



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Išplėstinės praktikos slauga

Akušerijos ir slaugos katedra, Sveikatos mokslų institutas

Irmina Vinskienė, 2 kursas, 1 grupė, Anestezija ir intensyvioji terapija

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

***Pacientų sveikimo patirtys ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po aortokoronarinių
jungčių suformavimo operacijos***

***Patients' Experiences of Recovery During the Early Postoperative Period Following
Aortocoronary Bypass Surgery***

Darbo vadovas

asist. dr. Zita Gierasimovič

Katedros vadovas

doc. dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė

Konsultantas

asist. dr. Indrė Čergelytė - Podgrušienė

Vilnius, 2026

Studento elektroninio pašto adresas: irmina.vinskiene@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRUMPOS	4
SĄVOKOS IR APIBRĖŽIMAI.....	4
SANTRAUKA.....	5
SUMMARY	6
IVADAS.....	7
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	9
1.1. Dominuojančios kardiovaskulinės ligos.....	9
1.2. Aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija	10
1.3. Aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos komplikacijos.....	10
1.4. Psichoemociniai išgyvenimai pacientų sveikimo metu	13
1.5. Slaugos personalo veiksmų reikšmė.....	14
1.6. Pacientų po AKJSO gyvybinių veiklų pokyčiai	16
1.7. Pacientų po AKJSO motyvacija keisti gyvenimo būdą.....	22
2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA	25
2.1. Tyrimo organizavimas ir metodo pasirinkimo pagrindumas	25
2.2. Tyrimo dalyviai ir jų charakteristikos.....	26
2.3. Tyrimo eiga.....	27
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	28
3.1. Pacientų sveikimo patirtys, susijusios su psichoemociniais išgyvenimais	28
3.1.1. Fizinės būklės sąsajos su psichoemociniais išgyvenimais	29
3.1.2. Reanimacijos aplinkos patyrimas	31
3.2. Slaugos personalo veiksmų reikšmė pacientų sveikimo patirtyje	32
3.2.1. Emocinis palaikymas ir saugumo jausmo patyrimas.....	33
3.2.2. Slaugos veiksmai gyvybinėse veiklose	34

3.2.3. Mokymas ir paciento įtraukimas į sveikimo procesą.....	35
3.2.4. Informavimo reikšmė pacientų patirtyje	36
3.2.5. Kontrolės ir dalyvavimo patirtis.....	37
3.3. Pacientų autonominė ir kontroliuojama motyvacija keisti gyvenimo būdą.....	37
3.3.1. Refleksija apie sveikatą ir gyvenimo būdą.....	38
3.3.2. Autonominės motyvacijos raiška	38
3.3.3. Kontroliuojamos motyvacijos raiška.....	39
3.3.4. Ribotas pasirengimas gyvenimo būdo pokyčiams.....	40
DISKUSIJA.....	41
IŠVADOS	45
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	46
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	47
PRIEDAI	58

SANTRUMPOS

AKJSO – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija

IŠL – išeminė širdies liga

JAV- Jungtinės Amerikos Valstijos

ŪIP – ūmus inkstų pažeidimas

ŪKN – ūmus kvėpavimo funkcijos nepakankamumas

VAŠO - vainikinių arterijų šuntavimo operacija

SĄVOKOS IR APIBRĖŽIMAI

Ankstyvasis pooperacinis periodas – tai periodas, kurio trukmė nuo 1 iki 4 parų po operacijos [102].

Autonominė motyvacija - savi-determinacijos teorijoje apibrėžiama kaip vidiniu apsisprendimu grindžiama motyvacijos forma, kai asmuo elgesį suvokia kaip asmeniškai reikšmingą, savanorišką ir atitinkantį jo vertybes bei poreikius [94].

Indukcinė kokybinė analizė - kokybinių duomenų analizės metodas, kurio metu kategorijos ir subkategorijos formuojamos remiantis analizuojamais duomenimis, o ne iš anksto nustatytais teorinėmis prielaidomis [103].

Kontroliuojama motyvacija - savi-determinacijos teorijoje apibrėžiama kaip motyvacijos forma, kai asmens elgesį lemia išoriniai veiksniai, spaudimas, pareiga ar siekis išvengti neigiamų pasekmių, o pats elgesys nėra visiškai internalizuotas [94].

Patirtys - asmens išgyvenimų, suvokimų, jausmų ir interpretacijų visuma, susiformuojanti jam tiesiogiai dalyvaujant tam tikroje situacijoje ar procese [38].

Psichoemociniai išgyvenimai - kompleksinė žmogaus vidinė patirtis, apimanti emocijas, jausmus, nuotaikas bei su jomis susijusius kognityvinius ir fiziologinius procesus [36].

Savi-determinacijos teorija – Deci ir Ryan sukurta motyvacijos teorija, aiškinanti žmogaus elgesį per autonominės ir kontroliuojamos motyvacijos formas bei pabrėžianti vidinio apsisprendimo reikšmę ilgalaikiams elgesio pokyčiams [94].

SANTRAUKA

Irmina Vinskienė. Magistro baigiamasis darbas: *Pacientų sveikimo patirtys ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos*. Darbo vadovė - asist. dr. Zita Gierasimovič, konsultantė - asist. dr. Indrė Čergelytė – Podgrušienė. Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Akušerijos ir Slaugos katedra, Sveikatos mokslų institutas, Vilnius, 2026.

Trumpas darbo pagrindimas. Širdies ir kraujagyslių ligos išlieka viena pagrindinių mirtingumo priežasčių, o pažengusiais atvejais taikoma aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija. Nors ši operacija gerina pacientų gyvenimo kokybę, ankstyvasis pooperacinis laikotarpis yra sudėtingas ir susijęs ne tik su fiziniu atsigavimu, bet ir su psichoemociniais išgyvenimais. Nepaisant didėjančio dėmesio klinikiniams rezultatams, pacientų sveikimo patirtys, slaugos personalo veiksmų reikšmė bei motyvacija keisti gyvenimo būdą išlieka nepakankamai ištirti, ypač Lietuvos kontekste. Todėl šiuo tyrimu siekiama geriau suprasti pacientų sveikimo patirtis ir su jomis susijusius veiksnius ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti pacientų sveikimo patirtis ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos. **Tyrimo uždaviniai:** 1. Atskleisti pacientų sveikimo patirtis, susijusias su psichoemociniais išgyvenimais ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos. 2. Nustatyti pacientų patirtis, susijusias su slaugos personalo veiksmų reikšme sveikimo procese. 3. Išanalizuoti pacientų kontroliuojamą ir autonominę motyvaciją keisti gyvenimo būdą po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos, remiantis savi-determinacijos teorija.

Naudoti tyrimo metodai. Tyrime taikytas kokybinis tyrimo metodas. Duomenys rinkti pusiau struktūruoto interviu metodu, sudarant galimybę informantams laisvai išreikšti savo patirtis. Duomenys analizuoti taikant indukcinės turinio analizės metodą, išskiriant kategorijas ir subkategorijas. Tyrime dalyvavo 10 informantų, atrinktų taikant tikslinę atranką pagal nustatytus įtraukimo kriterijus.

Tyrimo rezultatai ir išvados. Pacientų sveikimo patirtys ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu yra daugialypės ir apima psichoemocinius išgyvenimus, slaugos personalo veiksmų reikšmę bei motyvaciją keisti gyvenimo būdą. Pacientai patiria prieštaringas emocijas – nuo palengvėjimo iki nerimo, susijusio su fizine būkle. Slaugos personalo teikiama emocinė parama, savalaikis informavimas bei pagalba vykdant kasdienes funkcijas yra esminiai veiksniai, užtikrinantys pacientų saugumo pojūtį. Pacientų motyvacija keisti gyvenimo būdą yra nevienalytė – ji pasireiškia autonominės ir kontroliuojamos motyvacijos formomis, o daliai pacientų būdingas ribotas pasirengimas pokyčiams.

Raktažodžiai: aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija, ankstyvasis pooperacinis laikotarpis, pacientų patirtys, psichoemociniai išgyvenimai, motyvacija.

SUMMARY

Irmina Vinskienė. Master's Thesis: *Patients' Experiences of Recovery During the Early Postoperative Period Following Aortocoronary Bypass Surgery*. Supervisor – Assist. Prof. Dr. Zita Gierasimovič; Consultant – Assist. Prof. Dr. Indrė Čergelytė-Podgrušienė. Vilnius University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Nursing, Institute of Health Sciences, Vilnius, 2026.

Background. Cardiovascular diseases remain one of the leading causes of mortality worldwide, and in advanced cases coronary artery bypass grafting is performed. Although this surgery improves patients' quality of life, the early postoperative period is complex and involves not only physical recovery but also psycho-emotional experiences. Despite increasing attention to clinical outcomes, patients' recovery experiences, the significance of nursing actions, and motivation for lifestyle change remain insufficiently explored, particularly in the Lithuanian context. Therefore, this study aims to gain a deeper understanding of patients' recovery experiences and related factors in the early postoperative period.

Aim of the study – to analyse patients' recovery experiences in the early postoperative period after coronary artery bypass grafting. **Objectives:** 1. To reveal patients' recovery experiences related to psycho-emotional experiences in the early postoperative period after coronary artery bypass grafting. 2. To identify patients' experiences related to the significance of nursing staff actions in the recovery process. 3. To analyse patients' controlled and autonomous motivation to change lifestyle after coronary artery bypass grafting based on Self-Determination Theory.

Methods. A qualitative research approach was applied. Data were collected using semi-structured interviews, allowing participants to freely express their experiences. Data were analysed using inductive content analysis, identifying categories and subcategories based on participants' narratives. The study included 10 informants selected through purposive sampling according to predefined inclusion criteria.

Results and conclusions. Patients' recovery experiences in the early postoperative period are multidimensional and encompass psycho-emotional experiences, the significance of nursing staff actions, and motivation for lifestyle change. Patients experience contradictory emotions ranging from relief to anxiety related to their physical condition. Emotional support, communication, and assistance in daily activities provided by nursing staff strengthen patients' sense of safety. Patients' motivation to change lifestyle is heterogeneous, manifesting as both autonomous and controlled motivation, while some patients demonstrate limited readiness for change.

Keywords: coronary artery bypass grafting, early postoperative period, patients' experiences, psycho-emotional experiences, motivation.

IVADAS

Širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė sergamumo ir mirtingumo priežastis visame pasaulyje. Europoje šios ligos sudaro 45 proc. mirčių, todėl yra ypač svarbios visuomenės sveikatai [1]. Vis dažniau yra diskutuojama apie prevencijos galimybes, - sveikos gyvensenos propagavimas, mitybos pakeitimas, fizinis aktyvumas, žalingų įpročių atsisakymas [2]. Pacientams, kurių liga yra pažengusi, neišvengiamai reikalinga chirurginė intervencija. Tyrimai rodo, jog Jungtinėse Amerikos Valstijose trečdalis kasmet mirstančių žmonių mirties priežastis yra širdies ir kraujagyslių sistemos ligos, o apie 18 milijonų žmonių yra diagnozuojama vainikinių arterijų liga [3]. Viena iš atliekamų chirurginių operacijų esant šiai ligai – aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija (toliau - AKJSO) [4]. Ši operacija padeda atkurti kraujotaką širdyje ir gerina pacientų gyvenimo kokybę, tačiau ji turi pooperacinį laikotarpį, kurio eigos kokybė tiesiogiai veikia paciento sveikimą.

Tyrimo aktualumas. Daugelis mokslinių tyrimų, susijusių su AKJSO yra orientuoti į klinikinius rezultatus ir išgyvenamumo rodiklius, tačiau vis daugiau dėmesio skiriama pacientų savijautai po operacijos, susijusiai su psichologiniais, emociniais ir socialiniais iššūkiais [5]. Neseniai atliktame tyrime buvo pabrėžta, kad, nepaisant pooperacinės priežiūros tobulėjimo, daugelis pacientų po AKJSO patiria psichologinį, potrauminį stresą, įskaitant depresiją ir nerimą. Šie psichologiniai veiksniai gali neigiamai paveikti paciento gyvenimo kokybę [5]. Pooperacinė pacientų patirtis yra sudėtingas ir daugialypis procesas, apimantis fizinius, psichologinius ir socialinius aspektus. Svarbus yra ankstyvasis pooperacinis laikotarpis, kai pacientai dažnai patiria skausmą, diskomfortą, nuovargį ir nerimą dėl galimų komplikacijų [6].

Tyrimo naujumas. Po operacijos kiekvienas pacientas turi skirtingus ne tik slaugos poreikius, bet ir sveikimo patirtis, emocines būkles, - ir tai prisideda prie motyvacijos keisti gyvenimo įpročius. Tyrimai iliustruoja, kad atsigavimas po operacijos priklauso nuo paciento bei slaugos personalo veiksmų, įskaitant prevencines priemones, kurios gali turėti poveikį ne tik pacientų optimalų sveikimą, bet ir ilgalaikius gyvenimo būdo pokyčius [7]. Lietuvoje yra atlikta daug mokslinių tyrimų, nagrinėjančių chirurginių metodų efektyvumą, širdies nepakankamumo prevenciją, profilaktikos bei komplikacijų prevencijų strategijas, tačiau nėra atliktų pakankamai mokslinių tyrimų, nagrinėjančių pacientų teigiamas ir neigiamas sveikimo patirtis ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po AKJSO, pooperacinį atsigavimo laikotarpį bei pacientų požiūrį į gyvenimo būdo keitimą [8]. Dėl šių priežasčių slaugos specialistui siekiant tobulinti slaugos procesą bei gerinti slaugos kokybę, atsiranda poreikis išsamesniam supratimui ne tik apie fizinį paciento atsigavimo aspektą, bet ir apie išgyventas pacientų patirtis bei išgyvenimus

ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu po AKJSO. tyrimo naujumas pasireiškia tame, kad motyvacijos analizei taikoma Savi-determinacijos teorija Lietuvos slaugos moksliniuose tyrimuose iki šiol beveik nebuvo naudojama. Tuo tarpu tarptautinėje literatūroje ši teorija pripažįstama kaip itin tinkama aiškinti sveikatos elgsenos pokyčius ir pacientų įsitraukimą po kardiochirurginių operacijų, todėl jos integravimas suteikia tyrimui modernų ir mokslškai pagrįstą požiūrį. Taigi darbas papildo Lietuvos mokslinių tyrimų lauką, suteikdamas holistinį požiūrį į fizinius, emocinius, psichologinius ir motyvacinius paciento sveikimo aspektus. [8].

