

**VILNIAUS UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**  
**REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS**

Tvirtinu:  
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
Slaugos studijų programų komiteto  
pirmininkė prof. D. Kalibatienė  
Data:

Renatos Lesniak

**PRIEŠOPERACINIS PACIENTŲ STRESAS IR JO  
ĮVEIKIMO GALIMYBĖS**

**SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbų vadovas:  
VU MF Neurologijos ir Neurochirurgijos klinikos  
docentas, med. m. dr. Kęstutis Laurikėnas  
Darbo priėmimo data:  
Vadovo parašas

VILNIUS, 2007

## TRUMPA DARBO ANOTACIJA

Fundamentinio pobūdžio mokslinis darbas tema: “Priešoperacinis pacientų stresas ir jo įveikimo galimybės“ pradėtas 2005 mokslo metų pradžioje ir baigtas 2007 mokslo metų pabaigoje. Apklausa buvo vykdoma VšĮ „VGPUL“ nuo 2007 02 16 iki 2007 02 26, kurios metu buvo apklausti 139 respondentai.

Darbo apimtis – 68 lapai be priedų, 9 iliustracijos, 18 lentelių.

**Darbo vadovas:** VU MF Neurologijos ir Neurochirurgijos klinikos doc., med., m. dr. Kęstutis Laurikėnas

**Darbo konsultantas:** VU MF Neurologijos ir Neurochirurgijos klinikos doktorantas Artūras Mackevičius

**Recenzentas:** Doc. I. Bičkuvienė

## SLAUGOS MAGISTRŲ BAIGIAMŲJŲ DARBŲ GYNIMO KOMISIJA 2007 M.

**Komisijos pirmininkė: prof. D. Kalibatiene**

**Nariai:** prof., habil., dr. Julius Kalibatas

prof., habil., dr. Vladas Vaičekonis

doc., dr. Violeta Ožeraitienė

dr. Edita Kazėnaitė

vyr.m.d., dr. Ina Glemžienė

vyr.m.d., dr. Zosė Kalpokaitė

socialinis partneris: slaugos magistrė Erika Davydenko

(asm.kodas:46902140413)

Vilniaus universiteto „Santariškių klinikos“ Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centras, Kardiologinės reabilitacijos skyrius, vyriausioji slaugytoja-slaugos administratorė.

**Slaugos magistrų baigiamųjų darbų gynimas numatytas 2007 m. birželio 07 d. (ketvirtadienį) 10.00 val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Didžiojoje salėje (Antakalnio g. 57).**

Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos  
instituto direktorė

prof. D. Kalibatiene

## SANTRAUKA

Pagrindinis darbo tikslas buvo ištirti ir palyginti pacientų priešoperacinį stresą. Tyrime dalyvavo 139 tiriamieji iš jų: 53% moterų ir 47% vyrų. Tiriamųjų amžius: 18-74 metai, amžiaus vidurkis  $43 \pm 11$  metų. Tyrimas atliktas Vilniaus miesto ligoninėje. Tiriamąją grupę sudarė atsitiktine tvarka atrinkti chirurginiuose skyriuose gydomi pacientai. Kontrolinę grupę sudarė terapinio pobūdžio skyriuje gydomi pacientai.

Tyrimas atliktas naudojant empirinį metodą – anketinę apklausą ir interviu.

Klausimyno dalys:

1. Paciento demografiniai duomenys bei papildomi klausimai informacijai apie priešoperacinį stresą, gauti.
2. Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė (HAD).
3. Nerimo lygio apklausos klausimynas. (Č.Spielberger'io apklausa).

Chirurginių skyrių pacientai patiria didesnę stresą negu terapinio pobūdžio skyriuose gydomi pacientai. Moterys patiria didesnę stresą prieš operaciją negu vyrai. Skiriasi moterų ir vyrų priešoperacinį stresą sukeltantys veiksniai, priešoperacinės paramos poreikis ir šaltiniai. Operacijos laiko derinimo galimybė sukelia stresą. Priešoperacinio laikotarpio trukmė įtakos stresui neturėjo.

## SUMMARY

The aim of this paper is to research and investigate a patient preoperative stress. 139 cases have been investigated, 53% of that were females and 47% were males. Patients' age varied between 18 to 74 years, with an average mean of  $43 \pm 11$  years. The research was carried out at hospital in Vilnius.

A random sample group was drawn from the patients of various surgical departments. A group of medical patients was taken as a comparative reference.

The data was captured by using empirical methods, such as questionnaires and interviews.

The questionnaire was designed to include the following topics:

1. Demographic information and additional questions about information on preoperative stress
2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)
3. Spielberg's State – Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I.)

Conclusions:

- Surgical patients suffer more extreme stress than medical patients.
- Females suffer a higher-level stress than males. The source of stress and the ways of coping are also significantly different for each sex.
- A chance to choose a surgical date is a source of stress.
- A timing of surgery has no influence on the preoperative stress.

**Lentelių sąrašas:**

- 1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių
- 2 lentelė. Tiriamųjų grupių klausimynų duomenų rinkimo apžvalga.
- 3 lentelė. Tiriamosios ir kontrolinės grupės nerimo vidurkių palyginimas pagal HAD,SN,VN skales
- 4 lentelė. Tiriamųjų grupės savo nerimo vertinimo „ar nerimaujate prieš operaciją“ vidurkių palyginimas su klausimyno atsakymais
- 5 lentelė. (HAD) skalės nerimo palyginimas pagal lytį
- 6 lentelė. Spilbergerio klausimyno suvokto nerimo (SN) skalės vidurkių palyginimas tarp vyrų ir moterų
- 7 lentelė. Spilbergerio klausimyno vidinio nerimo (VN) skalės vidurkių palyginimas tarp vyrų ir moterų
- 8 lentelė. Išsilavinimo vidurkių ir nerimo palyginimas tiriamojoje grupėje.
- 9 lentelė. „operacinė patirtis“ ir nerimo ryšis pagal HAD, SN, VN skales. Naudotas Spearman'o koreliacijos koeficientas.
- 10 lentelė. „Hospitalizacijos trukmė iki operacijos“ ir nerimo ryšys
- 11 lentelė. Tiriamųjų nerimo vidurkių skalių (HNDS, SN, VN) palyginimas pagal skyrius
- 12 lentelė. Spilbergerio klausimyno SN ir VN skalių nerimo lygio ir operacijos derinimo galimybės vidurkių palyginimas
- 13 lentelė. Tiriamųjų grupės aplinkos poveikio vertinimo jų nerimui, vidurkių palyginimas
- 14 lentelė. Nerimo ir pripratimo prie liginės režimo ryšys
- 15 lentelė. Nerimo skalių (SN ir VN) ir priešoperacinės informacijos suteikimo vidurkių palyginimas pagal lytį
- 16 lentelė. Priešoperacinį nerimą keliančių veiksnių vidurkių palyginimas pagal tiriamųjų lytį
- 17 lentelė Psichosocialinių nerimo priežasčių šaltinių palyginimas pagal lytį. ( $\chi^2$  testas)
- 18 lentelė. Tiriamųjų grupėje paramos šaltinių pasiskirstymas pagal lytį. ( $\chi^2$  testas)

**Paveikslų sąrašas:**

- 1 pav. Tiriamosios grupės tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį
- 2 pav. Kontrolinės grupės pasiskirstymas pagal lytį
- 3 pav. Bendras tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.
4. Pav. Bendras tiriamųjų pasiskirstymas pagal liginės skyrius.
- 5 pav. Situacinio nerimo (SN) lygių pasiskirstymas tiriamųjų grupėje.
- 6 pav. Vidinio nerimo (VN) lygių pasiskirstymas tiriamųjų grupėje.
- 7 pav. Priešoperacinį nerimą sukeliančių veiksnių vidurkių palyginimas moterų grupėje.
- 8 pav. Priešoperacinį nerimą sukeliančių veiksnių vidurkių palyginimas vyrų grupėje
- 9 pav. Moterų ir vyrų nerimo priežasčių, esant liginėje, palyginimas.

**SANTRUMPOS**

HAD – hospitalinė nerimo ir depresijos skalė.

SN- situacinis nerimas.

VN-vidinis nerimas.

**TURINYS**

ĮVADAS	8
1. MOKSLINĖS LITERATŪROS APŽVALGA	10
1.1. Streso sąvoka ir sąsajos	10
1.1.1. Biologinė streso koncepcija	10
1.1.2. Psichologinė streso koncepcija	11
1.1.3. Pagrindiniai streso požymiai	12
1.1.4. Stresas ir išsilavinimas	13
1.1.5. Stresas ir liga	13
1.2. Pacientų patiriamas priešoperacinis stresas	15
1.2.1. Priešoperacinio streso tyrimai	15
1.2.2. Hospitalizacija ir stresas	17
1.2.3. Stresas ir operacinė patirtis	18
1.2.4. Priešoperacinis stresas ir emocijos	18
1.2.5. Priešoperacinio streso įtaka pooperaciniam laikotarpiui	20
1.2.6. Moterų atsparumas stresui	22
1.2.7. Priešoperacinis stresas ir operacijos tipas	23
1.3. Streso įveikimo galimybės	25
1.3.1. Stresas ir elgesio tipas	26
1.3.2. Būdai stresui įveikti	26
2. TYRIMO TIKSLAS, UŽDAVINIAI, HIPOTEZĖS	35
3. TYRIMO METODIKA	36
3.1. Tiriamieji	36
3.2. Tiriamųjų demografiniai duomenys	36
3.3. Tyrimo metodai	38
3.4. Tyrimo eiga	40
3.5. Duomenų apdorojimas	41
4. REZULTATAI	42
4.1. Patiriamo priešoperacinio streso analizė	42
5. REZULTATŲ APTARIMAS	55
6. IŠVADOS	58
7. REKOMENDACIJOS	59
LITERATŪROS SĄRAŠAS	61
PRIEDAI	

## IVADAS

### *Temos aktualumas ir problematika.*

Užsienio šalyse bei Lietuvoje atlikta daug įvairių streso tyrimų. Lietuvoje ištirtas tam tikrų profesijų atstovų patiriamas stresas, pvz., pedagogų, medikų, karių. Stresas tiriamas kaip situacinis reiškinys, kaip asmeninių individo charakterio savybių pasekmė. Studentai pamėgo tirti medikų patiriama stresą, pvz., slaugytojų, gydytojų. Bet Lietuvoje beveik nėra atliktų tyrimų vertinančių pacientų patiriamą stresą prieš operaciją. Šio tyrimo idėja atsirado dėl to, kad dirbu slaugytoja operacinėje ir dažnai pastebiu, kad kiekvienas pacientas esant operacinėje reaguoja skirtingai, be to, kartais, dėl to pasireiškia fiziologiniai pokyčiai, pvz., kraujospūdžio svyravimai, padažnėjęs širdies ritmas, kuriuos tenka koreguoti medikamentiškai ir užtrunka anestezijos procedūra, kartais net perkeliama operacijos vėlesniam laikui. Tyrimo pasirinkimą įtakoją ir slaugytojų nuogastavimai, dėl to, kad vienas iš sunkiausių pacientų slaugos etapų yra priešoperacinė slauga, nes pacientai bei artimieji užduoda daug įvairių, nebūtinai su slauga susijusių, klausimų, o dėl žinių bei laiko trūkumo, kartais, tai lieka neišspręsta.

Technologijų amžiaus įtaka medicinai yra dvejopa. Tobulėjant medicinai bei atsiradus pažangioms technologijoms, priemonėms bei įrangai, atsirado galimybė gydyti ligas, kurios dar prieš kelis dešimtmečius buvo demografinių pasaulio pokyčių priežastimi. Medicina tampa vis labiau mechanizuota.

Amerikos kardiologas profesorius H. Benson pastebi, kad daugelis žmonių, nepaisant medicinos technologijų progreso, gyvenimo trukmės ilgėjimo, yra nepatenkinti savo sveikata. Profesoriaus nuomone, taip vyksta dėl to, kad nuo seno vyraujančios medicinos vertybės šiuo metu yra panaikintos. Žmogus yra dalinamas pagal organų, sistemų grupes, be to ir prižiūrimas yra specialistų, pvz., širdies, pilvo organų. Deja, bet beveik visai nekreipiamas dėmesys į sergančio žmogaus psichiką, jo išgyvenamas emocijas ir kokį poveikį tai turi ligos eigai bei ligos pasekmėms.[1]

Slauga yra procesas prisitaikantis prie nuolatinės aplinkos veiksnių kaitos. Keičiasi taikomos gydymo bei slaugos priemonės, tobulėja operacijų atlikimo technika, ilgėja gyvenimo trukmė, dėl informacijos prieinamumo pasikeitė ir pacientų žinių apie ligas, procedūras, gydymo būdus, turinys. Todėl būtina atlikti naujus tyrimus, atskleidžiančius priešoperacinio nerimo ir pooperacinių pasekmių sąsajas bei veiksnius galinčius įtakoti gydymo bei sveikimo eigą prieš ir pooperaciniame laikotarpyje.



Šio magistrinio darbo „Priešoperacinis paciento stresas ir jo įveikimo galimybės“, tikslas yra įvertinti pacientų patiriamą stresą prieš operaciją bei išnagrinėti ir pateikti jo įveikimo galimybes, organizuojant bei tobulinant slaugos procesą. Šio darbo atlikimui buvo iškelti šie uždaviniai:

Ištirti pacientų priešoperacinį stresą (pagal nerimo ir depresijos lygį) ir palyginti su kontrolinę pacientų grupę.

Palyginti pacientų patiriamą stresą (pagal nerimo lygį) pagal lytį, išsilavinimą, skyrius.

Patikrinti pacientų savo nerimo lygio vertinimą su nerimo klausimynų rezultatais.

Nustatyti ar yra ryšys tarp priešoperacinio laikotarpio trukmės, operacinės patirties, ir streso (pagal nerimo lygį).

Palyginti patiriamo streso (pagal nerimo lygį) su paramos poreikiu.

Ištirti kokie priešoperaciniai veiksniai įtakoja pacientų patiriamo streso lygį pagal lytį.

## 1. MOKSLINĖS LITERATŪROS APŽVALGA

### 1.1. Stresas

Sąvoka „stresas“ yra daugiareikšmė. Atsižvelgiant į atliktų teorinių bei empirinių tyrimų kiekį, pastebima, kad streso reiškinys yra svarbus bei įdomus mokslinių tyrimų objektas. Stresą nagrinėja medicinos, psichologijos, sociologijos, pedagogikos bei kitų mokslų atstovai. Kiekviena mokslo disciplina, stresą tiria iš savo perspektyvos ir vis kitaip apibūdina šį reiškinį. Pastebima streso tyrimų pokyčių tendencija. Pirmi streso kaip reiškinio tyrimai buvo skirti jo priežastims atrasti. Šiuolaikiniai tyrimai, naujos streso koncepcijos yra skirti streso įveikimo būdams išsiaiškinti.

#### 1.1.1. Biologinė streso koncepcija

Įvairūs autoriai stresą apibūdina skirtingai. Stresas – tai išorinių ir vidinių veiksnių santykis su asmens savybėmis. [2] Streso sąvoka taikoma grėsmei, iššūkiui arba atsakui į grėsmę ar iššūkį apibūdinti. Stresas nagrinėjamas kaip reiškinys ir procesas.

Kanadiečių mokslininkas H.Selye sukūrė mokslą apie stresą. Autoriaus nuomone stresas – tai kasdienio patyrimo dalis: skausmas, psichinė ar fizinė įtampa, emocinis susijaudinimas, nuovargis. [3] Jis apibūdino stresą, kaip žmogaus psichinės ir fiziologinės įtampos būseną, atsirandančią dėl išorinių ir vidinių dirgiklių, arba stresorių, poveikio. Stresas tai nespecifinė organizmo reakcija į kenksmingus dirgiklius. Tai reiškia, kad kaip atsakas į daugelį dirgiklių pasireiškia vienoda fiziologinę reakciją.

Pasak H.Selye, stresas yra žalingas, nes sekina organizmą, sukelia ligas, bet saikinga nervinė įtampa, grūdina organizmą, skatina gyvybinę veiklą. [4] Prie žalingai organizmą veikiančių stresorių H.Selye priskyrė: traumą, infekciją, aukštą temperatūrą, triukšmą, kurie sukelia organizme fiziologinius pokyčius padedančius organizmui adaptuotis prie susidariusios situacijos. Tai bendras adaptacijos sindromas, kurį sudaro trys stresinės patyrimo fazės: aliarmas, priešinimasis, išsekimas.[5,6]

*Aliarmas* – šoko ir jo fiziologinių signalų fazė. Šios fazės metu pasireiškia organizmo pažeidimo simptomai (kraujospūdžio, temperatūros mažėjimas).

*Priešinimosi fazėje*, pasireiškia reakcijos, parodančios, kad organizmas pradeda kovoti su stresoriumi (pakyla kraujospūdis, temperatūra). Šios fazės metu įvyksta susidorojimas su stresoriumi arba išsivysto jam atsparumas. Neįveikus stresoriaus, galimas

organizmo pusiausvyros bei vidinių organų pažeidimas. Organizmas tampa pažeidžiamas ligoms. [7]

*Išsekimas.* Jeigu streso priežasties nepavyksta pašalinti ir jis ir toliau veikia organizmą, organizmo adaptacinės ir pasipriešinimo galimybės išsenka. Organizmas negrįžta prie normalios pusiausvyros. [7]

H.Selye išskyrė dvi streso rūšis. *Eustresas* – teigiamas stresas, motyvuojantis individą veiklai, tikslų siekimui. *Distresas* – neigiamas, žalingas, sukiantis kančias bei psichinę dezintegraciją bei fiziologinius padarinius. [8, 9] Šiuolaikiniuose streso tyrimuose yra pateikiama ir *neustreso* sąvoka. Neustresas tai stresas sukiantis neutralų efektą. [10]

Stresas tai procesas, kuriuo įvertiname ir reaguojame į tam tikrus grėsmę arba iššūkį keliančius įvykius, vadinamus stresoriais. Streso nauda ar žala priklauso ne tik nuo stresoriaus intensyvumo, bet ir nuo organizmo atsparumo bei individualių asmens psichinių savybių (charakterio, temperamento, gebėjimo prisitaikyti prie naujų gyvenimo situacijų. [11]

*Stresoriai* – tai grėsmę ar iššūkį keliantys įvykiai [8,586p.]. Norint suprasti kiek asmuo yra atsparus stresui, reikia identifikuoti šiuos elementus (sukeliančius stresą) ir juos įvertinti. [12]

Skiriami išoriniai ir vidiniai stresoriai. *Išoriniai stresoriai* – tai aplinkos keliami reikalavimai, potencialiai grėsmingi įvykiai, pvz. fizinės ir socialinės aplinkos pokyčiai, gyvenimui nepalankios sąlygos bei nemalonūs situaciniai išgyvenimai. [7]

*Vidiniai stresoriai* – nervų sistemos ypatumai, pasireiškiantys per fiziologines ir psichines reakcijas, elgesio būdą.

Pastebėta, kad tos pačios aplinkybės, įvykiai, žmonėms sukelia nevienodą stresą. R.S. Lazarus pabrėžia, kad įvairūs stresoriai gali nesukelti streso, kol pats žmogus neįvertina jų kaip stresorių. [13]

### **1.1.2. Psichologinė streso koncepcija**

Literatūroje psichologinis streso terminas aiškinamas kaip situacijos rūšis (stresinė situacija), veiksniai veikiantys žmogų (stresoriai), vidinės emocinės įtampos būseną (stresinė būseną), elgesio pakitimai veikiant stresoriams. *Stresinė situacija* – tai probleminė situacija, kurios metu sutrinka įprastinė žmogaus veikla, o pats žmogus vertina šią situaciją kaip nenuspėjamą ir nevaldomą. [6] *Stresinė būseną* – tai emocijos bei fiziologinės reakcijos, atsirandančios kaip atsakas į stresinę situaciją. Stresinės reakcijos psichologinių lygmeniu pasireiškia tam tikromis emocijomis. Apibendrinant, streso reiškinys yra kompleksinis ir tik išsiaiškinus jo sudėtinius elementus galima suprasti streso esmę.[5]

Psichologiniai, streso kaip reiškinių tyrimai sudaro dvi grupes:

- Žmonių elgesys esant realioje streso situacijoje (pvz., stresas sukeltas ligos, chirurginės operacijos laukimu, egzaminų sesijos metu);
- Žmonių elgesio tyrimai atliekami laboratorijoje, dirbtinai sukeliant stresinę situaciją ir manipuluojama stresu.

Biologinis stresas tai fiziologinių pokyčių organizme visuma, pasireiškianti kenksmingiems stresoriams (dirgikliams) veikiant organizmą.

Psichologinis stresas – tai pokyčiai vykstantys psichologiniuose reguliaciniuose mechanizmuose bei veiksmuose, esant sudėtingai situacijai. Fiziologinis ir psichologinis stresas yra tarpusavy susiję. Kai žmogų veikia stiprūs dirgikliai (svarbaus įvykio laukimas, gyvenimo pokyčiai), atsiranda emocinė įtampa, kurios pasėkoje pastebimi ir fiziologiniai organizmo funkcionavimo pokyčiai (aktyvumo kaita, sekrecijos pokyčiai). Tuomet kai žmogų veikia stiprūs biologiniai dirgikliai (skausmas, įvairūs ligos simptomai), pasireiškia ne tik fiziologiniai organizmo pokyčiai, bet žmogus jaučia ir psichologinį diskomfortą (grėsmės pojūtis, nerimas, baimė). [5]

R.S.Lazarus teorijoje stresas yra apibrėžiamas kaip procesas. Tai asmens ir aplinkos ryšys, kurį pats asmuo įvertina kaip viršijantį turimus išteklius bei keliantį grėsmę jo gerovei [14]. Mokslininko nuomone, fiziologinį stresą gali sukelti ir psichologiniai veiksniai. Fiziologinė reakcija atsiranda mums interpretuojant išorinius įvykius kaip stresinius.

Tą patvirtina ir tyrimai atlikti stomatologinėje klinikoje. Buvo pastebėta, kad pacientai, laukiantys stomatologinio gydymo, net tie, kurie nejausdavo skausmo, patyrė fiziologinius organizmo funkcionavimo pokyčius būdingus streso būsenai. [5]

R.S.Lazarus, išskyrė bendrus visoms streso sampratoms požymius [15]:

- Išorinis ar vidinis organizmą veikiantis veiksnys (stresorius);
- Kenksmingų ir nekenksmingų stresorių nustatymas;
- Streso reakcija: fiziologinės, psichologinės organizmo reakcijos į stresorių;
- Streso įveikimo procesas: organizmo pastangos siekiant įveikti jį veikiantį stresinį dirgiklį.

### **1.1.3. Pagrindiniai streso požymiai**

Skiriami fiziologiniai, emociniai, kognityviniai ir elgesio streso požymiai.

