertzen, J. H., & Zwaveling, J. H. (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care*, 8, 467–473. <https://doi.org/10.1186/cc2976>
- Ventevogel, P., Perez-Sales, P., & Fernandez-Liria, Alberto, Baingana, F. (2011). Integrating mental health care into existing systems of health care: during and after complex humanitarian emergencies. *Intervention*, 9(3), 195–210. Paimta iš: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2011-30508001&site=ehost-live>
- Welch, N. S. (2017). *Patients' perceptions of stressors in the intensive care unit: a meta-analysis* (Masters Thesis). Northampton, Massachusetts: Smith College. Paimta iš: <https://scholarworks.smith.edu/theses/1927>
- Wenham, T., & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, 9(6), 178–183. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkp036>
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 Beta Draft*. Paimta iš: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/264310751>
- Yarcheski, A., & Knapp-Spooner, C. (1994). Stressors Associated with Coronary Bypass Surgery. *Clinical Nursing Research*, 3(1), 57–68. <https://doi.org/10.1177/105477389400300106>
- Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: Current perspectives. *Neuropsychiatric*

Disease and Treatment, 14, 375–381. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121072>

Zelviene, P., Kazlauskas, E., Eimontas, J., & Maercker, A. (2017). Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *European Psychiatry*, 40, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.06.009>

Želviene, P. (2017). *Adaptacijos sutrikimo struktūra ir rizikos veiksniai Lietuvos populiacijoje* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas. Paimta iš <http://epublications.vu.lt/object/elaba:21089991/21089991.pdf>