Tyrimo praktinis pritaikomumas. Tyrimo praktinis pritaikomumas pasireiškia tuo, kad gauti rezultatai gali būti naudingi tiek slaugos specialistams, tiek sveikatos priežiūros įstaigoms, siekiančioms gerinti pooperacinės slaugos kokybę ir tiksliau identifikuoti pacientų patiriamus sunkumus ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu. Tyrimo įžvalgos sudaro pagrindą individualizuotoms slaugos intervencijoms, kurios atsižvelgia į paciento psichoemocinius poreikius, stiprina paciento motyvaciją keisti gyvenimo būdą ir padeda kurti veiksmingesnes mokymo bei reabilitacijos programas. Šios žinios gali būti tiesiogiai taikomos praktikoje, rengiant slaugos standartus, edukacinius protokolus ir pacientų mokymo gaires kardiochirurgijos skyriuose. Be to, tyrimas akcentuoja slaugytojo svarbą ne tik klinikinėje priežiūroje, bet ir emocinės paramos bei motyvacijos stiprinimo procesuose, kurie yra būtini sklandžiam paciento sveikimui.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti pacientų sveikimo patirtis ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu po AKJSO.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti pacientų sveikimo patirtis, susijusias su psichoemociniais išgyvenimais ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu po AKJSO.
2. Nustatyti pacientų patirtis, susijusias su slaugos personalo veiksmų reikšme sveikimo procese.
3. Išanalizuoti pacientų kontroliuojamą ir autonominę motyvaciją keisti gyvenimo būdą po AKJSO, remiantis savi-determinacijos teorija.

Tyrimo hipotezė:

Siekiant prielaidų darymu neįtakoti tyrimo dalyvių unikalaus patyrimo atskleidimo, šiame darbe hipotezė nebus keliama.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Dominuojančios kardiovaskulinės ligos

Išeminė širdies liga (toliau - IŠL) – būklė, kai sutrinkdama vainikinių arterijų kraujotaka ir dėl to pažeidžiama širdis ir jos funkcijos. Esant koronarinei širdies ligai širdies vainikinės arterijos susiaurėja arba užsikemša aterosklerotinėmis plokštelėmis. Jeigu šios aterosklerotinės plokštelės susiaurina vainikinės arterijos spindį, tai tuomet širdies raumuo neaprūpinamas pakankamu kraujo kiekiu. Kai širdies raumuo negauna pakankamo kraujo kiekio, atsiranda skausmas ar spaudimas krūtinėje. Tai vadinama krūtinės angina ir yra įspėjamasis signalas, kad širdis turi problemų [9].

Pasaulio sveikatos organizacijos ir „Global Burden of Disease“ duomenys rodo, kad IŠL išlieka pagrindine mirties priežastimi pasaulyje, kasmet nusinešdama apie 8–9 milijonus gyvybių, o bendras sergamumas šia liga siekia šimtus milijonų atvejų. Nustatyta per 200 įvairių rizikos veiksnių, turinčių įtakos širdies ir kraujagyslių ligos išsivystymui. Tačiau ne visi rizikos veiksniai pasižymi vienodu lemiamu poveikiu. Vienus rizikos veiksnius galima koreguoti ir pašalinti, kitų – neįmanoma [10]. Vis dėlto, pagrindiniai rizikos veiksniai apima aukštą kraujospūdį, rūkymą, aukštą cholesterolio kiekį kraujyje, mažą fizinį aktyvumą, antsvorį ir nutukimą [11,12].

Lietuvoje širdies ir kraujagyslių sistemos ligos išlieka pagrindine tiek vyrų, tiek moterų mirties priežastimi. 2024 m. Lietuvoje mirė 18 331 vyras, palyginti su 2023 m., 254 vyrais daugiau. Vyrų mirtingumo rodiklis 2024 m. buvo 1 338,2/100 000 vyrų (2023 m. – taip pat 1 338,2/100 000 vyrų). Daugiausia (44,6 proc.) vyrų mirė nuo kraujotakos sistemos ligų, iš kurių 60,4 proc. mirė nuo išeminės širdies ligos, 19,9 proc. – smegenų kraujagyslių ligų. Vyrų mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis 2024 m. buvo 596,3/100 000 vyrų (2023 m. – 609,6/100 000 vyrų). 2024 m. Lietuvoje mirė 19 122 moterys, palyginti su 2023 m., 194 moterimis daugiau. Moterų mirtingumo rodiklis 2024 m. buvo 1 259,3/100 000 moterų (2023 m. – 1 244,7/100 000 moterų). Moterų mirtingumo nuo Lietuvoje širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rodiklis 2024 m. buvo 714,9/100 000 moterų (2023 m. – 725,2/100 000 moterų) [13]. Širdies ir kraujagyslių ligos išlieka pagrindine vyrų ir moterų mirties priežastimi Lietuvoje, todėl pacientų, patyrusių aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijas, sveikimo patirtys yra itin svarbios. Didelis mirtingumas nuo išeminės širdies ligos atskleidžia poreikį nagrinėti ne tik medicininius, bet psichoemocinius pacientų išgyvenimus ankstyvuju pooperaciniu laikotarpiu. Slaugos personalo vaidmuo tampa esminis padedant pacientams susidoroti su sveikimo iššūkiais, o analizė pagal N. Roper gyvybinių veiklų modelį leidžia suprasti sveikimo procesą holistiniu požiūriu. Be to, aukšti mirtingumo

rodikliai pagrindžia tyrimo uždavinį išanalizuoti pacientų vidinę ir išorinę motyvaciją keisti gyvenimo būdą, nes tai tiesiogiai susiję su antrinės prevencijos sėkme ir ateities mirtingumo mažinimu [14].

1.2. Aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija

Vainikinių arterijų šuntavimo operacija (toliau – VAŠO) arba aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija (AKJSO) yra dažniausiai atliekama širdies ir kraujagyslių operacija visame pasaulyje. Ši operacija pagerina ilgalaikį pacientų išgyvenamumą ir sumažina mirčių skaičių, susijusių su širdies ir kraujagyslių ligomis [15]. Nuo pirmosios koronarinės arterijos šuntavimo procedūros, atliktos 1960 m., daugelis chirurgų ir jų komandų prisidėjo prie šiandieninės jos sėkmės. VAŠO ilgainiui keitėsi. Operacija tapo retesnė, tačiau sudėtingesnė vyresnio amžiaus ir pacientams, turintiems pažengusio lygmens aterosklerozę. Naujos inovacijos, naudojant minimaliai invazinius metodus, suteikė galimybę pritaikyti VAŠO konkrečioms pacientų populiacijoms. VAŠO yra labiausiai ištirta širdies operacija tiek Jungtinėse Amerikos Valstijose (toliau – JAV), tiek visame pasaulyje. Vien tik JAV kasmet atliekama beveik 400 000 vainikinių širdies arterijų operacijų [16]. Vainikinių arterijų šuntavimo operacija arba aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija yra chirurginė procedūra, skirta pagerinti kraujotaką į širdį. Ji gali būti reikalinga, kai susiaurėja arba užsikemša arterijos, tiekiančios kraują į širdį, vadinamos vainikinėmis arterijomis [17]. Šios operacijos metu yra paimama dalis kojos, krūtinės arba rankos sveikos kraujagyslės bei prijungiama (persodinama) prie aortos ir vainikinės širdies arterijos truputį žemiau užsikimšimo vietos. Siekiant aplenkti užblokuotą ar susiaurėjusią arterijos segmentą, yra atkuriamas normalus kraujo patekimas į širdies raumenį. Ši operacija padeda sumažinti širdies ligos simptomus, tokius kaip krūtinės skausmas, ir pagerinti paciento gyvenimo kokybę bei išgyvenimą [18].

1.3. Aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos komplikacijos

Pacientams po AKJSO dažniausiai registruojamos kelios pagrindinės pooperacinės komplikacijos: ūmus inkstų pažeidimas (toliau - ŪIP), infekcijos (ypač krūtininkaulio žaizdos), pooperacinis prieširdžių virpėjimas, plaučių komplikacijos (pvz., pneumonija, kvėpavimo nepakankamumas), neurologinės komplikacijos - galvos smegenų insultas bei kraujavimas. Remiantis moksliniais šaltiniais šių komplikacijų dažnis įvairiuose tyrimuose svyruoja bei gali siekti 30-40 proc. nuo visų operuotų pacientų [19].

ŪIP - yra dažna komplikacija po širdies operacijų,- naujausi moksliniai tyrimai nurodo, kad ŪIP gali pasireikšti maždaug 20 proc. pacientų (arba kas 5-am ligoniui) po širdies operacijos. ŪIP yra susijęs su ilgesne hospitalizacija, sunkesne ligos forma bei polinkiu į lėtinį inkstų nepakankamumą [20].

Krūtinkaulio žaidos infekcijos blogina paciento ilgalaikes prognozes, ilgina hospitalizavimo laiką. Tokie rizikos veiksniai kaip diabetas, nutukimas, hipertenzija, ilgas operacijos trukmės laikas didina tikimybę infekcijai atsirasti. Profilaktika ir ankstyvas infekcijos požymių atpažinimas svarbūs komplikacijų mažinimui [21].

Kvėpavimo sistemos komplikacijos po AKJSO pasireiškia dažniau nei visos kitos komplikacijos. Dažniausios kvėpavimo sistemos komplikacijos po širdies operacijų yra skystis pleuroje (27-95 proc.), atelektazės (17-90 proc.), pooperacinė hipoksemija (3-10 proc.), ūmus kvėpavimo sistemos distreso sindromas. Yra nustatyta, kad 40 proc. pacientų po širdies operacijos išsivysto kvėpavimo funkcijos nepakankamumas (ŪKN). Nors pooperacinės plaučių disfunkcijos patogenezė nėra visiškai aiški, manoma, kad tai susiję su pooperacinio sisteminio uždegiminio atsako atsiradimu ir vėlesniu jo pasireiškimu plaučiuose [22,23].

Širdies ritmo sutrikimai – kita gana dažna komplikacija po širdies operacijų, pasireiškiantis 20-30 proc. visų pacientų pooperaciniu laikotarpiu dažniausiai pasireiškia prieširdžių tachiaritmija, o skilvelių aritmijos bei bradikardija nustatomos rečiau. Kiekvieno ritmo sutrikimo reikšmė priklauso nuo jo trukmės, skilvelių atsako dažnio, širdies funkcijos būklės bei gretutinių ligų [24]. Riziką pooperaciniams ritmo sutrikimams didina vyresnis amžius, širdies ydos, nutukimas, anksčiau patirtas insultas ar lėtinė obstrukcinė plaučių liga. Operacijos metu jų atsiradimui įtakos turi uždegiminiai procesai ir hemodinaminis stresas (pvz., prieširdžių išsiplėtimas, išemija, padidėjęs kraujospūdis) [24]. Taip pat nustatyta, kad ritmo sutrikimus gali provokuoti elektrolitų pusiausvyros pakitimai (magnio ir kalio trūkumas) bei operacijos metu vartojami vaistai [24]. Ši būklė glaudžiai susijusi ir su paciento patiriamu stresu bei emocine įtampa. Ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu, apie 48 valandas po operacijos yra didesnė rizika išsivystyti ritmo sutrikimams,- todėl yra svarbus nuolatinis paciento monitoringas [23].

Širdies ir kraujagyslių sistemos komplikacijų atsiradimas dažniausiai siejamas su paciento sveikatos būkle prieš operaciją bei galimais techniniais nesklandumais operacijos metu. Nuoseklus gyvybinių funkcijų ir bendros paciento savijautos stebėjimas leidžia laiku atpažinti galimus sutrikimus ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu.

Neurologinės komplikacijos. Insultas, viena iš sunkiausių, klinikiniu požiūriu, neurologinių komplikacijų. Paprastai jis įvyksta perioperaciniu laikotarpiu, kuomet atsibudusiems po anestezijos

pacientams pasireiškia neurologiniai sutrikimai arba gali išsivystyti po operacijos be neurologinių pokyčių. Ši komplikacija yra gana reta, pasireiškia 1-2 proc. pacientų. Insultas ženkliai didina mirtingumą ir blogina ilgalaikes išgyvenimo bei paciento gyvenimo kokybės prognozes [25]. Pagrindiniai rizikos veiksniai abiejų formų insultui išsivystyti yra vyresnis amžius, ankstesnis insultas, prieširdžių virpėjimas (PV), dirbtinė kraujo apytaka, hipotermija [26]. Dažniausias insulto išsivystymo mechanizmas širdies operacijos metu yra makroembolija arba mikroembolija, tačiau, kad išsivystytų insultas, paprastai reikia kelių rizikos veiksnių [27]. Delyras, pakankamai dažna neurologinė komplikacija, yra apibūdinama kaip ūmus, banguojančios eigos dienos eigoje psichikos sindromas, pasireiškiantis dėmesio nesutelkimu, emocijų, atminties, suvokimo sutrikimais. Jis dažniausiai atsiranda per pirmąsias 1–3 paras po chirurginės intervencijos ir pasižymi svyruojančia eiga: simptomai gali greitai sustiprėti arba laikinai sumažėti. Klinikiniai požymiai apima sutrikusį dėmesio koncentravimą, dezorientaciją, haliucinacijas, nerimą, neretai – psichomotorinį sujaudinimą arba, atvirkščiai, sulėtėjimą [28]. Nustatyta, kad delyras po širdies operacijų išsivysto nuo 4 iki 55 proc. atvejų [29]. Pagrindiniai rizikos faktoriai, galintys turėti įtakos delyro išsivystymui yra vyresnis amžius (>70 metų), sumažėjusi pažinimo funkcija prieš operaciją, cerebrovaskulinės ar periferinių kraujagyslių ligos, cukrinis diabetas, mažesnė kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija, hipotermija, elektrolitų disbalansas, depresija, netinkama mityba [30].

Pooperacinis kraujavimas po AKJSO yra dažna komplikacija, susijusi su pakartotine operacija bei glaudžiai susijusi su naujai išsivysčiusia anemija ir kraujo transfuzijomis. Pacientai, priskiriami mažos rizikos arba neturintiems gretutinių ligų patiria lengvesnius kraujavimus nei pacientai, turintys lėtinių susirgimų ar kitų, gretutinių ligų [31]. Taip pat kraujavimas, trunkantis ilgiau nei 12 val. ženkliai susijęs su prastesniais išgyvenimo rezultatais [32]. Vienoje palyginamajame studijoje, kurioje dalyvavo 16 chirurgijos centrų iš 6 Europos šalių (Suomija, Prancūzija, Vokietija, Italija, Švedija ir Jungtinė karalystė) buvo vertintas kraujavimo dažnis tarp pacientų, kurie prieš operaciją vartojo antitrombocitinių vaistų grupės preparatą - klopidoogrelį. Tyrimo duomenys parodė, kad klopidoogrelį vartojantys pacientai, nutraukę vaistą 3 dienas iki operacijos, turėjo reikšmingai didesnę didelio kraujavimo dažnį pagal Universalaus perioperacinio kraujavimo perioperaciniu laikotarpiu apibrėžimą (*angl. Universal Perioperative Bleeding*), nei tie, kurie nutraukė vaisto vartojimą anksčiau [33]. Kelios studijos rodo, kad perioperacinės raudonųjų kraujo kūnelių - eritrocitų transfuzijos yra susijusios su padidėjusiu mirtingumu, prailgėjusia dirbtinės plaučių ventiliacijos trukme, pneumonija, inkstų pažeidimu, miokardu infarktu ar pakartotine operacija bei prailgėjusia gulėjimo trukme ligoninėje [34].