*Fiziologinis stresas* pasireiškia širdies ritmo, arterinio spaudimo, kvėpavimo, raumenų tonuso, smegenų elektrinio aktyvumo pokyčiais, raumenų įtampa, nemiga, galvos ar stuburo skausmais, judesių koordinacijos sutrikimais. [11]

*Psichologinis stresas* – tai emocinė įtampa, baimė, frustracija. Psichologinis stresas skirstomas į emocinį (susijusi su laukimu, pavoju) ir kognityvinį (susijusi su sudėtingu sprendimu). [16]

*Emocinio streso požymiai*: nerimas, depresija, baimė, pyktis, įtampa, panika, liūdesys, frustracija, irzlumas.[15, 16]

*Kognityviniai streso požymiai*: sunku susikoncentruoti, padidėjusi savikritika, pažintiniai sutrikimai.[16]

*Elgesio*: stereotipiški judesiai, koordinacijos sutrikimai, gestikuliacija. [16]

#### **1.1.4. Stresas ir išsilavinimas**

Aukštąjį išsilavinimą turintys žmonės labiau reaguoja į stresą. Tyrimai, kurie buvo atlikti (Wake Forest University Baptist Medical Center in Winston-Salem, N.C) parodė, kad aukštesnį išsilavinimą turintys žmonės turi aukštesnį kasdienio streso lygį. Žemesnį išsilavinimą turintys žmonės, turi mažesnį kasdienio streso lygį, bet jie yra stipraus streso veikiami ir dažniau serga. Neturintys išsilavinimo rečiau skundžiasi įvairiais negalavimais. Mokslininkų teigimu, jei žmogus kasdien patiria stresą, jis prie jo pripranta bei nesuvokia kaip streso. Bet kai stresas veikia ilgai, tokie žmonės dažniau staigiai ir sunkiai suserga.

#### **1.1.5. Stresas ir liga**

Prieš kelis dešimtmečius atsirado naujas sveikatos traktavimas, akcentuojama ne liga, o sveikata ir ją palaikančių veiksnių ieškojimas.

Elgesio medicinos, sveikatos psichologijos, sociologijos mokslų atstovai jau seniai pastebėjo stresinių įvykių ir ligų ryšį. Stresas ligos atžvilgiu gali būti vertinamas dvejopai. Jis gali būti ligos priežastimi arba pati liga yra psichologinio streso šaltinis.

Stresoriai iššaukiantys ligą skiriami pagal poveikio organizmui stiprumą bei veikimo apimtį. Išskiriami trys stresorių tipai:

- Silpniausi – kasdieniai rūpesčiai (laiko stoka, nesutarimai šeimoje) [14];
- Vidutiniai – gyvenimo etapo pokyčiai (vedybos, skyrybos, sutuoktinio mirtis, darbo praradimas). Tokie įvykiai reikalauja adaptacinių organizmo pastangų. Sunkiausi –

didelės veikimo apimties stresoriai (karai, katastrofos). Tokio tipo stresas vadinamas trauminiu. Stresorius iššaukia emocinį atsaką (įtampa, nerimas, baimė).

Kai stiprėja kasdienis stresas atsiranda tokios sveikatos problemos kaip gripas, peršalimas, galvos bei stuburo skausmai.[17]

Streso tyrinėtojai T.J.Holmes ir R.H.Rahe nagrinėjo streso sukėlėjus. Jie pateikė įdomu pastebėjimą, kad ligos atsiradimą įtakoja įvykių, reikalaujančių adaptacijos, intensyvumas per paskutinius du metus. [18] Kolumbijos universiteto mokslininkai pateikė įrodymus, kad trumpalaikiai stresai stimuliuoja imunitetą, o ilgai trunkančios psichologiškai traumuojančios situacijos jį silpnina. Emocinė įtampa trunkanti ilgą laiką (savaites, metus) vadinama ilgalaikiu stresu. Ilgalaikis stresas tai veiksnys, esant organizme biologiniam polinkiui tam tikriems susirgimams, galintis sukelti ligą. Ilgai trunkanti ar dažnai pasikartojanti emocinė įtampa gali būti dvylikapirštės žarnos bei skrandžio opos, astmos, hipertonijos atsiradimo priežastimi. Ilgalaikių tyrimų duomenimis, psichosocialinis stresas didina moterų riziką susirgti krūties vėžiu.[19]

Mokslininkai įsitikinę, kad tokie sveikatos sutrikimai išsivysto dėl egzistuojančio tiesioginio ryšio tarp psichosocialinių veiksnių ir imuninės sistemos. Stresas veikdamas organizmą slopina imunitetą, organizmas tampa pažeidžiamas įvairių ligų.[20]

Imuninė sistema, speciali audinių ir organų ląstelių sistema, kuri saugo organizmo genetinį pastovumą, gina nuo infekcinių ligų sukėlėjų, piktybinių ląstelių bei kitų organizmui svetimų medžiagų. Imuninė sistema palaiko organizmo vidinės terpės pastovumą (homeostazę). Nuo imuninės sistemos normalaus funkcionavimo priklauso sveikatos būklė. [11]

Pasak J. Reykowski, streso būseną organizme išsilaiko daug ilgiau negu trunka ją sukėlusią situaciją, įvykis, ko pasėkoje gali pasireikšti posituacinės komplikacijos. Mokslininkas savo koncepcijoje apie veiksnius, sukeliančius stresinę būseną, kurios pasėkoje individas gali susirgti, bei apsunkinančius psichologinę savireguliacinę organizmo sistemą, išskyrė tris stresorių tipus: trukdžiai, grėsmė ir deprivacija.[5]

- *Trukdymo* elementams priskiriami veiksniai, trikdančys atlikti įprastinę kasdienę veiklą. Stresoriai, trukdžiai – tai informacijos, žinių stoka, naujos nepatirtos situacijos, reikalaujančios greito prisitaikymo; veikimas esant fiziologinės kilmės trukdžiams, pvz. liga, miego stokos pasekmės.

- *Grėsmė* – tai fizinės kilmės grėsmingos situacijos (mirties grėsmė, fizinis neįgalumas, liga) ir socialinės kilmės (kompromitacija, kritika).

- *Deprivacija* pasireiškia kai nebuvo patenkinti poreikiai, nepasiektas tikslas.

Apskaičiuota, kad išsivysčiusiuose šalyse iki 60% ligų priežastimi galima įvardinti stipraus streso pasekmėmis. Žmonės, patiriantys stiprų stresą, linkę elgtis taip, kad didėja galimybė susirgti ar susižeisti, patiria daugiau nelaimingų atsitikimų. [21].

Šiuolaikinis gyvenimo tempas, vyraujantis chaosas, besikeičiančios gyvenimo vertybės, materializmas nepalieka vietos bei laiko apmąstyti savo problemas, atkreipti derama dėmesį į savo sveikatą. Todėl, labai dažnai, ligą žmogus suvokia kaip viršijantį jo galimybes iššūkį. Žmogus patiria stresą.

Liga visada yra lydima įvairaus intensyvumo emocijų. Ligos metu vyrauja negatyvios emocijos. Kiekvienas turime planų ateičiai, kažko siekiame, bet kaip užklumpa liga, mūsų planai priverstinai keičiasi ir susikoncentruojame tik apie ligą ir savo pojūčius. Tokie negatyvus pojūčiai, fizinio aktyvumo apribojimas, ateities nežinomybė gali ženkliai pabloginti paciento būklę. Daugelis tyrimų patvirtina, kad ne visi ligoniai vienodai adaptuojasi prie ligos bei sėkmingai įveikia, ligos sukeltą, stresą.

## **1.2. Pacientų patiriamas priešoperacinis stresas**

### **1.2.1. Priešoperacinio streso tyrimai**

Priešoperacinis laikotarpis – tai laikas, nuo paciento atvykimo į ligoninę iki operacijos. Šis laikotarpis skirtas visapusiškam paciento ištyrimui bei paruošimui operacijai. Priešoperacinio laikotarpio trukmė priklauso nuo paciento sveikatos būklės, diagnostinių tyrimų apimties.

Pastaruoju metu, pasaulyje nemažai dėmesio pradėta skirti pacientų laukiančių operacijos ligoninėje psichofiziologiniams rodikliams. Ypač domimasi pacientų psichologiniu statusu priešoperaciniame periode. Mokliškai įrodyta, kad ruošiami operacijai pacientai yra veikiami stipraus streso. Dėl to padidėja jų energijos sąnaudos, sutrinka metaboliniai procesai, atsiranda įvairių organų bei sistemų disfunkcija.

Mokslinis priešoperacinio streso vertinimas, susideda iš stresą sukeliančių veiksnių nustatymo bei patiriamo streso lygio nustatymo.

Dažniausiai priešoperacinis stresas yra vertinamas bei analizuojamas [kardiologiniams] širdies operacijų laukiantiems pacientams. Tai vyksta dėl to, kad stresas tiesiogiai yra susijęs su širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimu. Stresas, depresija, stiprus nerimas yra dažniausiai išvardinamos emocijos sukeliančios širdies susirgimus.

Pirmasis, pradėjęs mokslinius priešoperacinio streso tyrimus, buvo amerikietis psichologas I.L.Janis. Jis 1958 m. įrodė, kad priešoperacinis [nerimas] stresas įtakoja pooperacinę būklę. Daugelis autorių teigė, kad aukštas priešoperacinis nerimo lygis neigiamai

veikia pooperacinį sveikimo periodą. Janis teigimu, būtent žemas priešoperacinis nerimo lygis prognozuoja sunkesnę pooperacinę paciento sveikimą.[22] Janis atliktų tyrimų rezultatai parodė, kad vidutinio lygio baimė yra būtina, nes paruošia pacientą realiai grėsmei patirti bei busimiems apribojimams. Visai nebijantys pacientai, po operacijos susiduria su labai stipriu skausmu, kurio intensyvumą sąlygoja netikėtumas.

Pirmos grupės pacientai labai bijojo operacijos. Jie atvirai reikšdavo savo emocijas, stengėsi atitolinti operacijos terminą, negalėjo užmigti be vaistų, nuolat ieškodavo personalo paramos bei užuojautos. Šiai pacientų grupei ir po operacijos buvo būdingas aukštesnis nerimo lygis.

Antros grupės pacientai prieš operaciją jautė vidutinį nerimą. Jie retai išreikšdavo savo emocijas, bet buvo pastebimas jų poreikis informacijai gauti (apie nuskausminimą, operaciją, gydymo eigą). Po operacijos, šioje grupėje rečiau buvo pastebimi emociniai sutrikimai. Jie bendradarbiavo su personalu, aktyviai dalyvavo savo gydyme.

Trečios grupės tiriamieji nejautė priešoperacinės baimės, gerai miegojo, buvo optimistiškai nusiteikę operacijos atžvilgiu. Pooperaciniame laikotarpyje jie dažnai jausdavo stiprų skausmą, buvo agresyvūs, pikti, atvirai reikšdavo neigiamas emocijas personalui.

Pacientai, kuriems buvo nustatytas žemas priešoperacinis nerimo lygis, pooperacinis periodas buvo žymiai sunkesnis. Manoma, kad taip įvyko, dėl to, kad priešoperaciniame periode, pacientai nesugebėjo realistiškai įvertinti galimo pooperacinio diskomforto lygio. Panašiai jautėsi ir pacientai, turintys aukštą priešoperacinį nerimo lygį.

Geriausiai prisitaikė pacientai, turintys vidutinį priešoperacinį nerimo lygį. Tokį rezultatą patvirtino ir Janis inicijuoto tyrimo pasekėjai. [23] Johnston ir Carpenter atlikto tyrimo rezultatai patvirtino, kad pacientai, jaučiantys mažesnę priešoperacinę nerimą, blogiau jaučiasi po operacijos, jų sveikimo laikotarpis trunka ilgiau. [24]

Taip buvo nustatytos dvi priešoperacinio nerimo rizikos grupės. Pirmą sudaro pacientai jaučiantys labai didelį nerimą prieš operaciją, kita grupė – tai pacientai, visai nesijaudinantys dėl operacijos. Geriausiai adaptuojasi pacientai, kurie patiria vidutinį priešoperacinį nerimą.[25]

Pirmas stresas, kurį pacientas patiria iki hospitalizacijos yra liga ir jos suvokimas. Ši reiškinį plačiau išnagrinėjome 1 skyriuje.

Atvykus į ligoninę, pacientas susiduria su įvairiais stresoriais, veikiančiais jo emocijas ir savijautą. Stresoriai ligoninėje: ligoninės aplinka, gydantis ir slaugantis personalas, įvairūs diagnostiniai bei paruošiamieji tyrimai, psichosocialiniai veiksniai. Jie gali sukelti fizinius ir psichinius pokyčius.



Šiame skyriuje išsamiau apžvelgsime veiksnius sukeliančius stresą priešoperaciniame laikotarpyje.

### 1.2.2. Hospitalizacija ir stresas

Buvo atlikti tyrimai, ar hospitalizacija įtakoja žmogaus psichologinę savijautą. Tyrimo metu buvo vertinami keturi psichologiniai konstruktai: nerimas, depresija, savivertė bei gebėjimas valdytis. Rezultatai parodė, kad hospitalizacija, tai izoliavimas nuo įprasto žmogaus gyvenimo būdo, sukeliantis žalingas neigiamas emocijas veiksnys [26]. Johnston nustatė, kad didesnis nerimo lygis pacientams yra būdingas hospitalizacijos metu.[27]

Liga, hospitalizacija gali sukelti stresą, galintį įtakoti pasveikimo po operacijos trukmę bei eigą.[28]

Kiekvienas žmogus gyvenime atlieka daugelį įvairių psichosocialinių vaidmenų (vaikai, tėvai, draugai, bendradarbiai, kaimynai ir t.t.). Tuo metu kai pacientas yra guldomas į ligoninę jis yra priverstas *keisti savo socialinį vaidmenį*, jis tampa pacientu. Tuo pačiu *praranda savarankiškumą*, jaučiasi priklausomas nuo personalo, kartais suvokia savo padėtį kaip esantį našta kitiems. Naujas vaidmuo reikalauja *adaptacijos prie aplinkos*. Pacientas turi susipažinti su ligoninės, skyriaus tvarka, priprasti prie dažnai besikeičiančio personalo bei palatos kaimynų. Kaip pacientas susitvarkys su tokiais pokyčiais, priklauso nuo jo asmeninių savybių, temperamento, charakterio ypatybių, jo požiūrio į gyvenimą, dabartinę situaciją-ligą. Svarbūs veiksniai paciento adaptacinėms galimybėms yra sergamumo bei buvimo ligoninėje dažnis, patirtis, turimos žinios, aplinkinių palaikymas, paciento noras bendrauti bei bendradarbiauti su personalu, siekiant vieningo tikslo – pasveikimo. Kiekvienas pacientas yra individualybė, tad ir elgesys kiekvieno yra savitas. Bet, nepaisant to, egzistuoja bendri elgesio niuansai, esant neaiškioms, sunkioms, nenumatytoms situacijoms. Tai stresas.

*Izoliacija* riboja artimųjų palaikymą, kuris yra būtinas pacientui, esant grėsmei atsiradusiai dėl susirgimo. Todėl dažnai artimųjų palaikymą atstoja palatos kaimynai. Pacientas, vėl gi, susiduria su būtinybę *prisitaikyti prie naujų žmonių*, su kuriais bus priverstas bendrauti tam tikrą laiką. Pasak Cartwright, vienas iš svarbesnių, baimę bei nerimą keliančių veiksnių, esant ligoninėje, yra kitų pacientų kančių priverstinis stebėjimas. [29] Deja, bet gydymo įstaigose neatsižvelgiama į paciento norus, pageidavimus.

### 1.2.3. Stresas ir operacinė patirtis

Pastebėta, kad operacinė patirtis mažina priešoperacinį nerimą. [30] Kaip pavyzdį galėtume panagrinti paciento chirurginės operacijos patirtį. Jei pacientas yra ruošiamas operacijai pirmą kartą gyvenime, jis išgyvena naują, nepatirtą situaciją. Jo emocijos svyruoja nuo nerimo, baimės, įtampos, gali atsirasti depresijos požymiai, jis kaltina ir gailisi pats savęs, užduoda sau eilini kartą klausimą kodėl susirgau, dėl ko, kodėl būtent aš. Pacientas abejoja dėl daugelio dalykų: operacijos būtinumo, gydymo proceso sėkmingumo, nerimauja dėl pooperacinio sveikimo laikotarpio. Ši situaciją pacientui yra sunki, sukelianti stresą ir tik jis pats žino, ką būtent tuo momentu išgyvena. Įsivaizduokime, kad po tam tikro laiko tam pačiam pacientui vėl yra indikuotina (būtina) chirurginė intervencija (operacija). Prisiminkime kokias emocijas jis išgyveno. Antrą kartą šios emocijos pasireiškė ne taip stipriai, bet yra galimybė atsirasti kitoms. Jei paciento patirtis po pirmos operacijos yra teigiama (geri gydymo rezultatai, nebuvo pooperacinių komplikacijų, jis greit išvyko iš ligoninės bei grįžo prie įprasto gyvenimo ritmo) tai yra didelė tikimybė, kad ir sekančią operaciją jis vertins teigiamai, bus optimistiškai nusiteikęs, kas turės įtakos ir jo pasveikimo procesui. Kita gi situacija bus jei paciento patirtis yra neigiama, t.y. jis prieš ar po operacijos kentėjo stiprius skausmus, sunkiai atsigavo po narkozės, sveikimo laikotarpis truko ilgai bei buvo komplikuotas, tai ir sekančiai operacijai jis bus nusiteikęs pesimistiškai, nepasitikinčiai, nerimaus, kas taipogi įtakos jo sveikatos būklę.

Tyrimais įrodyta, kad nuotakos svyravimas prieš operaciją, gali įtakoti pacientų sveikimo laikotarpio eigą. M.F. Scheier teigimu, prieš operaciją optimistiškai nusiteikę pacientai, greičiau sveiksta po operacijos bei mažėja tikimybė, kad jie bus operuoti pakartotinai.[31]

### 1.2.4. Priešoperacinis stresas ir emocijos

Stresinės reakcijos psichologiniame lygmenyje pasireiškia tam tikromis emocijomis, dažniausiai neigiamomis [14] Emocijos tai organizmo siunčiama informacija apie stresą sukeliančius veiksniai (išgyvenimus, aplinkinius faktorius, vidinius reiškinius) ir jų poveikį organizmui. Emocijų skiriamasis bruožas yra jų išgyvenimai, kuriuos sukelia aplinkos faktoriai ir vidiniai reiškiniai.

Moksliniai priešoperacinio streso tyrimai apima stresorių identifikavimą bei streso reakcijų vertinimą. Streso reakcijas sudaro fiziologiniai, psichologiniai bei elgesio veiksniai. Tyrimais įrodyta, kad psichologiniai veiksniai, kartais yra pavojingesni negu fiziologiniai.

Pasaulyje jau daugelį metų yra žinomas ir nagrinėjamas pacientų, laukiančių chirurginės operacijos, patiriamas stresas. Pacientas priešoperaciniame laikotarpyje išgyvena daug neigiamų emocijų. Emocijos – tai atsakas į priešoperaciniame laikotarpyje patiriama stresą.

Priešoperacinės emocijos kaip patirto streso pasekmės:

- Nerimas ir depresija [25, 32];
- baimė;
- astenija [25]
- panika, jos priežastimi gali būti būtina amputacija, ar operacija pakeisianti dabartinę paciento kūno išvaizdą,
- nusivylimas [33]

Fajemilehin ir Fabayo paskelbtų tyrimų duomenimis, pacientai ligoninėje dažniausiai jaučia stresą dėl socialinės izoliacijos, taikomo gydymo, aplinkos nepatogumų bei neatsakingo personalo elgesio.[34]

Tyriant pacientų priešoperacinių emocijų intensyvumą, pastebėta, kad nerimo intensyvumas (pyktis, depresija) priklauso nuo individualių asmenybės savybių ir situacinių faktorių, pvz., operacijos laukimo trukmės. [35]

Priešoperacinių emocijų atsiradimą sąlygoja:

- paciento amžius, lytis; [25]
- išsilavinimas; [30]
- operacijos laukimo trukmė [36], operacijos apimtis;
- ligos progresavimas, skausmas, galimos pasekmės;
- psichikos sutrikimas; [30]
- neigiamas nusiteikimas ateities atžvilgiu. [30]

Pacientai laukiantys įvairių chirurginių procedūrų, operacijų, dažnai demonstruoja nerimą bei baimę, susijusius su busimomis intervencijomis.

Pacientų patiriamo streso priežastys:

- liga;
- hospitalizacija [37];
- naujas socialinis vaidmuo – pacientas [37];
- nežinomybė [39];
- priverstinė izoliacija (nuo šeimos, draugų, įprastinės veiklos) [37];

- anesteziologinės procedūros[37, 39];
- galima mirtis[37; 38] ;
- nerimauja, kad paveikti vaistų, gali nebekontroliuoti savo elgesio [38];
- nerimas ir baimė dėl galimų kūno išvaizdos pokyčių, neįgalumo [39] ir sveikatos pablogėjimo [37],
- nerimas dėl pokyčių šeimos bei socialinės aplinkos santykiuose [37] ir pooperacinės integracijos į visuomenę [40]
- informacijos ir palaikymo trukumas [41]

Raštingumas, tautybė, chirurgijos tipas, operacinė patirtis, šeimos palaikymas – tai asmeniniai veiksniai susiję su nerimu. Mažesnis nerimo ir depresijos lygis buvo nustatytas pacientams, kurių aukštesnis išsilavinimo lygis, turintiems šeimos palaikymą gydymosi ligoninėje metu, turintiems operacinę patirtį bei gavusiems pakankamai informacijos apie gydymą. [42]

Pasak Cobley, Dunne ir Sanders, stresą sukelia ir atliekamos paruošiamosios operacijai procedūros, pvz., laukimas kol nuveš į operacinį skyrių, draudimas gerti skysčius bei dantų protezų išėmimas. [43]

### **1.2.5. Priešoperacinio streso įtaka pooperaciniam laikotarpiui**

Sumažėjus stresoriaus veikimui, žmogus dar tam tikra laiką svarsto įvykusią situaciją, nagrinėja savo pojūčius, išgyvenimus, elgesį. Dėl tokio tipo savianalizės, užsitęsia emocinės įtampos būseną. Psichologinės streso pasekmės įtakoja žmogaus reakciją, atsiradus naujam stresoriui arba patekus į panašią situaciją. Tokia patirtis dvejopai gali paveikti žmogaus elgseną bei emocijas.

Priešoperacinis stresas gali sukelti pooperacines komplikacijas, t.y. sukelti imuninės sistemos pokyčius. [44]

Naujosios Zelandijos Auckland universiteto mokslininkai atliko tyrimą, kurio tikslas buvo iširti ar yra ryšis tarp priešoperacinio pacientų streso bei sveikimo periodo trukmės. Mokslininkai teigia, kad pacientams, kuriems buvo nustatytas aukštesnis streso lygis buvo pastebėtas mažesnis citokino IL-1 lygis. Ši medžiaga yra svarbi žaizdų gijimui. Tyrimai parodė, kad asmenys, bijantys operacijos, labiau kentėjo ir pooperaciniu laikotarpiu ir ilgiau truko jų sveikimo laikotarpis. Todėl Auckland universiteto mokslininkai patarė, kad ligoninėse būtina imtis veiksmų, galinčių sumažinti pacientų operacijos baimę. Relaksacija

sumažina pooperacinių komplikacijų pasireiškimą, sumažina skausmą bei sutrumpėja hospitalizacijos laikas.[45]

Atlikta daug tyrimų, nagrinėjančių priešoperacinės emocinės būklės įtaką pooperaciniam sveikimo laikotarpiui. Pastebėta, kad priešoperacinės emocijos, dažniausiai, įtakoja pooperacinį skausmą [46, 47, 48, 49], kančią ir nerimą, nuovargį [47], depresiją [50], ilgėja gydymosi ligoninėje trukmė, nes psichologinis stresas lėtina pooperacinį žaizdų gijimą, [51, 52], mirtingumą [53, 54, 55], socialinius pokyčius [56]. L.M. Wallace neigia, kad priešoperacinis nerimas įtakoja pooperacinį skausmą, sveikimo laikotarpio trukmę. [57] Pooperacinės fiziologinės bei psichologinės reakcijos priklauso nuo daugelio priešoperacinių bei individualių paciento veiksnių: pacientų amžiaus, lyties, operacijos tipo, informacijos suteikimo proceso.

Boece S., Jelicic M., Bonke B. atlikti priešoperacinio nerimo bei pooperacinės hospitalizacijos tyrimai parodė, kad vyresnio amžiaus, sunkesnės sveikatos būklės pacientai, buvo priversti ilgiau būti ligoninėje po operacijos dėl įvairių pooperacinių komplikacijų (pvz. operacinės žaizdos infekcijos). Bet ryšys tarp priešoperacinio nerimo ir pooperacinio gydymo trukmės nebuvo rastas. [58]

Scott, Plum, Peoples iškėlė hipotezę, kad priešoperacinis nerimas bei paciento turima informacija apie prieš ir pooperacinį periodą, įtakoja streso intensyvumą pooperaciniame periode. Hipotezė pasitvirtino dalinai. Reikšmingas ryšys, tarp skausmo intensyvumo ir priešoperacinio lygio, nebuvo rastas, bet informacija skausmui įtakos turėjo. [59]

Buvo manoma, kad priešoperacinės emocijos įtakoja pacientų pooperacinį nuovargį, bei delyro pasireiškimui. Ryšio tarp šių veiksnių ir sutrikimų nerasta [60, 61]. Priešoperacinė baimė gali būti mirties priežastimi. Amerikos mokslininkai iškėlė hipotezę, kad, sergant širdies ligomis, yra ryšys tarp priešoperacinių emocijų ir letalinės baigties tikimybės. Tyrimų rezultatai parodė, kad jei pacientas prieš operaciją suserga vidutine ar sunkia depresija, mirties rizika ankstyvajame pooperaciniame laikotarpyje labai padidėja. Tai paaiškinama tuo, kad jei pacientas nėra psichologiškai paruoštas operacijai, didelė tikimybė, kad jis nesusitvarkys su sunkumais. [55]

Kimball moksliniai tyrimai, taipogi patvirtino, kad pacientai, kurie prieš širdies operaciją sirgo depresija, turi didesnę mirties riziką. [53]

Pacientai po širdies operacijų, priešoperaciniame laikotarpyje jaučiantys didelį nerimą, pooperaciniame laikotarpyje turi daugiau nusiskundimų dėl somatinių sutrikimų [62]

Patiriamos prieš operaciją emocijos gali turėti įtakos pooperaciniams komplikacijoms, skausmui pasireikšti.

### 1.2.6. Moterų atsparumas stresui

Išanalizavus mokslinę literatūrą apie patiriama stresą sergant, atliekant diagnostinius tyrimus, laukiant operacijos, pastebėta, kad labai mažai yra užsimenama apie vyrų patiriamą stresą įvairiais ligos etapais. Galbūt taip yra dėl visuomenėje vyraujančios nuomonės, kad vyrams nedera reikšti savo emocijų. Šiame skyriuje apžvelgtos moterų emocinės būsenos sergant bei laukiant operacijos.

Moterų psichika mažiau atspari stresui negu vyrų. Mokslininkai iš Mičigano universiteto ištyrė šeimyninių porų psichologinę savijautą, sergant vienam iš sutuoktinių. Tyrimas atskleidė, kad moterų išgyvenimai sergant partneriui buvo daug stipresni negu partnerio esant analogiškoje situacijoje. Moterys jausdavo didelę įtampa ne tik prieš savo chirurginę operaciją, bet ir tuo metu kai operacijai buvo ruošiamas vyras. Vyrai esant tokiai situacijai buvo žymiai ramesni. Mokslininkai tai aiškina tuo, kad moterys turi labiau išvystytą atsakomybės jausmą. Ligą jos suvokia kaip itin traumuojantį veiksnį ir dėl to joms dažniau pasireiškia depresijos požymiai.

Moterys patiria prieš operaciją didesnę stresą negu vyrai. [48] Vertinant moterų patiriamą stresą, laukiant operacijos, buvo gauti tokie rezultatai. Hospitalizacija ir operacija sutrikdė gyvenimo ritmą trečdaliui ištirtų moterų. Dauguma pacienčių siejo savo nerimą su chirurgine intervencija. Dažniausia nerimo priežastimi buvo vardinama: sveikimo periodas, skausmas, anestezija. Didesnis stresas buvo pastebėtas prieš operaciją negu pooperaciniame periode. Moteris tikėjosi aplinkinių palaikymo. Be to daugiau nei puse tyrime dalyvavusių moterų noriai sutiktų dalyvauti palaikymo grupėse operacijų laukiantiems pacientams. [63]

Karanci ir Dirik atliko tyrimą, skirtą nustatyti nerimą keliančius kintamuosius. Buvo gauti tokie rezultatai: moterų priešoperacinis nerimas didesnis negu vyrų; pooperacinis nerimas vyrų ir moterų grupėse reikšmingų skirtumų neparodė. Veiksniai, įtakojantys moterų nerimą prieš operaciją, tai bejėgiškumas ir savęs kaltinimas.[64]

Apklausoje, kurioje dalyvavo moterys, kurioms buvo atliktos ginekologinės operacijos, rezultatai parodė, kad pooperacinis nerimas yra susijęs su nerimu prieš operaciją. Veiksniai, dažniausiai įtakojantys apklaustų moterų priešoperacinį nerimą buvo susiję su įvairiomis gyvenimo krizėmis. [65]

Pacientės labiausiai nerimavo operacijos išvakarėse ir kai buvo transportuojamos į operacinę. Rastas ryšis tarp aukšto priešoperacinio nerimo ir pooperacinio skausmo. Pacientės, kurių nerimo lygis yra aukštesnis, prieš operaciją turi būti priskirtos operacinei rizikos grupėje. Tam, kad sumažinti nerimą prieš operaciją turi būti sudaryta speciali slaugos programa. [66] Priešoperacinio nerimo ir skausmo tiesioginį ryšį patvirtino Kain ir

bendraautorių atlikti tyrimai. Nuo priešoperacinio nerimo lygio yra priklausomas pooperacinio skausmo intensyvumas. [67]

Krohne ir Slangen ištyrė socialinio palaikymo ir priešoperacinio, operacinio ir pooperacinio pacientų nerimo ryšius. Prieš ir pooperacinė adaptacija buvo vertinama pagal nerimo lygį, narkozei sunaudotų vaistų kiekį ir pooperacinio gydymo ligoninėje trukmę. Gauti rezultatai parodė, kad moterų socialinio palaikymo poreikis ir nerimo lygis yra didesnis negu tyrime dalyvavusių vyrų. [68] De Medeiros ir Peniche atliko nerimo ir jo įveikimo strategijų priešoperaciniame periode tyrimą. Tyrime buvo ieškoma sąsajų tarp socialinių bei demografinių duomenų ir patiriamo nerimo. Tyrime dalyvavo daugiau vyresnio amžiaus moterų, turinčių žemesnį išsilavinimą bei neturinčių operacinės patirties. Dažniausiai taikomos nerimo įveikimo strategijos buvo socialinis palaikymas bei problemų sprendimas. Ryšys tarp nerimo lygio ir socialinio palaikymo nebuvo rastas. [69]

Moterims, laukiančioms kosmetinių krūtų operacijų, buvo taikomas psichologinis paruošimas ir atitinkama slauga. Prieš operaciją buvo atlikti tyrimai, kurie parodė, kad aukštas nerimo lygis prieš operaciją sukelia nepasitenkinimą gydymu pooperaciniame periode. [70]

Buvo atliktas tyrimas, kokios pacientų grupės patiria didesnes emocijas priešoperaciniame periode. Atlikus tyrimą, aukštesnis priešoperacinės baimės bei nerimo lygis buvo nustatytas moterų grupėje, neturinčių profesinio išsilavinimo, turinčių depresijos požymių, tam tikrą laiką turinčių nedarbingumą dėl ligos ir pacienčių, kurių priešoperacinis laikotarpis buvo trumpesnis. [71, 72].

Paplitusi nuomonė, kad priešoperacinis nerimas neigiamai veikia psichologinį bei fizinį pooperacinį sveikimą. Turkijoje atliktų priešoperacinio nerimo tyrimų duomenimis, moterys prieš operaciją jaučia didesnę nerimą negu vyrai, moterų iki šiol neturėjusių operacinės patirties, bei pacientų, kurie reikalavo kuo daugiau priešoperacinės informacijos, nerimo lygis buvo aukštesnis. [73]

### **1.2.7. Priešoperacinis stresas ir operacijos tipas**

Pastebėta, kad pacientų nerimo lygis bei jį sukeliančios priežastys priklauso nuo pacientų amžiaus bei susirgimo tipo. Tokijo ligoninėje buvo atliktas tyrimas nustatantis, įvairiuose skyriuose gydomų pacientų nerimo lygas ir priežastys. Tyrimo duomenimis, pacientams, laukiantiems širdies bei abdominalinių operacijų, yra būdingas aukštas priešoperacinis nerimo lygis. Ginekologinio skyriaus pacientės labiausiai nerimavo dėl būsimos anestezijos (narkozės). Nerimas dėl anestezijos buvo susijęs su turima patirtimi (anestezijos tipas, pasekmės). Aukštesnis nerimo lygis prieš operaciją yra iki šiol

neturėjusioms narkozės. [74] Ortopedinių skyrių pacientai labiausiai bijojo pooperacinio skausmo. Taip pat buvo išanalizuotas ryšis tarp nerimą keliančių priežasčių ir pacientų amžiaus. Pacientų grupė nuo 10 iki 50 metų bijojo skausmo bei anestezijos. Vyresnio amžiaus nerimo priežastis buvo tikimybė tapti našta savo artimiesiems.[75]

Ortopedinių operacijų laukiantys pacientai, patiria vidutinio lygio nerimą, kuris taipogi gali įtakoti pooperacinį sveikimo periodą.

Mokslininkai įrodė, kad psichologinės priešoperacinės reakcijos priklauso nuo chirurginės intervencijos tipo bei apimties. Įrodyta, kad pacientai, kuriems bus atliekama laparoskopinė operacija, reiškia mažiau negatyvių emocijų negu pacientai, kuriems bus atlikta operacija atviru būdu, laparotomija. Manoma, kad laparoskopines operacijas pacientai vertina kaip mažiau pavojingas negu operacijas atliekamas tradiciniais būdais.[76] Pacientų, kuriems bus atlikta mini invazinė operacija, po kurios liks nedideli pooperaciniai randai nerimauja mažiau, negu pacientai, kurių randas bus didesnis.

Plastinės chirurgijos skyriaus pacientų nerimo lygis buvo mažesnis negu bendrosios chirurgijos pacientų. [77]

Pacientams laukiantiems kraujagyslių šuntavimo operacijų, dažnai yra nustatomas aukštas nerimo lygis, depresija, baimė bei įvairūs nuotaikų svyravimai. Išvardinti sutrikimai gali neigiamai įtakoti fiziologinę pacientų reakciją operacijos metu ir pooperacinį sveikimo laikotarpį. [37]

Buvo apklausti širdies persodinimo laukiantys pacientai. Apklausos rezultatų duomenimis, dažniausiai stresą sukeltantys veiksniai, sužinojus, kad būtina širdies transplantacija, buvo: pažengęs ligos procesas, nerimas dėl šeimos, ligos simptomai, ateities nežinomybė, priklausomybė nuo kitų pagalbos, sumažėjusi galimybė kontroliuoti savo gyvenimą (savarankiškumo praradimas). Stiprų stresą sukeltantis veiksnys buvo operacijos laukimo laikotarpis. Pacientai laukiantys trumpesnę laiką jautė didesnę nerimą negu tie, kurie laukė ilgiau. [78] Manome, kad šį reiškinį galima pagrįsti tuo, kad jeigu pacientas yra ruošiamas planinei operacijai, jam bus atliekami diagnostiniai tyrimai, bus paskirta operacijos data, konsultacijos ir jis turės laiko suvokti esamą situaciją. Pacientas turi laiko psichologiškai pasiruošti naujai situacijai. Turint laiko pasiruošimui, pacientas jausis saugesnis, turės daugiau laiko sužinoti apie savo ligą, operaciją bei sveikimo periodą.

Buvo pastebėta, kad ne tik operacijos laukimas, bet ir operacijos perkėlimas kitai dienai sukelia stiprią emocinę traumą bei intensyvesnį skausmą. [79]



### 1.3. Streso įveikimo galimybės

Streso tyrimų klasikas R.S.Lazarus streso įveikimą apibūdino kaip procesą, kurio metu individas kognityvinėmis ir fizinėmis pastangomis siekia suvaldyti jam nepalankią aplinkos įtaką. [12] Mokslininko teigimu, ne tiek svarbu, koks įvykis, kiek svarbu, kaip žmogus jį subjektyviai vertina. Kognityvinio vertinimo procesas susideda iš dviejų dalių: pirminiu įvertinimu žmogus nustato, kiek pavojingas yra įvykis, o antriniu įvertinimu nustato, kiek pakankamai turi resursų/galimybių tvarkytis su esama situacija. [7]

Pasak Lazarus, streso įveikimo procesas gali būti aktyvus ir pasyvus. Aktyvus, kai vykdoma aktyvi metodų bei informacijos paieška. Pasyvus – pokalbiai, apmąstymai, be konkrečių veiksmų. Įveikti stresą galima keičiant požiūrį į stresinę situaciją ir įvertinant situaciją iš naujo.

Streso įveikimo efektyvumas priklauso nuo asmens turimų išteklių: fizinių (sveikatos, energijos), psichologinių (nuostatų, kognityvinių sugebėjimų), socialinių (socialinės kompetencijos, socialinės paramos) [15] bei nuo asmens siekiamo tikslo. Lazarus ir Folkman išskyrė du streso įveikimo būdus: instrumentinis, kuris yra orientuotas į problemą, jos suvokimą bei įveikimą, aktyviais individo veiksmais ir emocinės savireguliacijos funkcija, skirta mažinti įtampą, neutralizuoti negatyvias emocijas. [14]

Psichologinio paruošimo operacijai esmė yra: išmokyti pacientą išreikšti savo priešoperacines emocijas, t.y. išreikšti savo abejones, nuotaikas, mintis susijusias su operacija; suteikti pacientams informaciją, kuri sumažintų psichikos sutrikimų dažnį pooperaciniame periode, būtų silpnesnės reakcijos pačios operacijos atžvilgiu ir, kad išaugtų pasitikėjimas gydančiu bei slaugančiu personalu.

Be abejo, baimę ir nerimą įmanoma numalšinti medikamentais (vaistais), bet būtina atkreipti dėmesį ir į psichologinę paciento būseną.

Priešoperacinis pacientų paruošimas yra svarbus veiksnys gerinantis sveikimo procesą. [80] Paciento paruošimas operacijai apima fizinę bei psichinę sritis.

Emocinės paciento būklės vertinimo prieš operaciją nauda:

- gali padėti chirurgui įvertinti pooperacinę sveikimo periodo eigą (trukmę, pasekmes, komplikacijas); [81]
- gali nustatyti veiksnius, sukeliančius priešoperacinį stresą; gydantis, slaugantis personalas, anesteziologai galėtų efektyviau parinkti priemones mažinančias pacientų nerimą; [50]
- gydytojams ir slaugytojams, žinios apie galimas paciento reakcijas į stresą, padės tinkamai sudaryti gydymo bei slaugos planą. [82]

Priešoperacinis psichiatrinis pacientų tyrimas gali padėti nustatyti pacientų rizikos grupę, kuriems po operacijos gali ženkliai sustiprėti baimė bei depresijos reiškiniai. Vertinant pooperacinę riziką, būtina atsižvelgti į sociodemografinius bei psichologinius paciento duomenis bei operacijos tipą. [72] Boeke ir kt. Paneigė nuomonę, kad pagal biografinius paciento duomenis, sveikatos būklę prieš operaciją, nerimo svyravimus, galima nuspėti pooperacinio gydymo ligoninėje trukmę. [83]

- Priešoperacinė psichologinė profilaktika bei psichiatrinės intervencijos galėtų redukuoti (panaikinti, malšinti) pacientų emocinį stresą bei sumažinti medicininės ir ekonomines išlaidas. [84]

### **1.3.1. Stresas ir elgesio tipas**

Individo reakcija į stresą priklauso nuo daugybės faktorių – genetikos, suformuluotų asmenybės bruožų, patirties, aplinkos ir aplinkinių įtakos, socialinių lūkesčių, sėkmės, savęs vertinimo, pasitikėjimo savimi, bendros sveikatos būklės. [20]

Priklausomai nuo asmens emocinių reakcijų ir biologinių organizmo savybių išsivysto į stresorių atsakomosios fiziologinės reakcijos. Taigi pasikartojanti fiziologinė intensyvi bei ilgai trunkanti reakcija, gali išprovokuoti somatinę disfunkciją, ligą.

Mokslininkai M. Friedman ir R. Rosenman pateikė duomenis, kad tikimybė susirgti širdies ligomis yra susijusi su žmogaus elgesio tipu. Jie išskyrė A ir B, neatsparius fiziniam ir psichiniam stresui, tipus. A tipo tiriamieji buvo linkę konkuruoti, nuolat skubantys, veiklūs, siekiantys tobulumo, sunkiai suvaldomi, motyvuoti veiklai. Jie dažniau patirdavo stresą esant nesėkmėms. B tipo atstovai buvo nelinkę konkuruoti, ramūs, santūrūs, atleidūs, pasižymintys žema ar vidutinę motyvacija, pasitikintys kitais. Ilgamečių tyrimų rezultatai parodė, kad daugiau negu pusė tyrimuose dalyvaujančių žmonių, priklausančių A tipui, patyrė širdies priepuolius. A tipo žmonėms nuolat patiriamas stresas sukelia įvairius organizmo pokyčius. Vėlesnių tyrimų rezultatai parodė, kad A tipo žmonėms labiausiai kenkia neigiamos emocijos [8]. Pacientai pasirenka streso įveikimo būdus, atsižvelgiant į asmenines savybes, gyvenimo būdą, poreikius bei galimybes.

### **1.3.2. Būdai stresui įveikti**

E. Taylor ištyrė krūties vėžiu sergančių moterų adaptaciją. Tyrimo rezultatai atskleidė moterų elgesį adaptacijos periodu. Moterys dažniausiai taikė kognityvinę kontrolę (naujas

vertybių apmąstymas); elgesio kontrolė (keitė savo elgesį, laikėsi dietos ir gydymo režimo). Buvo nustatyta, kad toks elgesys gerina ligonių adaptaciją [85].

Schalter nustatė, kad geriausiai adaptuojasi ligoniai, tikintys savo gebėjimu įtakoti ligos procesą, besilaikantys sveiko gyvenimo būdo, turintys emocinę artimųjų, draugų bei specialistų paramą [86].

Pacientų priešoperacinio streso mažinimui pasaulyje yra taikomi įvairūs metodai. Dažniausiai taikomi metodai tai:

- Priešoperacinis mokymas (edukacija, informavimas);
- psichosocialinė parama;
- operacijos vaizdo įrašo demonstravimas [87];
- muzikos terapija [87];
- hipnozė [87];
- aromaterapija [87];
- masažas [87];
- relaksacinės technikos, psichoterapija; [53]

Išvardinti metodai skiriasi savo efektyvumu.

Tam, kad efektyviai mažinti neigiamas priešoperacines pacientų emocijas, būtina tinkamai organizuoti slaugos procesą. Priešoperacinės slaugos planas turi būti sudarytas atsižvelgiant į sociodemografinius paciento duomenis, būsimos operacijos apimtį [64], būsimos operacijos tipą [88]. Priešoperacinės slaugos pagrindas, tai bendravimas su pacientu, informacijos teikimas, bendradarbiavimas, atsižvelgimas į jo poreikius [89]. Įdomus pastebėjimas buvo atlikus tyrimą, kaip slaugantis personalas vertina pacientų priešoperacines emocijas. Paaiškėjo, kad slaugytojos yra linkusios pervertinti pacientų patiriamą stresą. Manau, kad toks rezultatas parodo, kad slaugančiam personalui, tam tikromis aplinkybėmis, kartais trūksta žinių apie pacientų emocijas. [90]

*Priešoperacinis mokymas (edukacija).* Pacientų edukacija, tai informacija apie narkozę, operacijos eigą, pooperacinį elgesį [53], galimas pooperacines komplikacijas, fizinio aktyvumo apribojimus, fizinius pratimus bei reabilitaciją, nuskausminimą bei medikamentinį gydymą.

Įrodyta, kad suteikiant pacientui galimybę aktyviai dalyvauti gydymo, slaugymo procese, patenkinama keletas aspektų: biofiziologiniai, funkcionaliniai, kognityviniai (gauti daug informacijos ir sugebėti ja pasinaudoti), socialiniai, eksperimentiniai, etiniai ir finansiniai. Informavimo metodų tipai: individualus apmokymas, grupinis, videoįrašų

demonstravimas, informaciniai bukletai. Taikant edukacinį metodą didėja pacientų pasitenkinimas gydymu bei mažėja finansinės išlaidos.