Apibendrinant galima teigti, kad pooperacinio kraujavimo riziką didina prieš operaciją vartojami antitrombocitiniai vaistai, todėl itin svarbu laikytis gydytojo nurodymų ir nutraukti jų vartojimą bent 3 dienas iki intervencijos. Pats kraujavimas ar anemija dažniausiai nėra lemtingiausi veiksniai, tačiau situacija tampa sudėtingesnė, jei prireikia eritrocitų transfuzijos – tokiu atveju pacientui gali užsitęsti sveikimo procesas ir išaugti mirtingumo rizika.

1.4. Psichoemociniai išgyvenimai pacientų sveikimo metu

Psichoemociniai išgyvenimai apibrėžiami kaip kompleksinė žmogaus vidinė patirtis, apimanti emocijas, jausmus, nuotaikas bei su jomis susijusius kognityvinius ir fiziologinius procesus. Šie išgyvenimai atspindi ne tik momentines emocines reakcijas, bet ir platesnę psichologinę būseną, kuri formuojasi sąveikaujant asmens vidiniams ištekliams ir išoriniams veiksniams, tokiems kaip sveikatos būklė, aplinka ar patiriamas stresas. Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad psichoemocinė būseną yra dinamiška ir kintanti, ypač medicininių intervencijų kontekste, kai pacientai susiduria su neapibrėžtumu, fiziniu diskomfortu ir adaptacijos poreikiu. Psichoemociniai išgyvenimai taip pat siejami su paciento gebėjimu suvokti ir interpretuoti savo būklę, reguliuoti emocijas bei prisitaikyti prie pasikeitusių gyvenimo sąlygų. Ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu šie išgyvenimai gali pasireikšti kaip nerimas, baimė, palengvėjimas ar vidinė įtampa, kurie glaudžiai susiję su fizine savijauta ir situacijos suvokimu. Todėl psichoemocinių išgyvenimų analizė leidžia geriau suprasti pacientų sveikimo patirtį ir jų poreikius šiame laikotarpyje [35, 36].

Pacientai po AKJSO dažnai susiduria ne tik su fiziniais iššūkiais, bet ir su stipriais psichoemociniais išgyvenimais, kurie gali reikšmingai turėti įtakos sveikimo eigai bei pacientų fizinei bei dvasinei gerovei. Klinikinėje praktikoje pastebima, kad nerimas, stresas, atsiradę depresijos simptomai ar nežinomybės baimė gali įtakoti ne tik paciento emocinę būseną, bet ir tiesiogiai sąveikauti su fiziologiniais sveikimo mechanizmais. Šveicarijoje, remiantis Ciuriche atlikto daugiacentrinio stebimojo tyrimo duomenimis, nustatyta, kad depresijos ir nerimo simptomai pasireiškia reikšmingai dažnai bei tokios būklės paplitimas įvairiuose tyrimuose svyruoja, tačiau apytiksliai apie 20–40 proc. pacientų gali turėti reikšmingus depresijos ar nerimo simptomus prieš ar po operacijos. Tai taip pat kartojasi ir daugelyje kitų atliktų naujesnių tyrimų [37]. Kitose studijose pacientai po širdies operacijų nusako nerimą dėl operacijos ir komplikacijų, miego ir apetito sutrikimus, nuovargį, prarastą savarankiškumą ir socialinę izoliaciją; kai kuriems pacientams operacija sukelia „egzistencinius“ išgyvenimus, - naują vertybių persvarstymą arba baimę dėl ateities. Kokybiniai tyrimai parodė, kad

pacientai jaučia ne tik fizinį skausmą, bet ir stiprius psichologinius išgyvenimus dėl priklausomybės nuo medicinos personalo, nežinomybės ir informacijos apie ligą stokos [38]. Pagal 2024 m. Tailande atliktos studijos, kurios tikslas buvo nustatyti pagrindinius rizikos veiksnius turinčius poveikį pooperacinės depresijos atsiradimui, duomenis, buvo nustatyta, jog labiausiai veikiantys faktoriai yra šie: vyresnis amžius, priešoperacinė depresija ar kognityviniai sutrikimai, ankstesni psichikos sutrikimai, socialinė izoliacija, žemesnis išsilavinimas, komplikauta operacija, ilgesnė intensyvios terapijos trukmė ir delyras. Taip pat, tame pačiame tyrime atskleista tai, jog ilgas operacijos laukimo laikas, netinkamai ar neišsamiai pateikta informacija bei menkas pasiruošimas dažnai didina priešoperacinį nerimą ir vėliau lemia jo poveikį [39]. Kitas 2024 m. atliktas tyrimas Palestinoje, nagrinėjęs pacientų po AKJSO emocinę būklę taip pat patvirtina, jog emociniai sutrikimai pooperaciniu laikotarpiu siejasi su ilgesne hospitalizacija, didesniu komplikacijų skaičiumi (pvz., delyras), prastesniu paciento įsitraukimu kardioreabilitacijoje bei suprastėjusia gyvenimo kokybe. Be to, depresija ir nerimas yra susiję su padidėjusiu mirtingumu ilgalaikio gydymo kontekste. Taip pat pastebėta, jog tokios situacijos ne tik blogina paciento išgyvenimo galimybes, bet ir didina sveikatos priežiūros išlaidas [40]. Lietuvos Sveikatos Mokslo Universitete atliktas tyrimas, kurio metu buvo atskleista, kokius emocinius išgyvenimus ankstyvuoju pooperaciniu periodu patyrė informantai. Tai apėmė nerimą, nežinomybę, skausmo baimę, taip pat informacijos ir emocinės paramos poreikį bei ankstyvos mobilizacijos iššūkius [41]. Kitame Lietuvos Sveikatos Mokslo Universitete atliktame kiekybiniame tyrime pabrėžiama, kad paciento pasitenkinimą ir patirtis veikia premedikacija, skausmo kontrolė ir išsamus informavimas apie taikytiną anestezijos būdą, ir tai netiesiogiai veikia emocinį saugumą ir nerimą [42].

Pacientų sveikimo po AKJSO metu svarbūs ne tik fiziniai, bet ir psichoemociniai išgyvenimai, tokie kaip nerimas, stresas, depresijos simptomai, nežinomybės baimė ir socialinė izoliacija. Tyrimai rodo, kad šie sunkumai yra gana dažni, o jų atsiradimą didina vyresnis amžius, ankstesni psichikos sutrikimai, nepakankama informacija, ilgas laukimas operacijai ir sudėtingesnė pooperacinė eiga. Emociniai sutrikimai gali bloginti paciento įsitraukimą į sveikimą, ilginti hospitalizaciją, didinti komplikacijų ir mirtingumo riziką, todėl itin svarbūs tampa išsamus informavimas, emocinė parama ir tinkamas pasiruošimas operacijai.

1.5. Slaugos personalo veiksmų reikšmė

Siekiant užtikrinti kokybišką pacientų slaugą po AKJSO, svarbu identifikuoti ir atliepti jų slaugos poreikius. Analizuojant pacientų patirtis, susijusias su slaugos personalo veiksmų reikšme sveikimo

procesu, buvo remtasi N. Roper gyvybinių veiklų modelio koncepcija, leidžiančia vertinti pacientų patirtis per kasdienių veiklų ir jų atkūrimo prizmę. Holistiniame slaugos poreikių vertinimui rekomenduojama atsižvelgti į 12 gyvybinių veiklų, išskiriamų šiame modelyje [43]. Todėl slauga įsivaizduojama kaip pagalba pacientams, gyvybinių veiklų problemoms (esamoms ir potencialioms) spręsti, joms palengvinti arba prie tų problemų prisitaikyti, todėl pagal savo kompetencijas slaugytojai vertina 12 gyvybinių veiklų: kvėpavimą, saugios aplinkos palaikymą, bendravimą, valgymą ir gėrimą, tuštinimąsi ir šlapinimąsi, asmens higieną, kūno temperatūros reguliavimą, judėjimą, darbą ir žaidimus, lyties raišką, miegojimą ir mirimą [44]. Pacientai po AKJSO ankstyvajame pooperaciniame etape patiria skausmą, kvėpavimo sunkumus, mobilumo ribotumą, nuovargį ir nerimą, todėl slaugos personalo vaidmuo tampa esminis užtikrinant saugų ir sėkmingą sveikimą [45]. Literatūros duomenimis yra pabrėžiama, kad slauga po AKJSO nėra tik techninių procedūrų atlikimas – tai holistinis, paciento poreikius atitinkantis procesas, apimantis fizinę paramą, psichologinę pagalbą, edukaciją bei komplikacijų prevenciją [46].

Slaugos personalo veiksmai tiesiogiai veikia sveikimo tempą ir kokybę. Tinkamas skausmo valdymas palengvina kvėpavimą ir leidžia efektyviau atlikti kvėpavimo pratimus, ankstyva mobilizacija gerina kraujotaką ir mažina tromboembolijų riziką, o emocinė parama ir komunikacija su pacientu padeda mažinti nerimą, depresijos simptomus ir didina gyvenimo kokybę po operacijos [47]. Irano ligoninėse atliktas tyrimas parodė, jog pacientų gebėjimas atlikti kasdienės veiklas po AKJSO tiesiogiai susijęs su slaugos veiksmų kokybe ankstyvuoju periodu [48, 49]. Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, kad pacientai po širdies operacijų labiausiai vertina slaugytojų prieinamumą, empatiją ir gebėjimą paaiškinti situaciją – tai suteikia saugumo jausmą ir didina pasitikėjimą gydymu [31]. Akivaizdu, jog kokybiška slauga daro įtaką paciento emocinei būklei. Tyrimai rodo, kad iki 50 proc. pacientų ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu patiria nerimą ar depresiją [42]. Tokios emocinės ir psichologinės būklės ne tik blogina savijautą, bet ir stipriai mažina paciento motyvaciją judėti, atlikti kvėpavimo pratimus ar bendradarbiauti su medicinos personalu [51]. Tokiose situacijose slaugytojai atlieka itin svarbų vaidmenį ne tik teikiant fizinę pagalbą, bet ir kuriant psichologinį saugumą, užtikrinant nuolatinę komunikaciją ir emocinę paramą [52]. Pacientų edukacija bei mokymas yra dar keli labai svarbūs slaugos komponentai. Šiandieniniame kontekste slauga siejama su pažangia slaugos praktika: apimančia sveikatos stiprinimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą bei sveikatos ugdymą [53, 54]. Literatūroje pabrėžiama, kad slaugytojo vykdomą pacientų mokymą lemia keli esminiai veiksniai: slaugytojo žinios ir požiūris, tinkama mokymosi aplinka, sveikatos priežiūros sistemos organizavimas ir veiksmingas tarpdisciplininis bendradarbiavimas. Šiuos

veiksnius papildomai formuoja visuomenėje vyraujantys lūkesčiai ir kultūrinės tradicijos [55]. Atlikdamas edukatoriaus vaidmenį, slaugytojas turi gebėti aiškiai ir suprantamai perteikti pacientui aktualią, moksliškai pagrįstą informaciją, užtikrindamas pagarbą, konfidencialumą ir etikos principų laikymąsi [56]. Pacientai po AKJSO dažnai neturi informacijos, ką jie gali ar ko negali daryti, atsiranda baimė judėti, nerimauja dėl krūtinės skausmo ar kvėpavimo sunkumų [57]. Moksliniai tyrimai rodo, kad struktūrizuota ir nuolatinė edukacija prieš ir po operacijos didina pacientų pasitikėjimą, savikontrolę ir pasirengimą reabilitacijai [58]. „Mano mokymai: aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija“ (angl. *MyEducation: Coronary Artery Bypass Grafting*) programos tyrimas parodė, kad edukacinės intervencijos sumažino nerimą ir depresijos simptomus bei pagerino savirūpos gebėjimus. „Mano mokymai: aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija“ yra specialiai pacientams po AKJSO sukurta mobili edukacinė programėlė, skirta pagerinti pacientų informuotumą, savirūpą ir psichologinę gerovę. Programėlėje pateikiama aiški, moksliškai pagrįsta informacija apie operacijos eigą, ankstyvąjį pooperacinį laikotarpį, galimas komplikacijas, skausmo ir kvėpavimo valdymą, fizinio aktyvumo rekomendacijas bei gyvenimo būdo pokyčius. Ji taip pat apima priminimus, interaktyvias užduotis ir savikontrolės funkcijas, kurios padeda pacientui aktyviai dalyvauti savo sveikimo procese. Šios intervencijos efektyvumas buvo įvertintas atsitiktinių imčių kontroliuojamame tyrime, 2024 m. atliktame Malaizijoje. Tyrimo metu nustatyta, kad pacientai, kurie naudojo „Mano mokymai: aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija“ programėlę, ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu patyrė mažesnę nerimo ir depresijos lygį, buvo labiau pasirengę reabilitacijai ir demonstravo geresnius savirūpos gebėjimus, palyginti su įprastine priežiūra gavusia grupe. Šie rezultatai pagrindžia struktūruotas, slaugytojo inicijuotas edukacijos reikšmę pacientų psichoemocinei būklei, savarankiškumui ir sveikimo efektyvumui po AKJSO operacijos [58].

1.6. Pacientų po AKJSO gyvybinių veiklų pokyčiai

Šiuolaikinėje literatūroje vis dažniau pabrėžiama, kad širdies ligų gydymo tikslas neapsiriboja vien fiziologinių simptomų korekcija ar chirurginiu defektų pašalinimu. Gydymas suprantamas visapusiškai – siekiama pagerinti paciento gyvenimo kokybę, atkurti paciento funkcinį savarankiškumą ir grąžinti žmogų į įprastą socialinį bei emocinį gyvenimo ritmą [59, 60]. Dėl šių priežasčių pooperacinės reabilitacijos procesas tampa itin svarbia gydymo dalimi, o slaugytojo vaidmuo šiame etape yra labai svarbus. Slaugytojai ne tik vykdo medicinines procedūras vadovaujantis protokolais, bet ir koordinuoja

fizinę, emocinę bei edukacinę paciento priežiūrą, skatina savirūpą ir ankstyvą mobilizaciją, padeda pacientui prisitaikyti prie pasikeitusios sveikatos būklės [61, 62].