Dar 1975 metais Hayward, vėliau Boor, tyrė priešoperacinės edukacijos, informavimo įtaką. Tyrimų rezultatai patvirtino, kad šis metodas mažina pooperacinį stresą, skausmą ir nerimą. [91]

Buvo atlikti tyrimai kaip adaptuojasi pacientai po kolonostomijos operacijų. Tyrime dalyvavo dvi pacientų grupės. Viena grupė buvo ruošiamama operacijai, pacientams buvo rengiami apmokymai, kaip elgtis su stomijos aparatu, kaip jį prižiūrėti, jie gavo išsamią informaciją; buvo atsižvelgta į jų gyvenimo būdą ir pacientai dalyvavo parenkant stomijos vietą. Kitoje grupėje buvo tik kartu su pacientu parinkta stomijos vieta. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad didesnis procentas ištirtų pacientų, ketinančių tęsti savo profesinę veiklą, patenkintų savo gyvenimu buvo toje grupėje, kuri išklausė priešoperacinius mokymus, gavo išsamią informaciją ir turėjo galimybę dalyvauti slaugos procese. [92]

Levesque, Grenier, Kerouac ir Reidy atliko tyrimą, kurio tikslas buvo sužinoti priešoperacinių pacientų apmokymų programos, nerimui mažinti, efektyvumą. Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų, kurie dalyvavo apmokymų programoje, nerimo lygis prieš operaciją sumažėjo.[93] Tai patvirtino ir Seulo ligoninėje atliktas tyrimas, ar pacientų priešoperaciniai mokymai, kuriuos vykdė slaugytojos, įtakoja priešoperacinį pacientų streso lygį. Gauti rezultatai parodė, kad streso lygis, tiriamojoje grupėje, kuriai buvo taikomas priešoperacinis apmokymas, buvo mažesnis negu kontrolinėje.[94]

Manoma, kad svarbus veiksnys apmokymų efektyvumui yra laikas, kada jie yra rengiami. Buvo apklausti dienos stacionaro pacientai. Jų buvo klausiama kada, jų manymų, geriau yra suteikti informaciją apie operaciją, mokymus. Dalis atsakė, kad tinkamiausias laikas yra dieną prieš operaciją. Didesnė dalis pasakė, kad nuo to laiko kai jie patenka į ligoninę iki operacijos. [95] Kiti tyrimų rezultatai parodė, kad apmokymai atlikti pirmomis hospitalizacijos dienomis yra efektyvesni, negu apmokymai operacijos išvakarėse. [93]

*Informacijos suteikimas.* J. Beddows tyrimo rezultatai parodė, kad egzistuoja priklausomybė tarp informacijos suteikimo, nerimo ir priėmimo į stacionarą. Ankstesnių tyrimų duomenimis, pacientai atvykstantys į stacionarą, jau jausdavo nerimą, todėl kiekvienos suteiktos informacijos jie nesugebėdavo priimti ir suvokti. Ji tiesiog būdavo užmiršta. Tyrimo metu buvo vertinamas pacientų nerimo lygis, suteikiant informaciją namuose (apie numatoma operaciją) ir atvykus į ligoninę. Nerimo lygis esant ligoninėje buvo didesnis, lyginant su nerimo lygiu nustatytu namuose. [96] Plečiant dienos chirurgijos praktiką bei bendradarbiaujant su pirminės sveikatos priežiūros grandimi, būtų veiksminga pacientui iš anksto suteikti priešoperacinę informaciją, o ne ligoninės aplinkoje.

Čekų mokslininkas J.Lingartas teigia, kad informacijos trūkumas sukelia nepasitikėjimo būseną, kuri skatina smalsumą ir kryptingą informacijos ieškojimą, o informacijos perteklius gali būti kenksmingas. [4] Priešoperacinė baimė gali atsirasti dėl informacijos trūkumo kaip ir dėl jos pertekliaus.

N.Moerman ir bendraautorijų atlikti tyrimai parodė, kad yra ryšys tarp informacijos poreikio ir nerimo. Taip pat pastebėta, kad moterys labiau nerimauja negu vyrai; pacientai turintys didelį poreikį informacijai irgi jaučia stiprų nerimą, be to, poreikį informacijai turi žmonės, neturintys ankstesnės operacinės patirties (jiems nebuvo atlikta chirurginių operacijų). [97]

Vyrauja prieštaringos nuomonės dėl priešoperacinės informacijos suteikimo įtakos nerimo lygiui. Vieni autoriai teigia, kad priešoperacinis informacijos suteikimas apie operacijos eigą, žymiai sumažina pacientų nerimą. [98] Kitų mokslininkų atliktų tyrimų rezultatai tai paneigia.

1983 m. S.Miller ir Ch.Mangan atliko eksperimentą, skirta iširti kai informacija yra suteikiama pacientams, turintiems skirtingus psichologinius ligos įveikimo lygius (informacijos priėmimo). Tyrime dalyvavo 40 ginekologinio skyriaus pacienčių, laukiančių diagnostinių procedūrų. Pacientės buvo padalintos į dvi grupes, siekiančios informacijos ir vengiančios informacijos. Pirmai grupei buvo suteikta išsami informacija apie numatomą tyrimą, kitai grupei tik buvo pranešta, kad bus atliktas diagnostinis tyrimas. Rezultatai parodė, kad išsami informacija sukelia emocinį susijaudinimą, nes priverčia suvokti diagnostinį tyrimą kaip busimą grėsmę. Tokio informavimo pasėkoje pastebėta įtampa, didesnis depresijos lygis, diskomfortas, skausminiai sindromai. Tuo tarpu, grupėje kur informacija buvo lakoniška ir konkreti, emocinis susijaudinimas buvo žemesnis. [99]

1986 m. L.O.Watkins ištyrė 86 pacientų grupę, kuri laukė širdies šuntavimo operacijos. Buvo sudarytos trys pacientų grupės. Pirmoje grupėje pacientai buvo informuoti apie numatoma operaciją, antroje buvo suteikta informacija apie pojūčius kai bus atliekama operacija bei trečia grupė buvo kontrolinė.

Grupė, kuri buvo informuota apie pojūčius atliekant operaciją, reiškė mažesnę nerimą negu pogrupis, kuris gavo išsamią medicininę informaciją apie operaciją. Vengiančių informacijos pacientų grupėje buvo gauti atvirkštiniai rezultatai. Didesnis baimės lygis buvo nustatytas grupėje, kurioje pacientai buvo informuoti apie pojūčius, lyginant su grupe, kuri buvo tik informuota apie medicininę procedūrą.

Miller tyrimuose pacientai kurie gavo išsamią, detalią informaciją, buvo labiau bijantys, nerimaujantys nei pacientai, kurie gavo tik bendrą informaciją. Watkins tyrimuose

mažesnis baimės ir nerimo lygis buvo grupėje, išsamiai informuotoje, palyginus su grupe, kuriai suteikta lakoniška informacija. [100]

Abu išvardinti tyrimai parodė, kad pacientų informavimas turi būti priderintas prie jų individualaus ligos įveikimo stiliaus.

S.Hughes teigimu, geriausiai pacientams suteikti informaciją prieš hospitalizaciją. Tada didėja pacientų pasitenkinimas operacijos sėkmingumu, mažėja baiminimosi dėl nežinomybės atvejų (operacijos, gydymo eigos, pasekmių). Pacientai geriau priima bei suvokia informaciją dar būdami namuose, negu esant ligoninės aplinkoje.[101]

Priešoperacinis informavimas sumažina pooperacinę gydymosi trukmę ligoninėje, mažiau vartojama nuskausminamųjų, didesnis pacientų pasitenkinimas operacija bei gydymu, mažiau baiminamasi dėl pooperacinės nežinomybės (gydymo rezultatu). [102, 103] Patariama sudaryti priešoperacinio informavimo programas. Tokių programų taikymas sumažintų operacijos bei nežinomybės baimę bei ekonomines gydymo sąnaudas. [104] Priešoperacinis informavimas mažina pooperacinį skausmą. [105]

Buvo ištirta *operacinių slaugytojų vizito* įtaka paciento nerimui mažėti, pooperaciniam skausmui, pykinimui bei pooperacinio gydymo trukmei. Rastas teigiamas vizito poveikis pooperaciniam pacientų gijimui, nerimo mažėjimui. Tyrimo autoriai pateikė rekomendacijas, kad operacinių slaugytojų vizitas prieš operaciją būtų įtrauktas į priešoperacinės slaugos planą. [106]

*Psichosocialinis palaikymas.* Pacientams, laukiantiems operacijos, yra būtinas psichologinis bei socialinis palaikymas. Pagal Kahn teoriją, socialinis palaikymas, tai emocinė, informacinė bei materialinė parama. [107] Dažniausiai pacientai renkasi šeimos [108], artimųjų bei specialistų palaikymą [107]. Toks palaikymas efektyviai mažina pacientų nerimą bei baimę, nes bendravimas, bendradarbiavimas su artimaisiais, draugais, personalu. sukelia teigiamas emocijas. Gyvenimas tampa stabilesnis, atsiranda naujos perspektyvos. Skirtingos yra mokslininkų nuomonės apie socialinio palaikymo naudą. J.Welsch manymu, socialinis palaikymas veiksmingai mažina pacientų priešoperacinį nerimą. [109, 110] De Medeiros ir Peniche atliktuose tyrimuose, reikšmingas ryšys tarp nerimo ir socialinės paramos nebuvo pastebėtas. [111] .

*Chirurginė slauga* – tai slaugos priemonių bei veiksnių visuma, turinti tikslą paruošti pacientą operacijai ir perspėti dėl galimų komplikacijų, kylančių operacijos metu ir pooperaciniame laikotarpyje. Slaugytojo užduotis suteikti pacientui bei jo šeimai adekvačią psichologinę ir fizinę paramą, kad jie galėtų optimaliai prisitaikyti prie pasikeitusios situacijos ir sugebėtų susidoroti su operacinio gydymo problemomis. [112]

Slaugytojai privalo stebėti pacientus, mokėti vertinti jų emocinę būklę bei sudaryti tikslingą priešoperacinės slaugos planą, orientuotą į nerimo mažinimą. Slaugos veiksmai turi būti individualizuoti, atsižvelgiant į paciento emocijų lygį, turimą operacinę patirtį, bei paciento gebėjimą valdyti esamą situaciją. Slaugytojai turi išmanyti apie gynybinį organizmo mechanizmą pritaikymą, esant grėsmingai situacijai, pvz., laukiant operacijos.

Priešoperacinis paciento vertinimas turi būti nustatytas, detalai numatytas slaugos atžvilgiu.

*Operacijos vaizdo įrašo demonstravimas.* Kiekviena operacija, paciento gyvenime, yra stresą keliantis įvykis. Buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo sumažinti priešoperacinį stresą, operacijos išvakarėse parodant pacientui operacijos *vaizdo įrašą* bei suteikiant jam galimybę bendrauti su pacientu, kuriam sėkmingai buvo atlikta tokia pat operacija. Rezultatai parodė, kad toks paruošimas operacijai įtakojo nerimo sumažėjimą ryte, prieš operaciją ir dvi dienas po operacijos, buvo stebimi mažesni kraujospūdžio svyravimai bei sumažėjo vaistų nuo skausmo poreikis. Eksperimentinėje grupėje nerimo lygis keletą valandų prieš operaciją liko be pokyčių, kontrolinėje grupėje, nerimo lygis išaugo. Po operacijos nerimas greičiau sumažėjo eksperimentinėje grupėje. [53] Tyrimo rezultatai parodė, kad vaizdo įrašo demonstravimas sumažina pacientų nerimo lygį priešoperaciniame laikotarpyje bei greičiau mažėja pooperacinio nerimo lygis.

Vaizdo įrašo demonstravimas prieš operaciją, teigiamai veikia pooperacinį sveikimą. [113]

Japonijoje buvo atliktas pacientų priešoperacinio nerimo tyrimas. Tyrimo duomenys parodė, kad net 60 procentų apklaustųjų patiria stiprų nerimą prieš operaciją. Moterų nerimo lygis yra didesnis negu vyrų. 30-59 metų moterys labiau nerimauja dėl būsimos operacijos negu narkozės. Patiriama nerimo priežastys: informacijos apie operaciją, narkozę trūkumas. Priešoperacinio pacientų nerimo mažinimui, Japonijoje yra naudojamas narkozės proceso videoįrašas. Taikomo metodo efektyvumo tyrimai parodė, kad videoįrašas ženkliai sumažina pacientų nerimą. [114]

*Pagal galimybes pacientams reikia leisti užsiimti įprastine veikla.* Laikotarpis, belaukiant chirurginės operacijos, gali būti stresine situacija. Atliktas tyrimas atskleidė, kad dažniausiai, Kinijos pacientai mėgsta užsiimti įprastine veikla priešoperaciniame periode. Rezultate 62% žiūri televizija, mėgsta būti su savo artimaisiais. Patartina atsižvelgti į tai, kaip pacientai nori leisti laiką, belaukdami chirurginės operacijos.[115]

Psichiatrijos ir psichologijos profesorės Jan Kiecolt-Glaser ir jos partnerio molekulinės virusologijos profesorius R. Glaser tyrimo rezultatai suteikė svarbių rekomendacijų pacientams, kuriems reikalinga chirurginė intervencija. Jų nuomone,

ligoninėms reikia pakeisti dabar egzistuojančią praktiką taip, kad būtų galima sumažinti stresą prieš operaciją. Priešoperacinio streso mažinimas sutrumpintų hospitalizacijos laikotarpį, sumažėtų medicinos išlaidos, sumažėtų pooperacinių infekcijų rizika.

*Psichologinė pagalba.* Kadangi emocinės įtampos, kartais, išvengti neįmanoma, svarbu išmokti ją sumažinti, kad nežalotų psichikos bei viso organizmo. [4]

Psichologinės pagalbos, psichoterapijos paskirtis yra pakeisti paciento mąstymą savęs ir ligos atžvilgiu, išmokinti valdyti emocijas bei pakeisti elgesį. Vienas iš svarbių psichologinio streso įveikimo komponentų yra individo motyvacija, kuri skirta išvengti stresui arba jį įveikti, šalinant streso pasekmes. [5] Būtina pagalbą suteikti ir paciento šeimai. Tam patartina gydymo įstaigose įsteigti psichologinę ir psichoterapinę tarnybą. [116]

Užsienio šalyse (Vengrijoje), chirurginiuose skyriuose konsultuoja psichiatras. Konsultavimas – tai efektyvus metodas mažinantis pooperacinių komplikacijų tikimybę, nustatant rizikos faktorius prieš operaciją (elgesio pokyčiai, psichikos sutrikimai). Konsultavimas taikomas esant neaiškiai ligos diagnozei, parenkant gydymo metodą, prieš operaciją, kuri gali sukelti psichinę traumą (neurochirurginės operacijos, amputacija, transplantacija), norint nustatyti paciento adekvatumą sutinkant operacijai arba taikant priverstinį gydymą. [117]

Pagrindinės psichologo funkcijos konsultuojant pacientą:

- padėti pacientui susitvarkyti su emocijomis. Ši funkcija yra nukreipta padėti pacientui įveikti baimę dėl ligos, operacijos, gydymo, pasekmių;
- padėti įveikti ligą kaip streso priežastį ir pagerinti emocinę būklę.

Pastebėta, kad ir pacientų artimųjų streso, nerimo lygis baiminantis dėl artimojo ligos yra aukštesnis negu įprastomis sąlygomis. [37] Psichologinė pagalba, palaikymas, dėmesys reikalingas ne tik pacientams, įvairiais gydymo laikotarpiais, bet ir jų artimiesiems. [118]

Manau, ligoninėse būtina įsteigti psichologinę ir psichoterapinę tarnybą, kuri teiktų pagalbą pacientams, jų artimiesiems bei personalui.

*Muzikos terapija.* Apie muzikos terapiją jau kalbama ir Lietuvoje. Ji taikoma kaip relaksacijos ir gydymo metodas reabilitacijos metu. Muzikos terapijos metu kuriama atpalaiduojanti atmosfera [120], ji teigiamai veikia pacientų emocinę savijautą prieš operaciją [121]. Užsienio šalyse muzikos terapija taikoma pacientams prieš diagnostines procedūras, operacijas, intensyviosios terapijos skyriuose. Pastebėta, kad taikant muzikos terapiją operacinėje, mažėjo pacientų nerimas ir intubacijos laikas buvo trumpesnis. [122]



Mokslininkai pripažįsta, kad muzikos terapija yra ekonomiškai pigus slaugos metodas, bet dar trūksta svarių įrodymų, kad šis metodas būtų taikomas daugelyje gydymo bei slaugos sričių. [123]

*Masažas ir aromaterapija.* Kiekviena šalis pasirenka streso mažinimo metodus pagal joje vyraujančias tradicijas. Rytų šalyse priešoperacinių emocijų reguliavimui plačiai taikomas masažas. Kinijoje, kartais, pacientams yra skiriamas pėdų masažas nerimui prieš operaciją sumažinti. Indijoje buvo atliktas eksperimentas, ar masažas gali sumažinti nerimą prieš operaciją. Po masažo stebėti pokyčiai patvirtino, kad po masažo nerimo lygis mažėja, bet trūksta duomenų apie masažo trukmę ir jo atlikimo laikotarpį prieš operaciją. [124]

Muzzarelli ir kt., atliko tyrimą ar aromaterapija yra veiksminga priemonė stresui mažinti. Pacientams buvo daromos levandos inhaliacijos prieš diagnostines procedūras. Statistiškai reikšmingos įtakos tyrimo rezultatai neparodė, bet patys pacientai teigė, kad šis metodas buvo malonus. [125]

Egzistuoja daug įvairių metodų, galinčių reguliuoti priešoperacines emocijas. Lietuvoje dar nėra skiriama pakankamai dėmesio psichologiniam priešoperaciniam pacientų paruošimui. Dažniausiai yra taikomas medikamentinis emocijų reguliavimo metodas. Taip jis yra veiksmingas, svarbiausia greitai suveikiantis. Bet tai parodo mūsų pačių požiūrį į kitą žmogų.

Anesteziologai, chirurgai, slaugantis personalas privalo žmogų pasitikti ir bendrauti kaip su žmogumi, o ne vien kaip su ligoniu. [126]

*Ligoninės mikroklimatas.* Emocinė pacientų savijauta, laukiant operacijos, yra priklausoma ir nuo matomų operacijos pasekmių. Pacientas bendraudamas su savo palatos kaimynais bei stebėdamas jų sveikimą pooperaciniame periode, suformuoja savo požiūrį į chirurgines intervencijas. Jeigu palatos kaimynas greitai sveiksta, gerėja jo sveikatos būklė, jis nesiskundžia skausmais bei kitais negalavimais, be to sako, kad jo būklė yra žymiai geresnė negu prieš operaciją – tokia verbalinė ir neverbalinė informacija pozityviai veiks paciento emocinę savijautą, jis optimistiškiau nusiteiks operacijai bei pripažins, kad operacija jam yra reikalinga. [37]

Chirurgas R.Ulrich, palygino pacientų rekonvalescencijos trukmę po tulžies pūslės pašalinimo operacijos. Jis pastebėjo tokius skirtumus: vienoje pooperaciniame palatoje pacientai greičiau sveikdavo, mažiau buvo sunaudojama nuskausminamųjų vaistų. Išanalizavus visus veiksnius, paaiškėjo, kad vienos palatos langas buvo į miško pusę, o kito palatos į kito pastato sieną. Buvo prieita išvados, kad palatos aplinka turi didelę įtaką pacientų sveikimo periodui. [127] Tad ligoninės mikroklimatas svarbus veiksnys įtakojantis pacientų emocinę būseną gydymo metu.

Apibendrinant, galime pasakyti, kad chirurginė operacija, stresą sukeliantis pacientui įvykis, kuris iššaukia specifines emocines, pažintines ir fiziologines paciento reakcijas. Prisiminus Sokrato žodžius, kad nėra fizinės kūno ligos be psichinės, o gydyti reikia ne tik fizinius negalavimus, bet ir emocinę būseną, būtina atkreipti gydančio ir slaugančio personalo dėmesį į tai, kad gydymo procese svarus veiksnys, galintis įtakoti paciento sveikimo eigą, yra emocijos, nerimas bei patiriamas stresas.

Manau, taip vyksta dėl personalo užimtumo, laiko bei žinių stokos.

## **2. TYRIMO TIKSLAS, UŽDAVINIAI, HIPOTEZĖS, OBJEKTAS**

### ***Tyrimo tikslas***

Ištirti ir palyginti pacientų patiriamą priešoperacinį stresą pagal pasirinktus kriterijus: nerimas, depresija.

### ***Tyrimo uždaviniai***

Ištirti pacientų priešoperacinį stresą (pagal nerimo ir depresijos lygį) ir palyginti su kontroline pacientų grupe.

Palyginti pacientų patiriamą stresą (pagal nerimo lygį) pagal lytį, išsilavinimą, skyrius.

Patikrinti pacientų savo nerimo lygio vertinimą su nerimo klausimynų rezultatais.

Nustatyti ar yra ryšys tarp priešoperacinio laikotarpio trukmės, operacinės patirties, ir streso (pagal nerimo lygį).

Palyginti patiriamo streso (pagal nerimo lygį) su paramos poreikiu.

Ištirti kokie priešoperaciniai veiksniai įtakoja pacientų patiriamo streso lygį pagal lytį.

### ***Hipotezės***

Chirurginių skyrių pacientai patiria didesnę stresą negu terapinio pobūdžio skyriaus pacientai.

Moterys prieš operaciją patiria didesnę stresą negu vyrai.

Pacientai, turintys galimybę suderinti operacijos laikotarpį, patiria didesnę nerimą, negu pacientai, kurie dėl ūmaus sveikatos sutrikimo yra ruošiami operacijai skubos tvarka.

### ***Tyrimo objektas***

Chirurginio ir terapinio skyriaus pacientų patiriamas stresas.

### 3. TYRIMO METODIKA

#### 3.1. Tiriamieji

Tyrime dalyvavo 139 tiriamieji. Tiriamąją grupę sudarė 109 Vilniaus m. "Vš.Į. „Vilniaus Greitosios Pagalbos Universitetinės Ligoninės“ chirurginiuose skyriuose gydomi bei laukiantys operacijos pacientai. Kontrolinę grupę sudarė 30 neurologinio skyriaus pacientų, kuriems buvo skirtas tik terapinis gydymas.

#### 3.2. Tiriamųjų demografiniai duomenys

Tyrime dalyvavo 74 (53%) moterys ir 65 (47%) vyrai.

Tiriamųjų grupę sudarė: 54% moterų ir 46 % vyrų (1 pav.) Kontrolinėje grupėje buvo 50% moterų ir 50% vyrų. (2 pav.)



1 pav. Tiriamosios grupės tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį



## 2 pav. Kontrolinės grupės pasiskirstymas pagal lytį

Tiriamųjų grupės amžius yra 18-74 metai, amžiaus vidurkis 43,06.

Kontrolinės grupės amžius yra 25-69, amžiaus vidurkis yra 44,77. (žr. 1 lent.)

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių

Grupės	Amžius	Amžiaus vidurkis	SD
Tiriamoji	18-74	43,06	14,47
Kontrolinė	25-69	43,77	11,56

Bendras *tiriamųjų* grupių pasiskirstymas pagal išsilavinimą: 33% tiriamųjų yra su aukštuoju išsilavinimu, 32% – su aukštesniuoju, 32% – su viduriniu ir 3% turi pradinį išsilavinimą (nebaigtą vidurinį). (žr. 3 pav.) Tiriamojoje grupėje 32% tiriamųjų turėjo aukštąjį išsilavinimą, 35% – aukštesnįjį, 29% – vidurinį ir 4% pradinį. Kontrolinėje grupėje 37% tiriamųjų yra su aukštuoju išsilavinimu, 23% su aukštesniuoju, 40 % su viduriniu išsilavinimu. (žr. 3 pav.)



3 pav. Bendras tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.

Tiriamųjų grupes sudarė chirurginiuose ir terapiniuose skyriuose gydomi pacientai. Angiochirurgijos skyriuje buvo apklausta 17 pacientų (12%)\*, akių ligų skyriuje 20 (14%) , 7 (5%) urologijos skyriaus, 33 (23%) ortopedijos-traumatologijos, 8 (6%) plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos, 12 (9%) bendrosios chirurgijos, ginekologijos 12 (9%) ir neurologijos 30 (22%). (žr.4 pav.)

\*skliaustuose nurodyta koki bendros imties procentą sudarė skyriaus tiriamieji



4. Pav. Bendras tiriamųjų pasiskirstymas pagal ligoninės skyrius.

### 3.3. Tyrimo metodai

Norėčiau argumentuoti kodėl, tyrime apie pacientų stresą prieš operaciją, buvo pasirinkti nerimo ir depresijos lygius nustatantys metodai.

Metodikos „Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė“ (HAD) (Hospital Anxiety and Depression scale, HAD) ir Č.Spilbergerio nerimo lygio klausimynas (Spielberg’s State – Trait Anxiety Inventory, S.T.A.I.) [128] buvo pasirinkti atsižvelgiant į moksliniuose, priešoperacinio streso *tyrimų straipsniuose, pateiktus duomenis* apie taikytinas metodikas. Spilbergerio klausimynas yra ekstensyvi klinikinė metodika, adekvačiai nustatanti priešoperacinį stresą. [62]

Taip pat tokį pasirinkimą galėčiau pagrįsti tuo, kad emociniame lygyje stresas pasireiškia įvairiomis, dažniausiai, neigiamomis emocijomis (nerimas, baimė, depresija kaip tam tikrų išgyvenimų sanakaupa). Tyrimui buvo atrinktos dvi, statistiškai dažniausiai pasitaikančios emocinio streso išraiškos, tai nerimas ir depresija. *Pacientų patiriamas stresas prieš operaciją buvo vertinamas emociniame lygyje.* Tyrimo gauti ir apdoroti nerimo ir depresijos rezultatai, išvadose pateikti kaip pacientų patirto priešoperacinio emocinio streso duomenys.

Tyrimas atliktas naudojant empirinį metodą – anketinę apklausą ir interviu. Anketos pateiktos priede 1.

Priešoperacinio streso klausimyno dalys:

1. Pacientų demografiniai duomenis ir pagal išanalizuotą literatūrą sudaryti klausimai papildomai informacijai apie stresą prieš operaciją, sukeliančius veiksniai, informacijos, paramos poreikį, operacinę patirtį, gauti.
2. Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė (HAD).
3. Nerimo lygio apklausos klausimynas (Č. Spilbergerio apklausa)

I-a klausimyno dalis

Tiriamiesiems buvo pateikti demografinius duomenis nustatantys klausimai: lytis, amžius, išsilavinimas.

Atsižvelgiant į literatūros apžvalgoje išanalizuotą informaciją, buvo sudaryti klausimai, galintys suteikti papildomos informacijos apie galimas pacientų patiriamo priešoperacinio streso priežastis ir pacientų poreikius, besigydant ligoninėje. Tuo tikslu, tik tiriamosios grupės tiramiesiems, buvo pateikti klausimai:

- Apie ankstesnių operacijų kiekį („operacinė patirtis“);
- Ar buvo suteikta išsamesnė priešoperacinė informacija ir kas ją suteikė?;
- Ar pacientas pageidauja žinoti apie jam atliekamas procedūras?;
- Ar pacientas planavo operacijos laiką, ar buvo operuotas skubos tvarka?;
- Ar priprato prie ligoninės režimo?;
- Kaip, paciento manymu, jį veikia ligoninės aplinka?;
- Kaip pacientas jaučia nerimą dėl būsimos operacijos?;
- Ar pacientui reikalinga parama (psichologinis palaikymas) ir iš ko?.

Pacientams buvo pateikti septyni priešoperacinį stresą sukeliančius veiksniai, kuriuos jie turėjo sužymėti svarbos tvarka.

II-a klausimyno dalis

Zigmond nerimo ir depresijos skalė (angl. Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD, Zigmond A.S., Snaith R.P.) Šių skalių pagalba galima atskleisti aukštus, vidutinius ir žemus nerimo ir depresijos rodiklius.

Hospitalinės depresijos ir nerimo skalę sudaro 14 teiginių. Iš jų lyginiai teiginiai yra skirti depresijai, o nelyginiai – nerimui nustatyti. Kiekvienam teiginiui yra skirti keturi atsakymų variantai. Balai sumuojami kiekvienai skalei atskirai.

Rezultatų reikšmės:

0-7 – norma (nėra aiškiai išreikšti depresijos/nerimo simptomai),

8-10 – subkliniškai išreikšta depresija/nerimas,

11 ir daugiau – kliniškai išreikštas nerimas/depresija (reikalinga specializuota intervencija- gydymas, konsultacija).

Psichologinės skalės tinkamumas apskaičiuotas pagal Cronbach alfa rodiklį (0,69).

### III-a klausimyno dalis

Dauguma metodikų, skirtų nerimo lygiui nustatyti, nustato tik asmeninio nerimo lygį, nerimo būseną arba specifines nerimo reakcijas. Dažniausiai taikoma metodika, kuri diferencijuotai nustato nerimą kaip asmeninę savybę bei būseną, yra Č.Spilberger'io anketa.

Metodika naudojama vidinio ir situacinio nerimo lygiui įvertinti. Metodiką sudaro 40 teiginių. Iš jų 20 skirti situacinio nerimo lygiui nustatyti (SN) ir 20 – vidiniam nerimui (VN) įvertinti. Kiekvienam teiginiui pateikti keturi galimi atsakymai. Tiriamieji turi pasirinkti, labiausiai, šiuo metu, jų būseną atitinkantį teiginį. Atsakymų rezultatai parodys nerimo intensyvumo lygį.

Rezultatų reikšmės:

Iki 30 balų – žemas nerimo lygis,

31-44 balai – vidutinis nerimo lygis,

45 ir daugiau balų – aukštas nerimo lygis.

Situacinis nerimas (SN) – tai emocinė būseną, nurodanti kaip pats tiriamasis vertina aplinką, grėsminga ar pavojinga.

Vidinis nerimas (VN) – tai asmeninė tiriamojo savybė, išankstinis polinkis vertinti pavojingą situaciją kaip grėsmingą ir reaguoja į ją nerimu.

Psichologinės skalės tinkamumas apskaičiuotas pagal Cronbach alfa rodiklį (0,73).

### 3.4. Tyrimo eiga

Tyrimo atlikimui buvo gautas leidimas iš VšĮ VGPUL direktorės pavaduotojos slaugai ir kiekvieno skyriaus, kuriame buvo atliekamas tyrimas, vyriausiųjų administratorių pritarimas. Tam, kad netrukdyti skyriaus veiklos, buvo sutarta su skyriaus slaugytojomis dėl



klausimynų išdalavimo laiko. Tiriamosios grupės imtį sudarė atsitiktinai atrinkti, ligoninėje gydyti, laukiantys operacijos pacientai. Kontrolinę grupę sudarė terapinio pobūdžio skyriaus pacientai. Tiriamosios grupės tiriamieji buvo apklausti dieną prieš operaciją. Kontrolinės grupės tiriamiesiems jokių sąlygų taikoma nebuvo. Apklausos metu buvo pateikiama žodinė tyrimo instrukcija, buvo atsakyta į tiriamųjų klausimus.

Apklausa vyko dešimt dienų. Abiejų grupių tiriamieji tyrime dalyvavo savanoriškai. Buvo užtikrintas tiriamųjų anonimiškumas. Pagal pacientų, laukiančių operacijų, skyriuose skaičių buvo paruošti ir išdalinti 175 klausimynai. Pastebėtas silpnas pacientų noras dalyvauti apklausoje. Dalis pacientų atsisakė dėl sveikatos būklės. Dalis gautų klausimynų buvo užpildyti neteisingai, todėl šie klausimynai nebuvo pateikti statistinei analizei. Statistinei analizei buvo pateikti 139 klausimynai. (žr.2 lentelę).

2 lentelė. Tiriamųjų grupių klausimynų duomenų rinkimo apžvalga.

Skyrius	Pacientų, laukiančių operacijos, skaičius skyriuose, atliekamo tyrimo laikotarpyje	Apklaustų pacientų skaičius	Nesutikusių, dalyvauti apklausoje, pacientų skaičius	Dėl sveikatos būklės negalintys dalyvauti apklausoje	Klausimynų, į kurių duomenis dėl neteisingo užpildymo nebuvo atsižvelgta, skaičius
Angiochirurgijos	21	17	4	-	-
Akių ligų	21	20	-	-	1
Urologijos	8	7	-	1	-
Ortopedijos - traumatologijos	39	33	3	-	3
Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos	11	8	1	-	2
Bendrosios chirurgijos	17	12	5	-	-
Ginekologijos	15	12	3	-	-
Neurologijos	43	30	5	2	6

### 3.5. Duomenų apdorojimas

Duomenų statistinė analizė atlikta, naudojant „SPSS 12.0“ statistinės analizės programos paketą. Darbe taikyti tokie statistinės analizės metodai:

- duomenų palyginamajai analizei buvo taikomas  $\chi^2$ ;
- parametrinių hipotezių tikrinimui buvo naudojamas Stjudento T kriterijus;
- koreliacinė analizė – naudojant Pearson'o, Spearman'o koeficientus

(kriterijus).

Duomenų reikšmingumo lygmuo:  $p > 0,05$  – statistškai nereikšmingas;  $p < 0,05$  – statistiškai reikšmingas,  $p < 0,01$  – statistiškai labai reikšmingas.

## 4. REZULTATAI

### 4.1. Patiriamo priešoperacinio streso analizė

#### Tiriamosios ir kontrolinės grupės nerimo lygio palyginimas.

Lyginant tiriamosios ir kontrolinės grupių nerimo vidurkius pagal HAD, SN ir NS skales, pastebėta, kad:

1. Nei hospitalinis nerimas ( $p = 0,6$ ), nei hospitalinė depresija ( $p=0,2$ ) tarp tiriamosios ir kontrolinės grupės statistiškai patikimai nesiskyrė. Naudotas t-testas.

2. Tikrinant SN skalės duomenų vidurkius, pastebėta, kad tiriamosios grupės tiriamųjų SN vidurkis yra  $41,79 \pm 8,5$ , o kontrolinės grupės SN vidurkis yra  $37,03 \pm 9,9$ . Naudojant T-testą buvo patikrintas ir gautas rezultatas, kad skirtumas tarp dviejų tiriamųjų grupių yra statistiškai patikimas ( $p=0,01$ ). Galime teigti, kad chirurginiuose skyriuose gydomi pacientai jaučia didesnę situacinę nerimą negu terapinio pobūdžio skyriaus pacientai.

3. VN tiriamųjų grupėje buvo duomenų vidurkis  $40,1 \pm 8,6$ , o kontrolinėje grupėje vidurkis yra  $34,9 \pm 9,0$ . Įvertinus duomenis gauta, kad skirtumas tarp dviejų grupių yra statistiškai patikimas ( $p=0,05$ ). Galime daryti prielaidą, kad chirurginiuose skyriuose gydomi pacientai jaučia didesnę vidinį nerimą, negu terapiniuose skyriuose gydomi pacientai. ( žr.3 lentelę)

3 lentelė. Tiriamosios ir kontrolinės grupės nerimo vidurkių palyginimas pagal HAD,SN,VN skales

	Tiriamoji grupė N=109		Kontrolinė grupė N=30		T-testas		
	Vidurkis	SD	Vidurkis	SD	t	df	p
<b>HAD (depresija)</b>	5,76	2,673	6,13	-4,408	-0,578	137	0,625
<b>HAD (nerimas)</b>	7,32	3,954	6,37	2,543	1,266	137	0,231
<b>SN</b>	41,79	8,502	37,03	9,936	2,614	137	0,01
<b>VN</b>	40,08	8,606	34,93	9,013	2,873	137	0,05

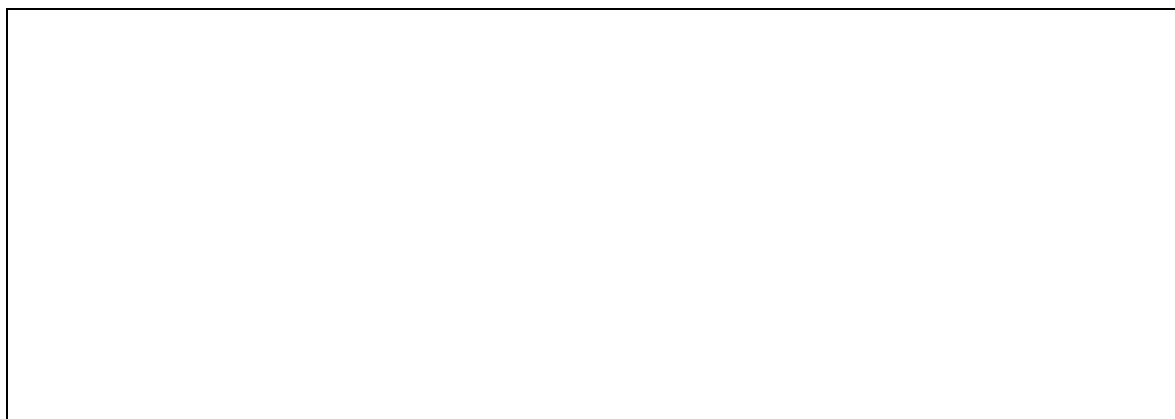
Lygindami rezultatus, gautus tiriant situacinio ir vidinio nerimo pasiskirstymą tiriamojoje ir kontrolinėje grupėse, matome, kad chirurginiuose skyriuose gydomiems pacientams yra būdingas labai aukštas situacinis nerimas. Tai reikštų, kad dauguma pacientų (45%) priešoperaciniu laikotarpiu išgyvena stiprias emocijas, susijusias su gydymu bei numatyta chirurginę operacija. Dalis pacientų (14%) jaučiasi ramūs laukiant operacijos, nerimas neišreikštas. (5 pav.)



5 pav. Situacinio nerimo (SN) lygių pasiskirstymas tiriamųjų grupėje.

Lygindami vidinio nerimo pasiskirstymą tiriamųjų grupėje, matome, kad neišreikštą, žemo lygio vidinį nerimą jaučia tiek pat tiriamųjų (14%) kiek ir situacinio nerimo. (6 pav.) Aukštą vidinį nerimą jaučia mažiau pacientų (38%), didesnė tiriamųjų dalis prieš operaciją patiria vidutinio lygio nerimą.

Apibendrinant, vidinio ir situacinio nerimo gautus rezultatus, galime daryti prielaidą, kad žemas ir aukštas situacinio ir vidinio nerimo lygis yra susijęs su adaptacinėmis paciento galimybėmis. Vidutinį, abiejų tipų nerimą patiriantys pacientai, teoriškai atitinka nerimo lygio normą.



6 pav. Vidinio nerimo (VN) lygių pasiskirstymas tiriamųjų grupėje.

### **Pacientų emocijų vertinimas ir jų palyginimas su, tyrimo metu, gautais nerimo lygio rezultatais.**

Tam, kad išsiaiškinti ar pacientai gali įvertinti savo nerimą prieš operaciją, buvo palyginti gauti duomenys ir nerimo lygių rezultatai. Palyginus rezultatų vidurkius, kaip patys pacientai vertina savo emocinę būseną „ar nerimaujate prieš operaciją“ buvo gauti statistiškai reikšmingi duomenys, kad pacientai, kurie teigė, kad nerimauja dėl būsimos operacijos, iš tiesų, patyrė stipresnį situacinį nerimą ( $SN=42,96\pm 8,1$ ), negu pacientai, kurie neigė, kad nerimauja dėl būsimos operacijos ( $SN=37,39\pm 7,4$ ),  $p=0,009$ . (4 lentelė)

Galime daryti prielaidą, kad pacientai, kurie išoriškai neatskleidžia savo emocijų, patiria didesnį nerimą, atitinkamai stresą, negu tie, kurie sugeba realiai įvertinti savo emocinę būseną. Užslėptas nerimas gali neigiamai paveikti pacientų sveikimo eigą.

4 lentelė. Tiriamųjų grupės savo nerimo vertinimo „ar nerimaujate prieš operaciją“ vidurkių palyginimas su klausimyno atsakymais

Savo nerimo vertinimas	Teigiantys, kad jaučia priešoperacinį nerimą		Teigiantys, kad priešoperacinio nerimo nejaučia		T-testas		
	Vidurkis	SD	Vidurkis	SD	t	df	p
<b>Nerimas (HAD)</b>	13,47	4,98	10,61	3,09	2,31	91	0,02
<b>SN</b>	42,96	8,14	37,39	7,35	2,65	91	0,009
<b>VN</b>	40,97	8,80	37,83	7,11	1,40	91	0,163

**Priešoperacinio nerimas ir lytis.** Tam, kad patikrinti hipotezę, kad prieš operaciją patiriamas nerimas yra priklausomas nuo paciento lyties, buvo patikrinti nerimo (HAD, SN, VN) skalių duomenų vidurkiai. Tam buvo naudotas Stjudento T testas. Pagal gautus duomenis, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas, tarp vyrų ir moterų patiriamo priešoperacinio nerimo ( $p=0,042$ ,  $p<0,05$ ) (5 lentelė)

5 lentelė. (HAD) skalės nerimo palyginimas pagal lytį

	Moterys		Vyrai		T-testas		
	Vidurkis	SD	Vidurkis	SD	t	df	p
<b>Nerimas(HAD)</b>	13,86	4,974	12,16	4,127	1,925	107	0,042

Patikrinus Spielbergerio klausimyno SN skalės vidurkių reikšmingumą pagal lytį, statistiškai reikšmingų duomenų taip pat nepastebėta. (6lentelė)

6 lentelė. Spielbergerio klausimyno suvokto nerimo (SN) skalės vidurkių palyginimas tarp vyrų ir moterų

	Moterys		Vyrai		T - testas		
	Vidurkis	SD	Vidurkis	SD	t	df	p
<b>SN skalė</b>	42,78	8,939	40,62	7,884	1,326	107	0,188

Spielbergerio klausimyno VN skalės vidurkių statistiškai reikšmingų duomenų skirtumo nepastebėta. (7 lentelė)

7 lentelė. Spielbergerio klausimyno vidinio nerimo (VN) skalės vidurkių palyginimas tarp vyrų ir moterų

	Moterys		Vyrai		T - testas		
	Vidurkis	SD	Vidurkis	SD	t	df	p
<b>VN skalė</b>	40,22	9,357	39,92	7,717	0,181	107	0,857

**Išsilavinimo įtaka priešoperaciniam nerimui pasireikšti.** Tam, kad išsiaiškinti ar išsilavinimas įtakoja pacientų patiriamo nerimo lygį, buvo naudotas neparametrinių duomenų Spearman'o koreliacijos koeficientas. Tiriamųjų išsilavinimo lygis („pradinis“, „vidurinis“, „aukštesnysis“ ir „aukštasis“ ) buvo užkoduoti ir palyginti su nerimo skalių (HAD, SN, VN) duomenimis. Gautos koreliacijos buvo silpnos ( $r=0,321$ ,  $p>0,05$ ) statistiškai nepatikimos.

Palyginome tiriamosios grupės išsilavinimo ir nerimo lygio vidurkius, pagal HAD, SN ir VN skales. Statistiškai reikšmingų skirtumų nėra. (8 lentelė)

8 lentelė. Išsilavinimo vidurkių ir nerimo palyginimas tiriamojoje grupėje.

<b>N=109</b>	<b>SN</b>	<b>VN</b>	<b>Depresija</b>	<b>Nerimas</b>
<b>r</b>	0,104	0,040	0,005	0,090
<b>P reikšmė</b>	0,280	0,682	0,057	0,351

**Ankstesnės „operacinės patirties“ įtaka priešoperaciniam nerimui pasireikšti.** Tam, kad patikrinti, ar egzistuoja ryšys tarp ankstesnių operacijų patirimo („operacinė patirtis“) ir dabartinio priešoperacinio nerimo, buvo lyginti „operacinės patirties“ ir nerimo skalių duomenų ryšiai. Gautų rezultatų duomenimis, ryšys tarp „operacinės patirties“ ir nerimo yra silpnas. Ankstesnė operacinė patirtis, statistiškai, reikšmingos įtakos nerimui neturėjo. (9 lentelė)

9 lentelė. „operacinė patirtis“ ir nerimo ryšis pagal HAD, SN, VN skales. Naudotas Spearman'o koreliacijos koeficientas.

Skalės	Nerimas (HAD) (Spearman's rho)		Depresija (HAD) (Spearman's rho)		SN (Spearman's rho)		VN (Spearman's rho)	
	r	p reikšmė	r	p reikšmė	r	p reikšmė	r	p reikšmė
„operacinė patirtis“	-0,03	0,725	-0,06	0,543	-0,039	0,687	0,101	0,298

**Operacijos laukimo trukmės įtaka nerimui pasireikšti.** Norint sužinoti ar egzistuoja statistiškai reikšmingas ryšys tarp ikioperacinio laikotarpio trukmės ir patiriamo nerimo, buvo paskaičiuotas Pearson'o koeficientas pasirinktiems kriterijams. Gauti ryšio duomenys statistiškai reikšmingos koreliacijos neparodė. Gautų rezultatų duomenys neatskleidė, kad pacientų patiriamas nerimas priklauso nuo jų gydymosi ligoninėje iki operacijos trukmės. (10 lentelė)

10 lentelė. „Hospitalizacijos trukmė iki operacijos“ ir nerimo ryšys

Veiksniai	Nerimas (HAD) Pearson's rho		Depresija (HAD) Pearson's rho		SN Pearson's rho		VN Pearson's rho	
	r	p reikšmė	R	p reikšmė	r	p reikšmė	r	p reikšmė
Hospitalizacijos trukmė iki operacijos	0,051	0,596	0,091	0,334	0,052	0,687	0,09	0,332

Apibendrinant, pagal „operacinės patirties“, „gydomosi ligoninėje trukmės iki operacijos“ ryšių gautus rezultatus, nepastebėta, kad išvardinti veiksniai įtakotų patiriamą pacientų nerimo lygį prieš operaciją.

**Nerimo lygio pasiskirstymas pagal chirurginių skyrių specifika.** Norint nustatyti ar chirurginių skyrių specifika (operacijų tipas, apimtis, liekamųjų reiškinų tikimybė, pvz. randų, kūno proporcingumo ar vientisumo praradimo) gali įtakoti nerimo dėl busimos operacijos lygį, buvo palyginti septynių skyrių duomenys. Įvertinus HAD, SN ir VN skalių pacientų patirtą nerimą, statistiškai patikimų skirtumu nepastebėta. (11 lentelė)

11 lentelė. Tiriamųjų nerimo vidurkių skalių (HNDS, SN, VN) palyginimas pagal skyrius

Ligoninės skyriai	I* N=17	II N=20	III N=7	IV N=33	V N=8	VI N=12	VII N=12
<b>HNDS (nerimas)</b>	13,58	11,70	11,14	12,48	14,50	13,58	16,00
<b>SN</b>	44,94	43,60	46,85	39,00	44,62	37,83	41,08
<b>VN</b>	45,00	39,05	44,57	37,27	44,25	39,75	12,02

\*I – angiochirurgijos, II – akių ligų, III – urologijos, IV – ortopedijos-traumatologijos, V – plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos, VI – bendrosios chirurgijos, VII – ginekologijos, VIII – neurologijos.