Po AKJSO pacientai perkeliami į intensyviosios terapijos skyrių, kuriame vidutiniškai išbūna nuo 24 iki 72 valandų, priklausomai nuo jų klinikinės būklės ir komplikacijų rizikos [63]. Šiame etape slaugytojai atlieka nuolatinį hemodinaminės būklės stebėjimą: monitoruoja širdies susitraukimų dažnį, arterinį kraujospūdį, deguonies prisotinimą, kūno temperatūrą, centrinio veninio ir arterinio spaudimo pasikeitimus, drenažo dinamiką. Slaugytojai taip pat įvertina paciento skausmą, sąmonės būklę, kvėpavimo efektyvumą bei atpažįsta galimas komplikacijas [64].

Kvėpavimo gyvybinė veikla. Pacientams po AKJSO dažnai pasireiškia plaučių funkcijos sutrikimas, kuris gali būti sukeltas dėl bendrosios anestezijos, taikytos dirbtinės kraujo apytakos ar dėl esančio skausmo sumažėjusio fizinio aktyvumo. Slaugytojo vaidmuo šiame etape apima nuolatinį kvėpavimo stebėjimą (deguonies saturacijos, kvėpavimo dažnio, odos spalvos), kvėpavimo pratimų inicijavimą, ankstyvą mobilizaciją ir efektyvų skausmo valdymą, siekiant palengvinti plaučių ventiliaciją. Kvėpavimo pratimai, reikšmingai sumažina plaučių komplikacijų riziką ir pagerina arterinio kraujo deguonies prisotinimą. Tyrimas parodė, kad kvėpavimo pratimai po AKJSO ženkliai sumažina plaučių komplikacijų riziką [65].

Miego ir poilsio gyvybinė veikla. Dėl skausmo, aplinkos pasikeitimo, kvėpavimo sunkumų pacientai pooperaciniu laikotarpiu patiria miego sutrikimus ir tai yra viena iš dažniausių slaugos problemų. Sutrikdyta miego struktūra daro neigiamą įtaką daugeliui gyvybinių funkcijų. Taip pat miegas yra labai stipriai susijęs su žmogaus psichologine būkle, pacientą miego sutrikimai gali ypač varginti. Siekiant pagerinti miego kokybę, slaugytojai padeda sukurti jaukią bei ramią miego aplinką, taiko skausmo valdymo terapiją, reguliuoja kvėpavimo pratimų laiką, mobilizaciją. Geras ir kokybiškas poilsis yra svarbus greitesniam pacientų po AKJSO sveikimui [66].

Tuštinimosi ir šlapinimosi gyvybinė veikla. Pacientams po AKJSO dažnai pasireiškia šlapinimosi ir tuštinimosi funkcijos sutrikimai, kuriuos nulemia opioidinių analgetikų vartojimas, sumažėjęs fizinis aktyvumas ir autonominės nervų sistemos pokyčiai. Slaugos personalas sistemingai vertina šlapinimąsi ir tuštinimąsi, skatina paciento judrumą ir mobilizaciją, užtikrina pakankamą skysčių balansą ir laiku atpažįsta obstipacijos ar inkstų funkcijos sutrikimo požymius. Pastebėjus pirmuosius hipovolemijos ar hipervolemijos požymius ir apie atsiradusius pakitimus nedelsiant pranešus gydančiajam gydytojui, galima laiku išvengti bereikalingos paciento kančios bei grėsmę sveikatos būklei keliančių pooperacinių komplikacijų. Moksliniai šaltiniai nurodo, jog ankstyvas šlapinimosi ir tuštinimosi sistemų funkcijos

atkūrimas laikomas itin svarbiu paciento savarankiškumo ir sveikimo rodikliu po širdies operacijos [67,68].

Kūno temperatūros reguliavimo gyvybinė veikla. Kūno temperatūros pastovumas reguliuojamas išlaikant šilumos gamybos ir jos atidavimo procesus. Karščiavimas reguliuojamas tokiu pačiu principu, kaip ir palaikant normalią kūno temperatūrą, šaltoje aplinkoje, tik karščiavimo metu organizmui reikia normalizuoti kūno temperatūrą. Pooperaciniu laikotarpiu paciento kūno temperatūros reguliavimas yra svarbus ne tik infekcijos prevencijai, bet ir siekiant valdyti fiziologinį organizmo atsaką į chirurginį stresą. Slaugos personalas nuolat stebi paciento temperatūrą, taiko atitinkamas intervencijas (šildymą arba vėsinimą), kontroliuoja aplinkos sąlygas ir palaiko komfortą, taip užtikrindamas geresnę hemodinaminę pusiausvyrą ir saugumo jausmą. Tyrimai rodo, kad tinkamas temperatūros palaikymas pacientams po širdies operacijos pagerina sveikimo eigą [69].

Judėjimo gyvybinė veikla. Pacientams po širdies operacijų labai svarbų vaidmenį vaidina judėjimas bei reabilitacija. Esminis ankstyvos reabilitacijos tikslas yra atkurti fizinį, funkcinį pajėgumą [70] ir mažinti komplikacijų atsiradimo tikimybę bei pagreitinti plaučių funkcijos atsistatymo procesą [71]. Į reabilitacijos programą įeina įvairių reikalingų specialistų konsultacijos, fizioterapija, masažas, kineziterapija, medikamentinis gydymas. Kineziterapija ir ankstyvas fizinis aktyvinimas (per pirmąsias 24-48 val.) yra viena iš svarbiausių dedamųjų ankstyvosios reabilitacijos metu [72]. Siekiant sumažinti pooperacinių komplikacijų atsiradimo tikimybę, bei atgauti funkcinę būklę, asmenims po širdies operacijų pirmuoju reabilitacijos etapu kineziterapija yra taikoma visada [72], išskyrus atvejus, kai yra kontraindikacijų. Kuo anksčiau pacientas pradeda aktyvinti, tuo geresnio jo funkcinės būklės atsistatymo ir trumpesnio hospitalizacijos laiko galima tikėtis [70].

Valgymo ir gėrimo gyvybinė veikla. Klinikiniai tyrimai rodo, kad pacientams po širdies operacijų dažnai nustatomas mitybos nepakankamumas, kuris reikšmingai veikia pooperacinio sveikimo eigą. Nepakankama mityba siejama su lėtesniu žaizdų gijimu, didesne infekcijų ir pragulų rizika, imuninės sistemos susilpnėjimu bei ilgesne hospitalizacija. Tyrimai patvirtina, kad prasta mitybos būklė lemia blogesnius klinikinius rezultatus ir didesnę mirtingumą po AKJSO [73]. Opioidiniai analgetikai, taikomi skausmo kontrolei po operacijos, dažnai sukelia pykinimą, vėmimą, apetito praradimą, o tai dar labiau mažina maisto suvartojimą. Todėl slaugytojai atlieka esminį vaidmenį užtikrinant mitybos terapijos efektyvumą – vertina mitybos būklę, seka suvartojamo maisto kiekį, palaiko burnos higieną, padeda maitinti nusilpusius ir savarankiškai nesugebančius pavalgyti pacientus bei sudaro palankias sąlygas visavertei ir racionaliai mitybai [74]. Apibendrinant, tinkama paciento mityba ankstyvuoją pooperaciniu

laikotarpiu yra vienas iš pagrindinių slaugytojų uždavinių, nes ji tiesiogiai veikia paciento atsigavimo greitį ir komplikacijų dažnį.

Lyties raiškos gyvybinė veikla. Lytinis potraukis ir aktyvumas sumažėja pirmosiomis savaitėmis ar net keliems mėnesiams,- tam įtakos turi pooperacinis skausmas, nuovargis, baimė pakenkti krūtinkauliui, nerimas ir depresijos simptomai. Populiacinio mastu širdies operacijas patyrusiems pacientams seksualinės funkcijos sutrikimas siekia apie 63 proc. [75]. Vyrai skundžiasi erekcijos sutrikimu, retrogradine ejakuliacija, priešlaikine ejakuliacija arba ejakuliacijos nebuvimu, moterys - potraukio sumažėjimu, lubrikacijos sutrikimais, skausmingais lytiniais santykiais. Psichologiniai veiksniai - baimė patirti komplikacijas, nerimas dėl krūtinės žaizdos, reikšmingai mažina pasitikėjimą ir lytinį aktyvumą [76].

Asmens higienos gyvybinė veikla. Asmens higienos gyvybinė veikla po AKJSO yra svarbi paciento sveikimo dalis, glaudžiai susijusi su infekcijų prevencija, komfortu ir savarankiškumo atkūrimu. Ši veikla ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu dažnai sutrinka dėl skausmo, judėjimo ribojimų, krūtinkaulio gijimo apribojimų, silpnumo bei emocinio nesaugumo [77]. Po AKJSO pacientai paprastai kelias dienas išlieka riboto judrumo, o dėl operacinių pjūvių bei žaizdų jie negali kelti rankų virš pečių linijos, lenktis ar atlikti kitų pratimų. Šie apribojimai turi tiesioginę įtaką asmens higienai, todėl pacientai negali patys praustis, šukuotis ar net persirengti ar pasikeisti drabužių. Slaugytojo ir slaugos pagalbinio personalo užduotis – padėti atlikti asmens higienos veiksmus, užtikrinti tinkamą odos, burnos, galvos ir lytinių organų higieną, stebėti infekcijos požymius bei skatinti paciento savarankiškumą palaipsniui atstatant šiuos gebėjimus išlaikant krūtinkaulio ar operacinių žaizdų vientisumą [77]. Literatūros duomenimis, nepakankama asmens higiena po kardiochirurginių operacijų yra reikšmingas infekcijų rizikos veiksnys, ypač sternotomijos žaizdų infekcijų ir pneumonijos atveju [78]. Burnos higienai taip pat skiriamas ypatingas dėmesys. Burnos ertmės bakterinė kolonizacija gali būti infekcijų šaltinis, todėl rekomenduojama reguliariai valyti dantis arba burną antiseptiniais tirpalais, ypač pacientams, kurie dar nevalgo savarankiškai. Tyrimai rodo, kad tinkamas burnos higienos palaikymas ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu sumažina hospitalinės pneumonijos riziką iki 40 proc. [79]. Ilgėjant hospitalizacijai, svarbu užtikrinti, kad pacientai būtų aktyviai įtraukiami į kasdienės higienos palaikymą. Slaugytojas turi skatinti pacientą palaipsniui atlikti higienos veiksmus savarankiškai – plauti rankas, veidą, dantis, o vėliau ir visą kūną, kai tik leidžia fizinė būklė. Tai atitinka N. Roper gyvybinių veiklų modelio principą – skatinti paciento nepriklausomumą ir palaipsniui atkurti jo kasdienės funkcijas [80]. Apibendrinant, asmens higienos gyvybinės veiklos užtikrinimas po AKJSO yra esminė slaugos proceso dalis. Ji padeda sumažinti infekcijų riziką, pagreitina žaizdų gijimą ir skatina paciento savarankiškumo

atsigavimą. Slaugytojai, taikydami individualizuotą priežiūrą ir edukaciją, prisideda prie sėkmingo sveikimo ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu.

Bendravimo gyvybinė veikla. Ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po AKJSO paciento gebėjimas bendrauti yra vienas svarbiausių slaugos proceso vertinimo aspektų. Pirmosiomis valandomis po operacijos, kai pacientas dar būna prislopintos sąmonės būsenos dėl anestetikų (pvz., propofolio) o plaučių funkciją palaiko dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatas, verbalinė komunikacija yra apribota. Šiuo laikotarpiu slaugytojas vertina neverbalinius signalus – mimiką, akių judesius, reakciją į dirgiklius, kad galėtų tinkamai atliepti paciento poreikius ir užtikrinti saugumą [81]. Pacientui bundant po narkozės bei ruošiantis ekstubacijai, bendravimo vertinimas tampa itin svarbus. Slaugytojas turi įvertinti, ar pacientas supranta kalbą, ar orientuojasi laike, vietoje, ar geba išreikšti savo būseną, bei stebėti emocinę reakciją. Šis vertinimas padeda laiku atpažinti sumišimą, dezorientaciją, nerimą ar delyro požymius, kurie gali apsunkinti komunikaciją ir priežiūrą [82]. Tyrimai rodo, kad daugelis pacientų po širdies operacijų patiria sunkumų išreiškdami poreikius ir emocijas dėl diskomforto, intubacinio vamzdelio ar skausmo, o tai gali didinti streso ir bejėgiškumo jausmą. Tokiais atvejais slaugytojai turėtų taikyti alternatyvias komunikacijos priemones – gestus, rašymą, vizualines korteles ar akių kontaktą – siekiant užtikrinti pacientui kontrolės ir orumo jausmą [83]. Be fiziologinių priežasčių, bendravimą gali riboti ir psichologiniai veiksniai, tokie kaip baimė, nerimas ar depresijos simptomai. Efektyvi, į pacientą orientuota komunikacija padeda mažinti nerimą, stiprina saugumo jausmą ir skatina pasitikėjimą sveikatos priežiūros komanda. Tyrimai patvirtina, kad slaugytojų empatija, aktyvus klausymasis ir aiškus informacijos pateikimas pagerina pacientų pasitenkinimą priežiūra bei sveikimo rezultatus [83]. Pagal N. Roper gyvybinių veiklų modelį, bendravimas laikomas esmine žmogaus veikla, leidžiančia išreikšti emocinius ir fizinius poreikius bei išlaikyti ryšį su aplinka. Po AKJSO pacientai dažnai patiria ryškų krūtinės ląstos skausmą, susijusį su chirurginiu pjūviu, taip pat galimą smegenų hipoksiją dėl dirbtinės kraujo apytakos. Šie veiksniai, kartu su pooperaciniu silpnumu, nerimu ir aplinkos stresoriais, sukelia stiprų nesaugumo jausmą, emocinį diskomfortą bei gali prisidėti prie delyro ar kitų neuropsichologinių sutrikimų išsivystymo. Dėl to pacientams, esantiems intensyviosios terapijos ar kardiochirurgijos skyriuose, tampa ypač svarbus komforto poreikis [84]. Remiantis K. Kolcabo komforto teorija, tinkamų sąlygų sukūrimas ir paciento fizinių bei emocinių poreikių patenkinimas ženkliai gerina gijimo procesą ir padeda užtikrinti efektyvią slaugą. Todėl visos slaugos intervencijos turi būti orientuotos į paciento komforto užtikrinimą, nerimo mažinimą bei delyro profilaktiką. Milisen ir bendraautorų tyrimas parodė, kad slaugytojai, gerai išmanantys delyro kliniką, gebantys anksti atpažinti jo požymius ir pašalinti trikdančius veiksnius, gali reikšmingai sumažinti delyro intensyvumą, palengvinti gydymo eigą ir

sutrumpinti hospitalizacijos trukmę [85]. Po AKSJO operacijos slaugytojo užduotis yra ne tik stebėti paciento komunikacijos gebėjimus, bet ir padėti jam atkurti saviraišką bei savikontrolę sveikimo procese [57].