Apibendrinant, gautais tyrimo rezultatais negalima pagrįsti nuomonės, kad nerimo lygis yra priklausomas nuo chirurginio skyriaus specifikos.

**Operacijos derinimo galimybės įtaka priešoperaciniam nerimui pasireikšti.** Tam, kad sužinoti ar išankstinis operacijos laiko planavimas įtakoja priešoperacinio nerimo

lygį, buvo palyginti pacientų, kurie derino operacijos laikotarpį ir tų, kurie tokios galimybės neturėjo, patiriamo nerimo duomenys. Naudotas t-testas.

Pacientai, kurie iš anksto susiderino operacijos laiką, jautė didesnę hospitalinį nerimą ( $r=14,74\pm 5,4$ ), nei tie, kurie dėl sveikatos būklės pūmėjimo, buvo skubiai paguldyti į ligoninę ir ruošiami operacijai ( $r=12,34\pm 4,1$ ). Skirtumas statistškai patikimas ( $p=0,016$ ).

Pacientai, kurie derino operacijos laiką, patyrė didesnę situacinį nerimą ( $r=45,35\pm 6,6$ ), nei tie pacientai, kurie buvo paguldyti į ligoninę dėl pablogėjusios sveikatos ( $r=40,1\pm 8,9$ ). Skirtumas tarp šių grupių yra statistiškai patikimas ( $p=0,003$ ).

Pacientai, kurie derino operacijos laiką, patyrė didesnę vidinį nerimą ( $r=43,18\pm 8,4$ ), nei tie pacientai, kurie buvo paguldyti į ligoninę dėl pablogėjusios sveikatos ( $r=38,6\pm 8,4$ ). Skirtumas tarp šių grupių yra statistiškai patikimas ( $p=0,01$ ). (12 lentelė)

Galime daryti prielaidą, kad kuo ilgesnis yra operacijos laukimo laikotarpis, tuo didesnę stresą patiria pacientai.

12 lentelė. Spilberger'io klausimyno SN ir VN skalių nerimo lygio ir operacijos derinimo galimybės vidurkių palyginimas

	Derino N=35		Nederino N=74		T-testas		
	Vidurkis	SD	Vidurkis	SD	t	df	p
<b>SN</b>	45,35	6,568	40,09	8,852	3,092	106	0,003
<b>VN</b>	43,18	8,397	38,59	8,406	2,632	106	0,010

**Aplinkos ir „pripratimo prie ligoninės režimo“ įtaka priešoperaciniam nerimo lygiui.** Vertinant aplinkos ir režimo poveikį pacientų nerimui pasireikšti, norėjome sužinoti, kokios adaptacinės galimybės yra būdingos laukiantiems operacijos. Darėme prielaidą, kad pacientai, teigiantys, kad priprato prie ligoninės režimo ir tie, kurie sakė, kad aplinka juos veikia teigiamai, patiria mažesnę nerimą negu tie kurie aplinkos poveikį vertino neigiamai ir nepriprato prie režimo.

Įvertinus pacientų gautus atsakymus, kaip, jų manymų, juos veikia ligoninės aplinka (teigiamai, neigiamai, kitaip, nežinau), buvo išanalizuoti „teigiamai“ ir „neigiamai“ gauti atsakymai. Palyginus aplinkos poveikio nerimo lygiui vidurkius reikšmingų ryšių skirtumų nepastebėta. (13 lentelė)



13 lentelė. Tiriamųjų grupės aplinkos poveikio vertinimo jų nerimui, vidurkių palyginimas

Aplinka	Teigiamai veikia N=40		Neigiamai veikia N=16		T-testas		
	Vidurkis	SD	Vidurkis	SD	t	df	p
<b>HNDS (nerimas)</b>	13,45	5,074	12,19	3,834	0,896	54	0,374
<b>SN</b>	40,70	9,213	42,19	8,471	0,558	54	0,579
<b>VN</b>	39,13	9,858	40,50	8,914	0,484	54	0,630

Tiriamųjų grupėje pacientai, kurie teigė, kad priprato prie ligoninės režimo patyrė mažesnę situacinį nerimą ( $r=41,2\pm 8,1$ ), nei tie kurie teigė, kad nepriprato prie ligoninės režimo ( $r=45,6\pm 6,3$ ), duomenys statistiškai patikimi ( $p=0.028$ ) (14 lentelė)

14 lentelė. Nerimo ir pripratimo prie ligoninės režimo ryšys

Ligoninės režimas	Priprato prie režimo N=72		Nepriprato prie režimo N=20		T-testas		
	Vidurkis	SD	Vidurkis	SD	t	df	p
<b>Nerimas (HAD)</b>	12,74	4,299	14,00	4,078	-1,176	90	0,243
<b>SN</b>	41,15	8,142	45,55	6,295	-2,233	90	0,028
<b>VN</b>	40,13	9,339	41,40	6,236	-0,575	90	0,567

Apibendrinant gautus duomenis, galime teigti, kad aplinkos poveikis pacientų nerimui pasireikšti reikšmingos įtakos neturėjo. Pripratimą prie ligoninės režimo, galėtume vertinti kaip teigiamą pacientų adaptaciją prie esamos situacijos. Tai patvirtina duomenys, kad situacinis (kitais adaptacinis) nerimas yra mažesnis tų pacientų grupėje, kurie teigė, kad priprato prie ligoninės režimo.

**Priešoperacinis informavimas ir nerimas.** Patikrinome priešoperacinės informacijos (apie gydymą, pooperacinį laikotarpį, galimas komplikacijas) poveikį priešoperaciniam nerimui pasireikšti. Buvo lyginti duomenys pacientų, teigiančių, kad gavo išsamią informaciją apie prieš ir pooperacinį laikotarpį ir pacientų, kurie gautą informaciją

vertino kaip neišsamia, t.y.informacijos kiekis nepatenkino jų žinių poreikio. Įvertinus gautus duomenis, reikšmingų ryšių nepastebėta. (15 lentelė)

Galime teigti, kad informacijos suteikimas apie priešoperacinį ir pooperacinį laikotarpį, pacientų patiriamam nerimui reikšmingos įtakos neturėjo.

15 lentelė. Nerimo skalių (SN ir VN) ir priešoperacinės informacijos suteikimo vidurkių palyginimas pagal lytį

	Informuoti N=79		Neinformuoti N=25		T-testas		
	Vidurkis	SD	Vidurkis	SD	t	df	p
<b>SN</b>	41,47	8,706	43,60	8,098	-1,084	102	0,281
<b>VN</b>	39,33	8,645	42,80	7,869	-1,786	102	0,281

**Priešoperacinį nerimą sukeltantys veiksniai ir jų palyginimas moterų ir vyrų grupėse.** Norint sužinoti, kokie su būsima operacija susiję veiksniai labiau būdingi moterims, kokie vyrams buvo ištirti ir palyginti abiejų lyčių, pagal svarbumą suskirstyti, septyni veiksniai („aplinka“, „narkozė“, „nežinomybė“, „pooperacinis skausmas“, „operacijos pasekmės“, „priverstinė pooperacinė padėtis“, „pooperacinė komplikacijos“). Duomenų skaičiavimui buvo naudotas neparametrinis Spearman'o koeficientas. Stiprių ir statistiškai patikimų koreliacijų, tarp priešoperacinį nerimą keliančių veiksnių, nepastebėta. Veiksniai, pagal svarbą (pg. pacientų vertinimą savęs atžvilgiu), yra pasiskirstę beveik vienodai abiejų lyčių grupėse, pvz., moterys labiau nerimauja dėl galimo pooperacinio skausmo, bet skirtumas yra statistiškai nepatikimas. (16 lentelė, 7,8 pav.)

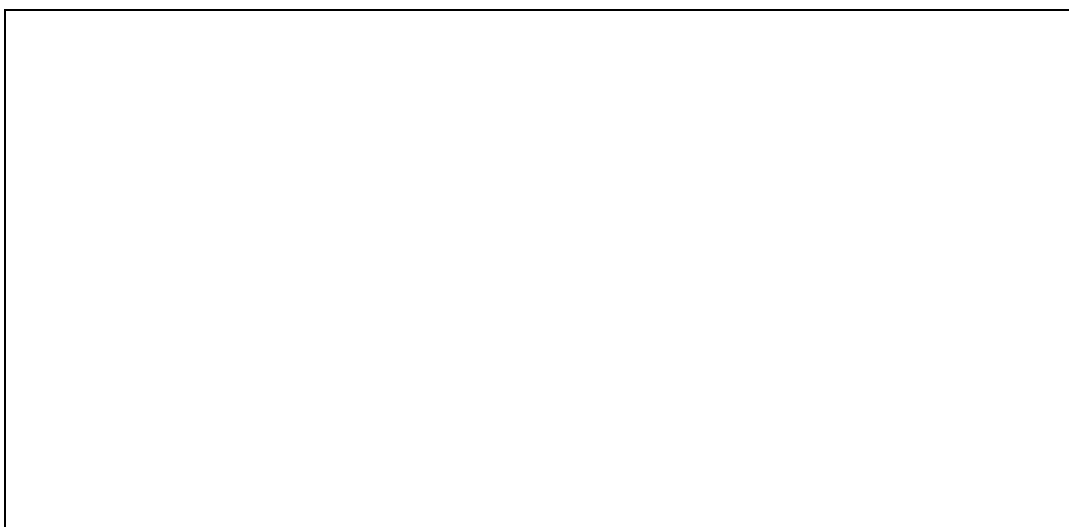
16 lentelė. Priešoperacinį nerimą keliančių veiksnių vidurkių palyginimas pagal tiriamųjų lytį

<b>Lytis</b>	Aplinka	Narkozė	Nežinomybė	Pooperacinis skausmas	Operacijos pasekmės	Priverstinė pooperacinė padėtis	Pooperacinės komplikacijos
<b>Moterys</b>	3,19	2,24	3,12	3,36	2,64	3,58	2,85
<b>Vyrai</b>	3,40	2,62	2,80	2,70	2,72	3,58	3,10
<b>P reikšmė</b>	0,639	0,367	0,413	0,064	0,831	0,991	0,474

$p > 0,05$  (t-testas) patikimo skirtumo nepastebėta.



7 pav. Priešoperacinį nerimą sukeliančių veiksnių vidurkių palyginimas moterų grupėje.



8 pav. Priešoperacinį nerimą sukeliančių veiksnių vidurkių palyginimas vyrų grupėje

**Psichosocialiniai veiksniai sukeltys nerimą gydymo eigoje ir jų palyginimas pagal amžių ir lytį.** Žinoma, kad pacientų nerimas, esant ligoninėje, yra susijęs ir su psichosocialiniais veiksniais. Buvo vertinti veiksniai, dėl kurių pacientai, dažniausiai, jaučia nerimą; pacientų amžiaus vidurkių sąsaja su nerimo veiksniais bei veiksnių pasiskirstymu moterų ir vyrų grupėse. Duomenims lyginti buvo naudotas Chi kvadrato ( $\chi^2$ ) testas.

Nerimo ir psichosocialinių veiksnių duomenų vidurkių palyginimas:

- Nerimaujančių dėl šeimos, amžiaus vidurkis yra 42 metai. Nesakančių, kad nerimauja dėl šeimos, amžiaus vidurkis yra 43,6 metai. Skirtumas statistiškai nepatikimas ( $p=0,6$ ). Naudotas t-testas.

- Nerimaujančių dėl darbo, amžiaus vidurkis yra 42 metai. Nenurodančių nerimo dėl darbo, amžiaus vidurkis yra 43,3 metai. Skirtumas statistiškai nepatikimas ( $p=0,7$ ). Naudotas t-testas.

- Nerimaujančių dėl savo sveikatos, amžius vidurkis yra 42 metai. Nenurodė, kad nerimauja dėl savo sveikatos, pacientai, kurių amžiaus vidurkis yra 44 metai. Skirtumas statistiškai nepatikimas ( $p=0,36$ ). Naudotas t-testas. (17 lentelė)

17 lentelė Psichosocialinių nerimo priežasčių šaltinių palyginimas pagal lytį. ( $\chi^2$  testas)

Nerimo priežastys	Dėl darbo $p=0,0575$		Dėl šeimos $p=0,8$		Dėl sveikatos $p=0,36$	
	Taip	Ne	Taip	ne	Taip	Ne
Vyrai	13	7	15	19	27	37
Moterys	17	52	35	40	23	22



9 pav. Moterų ir vyrų nerimo priežasčių, esant ligininėje, palyginimas.

Apibendrinant gautus duomenis, galime teigti, kad moterys ligininėje labiau negu vyrai nerimauja dėl šeimos ir darbo. Vyrai, esantys ligininėje, labiau nerimauja dėl savo sveikatos. (9 pav.)

**Priešoperacinės paramos poreikis ir jo šaltinių palyginimas vyrų ir moterų grupėse.** Daugelio mokslinių tyrimų rezultatų duomenimis, parama yra efektyvi priemonė galinti sumažinti patiriamą nerimą, atitinkamai stresą, prieš operaciją. Norint patikrinti kieno paramos norėtų sulaukti pacientai prieš operaciją, buvo palyginti moterų ir vyrų paramos šaltinių pasirinkimas. Duomenų statistiniam skaičiavimui, pagal lytį, buvo naudotas chi kvadrato ( $\chi^2$ ) testas. Statistiškai patikimų skirtumų tarp lyčių nepastebėta ( $p > 0.05$ ).

Rezultatų duomenimis moterų poreikis paramai prieš operaciją yra didesnis negu vyrų. Moterys (52%), dalyvavusios apklausoje, labiau norėtų sulaukti šeimos paramos nei tyrime dalyvavę vyrai (50%). Tačiau esamų duomenų neužtenka teigti, kad toks paramos poreikis yra pastebimas visoje, tyrimo metu gydytų pacientų populiacijoje.

Rezultatai parodė, kad šeimos bei specialistų paramą dažniau rinktųsi moterys. Vyrai norėtų sulaukti paramos iš panašios patirties žmonių. Manome, kad moterims, esant gyvenimo pokyčiams, yra labai svarbus emocinis ryšys su šeima. Į specialistus moterys kreiptųsi dėl išsamesnės informacijos bei patarimų. Vyrai labiau pasitiki gyvenimo patirties pavyzdžiais.

Nenorinčių jokios paramos, vyrų ir moterų grupėse pasiskirstymas vienodas. (18 lentelė, 8 pav.)

18 lentelė. Tiriamųjų grupėje paramos šaltinių pasiskirstymas pagal lytį. ( $\chi^2$  testas)

Parama	Šeimos $p=0,7913$		Specialistų $p=0,9427$	
	nori paramos	nenori paramos	Nori paramos	nenori paramos
Vyrai N=50	25	25	20	30
Moterys N=59	31	28	24	35
Parama	Panašios patirties žmonių $p=0,2490$		Paramos poreikis $p=0,7398$	
	nori paramos	nenori paramos	Nori	Nenori
Vyrai	9	41	43	7
Moterys	5	45	52	7

Paramos poreikis-  $p > 0,05$ , tad statistiškai patikimo skirtumo nėra



8 pav. Paramos šaltiniai pagal lytį.

Norint sužinoti ar yra amžiaus ir paramos šaltinio pasirinkimo ryšys, patikrinome norinčių („šeimos, „specialistų“, „panašios patirties žmonių“ ir „nenorinčių“) paramos ir amžiaus vidurkius. Gauti rezultatai:

- Šeimos parama.

Norinčių šeimos paramos, amžiaus vidurkis – 44,3 metai. Nenorinčių šeimos paramos, amžiaus vidurkis – 44,3 metas. Skirtumas statistiškai nepatikimas ( $p=0,347$ ).

- Specialistų parama.

Norinčių gauti specialistų paramą amžiaus vidurkis – 45,3 metai. Nenorinčių tokios paramos, amžiaus vidurkis – 41,5 metai. Skirtumas statistiškai nepatikimas ( $p=0,18$ ).

- Panašios patirties žmonių parama.

Norinčių paramos tokios paramos, amžiaus vidurkis – 43,8 metai, nenorinčiųjų – 38,9 metai. Skirtumas statistiškai nepatikimas ( $p=0,212$ ).

- Paramos nereikia.

Manančių, kad jokios paramos nereikia, amžiaus vidurkis – 34,8 m. Neneigiančių, kad reikia paramos, amžius vidurkis – 44,3 metai. Skirtumas statistiškai patikimas ( $p=0,018$ ).

Apibendrinant gautus rezultatus, lyginant paramos šaltinio pasirinkimą pagal amžių, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp jaunesnių pacientų (amžiaus vidurkis – 34,9) ir vyresnių (amžiaus vidurkis – 43,8 m.). Galime daryti prielaidą, kad jaunesnio amžiaus pacientų paramos poreikis yra mažesnis negu vyresnio amžiaus pacientų.

## 5. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo ištirti pacientų, prieš operaciją, patiriamą stresą. Baimė, nerimas, depresija, įtampa – tai streso emocinė išraiška. Nerimas ir depresija buvo pasirinkti kaip emocinį stresą lydinčios emocijos. Mūsų tyrime, stresas buvo vertinamas pagal nerimo, depresijos lygį. Šie kriterijai buvo pasirinkti, atsižvelgiant į užsienio šalyse atliktų tyrimų rezultatus bei dėl jų pasireiškimo dažnio priešoperaciniame periode.

Atlikus tyrimą, gauti statistiškai patikimi duomenys, kad chirurginių skyrių pacientai patiria didesnę situacinį nerimą negu pacientai gydomi terapinio pobūdžio skyriuje.

Situacinio nerimo lygis parodo, kaip pats tiriamasis vertina dabartinę situaciją. Chirurginiuose skyriuose gydomi pacientai priešoperacinę situaciją vertina kaip grėsmingą, pavojingą.

Priešoperacinio streso tyrimų pradininko Janis ir kitų mokslininkų [22, 24, 25], teigimu, aukštas ir žemas priešoperacinis nerimas (stresas) gali neigiamai įtakoti pooperacinį sveikimo laikotarpį. Yra tikimybė, kad pacientai, kuriems buvo nustatytas vidutinio lygio nerimas, adaptuosis prie esamos situacijos (ligoninės aplinkos, operacijos) geriau bei jų sveikimo periodas bus be ypatingų komplikacijų ir emocijų svyravimo.

Tam, kad įsitikinti kaip patys pacientai vertina savo emocinį pasiruošimą operacijai, jų buvo klausama „ar nerimaujate prieš operaciją?“. Palyginus gautus rezultatus buvo gauti statistiškai reikšmingi duomenys, kad pacientai, teigiantys, kad nerimauja prieš operaciją, iš tiesų jaučia didesnę nerimą negu pacientai neigiantys savo nerimą. Galime daryti prielaidą, kad pacientai, kurie išoriškai neatskleidžiantys priešoperacinių emocijų, patiria didesnę nerimą, atitinkamai stresą, negu pacientai, kurie sugeba realiai įvertinti ir išreikšti savo emocinę būseną. Užslėptas nerimas gali neigiamai paveikti pacientų sveikimo eigą.

Planuojant tyrimą, buvo tikėtasi, kad mažiau invazinių (laparoskopijos, operacijos, po kurių lieka mažesni pooperaciniai randai; mažiau pažeidžiančios kūno vientisumą, proporcingumą) operacijų laukiantys pacientai, patiria mažesnę nerimą, atitinkamai stresą, negu pacientai, laukiantys atviru būdu atliekamų operacijų [46, 77]. Tikrinant tiriamosios grupės patiriamo nerimo lygio vidurkius, statistiškai patikimų skirtumų nepastebėta. Todėl, mūsų tyrimo duomenys nepatvirtina, kad nerimo lygis yra priklausomas nuo chirurginio skyriaus specifikos.

Daugelis mokslinių tyrimų autorių nurodo, kad didesnę nerimą prieš operaciją patiria moterys negu vyrai. Mūsų gauti tyrimų rezultatai patvirtino šią nuomonę. Nerimo lygis moterų grupėje buvo didesnis negu vyrų.

Rasti skirtumai tarp moterų paramos šaltinių pasirinkimo, psichosocialinių veiksnių ir veiksnių, susijusių su busima operacija, įtakojančių moterų emocijų lygį.

Buvo ištirtas pacientų priešoperacinio informavimo ir nerimo lygio ryšys. Informacijos suteikimas reikšmingos įtakos tiriamųjų nerimui neturėjo. Tyrimų rezultatai nepatvirtino teiginių, kad priešoperacinės informacijos trūkumas sukelia didesnę nerimo lygį. Galima, daryti prielaidą, kad suteiktos informacijos kiekis atitiko arba neatitiko individualaus pacientų informacijos poreikio, pvz. pacientai teigiantys, kad nebuvo išsamiai informuoti apie priešoperacinį ir pooperacinį laikotarpį, turėjo didesnę informacijos poreikį arba informacijos pateikimo būdas buvo nepakankamai informatyvus.

Įdomūs rezultatai gauti lyginant pacientų, kurie turėjo galimybę derinti operacijos laiką ir kurie buvo hospitalizuoti, ruošiami operacijai dėl ūmaus sveikatos sutrikimo. Pacientai, kurie suderino operacijos laiką, turėjo didesnę nerimo lygį, negu pacientai, nederinę operacijos laikotarpio. Tai patvirtino mūsų darbo hipotezę, kad operacijos laiko planavimo galimybė sukelia didesnę pacientų stresą. Teoriškai, jei pacientas turi pakankamai laiko pasiruošti operacijai, apsvarstyti, suderinti operacijos laikotarpį su įprasta veikla, jis yra labiau emociškai pasiruošęs operacijai ir didelė tikimybė, kad jo pooperacinis laikotarpis praeis sklandžiai, bent emociniame lygyje. Mūsų darbe gautų rezultatų duomenis galėtume interpretuoti, kad kuo ilgiau pacientas yra ruošiamas operacijai, tuo labiau jis išgyvena stipresnes emocijas, kas gali įtakoti gydymosi ir sveikimo eigą.

Operacijos laukimo periodas yra stiprus stresorius, galintis sukelti įvairius paciento emocijų sutrikimus. Šio tyrimo gauti rezultatai reikšmingų skirtumų hospitalizacijos trukmės nerimo lygiui nepatvirtino. Tai patvirtino Vingerhoets atlikto tyrimo rezultatus [62].