Apibendrinant, bendravimo vertinimas po AKJSO yra būtinas norint užtikrinti holistinį paciento poreikių suvokimą. Slaugytojo gebėjimas tinkamai vertinti ir palaikyti komunikaciją su pacientu padeda išvengti netikslaus informacijos perdavimo, stiprina terapinį ryšį ir tiesiogiai prisideda prie sėkmingo sveikimo bei emocinės pusiausvyros atkūrimo.

Saugios aplinkos palaikymo gyvybinė veikla. Saugios aplinkos užtikrinimas po AKJSO yra viena iš svarbiausių slaugos veiklų, tiesiogiai lemiančių paciento fizinį saugumą, emocinį stabilumą ir sveikimo kokybę. Ankstyvasis pooperacinis laikotarpis yra itin jautrus, nes pacientai dar nėra visiškai atsigavę po anestezijos, jų būklė gali būti hemodinamiškai nestabili, jaučiamas stipresnis skausmas, silpnumas, pusiausvyros sutrikimai ar sąmonės sutrikimai. Dėl šių priežasčių žymiai padidėja kritimų, susižalojimų, infekcijų bei ūmių kognityvinių sutrikimų, įskaitant delirą, tikimybė [86]. Slaugytojas yra pagrindinis asmuo, atliekantis esminį vaidmenį kuriant ir palaikant aplinką, kuri mažina šias rizikas. Saugios aplinkos užtikrinimas apima tinkamą paciento pozicionavimą lovoje, apsauginių priemonių siekiant paciento saugumą, naudojimą, tvarkingą ir saugų medicinos prietaisų išdėstymą, pakankamą apšvietimą bei griežtą infekcijų prevencijos priemonių taikymą, tokių kaip rankų higiena, žaizdos priežiūra ir antiseptinės technikos laikymasis. Moksliniai tyrimai nurodo, kad nuoseklus infekcijų kontrolės rekomendacijų laikymasis kardiochirurgijos skyriuose gali sumažinti sternotomijos žaizdų infekcijų riziką iki 40 proc.[87]. Saugumo užtikrinimas apima ne tik fizinį, bet ir psichologinį saugumą. Pacientai po širdies operacijų dažnai jaučia nerimą, dezorientaciją ir priklausomybės jausmą, todėl svarbu sudaryti ramią, nuspėjamą aplinką, mažinti triukšmo lygį, užtikrinti privatumo pojūtį ir palaikyti emocinį ryšį su pacientu. Saugios aplinkos užtikrinimas po AKJSO apima ne tik fizines, bet ir emocines apsaugos priemones. Ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu pacientams būdingas nerimas ir orientacijos sutrikimai, todėl būtina užtikrinti ramią, stabilią aplinką ir teikti aiškią, suprantamą informaciją. Toks elgesys ir bendravimas padeda palengvinti stresą ir sumažina delyro tikimybę [88]. Saugios aplinkos užtikrinimas taip pat apima emocinio komforto palaikymą ir pacientų įtraukimą į savirūpą. Moksliniai tyrimai patvirtina, kad pacientai, kurie jaučiasi informuoti ir dalyvauja savo priežiūroje, patiria mažiau nerimo bei greičiau grįžta prie savarankiško gyvenimo būdo. Tokiu būdu saugios aplinkos kūrimas atitinka N. Roper gyvybinių veiklų modelio principus — palaikyti paciento nepriklausomumą, užtikrinti jo fizinį bei emocinį saugumą ir skatinti sveikimą holistiškai [89]. Taigi, saugios aplinkos užtikrinimas po AKJSO yra daugialytis procesas, reikalaujantis dėmesio tiek paciento fiziniams, tiek emociniams

poreikiams. Įvertindamas galimas rizikas, taikydamas prevencines priemones ir palaikydamas pasitikėjimu grįstą bendravimą, slaugytojas atlieka esminį vaidmenį paciento saugumo užtikrinime ir sklandžiam sveikimo procese.

Darbo ir žaidimo gyvybinė veikla. Po AKJSO pacientų darbinė ir laisvalaikio veikla ženkliai kinta dėl sumažėjusio fizinio pajėgumo, skausmo, nuovargio ir emocinių išgyvenimų. Tyrimai rodo, kad ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu fizinė ištvermė sumažėja beveik per pusę, o kasdienės veiklos tampa ribotos dėl sternotomijos pjūvio ir aortokoronarinio šuntavimo poveikio [90]. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose laikomasi rekomendacijų, kad pacientai darbo veiklą atnaujintų palaipsniui, dažniausiai per 6–12 savaičių, priklausomai nuo profesijos pobūdžio. Nacionaliniai duomenys ir klinikinės rekomendacijos rodo, kad per anksti atnaujintas fizinis darbas didina krūtinkaulio gijimo sutrikimų ir širdies komplikacijų riziką. Lietuvos autoriai pažymi, kad įprastos mėgstamos veiklos - skaitymas, stalo žaidimai, bendravimas padeda pacientams mažinti nerimą ir didina jų motyvaciją sveikti. Tai atitinka tarptautinius tyrimus, kurie rodo, kad rekreacinės veiklos turi teigiamą poveikį emocinei savijautai po kardiochirurginių operacijų [42, 91]. Apibendrinant, svarbiausias slaugytojo vaidmuo yra padėti pacientui planuoti aktyvumą, nustatyti saugias ribas ir motyvuoti grįžti prie kasdinių veiklų palaipsniui. Lietuvos tyrimai patvirtina, kad pacientai, gaunantys aiškias, individualizuotas rekomendacijas, greičiau grįžta į įprastas laiką leidimo formas ir darbo veiklas [42].

Mirimo gyvybinė veikla. Po AKJSO pacientams išlieka tam tikra ankstyvojo mirtingumo rizika, kuri dažniausiai siejama su širdies funkcijos sutrikimu, amžiumi, inkstų veiklos pablogėjimu ir kitomis gretutinėmis ligomis. Tyrimai rodo, kad hospitalinis mirtingumas po operacijos svyruoja apie 2–5 proc., o didžiausią riziką patiria pacientai, turintys sumažėjusią kairiojo skilvelio išstūmimo frakciją ar priešoperacinį organų nepakankamumą [92]. Slaugytojas ankstyvuojų laikotarpiu atlieka svarbų vaidmenį stebėdamas paciento būklę, vertindamas rizikos veiksnius ir laiku inicijuodamas intervencijas, kurios gali sumažinti gyvybei grėsmingas komplikacijas. Kokybiška slauga, apimanti skausmo kontrolę, kvėpavimo palaikymą ir ankstyvą aktyvinimą, tiesiogiai mažina mirtingumo riziką. Todėl „mirimo“ gyvybinės veiklos vertinimas po AKJSO tampa svarbia slaugos proceso dalimi, padedančia užtikrinti paciento saugumą ir sklandų sveikimą [93].

1.7. Pacientų po AKJSO motyvacija keisti gyvenimo būdą

Gyvenimo būdo keitimas po AKJSO yra būtinas sklandžiam sveikimo procesui ir ilgalaikių komplikacijų prevencijai. Tyrimai rodo, kad tiek vidinė (autonominė), tiek išorinė (kontroliuojama)

paciento motyvacija daro svarbią įtaką tam, kaip nuosekliai pacientas laikosi gydytojų nurodymų, įsitraukia į reabilitaciją ir valdo su liga susijusius rizikos veiksnius. Savi-determinacijos teorija teigia, kad žmogaus elgesio pokyčius lemia trys baziniai psichologiniai poreikiai: autonomija, kompetencija ir ryšys su kitais. Šie poreikiai formuoja skirtingus motyvacijos tipus, kurie ypač ryškūs po sudėtingų širdies operacijų. Savi-determinacijos teorija aiškina, kaip žmogaus elgesį lemia vidinė (autonominė) ir išorinė (kontroliuojama) motyvacija bei kaip motyvacija keičiasi priklausomai nuo aplinkos sąlygų. Po AKJSO operacijos ši teorija yra ypač aktuali, nes pacientų elgesio pokyčiai (mityba, fizinis aktyvumas, rūkymo nutraukimas, medikamentų vartojimas) yra būtini ilgalaikiam sveikimui ir komplikacijų prevencijai [94].

Savi-determinacijos teorija teigia, kad tvarus ir savarankiškas elgesio pokytis įvyksta tik tada, kai patenkinami trys esminiai psichologiniai poreikiai:

1. *Autonomija (angl. autonomy)*. Pacientas turi jausti, kad pokyčius daro savo noru, o ne vien dėl aplinkos spaudimo. Po AKJSO dažnas pacientas iš pradžių remiasi išorine motyvacija (gydytojų nurodymais, baime pakartotinai susirgti), tačiau slaugytojų ir reabilitacijos specialistų aiškinimas, bendradarbiavimo stilius ir pacientui aiški ir suprantama informacija padeda motyvacijai pereiti į vidinę. Tuomet pacientas supranta „kodėl“ reikia keisti įpročius, jis daug labiau laikosi rekomendacijų.

2. *Kompetencija (angl. competence)*. Kompetencijos poreikis reiškia gebėjimą jaustis pajėgiam valdyti bei kontroliuoti savo sveikatą. Po AKJSO pacientai dažnai patiria neapibrėžtumą, baimę judėti, nepasitikėjimą savo jėgomis. Slaugytojo mokymas, praktiniai patarimai ir palaipsnis aktyvinimas padeda sustiprinti vidinį pajėgumo jausmą. Tyrimai rodo, kad kompetencijos stiprinimas tiesiogiai didina sveikatos elgesio laikymąsi po širdies operacijų [95].

3. *Ryšys/santykiai (angl. relatedness)*. Pacientui būtina jaustis palaikomam, - tiek slaugytojų, tiek šeimos narių bei artimųjų. Empatiškas bendravimas, aiški informacija, šilti tarpasmeniniai santykiai padeda pacientui ne tik mažinti nerimą, bet ir labiau įsitraukti į reabilitaciją. Ryšys padeda išorinei motyvacijai palaipsniui virsti vidine, o tai yra būtina ilgalaikiam gyvenimo būdo pokyčiui [94].

Vidinė motyvacija. Vidinė motyvacija formuojasi tuomet, kai pacientas pats suvokia gyvenimo būdo pokyčių reikšmę savo sveikatai ir gerovei. Po AKJSO ši motyvacija dažnai sustiprėja, nes pacientas išgyvena rimtą sveikatos krizę ir aiškiau supranta savo elgesio pasekmes. Susidūrę su grėsme gyvybei, pacientai įvertina, kad tokie įpročiai kaip rūkymas, nejudrus gyvenimo būdas ar nesubalansuota mityba galėjo turėti tiesioginę įtaką ligos atsiradimui. Dėl to elgesio keitimas jiems tampa savaime suprantamu, asmeniškai reikšmingu siekiu, o ne tik gydytojų rekomendacija. Kokybinių tyrimų duomenimis, vidinę motyvaciją sustiprina noras „susigrąžinti sveikatą“, jaustis stipresniems ir labiau kontroliuoti savo kūną.

Pacientai nurodo, kad po operacijos labiau vertina sveikatą, jaučia atsakomybę už savo veiksmus ir suvokia aiškų ryšį tarp gyvenimo būdo ir fizinės būklės. Vidinės motyvacijos vyravimas yra susijęs su didesniu įsitraukimu į reabilitaciją ir ilgalaikiu sveikatai palankiu elgesiu—nuo fizinio aktyvumo iki mitybos pokyčių ir emocinės sveikatos palaikymo [94].

Išorinė motyvacija. Išorinė motyvacija kyla iš aplinkinių poveikio, išorinių paskatinimų ar socialinio spaudimo. Po AKJSO išorinę motyvaciją stipriai lemia gydytojų ir slaugytojų rekomendacijos, aiškus paaiškinimas apie rizikas bei nurodymų laikymosi svarbą. Pacientai dažnai išreiškia norą keisti elgesį, nes bijo patirti pakartotinį infarktą, naują operaciją ar pablogėjusią sveikatos būklę. Tai veikia kaip stiprus išorinis motyvacijos veiksnys pirmaisiais mėnesiais po operacijos. Šeimos bei artimųjų palaikymas taip pat atlieka svarbų vaidmenį išorinės motyvacijos formavime. Artimieji dažnai paskatina mesti rūkyti, pakeisti mitybą, dalyvauti reabilitacijos programose ar laikytis fizinio aktyvumo grafiko. Tyrimų duomenys rodo, kad pacientai, kurie jaučia stiprų socialinį palaikymą, lengviau pereina iš išorinės motyvacijos prie vidinės, o tai užtikrina tvaresnius elgesio pokyčius [95].

Ankstyvasis pooperacinis laikotarpis po AKJSO dažnai vadinamas padidėjusio jautrumo ir pokyčių periodu, kai pacientai išgyvena stiprias emocijas,— nuo nerimo ir neužtikrintumo iki palengvėjimo ir naujo požiūrio į gyvenimą. Tuo metu žmonės yra imliausi sveikatai palankiems elgesio pokyčiams, todėl sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo tampa ypač reikšmingas motyvacijai formuotis. Slaugytojai, suteikdami aiškią informaciją, palaikydami nuoseklų bendravimą, padėdami pacientui suprasti savo būklę ir išsikelti įgyvendinamus tikslus, mažina nerimą ir stiprina paciento vidinį įsitraukimą į sveikimo procesą. Dėl šių priežasčių vidinės ir išorinės motyvacijos analizė ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu yra neatsiejama sveikimo patirčių dalis ir tiesiogiai susijusi su tyrimo tema [95].

Pacientai po AKJSO ankstyvajame pooperaciniame etape patiria tiek fizinius, tiek psichoemocinius pokyčius. Šiuo metu dažniausiai pasireiškia skausmas, silpnumas, miego ritmo ir orientacijos sutrikimai, padidėjęs nerimas, kurie tiesiogiai veikia paciento savijautą, sveikimo eigą bei tempą bei gebėjimą grįžti prie kasdienių veiklų. Dėl šių priežasčių slaugos specialistų vaidmuo šiame etape tampa ypač reikšmingas. Remiantis N. Roper gyvybinių veiklų modeliu, slaugytojai gali tiksliau įvertinti paciento būklę, atpažinti pagrindinius poreikius ir laiku reaguoti, užtikrindami saugią, ramią ir fiziologiškai palankią aplinką, kuri padeda mažinti komplikacijų riziką [57].