Aplinkos mikroklimatas veikia pacientų emocinę savijautą bei sveikimo eigą. Emocinė savijauta priklauso nuo paciento sugebėjimo adaptuotis prie situacinių pokyčių. Tam, kad įvertinti ar chirurginių skyrių pacientai gali adaptuotis prie pasikeitusios situacijos (liga, būsima operacija), pacientų buvo klausiama, „ar jie priprato prie ligoninės režimo ir kaip juos veikia ligoninės aplinka?“. Tyrimo duomenimis, pacientai, kurie teigė, kad priprato prie ligoninės režimo, jautė mažesnę nerimą negu pacientai, neigiantys savo pripratimą. Pripratimą prie ligoninės režimo, galėtume vertinti kaip teigiamą pacientų adaptaciją prie esamos situacijos.

Mokslininkų teigimu depresijos požymiai labiau yra būdingi chirurginiuose skyriuose gydomiems pacientams. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, reikšmingų skirtumų tarp tiriamosios ir kontrolinės grupės depresijos atžvilgiu, nepastebėta.



Lyginant pacientų psichosocialines nerimo priežastis, esant ligoinėje, buvo gauti rezultatai, kad moterys labiau nerimauja dėl šeimos ir darbo, o vyrai dėl savo sveikatos.

Svarbus veiksnys, galintis efektyviai mažinti pacientų patiriamą nerimą, yra parama. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, moterys, prieš operaciją, dažniau negu vyrai nori paramos iš šeimos, dažniau pasirenka specialistų paramą bei moterų grupėje mažiau nepageidaujančių paramos negu vyrų grupėje. Vyrai paramos norėtų sulaukti iš panašios patirties žmonių. Manome, kad moterims, esant gyvenimo pokyčiams, yra labai svarbus emocinis ryšys su šeima. Į specialistus moterys kreiptųsi dėl išsamesnės informacijos bei patarimų. Vyrai labiau pasitiki gyvenimo patirties pavyzdžiais.

Teigiančių, kad paramos nereikia, amžiaus vidurkis buvo 34 metai, o norinčių pagalbos 44 metai. Tad jaunesnių pacientų paramos poreikis mažesnis negu vyresnių.

Moterų grupėje, didesnę nerimą dėl busimos operacijos sąlygojantys veiksniai yra pooperacinės pasekmės ir pooperacinis skausmas. Gauti duomenis patvirtina Pilewska Lenkijoje atliktu tyrimu duomenis. [63]

Vyrų grupėje nerimo lygis prieš operaciją yra susijęs su aplinka, nežinomybe, priverstine padėtimi po operacijos, narkozės. Abiejų lyčių tiriamieji vienodai nerimauja dėl pooperacinių komplikacijų.

Mokslininkų teigimu, pagal demografinius pacientų duomenis (amžius, lytis, ankstesnių operacijų buvimas), galima nustatyti jų emocinį pasiruošimą operacijai bei numatyti pooperacines komplikacijas. Mūsų tyrimo duomenys patvirtino Boeke [58] ir bendraautorių gautus rezultatus, kad demografinių duomenų analizė nėra patikimas metodas, nustatantis emocinę pacientų būseną.

## 6. IŠVADOS

Pacientai, teigiantys, kad nerimauja prieš operaciją, iš tiesų patiria didesnę stresą, negu pacientai neigiantys priešoperacinį nerimą.

Priešoperacinio laikotarpio trukmė priešoperacinio streso lygiui, įtakos neturėjo.

Moterų paramos poreikis prieš operaciją yra didesnis negu vyrų. Moterys norėtų sulaukti paramos iš šeimos ir specialistų. Vyrai iš panašios patirties žmonių.

Prieš operaciją moterys nerimauja dėl pooperacinių pasekmių ir pooperacinio skausmo. Vyrai nerimauja dėl narkozės. Abiejų lyčių pacientai vienodai nerimauja dėl galimų pooperacinių komplikacijų.

Hipotezė, kad chirurginių skyrių pacientai patiria didesnę stresą (situacinis nerimas) negu pacientai gydomi terapinio pobūdžio skyriuose, pasitvirtino. Pacientai vertina priešoperacinį laikotarpį kaip stresą sukeliančią situaciją.

Hipotezė, kad moterys patiria didesnę priešoperacinį stresą pasitvirtino.

Pacientai, turintys galimybę planuoti operacijos laiką, patiria didesnę stresą negu pacientai paguldyti į ligoninę ir ruošiami operacijai dėl ūmaus sveikatos sutrikimo. Hipotezė pasitvirtino.

## 7. REKOMENDACIJOS

Chirurginė intervencija, nepriklausomai mažos ar didelės apimties operacija, ar po jos liks liekamieji reiškiniai (randai, kūno proporcingumo, vientisumo praradimas), ji visada bus stresą sukianti situacija. Kiekvienas individualiai vertina situacijos pavojingumą bei grėsmę. Toks vertinimas priklauso nuo žmogaus asmeninių savybių, sugebėjimo adaptuotis prie naujų situacijų, individualaus atsparumo stresui. Priešoperacinis pacientų stresas, tai svarbus emocinis veiksnys, galintis įtakoti ir pooperacinę pacientų būklę, t.y. gali ilgiau trukti pooperacinio gydymosi ligoninėje laikotarpis, pasireikšti intensyvūs pooperaciniai skausmai, komplikacijos bei sutrikti psichoemocinė pacientų pusiausvyra.

Pacientas, patekęs į ligoninę, turi daug išbandymų. Jis privalo adaptuotis prie pasikeitusios aplinkos, išverti priverstinę izoliaciją nuo savo artimųjų, priprasti prie palatos kaimynų, ligoninės režimo ir laikinai įgyto paciento vaidmens.

Manau, jei gydantis ir slaugantis personalas galėtų nesudėtingų metodikų pagalba (klausimynais) įvertinti pacientų išgyvenamas emocijas prieš operaciją, tai būtų veiksmingas įnašas priešoperacinės psichologinės slaugos plano sudarymui. Įvertinus streso lygį, galima būtų suteikti pacientui efektyvesnę pagalbą, mažinančią pacientų nerimą, įtampą, baimę prieš operaciją.

Tyrimais įrodyta, kad stresą pacientams sukelia informacijos trukumas, nežinomybės baimė. Priešoperacinio streso mažinimui galima rengti priešoperacines apmokymų programas. Apmokymų prieš operaciją esmė, suteikti informaciją apie prieš ir pooperacinį gydymą, reabilitaciją, galimus pooperacinius pokyčius, komplikacijų prevenciją. Lietuvoje mažai dėmesio yra skiriama pacientų psichologinei būklei.

Taip pat įvairių tyrimų duomenimis, pacientai nerimauja dėl būsimos anestezijos (nejautos). Manoma, kad toks nerimas atsiranda dėl informacijos trūkumo. Priešoperaciniai apmokymai būtų informatyvūs bei efektyviai mažintų priešoperacinį pacientų stresą, jei tai būtų komandinė veikla. Tokioje veikloje galėtų dalyvauti slaugytojas, operuojantis gydytojas, anesteziologas ir psichologas.

Apmokymuose galėtų dalyvauti ir psichologas-konsultantas, nes, kaip jau nagrinėjome literatūros apžvalgoje, pacientų patiriamas stresas nėra susijęs tik su liga ir operacija. Pacientai, esant ligoninėje, nerimauja dėl artimųjų, darbo, pooperacinės integracijos į visuomenę.

Užsienio šalyse, chirurginiuose skyriuose dirba psichologas arba psichoterapeutas. Konsultacijos metu, nustatomas paciento nerimo lygis, kartais priežastys, pacientas priskiriamas atitinkamai rizikos grupei. Bendradarbiaujant su gydančiu bei slaugančiu personalu, psichologo pateikti pastebėjimai galėtų padėti parinkti pacientui tinkamą slaugos planą bei veiksmus, mažinančius galimas pooperacines komplikacijas.

Pastebėta, kad patys pacientai labai retai kreipiasi specialistų pagalbos. Slaugantis personalas turėtų atidžiau stebėti pacientų emocinę būseną, sugebėti ją vertinti bei suteikti paramą.

Priešoperacinio streso mažinimo metodikos nėra brangios nei ekonominių nei užimtumo atžvilgiu. Paruošta informavimo edukacinė programa gali būti taikoma individualiai ir grupėse. Skyriuose tokiai veiklai gali būti paskirtas slaugytojas, kas sumažintų ir personalo apkrovimą. Taip pat labai svarbu, kad pacientai gautų aiškia, sistematizuotą informaciją.

Bendradarbiavimas su pirminės sveikatos priežiūros įstaigomis, sumažintų chirurginiuose skyriuose dirbančio personalo darbo krūvį. Nauda būtų dviguba, nes informacija apie būsimą operaciją, gydymą būtų suteikta iš anksto. Tyrimais įrodyta, kad informacijos suteikimas, ne ligoninės aplinkoje, artėjant operacijos dienai, efektyviai sumažina pacientų patiriama stresą dėl būsimos operacijos. Tai patvirtina ir Fortner atlikti tyrimai [80].

**LITERATŪRA**

- (1) Tylka J. Poradz sobie ze stresem. <http://archiwum.wiz.pl/1996/96094200.asp>
- (2) Heszen-Niejodek I.(2000).Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie. W.J.Strelau (red),Psychologia. Podrecznik akademicki t.3, s.465-492. Gdansk: GWP
- (3) Аркелов Г.Г., Глебов В.В., Вегетативные составляющие стресса и личностные особенности пациентов, страдающих пограничными расстройствами. Психологический журнал, 2005, том 26, No 5, с. 35-46
- (4) Kriščiūnas A. Psichikos ligos ir mes. 58-59, 61 psl.Vilnius; 1991
- (5) Tomaszewski T. Psychologia. 651-655 Warszawa; 1978
- (6) Pikūnas J, Palujanskienė A. Stresas atpažinimas ir įveikimas. Kaunas; 2005 p.88
- (7) Legkauskas V. Psichologijos įvadas. VDU. Kaunas, 2001 p.159-162
- (8) David G.Myers. Psichologija. Poligrafija ir informatika. 2000 p.586
- (9) Chodkiewicz J. Psychologia zdrowia. Lodz; 2005
- (10) Sheridan Ch.L, Radmacher S.A. Psychologia zdrowia. IPZ, Warszawa; 1998
- (11) Medicinos enciklopedija II t. 299, 345-347 p. Vilnius; 1993
- (12) Grakauskas Ž, Valickas G. Streso įveikos klausimynas: keturių faktorių modelių taikymas. Psichologija; 2006 p.33, 64
- (13) Autukaitė M, Valickas G. Karių patiriamo streso ir jo įveikos ypatumai. Psichologija 2004 29
- (14) Lazarus, R.S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984
- (15) Grakauskas Ž, Stresas ir elgesio reguliacija: teorinės sąveikos problemos. Psichologija 2004 29 p. 80-81
- (16) Kasiulis J, Barvydienė V. Vadovavimo psichologija. Kaunas; 2001
- (17) Charles L. Sheridan, Sally A. Radmacher. Psychologia zdrowia. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 1998
- (18) Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 1967 11, 213-218
- (19) Stres może dwukrotnie zwiększyć ryzyko raka piersi. <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=serwis&op=opis&id=195>
- (20) Brenda O’Hanlon. Stresas. Leidykla „Gaivata”; 1999
- (21) Šidlauskaitė I. Psichologinio-socialinio streso ir gyvenimo stiliaus sąsajos. Psichologija 2001 24
- (22) Johnston M. Carpenter L. Relationship between pre-operative anxiety and post-operative state. [PubMed abstraktas]

- (23) Johnston M. Pre-operative emotional states and post-operative recovery. *Adv Psychosom Med* 1986; 15: 1-22.
- (24) Johnston M, Carpenter L. Relationship between pre-operative anxiety and post-operative state. *Psychol Med.*1980 May; 10(2):361-7.
- (25) Tolksdorf W. The preoperative mental state. *Forschr Med.* 1984 Mar 29; 102(12): 342-5. [pubMed abstraktas]
- (26) Gammon J. Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice* 1998; 4: 84-96
- (27) Johnston M. Anxiety in surgical patients. *Psychol Med.* 1980 Feb; 10(1):145-52 [pubMed abstraktas]
- (28) Swindale JE. The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *J Adv Nurs.* 1989 Nov; 14 (11): 899-905.
- (29) Cartwright, A. Human relations and hospital care. London: Routledge-Kegan; 1964
- (30) Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MB. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2001 Mar; 45 (3): 298-307. [pubMed abstraktas]
- (31) Scheier, MF et al. "Optimism and Rehospitalization Following Coronary artery Bypass Graft Surgery", *Archives of Internal medicine.*1999; 159:829-835
- (32) Тарабрина Н.В, Генс Г.П, Коробкова Л.И, Ворона О.А, Падун М.А. Опыт и результаты. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы. *Вестник РФФИ* N6 (44) ноябрь-декабрь 2005 12
- (33) Borah G, Rankin M, Wey P. Psychological complications in 281 plastic surgery practices. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Oct; 104 (5): 1241-6.
- (34) Fajemilehin B.R, Fabayo A.O. Perception of situational stress associated with hospitalization among selected Nigerian patients. *J Adv Nurs.* 1991 Apr; 16 (4): 469-74.[pubMed abstraktas]
- (35) Losiak W. Dynamika emocji i radzenie sobie w stresie psychologicznym. *Badania pacjentow chirurgicznych.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagielonskiego, Krakow 1994
- (36) Facts of Life: Issue Briefings for Health Reporters, Vol.4, No. 1 January-February 1999, Cutting the Stress of Surgery
- (37) Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 maio-junho; 14(3):383-8
- (38) D. Mc Govern Billings, Lillian Gatlin Stores. *Medical surgical nursing.* St. Louis-Toronto-London, 1982, p.272

- (39) Walker J. Emotional and preoperative preparation in adults. *British journal of nursing* 2002, vol.11, pp. 560-565
- (40) Majima T, Sato R. A study of factors of anxiety and nursing intervention among cardiac surgical patients. *Nihon Kango Kagakkaishi*. 1994 Mar; 14 (1):11-8. [pubMed abstraktas]
- (41)da Silva Wv, Nakata S. Communication: a perceived need in the pre-operative period for surgical patients. *Rev Bras Enferm*. 2005 Nov-Dec; 58(6): 673-6
- (42) Kureshi J, Rocke AD, Tariq AQ. Perioperative knowledge and anxiety score of patients undergoing surgery. *Middle East J Anesthesiol*. 1995 Oct; 13(3): 325-33.
- (43) Cobley M, Dunne JA, Sanders LD. Stressful pre-operative preparation procedures. The routine removal of dentures during preoperative preparation contributes to pre-operative distress. *Anaesthesia*. 1991 Dec; 46 (12): 1019-22.
- (44) Starkweather AR, Witek-Janusek L, Nockels RP, Peterson J, Mathews HL. Immune function , pain, and psychological stress in patients undergoing spinal surgery. *Spine*. 2006 Aug 15; 31 (180: E641-7.[pubMed abstraktas]
- (45) Stres i rekonwalescencja.  
<http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=serwis&op=opis&id=195>
- (46) Tref PM, Ploutz-Snyder R, Fredrickson BE. Emotional health predicts pain and function after fusion: a Prospective multicenter study. *Spine*. 2006 Apr 1; 31(9):823-30 [Medline abstraktas]
- (47) Cui DC, Geng J. Psychological stress and nursing strategies in patients with elective surgery. *Zhonghua Hu Li Za Zhi*. 1996 Dec; 31(12): 692-5. [pubMed abstraktas]
- (48) Ray C, Fitzgibbon G. Stress arousal and coping with surgery. *Psychol Med*. 1981 Nov; 11(4): 741-6. [pubMed abstraktas]
- (49) Ozalp G, Sarioglu R, Tuncel G, Aslan K, Kadiogullari N. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2003 Jan; 47 (1): 26-9.
- (50) Vogele C, Steptoe A. Physiological and subjective stress responses in surgical patients. *J Psychosom Res*. 1986; 30(2): 205-15. [pubMed abstraktas]
- (51) Manyande A, Salmon P. Recovery from minor abdominal surgery: a preliminary attempt to separate anxiety and coping. *Br J Clin Psychol* 1992; 31: 227–37.[Medline abstraktas]
- (52) Gammon J. Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *Int J Nurs Pract*. 1998 Jun; 4 (2): 84-96. [pubMed abstraktas]
- (53) Doering S, Katzlberger F, Rumpold G, Roessler S, Hofstoetter B, Schatz D.S, Behensky H, Krismer M, Luz G, Innerhofer P, Benzer H, Saria A, Schuessler G. Videotape Preparation

of Patients Before Hip Replacement Surgery Reduces Stress . *Psychosomatic Medicine* 2000; 62:365-373

(54) Patton CM. Preoperative nursing assessment of the adult patient. *Semin Perioper Nurs.* 1999; 8(1):42-7.

(55) Страх перед операцией может стать причиной смерти.  
<http://psychology.net.ru/news/content/1061664971.html>

(56) Rogers M, Reich P. Psychological intervention with surgical patients: evaluation of outcome. *Adv. Psychosom Med* 1986; 15:23-50

(57) Wallace LM. Pre-operative state anxiety as a mediator of psychological adjustment to and recovery from surgery. *Br J Med Psychol.* 1986 Sep; 59(Pt 3): 253-61

(58) Boeke S, Jelic M, Bonke B. Pre-operative anxiety variables as possible predictors of post-operative stay in hospital. *Br J Clin Psychol.* 1992 Sep; 31 (Pt 3): 366-8 [Medline abstracts]

(59) Scott LE, Clim GA, Peoples JB. Preoperative predictors of postoperative pain. *Pain.* 1983 Mar; 15(3):283-93

(60) Simpson CJ, Kellet JM., The relationship between pre-operative anxiety and post-operative delirium. *J Psychosomatic research* 1987;31 (4):491-7 (pubMed abstracts)

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list\\_uids=3668887](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list_uids=3668887)

(61) Christensen T, Hjortso NC, Mortensen E, Riis-Hansen M, Kehlet H. Fatigue and anxiety in surgical patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1986 Jan; 76-9.[pubMed abstracts]

(62) Guy Vingerhoets, Ph.D. Perioperative Anxiety and Depression in Open-Heart Surgery. *Psychosomatics* 1998; 39:30-37

(63) Pilewska A, Jakiel G. Oczekiwanie na interwencje chirurgiczna jako sytuacja trudna dla kobiet. *Prz.Menopauz.*2005; 5:37-41  
[www.termedia.pl/showpdf.php?article\\_id=3912&filename=Oczekiwanie.pdf&priority=1](http://www.termedia.pl/showpdf.php?article_id=3912&filename=Oczekiwanie.pdf&priority=1)

(64) Karanci AN, Dirik G. Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *J psychosom Res.* 2003 Oct; 55(4): 363-9. [pubMed abstracts]

(65) Ewalds-Kvist SB, Hirvonen T, Kvist M, Lertola K, Niemela P. Depression, anxiety, hospitality and hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2005 Sep; 26 (3):193-204.

(66) Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *J Clin Nurs.* 2006 Mar; 15(3): 341-52

(67) Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *J Psychosom Res.* 2000 Dec; 49 (6): 417-22.



- (68) Mathews A, Ridgeway V. Personality and surgical recovery: a review. *Br J Clin Psychol.* 1981 Nov; 20 (Pt 4): 243-60
- (69) De Medeiros VC, Peniche Ade C. The influence of anxiety in coping strategies used during the pre-operative period. *Rev Esc Enferm USP.* 2006 Mar; 40(1): 86-92 [pubMed abstraktas]
- (70) Chahraoui K, Danino A, Benony H, Frachebois C, Clerc AS, Malka G. Anxiety and subjective quality of life preoperatively and 4 month after reduction. *J Psychosom res.* 2006 Dec; 61 (6): 801-6 [pubMed abstraktas]
- (71) Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P. Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Heart Lung.* 2001 Jul-Aug; 30 (4): 302-11 [pubMed abstraktas]
- (72) Karanci AN, Dirik G. Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgency patients. *J Psychosom Res.* 2003 Oct; 55 (4): 363-9. [pubMed abstraktas]
- (73) Garip H, Abali O, Goker K, Gokturk U, Garip Y. Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004 Dec; 42 (6): 551-4. [pubMed abstraktas]
- (74) Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety:detection and contributing factors. *Can J Anaesth.* 1990 May; 37(4 Pt 1):444-7 [pubMed abstraktas]
- (75) Nomura M, Saeki S, Ogawa S, Tai K, Kajiwara K. Preoperative questionnaire survey about anxiety of patients for scheduled operation. *Masui.* 2000 Aug; 49 (8): 913-9. [pubMed abstraktas]
- (76) Chmielnicki Z, Swoboda K, Olejczyk M. Porównanie leku u chorych przed operacją żyłaków kończyn dolnych i przed cholecystektomią laparoskopową  
<http://biblioteka.slam.katowice.pl/Numer3498.htm>
- (77) Jelcic M., Bonke B., Preoperative anxiety and motives for surgery. *Psychological reports* 1991 Jun; 68 (3 Pt 1):849-50  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list\\_uids=1891542](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list_uids=1891542)
- (78) Jalowiec A, Grady KL, White-Williams C. Stressors in patients awaiting a heart transplant. *Bahav Med.* 1994 Winter; 19 (4): 145-54. [pubMed abstraktas]
- (79) Eldas S.D, Aslan F.E. The reasons for postponement of scheduled orthopedic surgical operations and its effect on the patients anxiety and pain levels. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2004; 38 (3): 212-9.
- (80) Fortner PA. Preoperative patient preparation: psychological and educational aspects. *Semin Periop Nurs.* 1998 Jan; 7(1):3-9

- (81) Rosenberger PH, Jolk P, Ickovics J. Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence- based literature review. *J Am Acad Orthop Surg.* 2006 Jul; 14(7): 397-405. [pubMed abstraktas]
- (82) Tolksdorf W. Preoperative stress. Research approach and methods of treatment. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 1997 Oct; 32(3 Suppl):S318-24.
- (83) Boeke S, Stronks D, Verhage F, Zwaveling A. Psychological variables as predictors of the length of post-operative hospitalization. *J Psychosom Res.* 1991; 35(2-3):281-8
- (84) Cierzniakowska K, Szewczyk J, Stodolska A, Jawien A, Banaszekiewicz Z, Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. [www.termedia.pl/showpdf.php?article\\_id=3108&filename=Wybrane.pdf&priority=1](http://www.termedia.pl/showpdf.php?article_id=3108&filename=Wybrane.pdf&priority=1) -
- (85) Taylor S.E. The progress and prospects of health psychology: Tasks of a maturing discipline. *Health psychology,* 1987 6(1), 73-87
- (86) Royal Schalter R. Psychological processes in breast cancer. A review of selected research // *Psychosoc.Oncol.-* 1991.-9.-N4.-P.71-89.
- (87) Norred CL. Minimizing preoperative anxiety with alternative caring-healing therapies. *AORN J.* 2000 Nov; 72 (5): 838-40, 842-3. [pubMed abstraktas]
- (88) Mitchell M. Nursing intervention for pre-operative anxiety. *Nurs Stand.* 2000 May 31-Jun 6; 14 (37): 40-3
- (89) Maward L, Azar N. Comparative study of anxiety in informed and non- informed patients in the preoperative period. *Rech Soins Infirm.* 2004 Sep; (78): 35-58.
- (90) Biley FC. Nurse perception of stress in preoperative surgical patients. *J Adv Nurs.* 1989 Jul; 14 (7): 575-81.
- (91) Shuldham C. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *Int J Nurs Stud.* 1999 Apr; 36 (2): 171-7
- (92) Troska. Przygotowanie pacjenta do operacji wylonienia stomii. Nr2 (7), październik 2001  
[http://www.convatec.pl/download/troska\\_2\(7\)\\_2001.pdf](http://www.convatec.pl/download/troska_2(7)_2001.pdf)
- (93) Levesque L, Grenier R, Kerouac S, Reidy M. Evaluation of a presurgical group program given at two different times. *Res Nurs Health.* 1984 Sep; 7 (3):227-36 [pubMed abstraktas]
- (94) Kim BH, Jung Y, Kang Hj, Lee SW, Kim JS, Lee MS. The Effect of Preoperative Teaching on the Emotional Status of Patients Prior to Surgery. *J Korean Acad Adult Nurs.* 2000 Sep; 12 (3): 407 – 417.
- (95) Mitchell M, Patients perceptions of pre-operative preparation for day surgery', *Journal of Advanced Nursing* 26 (August 1997) 356-363. [pubMed abstraktas]