Remiantis atlikta literatūros analize, pacientų patirtys rodo, kad emocinė parama, aiški komunikacija ir nuosekli informacija yra svarbūs veiksniai, padedantys sumažinti stresą ir didinti paciento pasitikėjimą sveikatos priežiūra. Ankstyvuoju laikotarpiu atsiskleidžia ir motyvacijos svarba: vidinė motyvacija, susijusi su asmeninių vertybių ir sveikatos suvokimu, bei išorinė motyvacija, kylanti

iš sveikatos priežiūros specialistų palaikymo, daro svarbų poveikį gyvenimo būdo keitimui po operacijos. Savi-determinacijos teorijos taikymas leidžia giliau suprasti pacientų motyvacijos mechanizmus ir parodo, kad paciento autonomijos stiprinimas, kompetencijos ugdymas ir ryšio su slaugytojais kūrimas reikšmingai gerina reabilitacijos rezultatus [94, 95].

2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA

2.1. Tyrimo organizavimas ir metodo pasirinkimo pagrindumas

Tyrimas atliktas vienoje Vilniaus universiteto ligoninėje, gavus Vilniaus Universiteto Medicinos Fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto (MTEK) pritarimą Nr. (1.7 E) 150000-KT-462 (1 priedas) bei ligoninės sutikimą atlikti tyrimą. Tyrimo duomenys buvo renkami 2025 m. gruodžio – 2026 m. vasario mėn. Atsižvelgiant į tyrimo tikslą ir uždavinius – išanalizuoti pacientų sveikimo patirtis po AKJSO operacijos – buvo pasirinktas kokybinio tyrimo metodas, leidžiantis išsamiau atskleisti pacientų sveikimo patirtis bei tirti sunkiai kiekybiškai išmatuojamus aspektus, tokius kaip patirtys, lūkesčiai, emocijos ir išgyvenimai. Informantų apklausa vykdyta taikant pusiau struktūruotą individualų interviu, kuris leidžia giliau atskleisti informantų patirtis, išgyvenimus ir individualų požiūrį į tiriamą reiškinį [96].

Siekiant išanalizuoti pacientų sveikimo patirtis ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po AKJSO, buvo pasirinktas kokybinis tyrimas (indukcinė kokybinė analizė), taikant aprašomosios fenomenologijos strategiją, pagal A. Giorgi metodą [98]. Duomenys buvo renkami taikant pusiau struktūruoto giluminio interviu metodą. Taikant aprašomosios fenomenologinės analizės metodą, tyrėjas siekia atsiriboti nuo išankstinių nuostatų ir hipotezių, visą dėmesį sutelkdamas į tiriamą reiškinį bei jo patyrimą esamuojų momentu [96]. Taip pat, atliekant kokybinį tyrimą galima geriau atskleisti pacientų po AKJSO sveikimo patirtis bei ištirti neišmatuojamus dalykus, tokius kaip: patirtis, lūkesčiai, emocijos, išgyvenimai. Kokybinės duomenų analizės procesas atsiskleidžia tai, ką žmonės mąsto, jaučia, išgyvena, patiria konkrečiomis aplinkybėmis [97].

Atliekant fenomenologinę analizę buvo remiamasi A. Giorgi [98] koncepcija, kurią sudaro 4 pagrindiniai duomenų analizės aspektai:

1. Atliekamos tyrimo dalyvių duomenų transkripcijos bei skaitymas: pradinis duomenų skaitymas vykdomas tol, kol skaitomas tekstas suvokiamas kaip visuma [98].

2. Duomenų skaidymas į dalis, išskiriami prasminiai vienetai: duomenų atskyrimas ir išrinkimas dalijant juos į prasminius vienetus [98].

3. Duomenų transformavimas į išraiškas, organizavimas ir aprašymas specifine kalba – identifikuojami prasminiai vienetai ir jie yra nagrinėjami, aprašomi, įvardijami ir pervardijami; tyrėjas pertvarko analizuotus duomenis, remdamasis tiriamos srities perspektyva [98].

4. Sukuriama pagrindinė tyrimo struktūra: remiantis išanalizuotų duomenų sinteze ir išskirtų prasminių vienetų derinimas, vykdant tai iki kokybinių duomenų pabaigos; pagrindine taisykle šiuo atveju išlieka tyrėjo „ištikimybė“ gautiems duomenims, o pagrindinė fenomeno struktūra yra tai, kas iškyla iš gautų kokybinių duomenų [99].

Tyrimo etika. Kiekvienas informantas, dalyvavęs tyrime, išreiškė sutikimą žodine forma dalyvauti tyrime bei sutiko, jog interviu bus įrašomas. Taip pat perskaitė informuoto sutikimo formą (2 priedas), kuriame buvo pateikta informacija apie vykdomą tyrimą, tikslus bei uždavinius, informanto teisės, tyrimo privalumai ir trūkumai. Kiekvienas dalyvis informuotas, jog visi duomenys bus anonimizuoti, garso įrašai saugomi tik iki transkripcijos ir vėliau sunaikinami. Duomenys naudojami tik moksliniams tikslams magistro baigiamajame darbe. Duomenų tvarkymas atitinka 2016 m. priimtą BDAR (Bendrąjį apsaugos duomenų reglamentą). Pacientai buvo apklausiami palatoje, užtikrinant privatumą bei duomenų konfidencialumą. Taip pat buvo paaiškinta, jog jei informantas nuspręs nebedalyvauti tyrime, - jam nebus taikomos jokios neigiamos pasekmės, ir tai neturės jokios įtakos jo gydymui ar santykiams su sveikatos priežiūros specialistais. Dalyvavimas kokybiniame tyrime yra visiškai savanoriškas, - kiekvienas dalyvis turi teisę pasitraukti bet kuriuo metu be paaiškinimo bei jokių pasekmių jo gydymui ar slaugai [100, 101]. Tyrime dalyvavusių informantų tapatybė buvo anonimizuota, jiems priskiriant kodus (P1, P2, ...), taip užtikrinant jų anonimiškumą.

Tyrimo vieta. Tyrimas buvo vykdomas vienoje Vilniaus universiteto ligoninės dviejuose skyriuose - intensyviosios terapijos ir kardiochirurgijos. Tyrimo dalyvių apklausa buvo atliekama ligoninės stacionaro palatose, griežtai laikantis nustatytų konfidencialumo principų bei užtikrinant asmens duomenų bei privatumo apsaugą.

2.2. Tyrimo dalyviai ir jų charakteristikos

Tyrimo dalyvavo pacientai, atsižvelgiant į jų sveikatos būklę, po AKJSO ankstyvajame pooperaciniame laikotarpyje, tai yra po operacijos praėjus 1-4 parai [102]. Tyrimo imtis priklausė nuo pasirinkto naudoti „įsisotinimo“ principo, kuriuo remiantis, kokybinio tyrimo duomenų rinkimas buvo nutrauktas, kai duomenys pradėjo kartotis, pasiekus tašką, kuomet naujų faktų nebuvo nustatoma [103].

Tyrimo metu buvo apklausti 10 informantų. Informantų įtraukimas buvo vykdomas taikant tikslinės atrankos metodą.

Tyrimo dalyvių įtraukimo kriterijai:

- pacientai, kuriems atlikta aortokoronarinių jungčių suformavimo operacija (AKJSO) laikotarpiu nuo 2025 m. gruodžio mėn. iki 2026 m. vasario mėn.;
- pacientai, esantys ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu;
- pacientai, sąmoningi ir fiziškai pajėgūs bendrauti bei atsakyti į pateiktus klausimus;
- pacientai, sutikę dalyvauti tyrime bei duoti interviu.

2.3. Tyrimo eiga

Siekiant kuo išsamiau atskleisti tiriamą reiškinį, tyrimui pasirinktas pusiau struktūruoto interviu metodas. Interviu buvo vykdomi pagal iš anksto autorės parengtus tyrimo klausimus, remiantis mokslinės literatūros šaltinių analize (3 priedas). Interviu klausimai sudaryti pagal tyrimo uždavinius, suskirstant juos į tris teminius blokus. Pirmasis interviu klausimų blokas, sudarytas iš trijų pagrindinių klausimų, buvo skirtas atskleisti pacientų psichoemocinius išgyvenimus ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu. Antrasis blokas, kurį sudarė septyni pagrindiniai klausimai, buvo orientuotas į pacientų patirčių, susijusių su slaugos personalo veiksmų reikšme sveikimo procese, nustatymą. Trečiasis klausimų blokas, sudarytas iš penkių pagrindinių klausimų, buvo skirtas išanalizuoti pacientų kontroliuojamą ir autonominę motyvaciją keisti gyvenimo būdą, remiantis savi-determinacijos teorija. Kiekviename bloke buvo pateikiami atviri, pusiau struktūruoti klausimai su papildomais patikslinimais (subklausimais), kurie leido giliau atskleisti pacientų patirtis, jausmus ir požiūrį.

Pusiau struktūruotas interviu leidžia tyrėjui numatyti pagrindines temas, kurios bus aptariamoms pokalbio metu, tačiau kartu suteikia lankstumo – galimybę keisti klausimų eiliškumą ar užduoti papildomus, patikslinamuosius klausimus. Todėl interviu metu, esant poreikiui, buvo užduodami papildomi klausimai, patikslinimai (subklausimai) siekiant išsamiau atskleisti dalyvių patirtis. Interviu vidutinė trukmė – 30 – 50 minučių. Visi interviu buvo įrašyti diktofonu, vėliau atidžiai perklausyti ir pažodžiui transkribuoti. Transkribavimo procese naudotas dirbtinio intelekto įrankis „ChatGPT“, kuris buvo taikomas kaip pagalbinė priemonė tekstui perkelti iš garso į tekstinį formatą. Parengtos transkripcijos buvo kruopščiai peržiūrėtos ir patikrintos tyrėjo, siekiant užtikrinti duomenų tikslumą ir atitikimą garso įrašams. Transkribuoti duomenys kelis kartus nuosekliai perskaityti, siekiant suvokti

tekstą kaip visumą. Vėliau duomenys suskaidyti į prasminius vienetus, kurie buvo aprašomi, analizuojami ir grupuojami į potemes, o pastarosios – į temas. Galutinis tyrėjo tikslas – atskleisti reiškinių prasmes ir jų tarpusavio ryšius įvairių patirčių kontekste [104].

3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

3.1. Pacientų sveikimo patirtys, susijusios su psichoemociniais išgyvenimais

Analizuojant pacientų patirtis nustatyta, kad ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu psichoemocinė būseną yra sudėtinga, daugiasluoksnė ir nuolat kintanti. Ji negali būti apibrėžiama vienu emociniu terminu, nes pacientų pasakojimuose atsiskleidžia skirtingų, dažnai vienas kitam prieštaraujančių išgyvenimų derinys. Šiuo laikotarpiu pacientai vienu metu gali patirti tiek palengvėjimą, tiek nerimą ar fizinio diskomforto sukeltą emocinę įtampą, todėl jų emocinė patirtis išryškėja kaip dinamiška ir nevienareikšmė (1 lentelė).

1 lentelė. Psichoemocinių išgyvenimų kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Psichoemociniai išgyvenimai ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu	Palengvėjimo jausmas po operacijos	„Kaip pirmą kartą atsibudau, supratau, kad gyvas, matau žmones – palengvėjo“ (P1); „Kai atsikėliau – ramiau buvo“ (P2)
	Nerimas ir emocinis dvilypumas	„Buvo palengvėjimas, kad operacija jau padaryta, bet kartu buvo ir nerimo“ (P9)
	Nerimas dėl ateities ir neapibrėžtumo	„Galvojau, ar atsigausiu ir ar galėsiu gyventi kaip anksčiau“ (P10)
	Emocinė ramybė ir stabilumas	„Nebuvo nei nerimo, nei pykčio, viskas buvo normaliai“ (P3); „Psichoemociškai buvau rami“ (P7)

Vienas pirmųjų ir ryškiausių emocinių išgyvenimų po operacijos buvo palengvėjimas, susijęs su gyvybės išsaugojimu. Pacientai pabudimą po operacijos suvokia kaip reikšmingą momentą, patvirtinantį jų išgyvenimą:

„Kaip pirmą kartą atsibudau, supratau, kad gyvas, matau žmones – palengvėjo“ (P1)

Ši patirtis atskleidžia ne tik emocinę reakciją, bet ir gilesnį egzistencinį suvokimą – pacientas reflektuoja savo būseną kaip išgyvenimo faktą. Panašų emocinį palengvėjimą išreiškė ir kiti pacientai:

„Kai atsikėliau – ramiau buvo“ (P2)

Tačiau palengvėjimas nebuvo galutinė ar stabili emocinė būseną. Jis dažnai tampa pereinamuoju momentu, po kurio pacientai pradeda aiškiau suvokti savo fizinę būklę ir sveikimo procesą. Šiame etape išryškėja nerimas, susijęs su silpnumu, skausmu ir neapibrėžta ateitimi:

„Buvo palengvėjimas, kad operacija jau padaryta, bet kartu buvo ir nerimo“ (P9)

Ši citata aiškiai atskleidžia emocinės būsenos dvilypumą. Palengvėjimas ir nerimas egzistuoja vienu metu, todėl pacientų emocinė patirtis nėra linijinė, bet ambivalentiška. Toks prieštarų jausmų derinys gali būti siejamas su tuo, kad pacientas vienu metu išgyvena saugumo jausmą dėl atliktos operacijos ir nesaugumą dėl savo dabartinės būklės bei nežinomybės.

Neapibrėžtumo jausmas ypač sustiprėdavo pacientams pradėjus galvoti apie ateitį:

„Galvojau, ar atsigausiu ir ar galėsiu gyventi kaip anksčiau“ (P10)

Ši patirtis rodo, kad emociniai išgyvenimai peržengia esamą momentą ir pereina į ateities projekciją. Pacientai pradeda vertinti galimus gyvenimo pokyčius, o tai gali stiprinti vidinę įtampą ir nerimą.

Vis dėlto, ne visi pacientai patyrė ryškų emocinį nestabilumą. Dalis jų apibūdino savo būseną kaip ramią ar neutralią:

„Nebuvo nei nerimo, nei pykčio, viskas buvo normaliai“ (P3)

„Psichoemociškai buvau rami“ (P7)

Šie pasakojimai rodo, kad emocinė reakcija į operaciją yra individuali ir priklauso nuo paciento psichologinio pasirengimo bei ankstesnių gyvenimo patirčių. Tokia ramybė gali būti interpretuojama kaip prisitaikymo ar emocinio stabilumo išraiška, padedanti pacientui lengviau išgyventi ankstyvąjį pooperacinį laikotarpį. Panašias pacientų psichoemocines patirtis po kardiochirurginių operacijų aprašo ir kiti autoriai, pabrėždami, kad pooperaciniu laikotarpiu pacientai dažnai patiria nerimą, emocinį neapibrėžtumą bei psichologinį distresą, kuris gali turėti įtakos tolimesniam sveikimo procesui [5,36,40].

3.1.1. Fizinės būklės sąsajos su psichoemociniais išgyvenimais

Pacientų pasakojimuose išryškėjo, kad fizinė būklė yra vienas esminių veiksnių, formuojančių emocinę patirtį. Emociniai išgyvenimai šiame laikotarpyje nėra savarankiški – jie glaudžiai susiję su kūno patyrimu ir fizine pojūčiais (2 lentelė).

2 lentelė. Fizinės būklės įtakos emocinei savijautai kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Fizinės būklės įtaka emocinei savijautai	Skausmo patyrimas	„Labai skaudėjo“ (P3)
	Skausmo poveikis emocinei būsenai	„Kai labai skauda, tada visai kitaip jautiesi“ (P9)
	Fizinis silpnumas ir kontrolės praradimo pojūtis	„Kūnas labai silpnas, sunku atsikelti“ (P9)
	Nusivylimas dėl lėtesnio sveikimo	„Galvojau, kad per kelias dienas bus geriau, bet sunkiai atsigaunu“ (P6)

Skausmas buvo vienas dažniausiai pacientų minimų aspektų:

„Labai skaudėjo“ (P3)

Nors ši citata yra trumpa, ji atskleidžia skausmo intensyvumą ir jo reikšmingumą pacientų patirtyje. Vis dėlto buvo svarbus ne tik pats skausmas, bet ir jo poveikis emocinei savijautai:

„Kai labai skauda, tada visai kitaip jautiesi“ (P9)

Ši patirtis rodo, kad skausmas transformuoja emocinę savijautą – jis riboja gebėjimą patirti ramybę, didina dirglumą ir gali sustiprinti nerimo jausmą. Taigi fizinis skausmas tampa ne tik somatine, bet ir kaip psichologinę savijautą veikiantis veiksnys.

Be skausmo, reikšmingą vaidmenį turėjo ir bendras fizinis silpnumas:

„Kūnas labai silpnas, sunku atsikelti“ (P9)

Ši patirtis atskleidžia, kad fizinis silpnumas pacientams reiškia ne tik diskomfortą, bet ir kontrolės praradimo pojūtį. Negalėjimas atlikti įprastų veiksmų mažina pasitikėjimą savo kūnu ir gali sukelti papildomą emocinę įtampą.

Emocinė įtampa dar labiau sustiprėdavo tais atvejais, kai reali paciento būklė neatitikdavo jo lūkesčių:

„Galvojau, kad per kelias dienas bus geriau, bet sunkiai atsigaunu“ (P6)

Tokiais atvejais atsiranda nusivylimas, kuris tampa papildomu emocinės įtampos šaltiniu. Galima teigti, kad pacientų emocinė būklė yra glaudžiai susijusi ne tik su fizine savijauta, bet ir su jų išankstiniais lūkesčiais bei jų neatitikimu.

Kitų autorių tyrimuose taip pat pabrėžiama, kad po kardiochirurginių operacijų pacientų patiriamas skausmas, fizinis silpnumas bei sumažėjęs funkcinis pajėgumas gali neigiamai veikti emocinę savijautą, didinti nerimą ir bloginti gyvenimo kokybę [36,105].

3.1.2. Reanimacijos aplinkos patyrimas

Analizuojant informantų patirtis nustatyta, kad reanimacijos aplinka yra svarbus, tačiau nevienareikšmis veiksnys, formuojantis pacientų emocinę ir psichologinę savijautą ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu. Pacientų patirtys rodo, kad aplinka gali būti tiek trikdanti, tiek neutrali ar palaipsniui priimtina (3 lentelė).

3 lentelė. Reanimacijos aplinkos patyrimo kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Reanimacijos aplinkos patyrimas	Technologinės aplinkos keliami dirgikliai	„Monitoriai, signalai, šviesa visą laiką“ (P1); „Naktį sunku užmigti, viskas pypsi“ (P10)
	Triukšmo ir aplinkos aktyvumo patyrimas	„Norėjosi, kad kalbėtų tyliau“ (P5)
	Miego sutrikimai	„Naktį sunku užmigti“ (P10)
	Neutralaus aplinkos vertinimo patirtis	„Viskas buvo normaliai, netrukdė“ (P3); „Medicininės įrangos garsai neerzino“ (P6)
	Prisitaikymas prie aplinkos	„Pradžioje trikdė, bet paskui pripratau“ (P9)
	Kontrolės poreikis aplinkos atžvilgiu	„Paprašiau, kad sumažintų šviesą“ (P1)

Dalis pacientų aplinką apibūdino kaip intensyvią ir trikdančią, ypač dėl nuolatinių garsų ir signalų:
„Monitoriai, signalai, šviesa visą laiką“ (P1)
„Naktį sunku užmigti, viskas pypsi“ (P10)

Šios patirtys leidžia interpretuoti, kad technologinė aplinka, nors ir būtina paciento stebėjimui, gali tapti papildomu dirgikliu, trikdančiu poilsį ir didinančiu įtampą. Ypač tai išryškėja nakties metu, kai pacientams svarbus miegas.

Kai kurie pacientai akcentavo ir bendrą aplinkos aktyvumą:
„Norėjosi, kad kalbėtų tyliau“ (P5)

Tai rodo, kad net personalo bendravimas gali būti suvokiamas kaip triukšmo šaltinis, ypač esant padidėjusiam jautrumui. Tokiu atveju pacientas tampa labiau pažeidžiamas aplinkos dirgikliams. Svarbus aspektas yra miego sutrikimai:
„Naktį sunku užmigti“ (P10)

Miego trūkumas gali dar labiau sustiprinti emocinę įtampą ir bendrą diskomfortą, taip sukuriant sąveiką tarp fizinės ir emocinės savijautos.

Vis dėlto, ne visi pacientai aplinką vertino neigiamai:

„Viskas buvo normaliai, netrukdė“ (P3)

„Medicininės įrangos garsai neerzino“ (P6)

Šie pasakojimai rodo, kad aplinkos patyrimas yra subjektyvus ir priklauso nuo paciento požiūrio bei tolerancijos.

Taip pat išryškėjo adaptacijos procesas:

„Pradžioje trikdė, bet paskui pripratau“ (P9)

Ši patirtis parodo, kad pacientai geba prisitaikyti prie naujų sąlygų, o adaptacija tampa svarbiu mechanizmu, mažinančiu aplinkos keliamą stresą.

Kai kuriais atvejais atsiskleidė ir kontrolės poreikis:

„Paprastai, kad sumažintų šviesą“ (P1)

Net nedidelė galimybė paveikti aplinką gali sustiprinti paciento kontrolės jausmą ir sumažinti diskomfortą.

Apibendrinant galima teigti, kad reanimacijos aplinkos patyrimas yra daugialypis procesas, kuriame susipina sensoriniai dirgikliai, miego sutrikimai, individuali tolerancija, adaptacija ir kontrolės poreikis. Šie veiksniai kartu formuoja paciento emocinę savijautą ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu. Kitų autorių tyrimuose taip pat pabrėžiama, kad intensyvi reanimacijos aplinka, triukšmas, nuolatiniai signalai ir miego sutrikimai gali didinti pacientų emocinę įtampą, nerimą bei bloginti bendrą pooperacinę savijautą [5,36,40].

3.2. Slaugos personalo veiksmų reikšmė pacientų sveikimo patirtyje

Gauti duomenys parodė, kad slaugos personalo veiksmai ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu užima itin svarbią vietą pacientų sveikimo patirtyje. Pacientai slaugos personalą apibūdina ne tik kaip medicininės priežiūros teikėjus, bet ir kaip reikšmingą emocinio saugumo, orientacijos bei kasdinių veiklų palaikymo šaltinį. Po operacijos pacientai dažnai jaučiasi fiziškai nusilpę, priklausomi nuo kitų ir ne visuomet gebantys kontroliuoti situaciją, todėl slaugos personalo veiksmai jų patirtyje įgauna ypatingą reikšmę. Ši reikšmė atsiskleidžia per emocinį palaikymą, pagalbą gyvybinėse veiklose, mokymą, informavimą ir paciento įtraukimą į sveikimo procesą.

3.2.1. Emocinis palaikymas ir saugumo jausmo patyrimas

Pacientų pasakojimuose ryškiai atsiskleidė emocinė slaugos personalo reikšmė. Slaugytojai pacientų buvo apibūdinami ne tik kaip medicininę priežiūrą atliekantys specialistai, bet ir kaip svarbus emocinio saugumo šaltinis. Pacientams reikšmingas buvo ne vien konkretus slaugos veiksmas, bet ir pats rūpesčio patyrimas, kai jie jautėsi pastebėti, išgirsti ir nepalikti vieni (4 lentelė).

4 lentelė. Emocinio palaikymo ir saugumo jausmo patyrimo kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Emocinis palaikymas ir saugumo jausmo patyrimas	Rūpesčio ir dėmesio patyrimas	„Labai geros sesutės, tikrai labai rūpinosi, visada prieidavo, paklausdavo, kaip jaučiuosi“ (P2); „...viską daro, padeda, prižiūri...“ (P3)
	Slaugos personalo kuriamas saugumo jausmas	„...vienam pačiam tikrai būtų labai sunku“ (P3)
	Paaškinimų ir bendravimo reikšmė	„Paaškinimai labai padėjo nusiraminti, nes kai pasako, kas vyksta, tada ne taip baisu būna“ (P9)
	Slaugos personalo pasiekiamumas ir buvimas šalia	„Visada prieidavo, paklausdavo, ar viskas gerai, ar neskauda, tikrai nepalikdavo vieno“ (P2)

„Labai geros sesutės, tikrai labai rūpinosi, visada prieidavo, paklausdavo, kaip jaučiuosi“ (P2)

„Čia tai iš viso, kaip sakyt... nu kaip dievai dirba, viską daro, padeda, prižiūri, vienam pačiam tikrai būtų labai sunku“ (P3)

Šie pasisakymai rodo, kad pacientų patirtyje slaugos personalas įgauna ne tik praktinę, bet ir simbolinę reikšmę. Slaugytojos siejamos su rūpesčiu, pasitikėjimu ir apsauga, o tai ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu, kai pacientas jaučiasi pažeidžiamas ir priklausomas nuo kitų, tampa ypač svarbu.

Svarbi emocinio palaikymo dalis buvo ir bendravimas. Pacientai pabrėžia, kad paaškinimai ir ramus slaugytojų tonas padėjo geriau susivokti situacijoje ir sumažino baimę:

„Paaškinimai labai padėjo nusiraminti, nes kai pasako, kas vyksta, tada ne taip baisu būna“ (P9)

Ši citata rodo, kad komunikacija pacientų patirtyje atlieka daugiau nei informacinę funkciją. Ji padeda struktūruoti patyrimą, suteikia aiškumo ir mažina nežinomybės keliamą įtampą. Pacientui geriau suprantant savo būklę ir vykstančius procesus, situacija tampa mažiau grėsminga.

Pacientai taip pat akcentavo slaugytojų pasiekiamumą ir nuolatinį buvimą šalia:

„Visada prieidavo, paklausdavo, ar viskas gerai, ar neskauda, tikrai nepalikdavo vieno“ (P2)

Ši patirtis rodo, kad slaugos personalo prieinamumas yra svarbi saugumo jausmo dalis. Nuolatinis dėmesys leidžia pacientui jaustis ne vien prižiūrimam, bet ir emociškai palaikomam. Tokiu būdu slaugos personalo buvimas tampa reikšminga pagalbos forma, padedančia pacientui lengviau išgyventi ankstyvąjį pooperacinį laikotarpį. Kitų autorių tyrimuose taip pat akcentuojama, kad slaugos personalo rodomas dėmesys, emocinis palaikymas ir kokybiška komunikacija padeda pacientams jaustis saugiau, mažina emocinę įtampą ir palengvina prisitaikymą ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu [76,105].

3.2.2. Slaugos veiksmai gyvybinėse veiklose

Analizuojant pacientų pasakojimus nustatyta, kad slaugos personalo veiksmai yra glaudžiai susiję su gyvybinių ir kasdinių veiklų palaikymu. Ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu pacientai dažnai negali savarankiškai atlikti įprastų veiksmų, todėl slaugos personalo pagalba tampa viena svarbiausių sveikimo patirties dalių (5 lentelė).

5 lentelė. Slaugos veiksmų gyvybinėse veiklose kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Slaugos veiksmai gyvybinėse veiklose	Pagalba judėjimo veiklose	„Padėjo atsikelti, parodydavo, kaip reikia atsistoti, kaip judėti...“ (P10); „Parodė, kaip judėti, kaip atsargiai keltis, kad neskaudėtų...“ (P2)
	Nesaugumo ir baimės judėti mažinimas	„...pats nelabai supranti, bijai kažką ne taip padaryti“ (P10); „...pačiam buvo baisu judėti“ (P2)
	Pagalba kasdienėse veiklose	„Padėjo valgyti, atnešdavo, paduodavo...“ (P2); „Viskuo pasirūpino – ir pavalgyti, ir atsigerti, ir apsitvarkyti...“ (P4)
	Priklausomumo nuo kitų patyrimas	„...nes pats tikrai nebūčiau galėjęs“ (P4)

Ypač ryškiai pacientai apibūdino pagalbą judėjimo srityje:

„Padėjo atsikelti, parodydavo, kaip reikia atsistoti, kaip judėti, nes pats nelabai supranti, bijai kažką ne taip padaryti“ (P10)

„Parodė, kaip judėti, kaip atsargiai keltis, kad neskaudėtų, nes pačiam buvo baisu judėti“ (P2)

Šie pasisakymai rodo, kad judėjimas po operacijos pacientams nebėra savaime suprantamas veiksmas. Jis tampa iš naujo mokoma ir sąmoningai patiriama veikla. Pacientų pasakojimuose atsiskleidžia ne tik fizinis ribotumas, bet ir baimė judėti, suklysti ar sau pakenkti. Šiame kontekste slaugytojų pagalba įgauna ne vien praktinę, bet ir emocinę reikšmę – ji mažina nesaugumo jausmą ir padeda pacientams žengti pirmuosius žingsnius savarankiškumo atkūrimo link.