- (96) Beddows J. Alleviating pre-operative anxiety in patients: a study. *Nurs Stand.* 1997 Jun 4; 11(37):35-8.
- (97) Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), *Anesth Analg.* 1996 Mar; 82(3): 445-51.
- (98) Ng SK, Chau AW, Leung WK. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Jun; 32 (3): 227-35 [PubMed abstracts]
- (99) Miller SM, Mangan CE. Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all? *J Pers Soc Psychol.* 1983 Jul; 45(1): 223-36.
- (100) Swirydowicz T., Znaczenie umiejetnosci porozumiewania sie w opiece paleatywnej, aspekty psychologiczne przekazywania pacjentowi niepomyślnych informacji. [www.psychotekst.com/strona.php?nr=53](http://www.psychotekst.com/strona.php?nr=53) - 43k
- (101) Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. *Nurs Stand.* 2002 Mar 27-Apr 2; 16 (28): 33-7. [PubMed abstracts]
- (102) Garretson S. Benefits of pre-operative information programmes. *Nurs Stand.* 2004 Aug 4-10; 18(47) : 33-7.
- (103) Garretson S. Benefits of pre-operative information programmes. *Nurs Stand.* 2004 Aug 4-10; 18 (47): 33-7. [PubMed abstracts]
- (104) Garretson S. Benefits of pre-operative information programmes. *Nurs Stand.* 2004 Aug 4-10; 18 (47): 33-7.
- (105) Sjolting M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns.* 2003 Oct; 51(2):169- 76.
- (106) Martin D. Pre-operative visits to reduce patient anxiety: a study. *Nurs Stand.* 1996 Feb 28; 10 (23): 33-8. [PubMed abstracts]
- (107) Koivula M, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P, Paunonen-ilmonen M. Fear and hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *Int J Nurs Stud.* 2002 May; 39 (4): 415-27. [PubMed abstracts]
- (108) Koivula M, Paunonen-ilmonen M, Takka MT, Tarkka M, Laippala P. Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *J Clin Nurs.* 2002 Sep; 11 (5): 622-33 [PubMed abstracts]
- (109) Eberhardt J, van Wersch A, van Schaik P, Cann P. Information, social support and anxiety before gastrointestinal endoscopy. *Br J Health Psychol.* 2006 Nov; 11 (Pt 4): 551-9.
- (110) Welsh J. Reducing patient stress in theatre. *Br J of Perioperative Nursing* Vol 10 No6 June 2000

- (111) De Medeiros VC, Peniche Ade C. The influence of anxiety in coping strategies used during the pre-operative period. *Rev Esc Enferm USP*. 2006 Mar; 40 (1): 86-92
- (112) Plevokas P, Kalibatienė D., Gradauskas A. Slaugytojo chirurgija. *Vilniaus universiteto leidykla*, 2002 217 p.
- (113) Mahler, HIM, and Kulik,JA. Effects of Preparatory Videotapes on Self-Efficacy Belief and Recovery from Coronary Bypass Surgery, *Annals of Behavioral Medicine*, 1998 20:39-46 [pubMed abstraktas]
- (114) Hashimoto Y, Baba S, Koh H, Takagi H, Ishihara H, Matsuki A. Anxiolytic effect of preoperative showing of “anesthesia video” for surgical patients. *Masui*.1993 Apr; 42 (4): 611-6 [pubMed abstraktas]
- (115) Cheung CW, Won MC, Ooi R, ETF Ho, Irwin MG, Racial Differences in How Patients Prefer to Spend the Pre-operative Surgical Waiting Time. <http://www.doctors.org.cn/doc/ucmed200506/ucmed20050601.pdf>
- (116) Устинов Д.Ю. Способы психологической и психофармакологической коррекции психоэмоционального состояния женщин с дисгормональными заболеваниями молочной железы в предоперационный период. [http://www.rusanesth.com/Genan/st\\_11\\_13.htm](http://www.rusanesth.com/Genan/st_11_13.htm)
- (117) Елисеев Ю. Ю. Глава 2. Клинические проявления психосоматических расстройств <http://www.bookap.by.ru/genpsy/eliseev/g111.shtm>
- (118) Micik S, Borbasi S. Effect of support programme to reduce stress in spouses whose partners ,fal off‘ clinical pathways post cardiac surgery. *Aust Crit Care*. 2002 Feb; 15(1):33-40 [pubMed abstraktas]
- (119) D.Mc Govern Billings Lillian Gatlin Stores. *Medical surgical nursing*. St. Louis-Toronto-London, 1982, p.272
- (120) Cooke M, Chaboyer W, Schulter P, Hiratos M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *J.Adv.Nurs*.2005 Oct; 52 (1): 47-55.
- (121) Twiss E, Seaver J, McCaffrey R. The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *Nurs. Crit. Care*, 2006 Sep-Oct; 11(5): 224-31.
- (122) Cooke M, Chaboyer W, Hiratos MA. Music and its effect on anxiety in short waiting periods; a critical appraisal. *J.Clin.Nurs*.2005 Feb; 14 (2): 145-55.
- (123) Agarwal A, Ranjan R, Dhiraaj S, Lakra A, Kumar M, Singh U. Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*. 2005 Oct; 60(10):978-81.

- (124) Marques Marcolino J.A., Suzuki F.M., Cunha Alli L.A., Gozzani J.L., Ligia Andrade da Silva Telles Mathias, Measurement of anxiety and depression in preoperative patients. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, vol.57 no.2 Campinas Mar./Apr. 2007
- (125) Bruch HP, Schwandner O. Patient anxiety before surgery. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 1997 Oct; 32 (3 Suppl): S315-7. [pubMed abstraktas]
- (126) Ulrich RS. (1984) View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science* 1984 Apr 27; 224 (4647):420-1. [pubMed abstraktas]
- (127) Puzinavičius B, Asmenybės ir grupės psichosocialinė diagnostika: anketų, klausimų ir testų rinkinys. Vilnius: Generolo Jono Žemaičio Lietuvos karo akademija, 2005

## **Priedas 1**

**Tiriamoji grupė**

**Gerbiamas respondente,**

Maloniai prašome atsakyti į anketose pateiktus klausimus. Jūsų atsakymai bus panaudoti VU slaugos magistrantės Renatos Lesniak baigiamajame darbe. Iš anksto dėkoju. Anonimiškumas ir gautų duomenų konfidencialumas garantuojamas.

Emocijos svarbus reiškinys sergant daugeliu ligų. Jeigu gydantis bei slaugantis personalas daugiau žinos apie Jūsų emocijas esant ligoninėje, jie Jums galės daugiau padėti.

Šie klausimynai padės suprasti kaip Jūs jaučiatės esant ligoninėje.

### **Anketa**

**Lytis** Moteris

Vyras

**Amžius** \_\_\_\_\_

### **Išsilavinimas**

Pradinis, nebaigtas vidurinis

Vidurinis

Aukštesnysis

Aukštasis

### **Kiek dienų esate ligoninėje?**

Pirma diena

2-3 dienas

Virš 3-jų dienų

### **Kiek iki šiol turėjote operacijų?**

Nė vienos

Viena

Daugiau

**Ar esate informuotas (-a) apie priešoperacinį, pooperacinį gydymą, operaciją?**

- Taip
- Ne
- Iš dalies

**Ar operacija buvo planuota iš anksto?**

- Taip, derinau operacijos laikotarpį
- Ne, į ligoninę buvau paguldytas (-a) dėl sveikatos būklės paūmėjimo

**Ar pripratote prie ligoninės režimo (vizitacijos, procedūros ir t.t.)?**

- Taip
- Ne
- Nežinau
- Kitas.....

**Kaip Jus veikia ligoninės aplinka?**

- Neigiamai
- Teigiamai
- Nežinau
- Kitas

**Ar nerimaujate dėl busimos operacijos?**

- Taip
- Ne
- Nežinau
- Kita.....

**Sunumeruokite visus pateiktus teiginius apie nerimą keliančius veiksnius belaukiant operacijos (1- svarbiausias, 2- mažiau svarbus ir t.t.)**

- Aplinka (ligoninė, palata)
- Narkozė
- Nežinomybė
- Pooperacinis skausmas
- Operacijos pasekmės
- Priverstinė pasyvi būseną po operacijos
- Galimos pooperacinės komplikacijos

**Iš ko norėtume sulaukti paramos (psichologinio palaikymo) esant ligoninėje ?**

- Šeimos
- Specialistų (gydytojas, psichologas)
- Kunigo
- Panašios patirties žmonių
- Paramos nereikia
- Kitas.....

**Dėl ko labiausiai nerimaujate esant ligoninėje?**

- Šeimos
- Darbo
- Savo sveikatos
- Kitas .....

**Prašome perskaityti kiekvieną teiginį ir pažymėti Jūsų jausmus atitinkanti atsakymą.**

**Aš jaučiuosi įsitemęs ir pažeidžiamas**

- Visą laiką
- Dažnai
- Kartais
- Visai ne

**Man patinka dalykai, kurie ir ankščiau džiugindavo**



- Taip kaip ir ankščiau
- Ne tiek, kiek ankščiau
- Tik truputį
- Beveik ne

**Aš jaučiu, lyg kažkas baisaus gali nutikti**

- Labai aiškiai ir gana smarkiai
- Taip, bet nestipriai
- Truputį, bet tai manęs negąsdina
- Visai ne

**Aš galiu juokauti ir matyti linksmąsias gyvenimo puses**

- Taip, kaip visada galėjau
- Dabar ne tiek
- Dabar akivaizdžiai ne tiek daug
- Visai ne

**Man į galvą ateina neramios mintys**

- Didžiąją laiko dalį
- Dažnai
- Kartais, bet nedažnai
- Tik retkarčiais

**Man būna linksma**

- Visai ne
- Nedažnai
- Retkarčiais

- Dažniausiai

**Aš galiu lengvai atsipalaiduoti**

- Žinoma
- Paprastai taip
- Nedažnai
- Visai ne

**Aš jaučiu, kad tampu lėtesnis (-ė)**

- Beveik visą laiką
- Labai dažnai
- Kartais
- Visai ne

**Man atsirado gąsdinantis jausmas – lyg „širpuliukai“ pilve**

- Visai ne
- Karts nuo karto
- Gana dažnai
- Labai dažnai

**Man pasidarė nebesvarbu, kaip aš atrodau**

- Tikrai taip
- Aš nebesirūpinu tiek, kiek turėčiau
- Aš galiu nebesirūpinti tiek kiek ankščiau
- Rūpinuosi tiek, kiek ankščiau

**Aš nenustygsiu vietoje, lyg visą laiką turėčiau judėti**

- Labai stipriai
- Gana daug

- Nelabai daug
- Visai ne

**Aš tikiuosi ko nors malonaus**

- Tiek kiek ir ankščiau
- Mažiau nei būdavo
- Tikrai mažiau, nei būdavo
- Beveik nesitikiu

**Aš staiga puolu į paniką**

- Iš tiesų labai dažnai
- Gana dažnai
- Nedažnai
- Visai ne

**Aš galiu rasti dalykų, kurie mane domintų**

- Dažnai
- Kartais
- Retokai
- Labai retai

**Įdėmiai perskaitykite kiekvieną iš pateiktų teiginių ir lentelėje apibrėžkite prie atsakymo, kuris atitinka Jūsų būseną (savijautą) šiuo momentu, esantį skaičių.**

**Ilgai negalvokite atsakydami, nes teisingų ar neteisingų atsakymų nėra.**

SN skalė

Eil. nr.	Teiginiai	Atsakymai			
		Ne, tai netiesa	Atrodo, taip	Teisingai	Visiškai teisingai
1.	Aš ramus	1	2	3	4
2.	Man niekas negresia	1	2	3	4
3.	Aš jaučiu įtampą	1	2	3	4
4.	Aš tarsi sustingęs („susikaustęs“)	1	2	3	4
5.	Aš jaučiuosi laisvai	1	2	3	4
6.	Aš nuliūdęs	1	2	3	4
7.	Mane jaudina galimos nesėkmės	1	2	3	4
8.	Aš jaučiu dvasinę ramybę	1	2	3	4
9.	Aš nerimauju	1	2	3	4
10.	Aš jaučiu vidinį pasitenkinimą	1	2	3	4
11.	Aš savim pasitikiu	1	2	3	4
12.	Aš nervinuosi, nerimauju	1	2	3	4
13.	Aš nerandu sau vietos	1	2	3	4
14.	Aš „įsitempęs“ (jaučiu įtampą)	1	2	3	4
15.	Aš nejaučiu įtampos	1	2	3	4
16.	Aš patenkintas	1	2	3	4
17.	Aš susirūpinęs	1	2	3	4
18.	Aš labai susijaudinęs, esu kaip nesavas	1	2	3	4
19.	Man linksma	1	2	3	4
20.	Man malonu	1	2	3	4

**VN skalė**

Eil.nr.	Teiginiai	Atsakymai			
		Niekada	Beveik niekada	Dažnai	Beveik visada
1.	Aš būnu pakilios nuotaikos	1	2	3	4

2.	Aš būnu nervingas, dirglus	1	2	3	4
3.	Aš galiu greitai susinervinti	1	2	3	4
4.	Aš norėčiau, kad man taip gerai sektųsi kaip kitiems	1	2	3	4
5.	Aš labai jaudinuosi dėl nesėkmių ir ilgai negaliu jų pamiršti	1	2	3	4
6.	Aš jaučiu jėgų antplūdį, norą dirbti	1	2	3	4
7.	Aš ramus, šaltakraujiškas ir susikaupęs	1	2	3	4
8.	Man kelia nerimą galimi sunkumai	1	2	3	4
9.	Aš per daug jaudinuosi dėl smulkmenų	1	2	3	4
10.	Aš būnu visiškai laimingas	1	2	3	4
11.	Aš viską imu giliai į širdį	1	2	3	4
12.	Man trūksta pasitikėjimo savimi	1	2	3	4
13.	Aš jaučiuosi bejėgis, kad apsiginčiau	1	2	3	4
14.	Aš stengiuosi išvengti kritinių situacijų ir sunkumų	1	2	3	4
15.	Mano nuotaika būna niūri, labai bloga	1	2	3	4
16.	Aš būnu patenkintas	1	2	3	4
17.	Visokios smulkmenos blaško ir jaudina mane	1	2	3	4
18.	Būna, kad jaučiuosi esąs nevykėlis	1	2	3	4
19.	Aš stabilus, pastovus žmogus	1	2	3	4
20.	Mane apima nerimas, kai galvoju apie savo darbus ir rūpesčius	1	2	3	4

**Patikrinkite ar atsakėte į visus klausimus. Ačiū.**

**Priedas 2**

**Kontrolinė grupė**

**Gerbiamas respondente,**

Maloniai prašome atsakyti į anketose pateiktus klausimus. Jūsų atsakymai bus panaudoti VU slaugos magistrantės Renatos Lesniak baigiamajame darbe. Iš anksto dėkoju. Anonimiškumas ir gautų duomenų konfidencialumas garantuojamas.

Emocijos svarbus reiškinys sergant daugeliu ligų. Jeigu gydantis bei slaugantis personalas daugiau žinos apie Jūsų emocijas esant ligoninėje, jie Jums galės daugiau padėti.

Šie klausimynai padės suprasti kaip Jūs jaučiatės esant ligoninėje.

### **Anketa**

#### **Lytis**

Moteris

Vyras

**Amžius** \_\_\_\_\_

#### **Išsilavinimas**

Pradinis, nebaigtas vidurinis

Vidurinis

Aukštesnysis

Aukštasis

#### **Kiek dienų esate ligoninėje?**

Pirma diena

2-3 dienas

Virš 3-jų dienų

#### **Iš ko norėtume sulaukti paramos (psichologinio palaikymo) esant ligoninėje ?**

Šeimos

Specialistų (gydytojas, psichologas)

Kunigo

- Panašios patirties žmonių
- Paramos nereikia
- Kitas.....

**Dėl ko labiausiai nerimaujate esant ligoninėje?**

- Šeimos
- Darbo
- Savo sveikatos
- Kitas .....

**Prašome perskaityti kiekvieną teiginį ir pažymėti Jūsų jausmus atitinkanti atsakymą.**

**Aš jaučiuosi įsitemęs ir pažeidžiamas**

- Visą laiką
- Dažnai
- Kartais
- Visai ne

**Man patinka dalykai, kurie ir ankščiau džiugindavo**

- Taip kaip ir ankščiau
- Ne tiek, kiek ankščiau
- Tik truputį
- Beveik ne

**Aš jaučiu, lyg kažkas baisaus gali nutikti**

- Labai aiškiai ir gana smarkiai
- Taip, bet nestipriai
- Truputį, bet tai manęs negąsdina

- Visai ne

**Aš galiu juokauti ir matyti linksmąsias gyvenimo puses**

- Taip, kaip visada galėjau
- Dabar ne tiek
- Dabar akivaizdžiai ne tiek daug
- Visai ne

**Man į galvą ateina neramios mintys**

- Didžiąją laiko dalį
- Dažnai
- Kartais, bet nedažnai
- Tik retkarčiais

**Man būna linksma**

- Visai ne
- Nedažnai
- Retkarčiais
- Dažniausiai

**Aš galiu lengvai atsipalaiduoti**

- Žinoma
- Paprastai taip
- Nedažnai
- Visai ne

**Aš jaučiu, kad tampu lėtesnis (-ė)**

- Beveik visą laiką
- Labai dažnai
- Kartais



- Visai ne

**Man atsirado gąsdinantis jausmas – lyg „šurpuliukai“ pilve**

- Visai ne
- Karts nuo karto
- Gana dažnai
- Labai dažnai

**Man pasidarė nebesvarbu, kaip aš atrodau**

- Tikrai taip
- Aš nebesirūpinu tiek, kiek turėčiau
- Aš galiu nebesirūpinti tiek kiek ankščiau
- Rūpinuosi tiek, kiek ankščiau

**Aš nenustygstu vietoje, lyg visą laiką turėčiau judėti**

- Labai stipriai
- Gana daug
- Nelabai daug
- Visai ne

**Aš tikiuosi ko nors malonaus**

- Tiek kiek ir ankščiau
- Mažiau nei būdavo
- Tikrai mažiau, nei būdavo
- Beveik nesitikiu

**Aš staiga puolu į paniką**

- Iš tiesų labai dažnai
- Gana dažnai
- Nedažnai

Visai ne

**Aš galiu rasti dalykų, kurie mane domintų**

Dažnai

Kartais

Retokai

Labai retai

**Įdėmiai perskaitykite kiekvieną iš pateiktų teiginių ir lentelėje apibrėžkite prie atsakymo, kuris atitinka Jūsų būseną (savijautą) šiuo momentu, esantį skaičių.**

**Ilgai negalvokite atsakydami, nes teisingų ar neteisingų atsakymų nėra.**

**SN skalė**

Eil.nr.	Teiginiai	Atsakymai			
		Ne, tai netiesa	Atrodo, taip	Teisingai	Visiškai teisingai
1.	Aš ramus	1	2	3	4
2.	Man niekas negresia	1	2	3	4
3.	Aš jaučiu įtampą	1	2	3	4
4.	Aš tarsi sustingęs („susikaustęs“)	1	2	3	4
5.	Aš jaučiuosi laisvai	1	2	3	4
6.	Aš nuliūdęs	1	2	3	4
7.	Mane jaudina galimos nesėkmės	1	2	3	4
8.	Aš jaučiu dvasinę ramybę	1	2	3	4
9.	Aš nerimauju	1	2	3	4
10.	Aš jaučiu vidinį pasitenkinimą	1	2	3	4
11.	Aš savim pasitikiu	1	2	3	4
12.	Aš nervinuosi, nerimauju	1	2	3	4
13.	Aš nerandu sau vietos	1	2	3	4
14.	Aš „įsitempęs“ (jaučiu įtampą)	1	2	3	4
15.	Aš nejaučiu įtampos	1	2	3	4
16.	Aš patenkintas	1	2	3	4
17.	Aš susirūpinęs	1	2	3	4
18.	Aš labai susijaudinęs, esu kaip nesavas	1	2	3	4
19.	Man linksma	1	2	3	4
20.	Man malonu	1	2	3	4

## VN skalė

Eil.nr.	Teiginiai	Atsakymai			
		Niekada	Beveik niekada	Dažnai	Beveik visada
1.	Aš būnu pakilios nuotaikos	1	2	3	4

2.	Aš būnu nervingas, dirglus	1	2	3	4
3.	Aš galiu greitai susinervinti	1	2	3	4
4.	Aš norėčiau, kad man taip gerai sektųsi kaip kitiems	1	2	3	4
5.	Aš labai jaudinuosi dėl nesėkmių ir ilgai negaliu jų pamiršti	1	2	3	4
6.	Aš jaučiu jėgų antplūdį, norą dirbti	1	2	3	4
7.	Aš ramus, šaltakraujiškas ir susikaupęs	1	2	3	4
8.	Man kelia nerimą galimi sunkumai	1	2	3	4
9.	Aš per daug jaudinuosi dėl smulkmenų	1	2	3	4
10.	Aš būnu visiškai laimingas	1	2	3	4
11.	Aš viską imu giliai į širdį	1	2	3	4
12.	Man trūksta pasitikėjimo savimi	1	2	3	4
13.	Aš jaučiuosi bejėgis, kad apsiginčiau	1	2	3	4
14.	Aš stengiuosi išvengti kritinių situacijų ir sunkumų	1	2	3	4
15.	Mano nuotaika būna niūri, labai bloga	1	2	3	4
16.	Aš būnu patenkintas	1	2	3	4
17.	Visokios smulkmenos blaško ir jaudina mane	1	2	3	4
18.	Būna, kad jaučiuosi esąs nevykėlis	1	2	3	4
19.	Aš stabilus, pastovus žmogus	1	2	3	4
20.	Mane apima nerimas, kai galvoju apie savo darbus ir rūpesčius	1	2	3	4

**Patikrinkite ar atsakėte į visus klausimus. Ačiū.**