Pacientai akcentavo ir pagalbą atliekant kitas kasdienes veiklas:

„Padėjo valgyti, atnešdavo, paduodavo, nes pačiam buvo sunku net normaliai pavalgyti“ (P2)

„Viskuo pasirūpino – ir pavalgyti, ir atsigerti, ir apsitvarkyti, nes pats tikrai nebūčiau galėjęs“ (P4)

Šie teiginiai atskleidžia laikino priklausomumo būseną, kai pacientas negali savarankiškai pasirūpinti net baziniais poreikiais. Šiuo laikotarpiu slaugos personalas tampa pagrindiniu pagalbos šaltiniu, užtikrinančiu pacientų kasdienių veiklų ir gyvybinių poreikių palaikymą. Vis dėlto ši patirtis pacientams yra dvejopa: viena vertus, ji suteikia saugumo jausmą, nes pacientai žino, kad jais bus pasirūpinta, kita vertus, ji išryškina jų pažeidžiamumą bei priklausomybę nuo kitų pagalbos. Kitų autorių tyrimuose taip pat pabrėžiama, kad slaugos personalo pagalba judėjimo ir kasdienių veiklų srityse yra svarbi pacientų fizinio atsistatymo bei emocinio saugumo dalis, padedanti mažinti nesaugumą ir skatinti palaipsnį savarankiškumo atkūrimą po kardiochirurginių operacijų [24,33,76].

3.2.3. Mokymas ir paciento įtraukimas į sveikimo procesą

Pacientų pasakojimuose išryškėjo, kad slaugos personalas neapsiriboja vien priežiūros veiksmis, bet ir aktyviai įtraukia pacientus į jų pačių sveikimo procesą. Mokymas pacientų patirtyje išryškėja kaip svarbi pagalbos forma, leidžianti ne tik atlikti reikiamus veiksmus, bet ir suprasti jų prasmę (6 lentelė).

6 lentelė. Mokymo ir paciento įtraukimo į sveikimo procesą kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Mokymas ir paciento įtraukimas į sveikimo procesą	Kvėpavimo ir kosėjimo mokymas	„Davė tokį balioną, liepė pūsti, aiškino, kaip reikia kvėpuoti, kad plaučiai geriau dirbtų...“ (P6); „Paaiškino, kaip kvėpuoti ir kosėti...“ (P5)
	Emocinis palaikymas mokymo metu	„...iš pradžių buvo baisu ir skaudėjo“ (P5)
	Paciento aktyvaus dalyvavimo skatinimas	„Leido pačiam pabandyti“ (P6)
	Savarankiškumo atkūrimo stiprinimas	„...pats nebūčiau žinojęs, kaip tai daryti“ (P6)

Pacientai apibūdino konkrečius mokymo veiksmus:

„Davė tokį balioną, liepė pūsti, aiškino, kaip reikia kvėpuoti, kad plaučiai geriau dirbtų, nes pats nebūčiau žinojęs, kaip tai daryti“ (P6)

„Paaiškino, kaip kvėpuoti ir kosėti, nes sakė, kad tai labai svarbu, nors iš pradžių buvo baisu ir skaudėjo“ (P5)

Šios citatos rodo, kad pacientai ne tik gauna instrukcijas, bet ir mokosi naujų, jiems neįprastų veiksmų, kurie tampa reikšminga sveikimo dalimi. Taip pat atsiskleidžia emocinis aspektas – iš pradžių pacientams būna baisu, skaudu ar neaišku, tačiau paaiškinimai ir palaikymas leidžia jiems palaipsniui įsitraukti.

Tokiu būdu pacientas pereina iš pasyvios būsenos į aktyvesnį dalyvavimą. Mokymas padeda pacientui geriau suvokti savo vaidmenį sveikimo procese ir stiprina supratimą, kad sveikimas nėra vien personalo atliekamas procesas, bet ir jo paties dalyvavimas jame.

Kai kuriais atvejais pacientai pabrėžė ir galimybę savarankiškai išbandyti atlikti tam tikrus veiksmus:

„Leido pačiam pabandyti“ (P6)

Nors ši citata trumpa, ji yra reikšminga pacientų patirties kontekste. Galimybė pačiam atlikti veiksmus gali būti suvokiama kaip pirmasis žingsnis savarankiškumo atkūrimo link. Tai leidžia manyti, kad net ir nedidelis slaugos personalo parodytas pasitikėjimas pacientu gali stiprinti jo pasitikėjimą savimi bei aktyvesnį įsitraukimą į sveikimo procesą. Kitų autorių tyrimuose taip pat pabrėžiama, kad pacientų mokymas, aiškūs paaiškinimai ir jų įtraukimas į sveikimo procesą padeda didinti pacientų pasitikėjimą savimi, skatina aktyvesnį dalyvavimą sveikime bei prisideda prie geresnio pooperacinio atsistatymo [33,45,76].

3.2.4. Informavimo reikšmė pacientų patirtyje

Pacientų pasakojimai rodo, kad informacija yra vienas svarbiausių slaugos aspektų, padedančių pacientui orientuotis situacijoje ir geriau suprasti savo būklę (7 lentelė).

7 lentelė. Informavimo reikšmės pacientų patirtyje kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Informavimo reikšmė pacientų patirtyje	Informacijos suteikimo svarba	„Paaiškino, kas vyksta“ (P9)
	Aiškumo ir saugumo jausmo stiprinimas	„Paaiškino, kas vyksta“ (P9)
	Informacijos trūkumo patyrimas	„Ne viską paaiškino“ (P2)

„Paaiškino kas vyksta“ (P9)

Ši citata aiškiai atskleidžia informacijos svarbą. Pacientui žinant, kas vyksta ir kodėl atliekami tam tikri veiksmai, jo patirtis tampa aiškesnė ir mažiau kelianti nerimą. Informacija šiuo atveju įgauna struktūruojančią funkciją – ji padeda pacientui suvokti savo būklę ir vykstančius procesus.

Tačiau kai kuriais atvejais pacientai jautė informacijos trūkumą:

„Ne viską paaiškino“ (P2)

Apibendrinant, ši patirtis rodo priešingą situaciją – kai pacientui trūksta informacijos, atsiranda neapibrėžtumo jausmas. Tokiu atveju jam sunkiau suprasti savo būklę, gydymo eigą ir tai, ko tikėtis toliau. Tai leidžia daryti prielaidą, kad komunikacija pacientų patirtyje yra ne mažiau svarbi nei fizinė priežiūra, nes ji tiesiogiai siejasi su saugumo ir aiškumo patyrimu.

3.2.5. Kontrolės ir dalyvavimo patirtis

Po operacijos pacientai dažnai patiria kontrolės praradimą – tiek fizinį, tiek situacinį. Jie ne visuomet gali savarankiškai judėti, atlikti kasdienes veiksmus ar suprasti, kas vyksta aplink juos. Tokiame kontekste slaugos personalo veiksmai pacientų patirtyje siejami su palaipsniu kontrolės jausmo atkūrimu.

„Parodė, ką daryti“ (P2)

Citata išryškina svarbų momentą – pacientui svarbu ne tik gauti pagalbą, bet ir žinoti, kaip elgtis pačiam. Tokie veiksmai padeda pacientui geriau suprasti situaciją ir savo vaidmenį joje. Kai pacientas pradeda dalyvauti savo priežiūroje, mažėja bejėgiškumo jausmas, o kartu stiprėja kontrolės ir pasitikėjimo savimi pojūtis.

Apibendrinant galima teigti, kad slaugos personalas pacientų patirtyje suvokiamas ne tik kaip priežiūros vykdytojas, bet ir kaip reikšminga sveikimo proceso dalis, padedanti pacientui suprasti, priimti ir išgyventi pooperacinį laikotarpį. Slaugos personalo veiksmų reikšmė atsiskleidžia per emocinį palaikymą, pagalbą gyvybinėse veiklose, mokymą, informavimą bei paciento įtraukimą į savo sveikimo procesą.

3.3. Pacientų autonominė ir kontroliuojama motyvacija keisti gyvenimo būdą

Analizuojant pacientų pasakojimus nustatyta, kad AKJSO daugeliui pacientų tampa reikšmingu gyvenimo įvykiu, paskatinančiu apmąstyti savo sveikatą ir iki tol buvusį gyvenimo būdą. Vis dėlto šie apmąstymai ne visada virsta aiškiu sprendimu keisti elgesį. Pacientų motyvacija keisti gyvenimo būdą atsiskleidė kaip nevienalytė ir kintanti – nuo autonominės, vidiniu apsisprendimu grįstos motyvacijos iki kontroliuojamos motyvacijos, pasireiškiančios abejonėmis, sąlygiškumu ar išorinių veiksnių įtaka.

3.3.1. Refleksija apie sveikatą ir gyvenimo būdą

Dalis pacientų aiškiai įvardijo, kad operacija paskatino juos susimąstyti apie savo sveikatą ir gyvenimo būdą (8 lentelė).

8 lentelė. Pacientų refleksijos apie sveikatą ir gyvenimo būdą kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Refleksija apie sveikatą ir gyvenimo būdą	Susimąstymas apie sveikatą	„Privertė susimąstyti“ (P5)
	Sveikatos saugojimo svarbos suvokimas	„Dabar jau galvoju, kad reikia daugiau save saugoti“ (P9)
	Gyvenimo būdo permąstymas po operacijos	„Privertė susimąstyti“ (P5); „Dabar jau galvoju, kad reikia daugiau save saugoti“ (P9)

„Privertė susimąstyti“ (P5)

„Dabar jau galvoju, kad reikia daugiau save saugoti“ (P9)

Šie pasisakymai rodo, kad operacija pacientams tampa reikšmingu gyvenimo įvykiu, inicijuojančiu refleksiją apie savo sveikatą, gyvenimo būdą ir iki tol turėtus įpročius. Tokia refleksija dar nebūtinai reiškia tiesioginį elgesio pokytį, tačiau ji atskleidžia vidinio suvokimo pradžią ir sudaro prielaidas tolimesniam motyvacijos formavimuisi bei galimiems gyvenimo būdo pokyčiams. Kitų autorių tyrimuose taip pat pabrėžiama, kad kardiochirurginės operacijos pacientams dažnai tampa lūžio momentu, skatinančiu permąstyti savo sveikatą, gyvenimo prioritetus ir žalingus įpročius bei didinančiu sąmoningumą sveikatos išsaugojimo atžvilgiu [5,40,105].

3.3.2. Autonominės motyvacijos raiška

Kai kurių pacientų pasakojimuose refleksija perauga į konkretesnius ketinimus (9 lentelė).

9 lentelė. Autonominės motyvacijos keisti gyvenimo būdą kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Autonominė motyvacija keisti gyvenimo būdą	Ketinimas atsisakyti žalingų įpročių	„Noriu mesti rūkyti“ (P5)
	Pokyčių būtinybės suvokimas	„Reikia keisti gyvenimą, nes kitaip nebus gerai“ (P3)
	Atsakomybės už savo sveikatą prisiėmimas	„Reikia keisti gyvenimą, nes kitaip nebus gerai“ (P3)

„Noriu mesti rūkyti“ (P5)

„Reikia keisti gyvenimą, nes kitaip nebus gerai“ (P3)

Šios citatos atskleidžia, kad pacientai ne tik suvokia pokyčių būtinybę, bet ir pradeda ją sieti su savo pačių elgesiu bei atsakomybe už sveikatą. Tokiu atveju motyvacija pasireiškia kaip autonominė – pacientai pokyčius priima kaip asmeniškai svarbius, grindžiamus vidiniais įsitikinimais ir sąmoningu apsisprendimu keisti gyvenimo būdą. Kitų autorių tyrimuose taip pat pabrėžiama, kad po kardiochirurginių operacijų pacientų motyvacija keisti gyvenimo būdą dažnai siejama su vidiniu apsisprendimu, didesniu atsakomybės už savo sveikatą suvokimu bei noru atsisakyti žalingų įpročių [94, 114].

3.3.3. Kontroliuojamos motyvacijos raiška

Vis dėlto ne visų pacientų apsisprendimas buvo aiškus ir tvirtas. Net ir tarp tų, kurie kalbėjo apie pokyčių svarbą, dažnai atsiskleidė abejonė ir neapibrėžtumas (10 lentelė).

10 lentelė. Kontroliuojamos motyvacijos keisti gyvenimo būdą kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Kontroliuojama motyvacija keisti gyvenimo būdą	Abejonė dėl galimybės keistis	„Jeigu galėsiu“ (P2)
	Neužtikrintumas dėl savo pajėgumo keisti elgesį	„Jeigu galėsiu“ (P2)
	Sąlyginis požiūris į pokyčius	„Gal kažką keisiu, bet ne viską“ (P9)
	Ribotas pasirengimas keisti gyvenimo būdą	„Gal kažką keisiu, bet ne viską“ (P9)

„Jeigu galėsiu“ (P2)

Ši frazė rodo, kad pacientas svarsto galimybę keistis, tačiau nėra tikras dėl savo pajėgumo tai įgyvendinti. Tokia patirtis gali būti siejama su kontroliuojama motyvacija, kai sprendimai nėra pilnai internalizuoti ir priklauso nuo išorinių ar situacinių veiksnių.

Kai kurie pacientai išreiškė ir sąlyginį požiūrį į pokyčius:

„Gal kažką keisiu, bet ne viską“ (P9)

Ši citata rodo selektyvų santykį su pokyčiais – pacientas suvokia jų poreikį, tačiau nėra pasirengęs visapusiškai keisti gyvenimo būdo. Tokia motyvacija yra nepastovi ir priklauso nuo individualių aplinkybių.

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų motyvacija keisti gyvenimo būdą ne visuomet yra tvirta ar nuosekli. Daliai pacientų būdingas neapibrėžtumas, abejonės savo galimybėmis bei ribotas pasirengimas ilgalaikiams pokyčiams, todėl motyvacija dažnai išlieka priklauso nuo individualių aplinkybių ir vidinio apsisprendimo stiprumo. Kitų autorių tyrimuose taip pat pažymima, kad daliai pacientų būdingas neapibrėžtumas, abejonės dėl savo galimybių keisti gyvenimo būdą bei ribotas pasirengimas ilgalaikiams elgesio pokyčiams, o motyvacijos stiprumas dažnai priklauso nuo vidinio apsisprendimo ir asmeninio pasirengimo keistis [89,94,114].

3.3.4. Ribotas pasirengimas gyvenimo būdo pokyčiams

Kita pacientų grupė aiškiai nurodė, kad neplanuoja reikšmingai keisti savo gyvenimo būdo (11 lentelė).

11 lentelė. Riboto pasirengimo keisti gyvenimo būdą kategorijos ir subkategorijos

Kategorija	Subkategorija	Informantų teiginiai
Ribotas pasirengimas keisti gyvenimo būdą	Nenoras keisti gyvenimo būdą	„Gyvenimo būdo nekeisiu“ (P6)
	Atsisakymas atsisakyti rūkymo	„Rūkymo neatsisakysiu“ (P4)
	Stipriai susiformavusių įpročių išlaikymas	„Gyvenimo būdo nekeisiu“ (P6); „Rūkymo neatsisakysiu“ (P4)

„Gyvenimo būdo nekeisiu“ (P6)

„Rūkymo neatsisakysiu“ (P4)

Šie pasisakymai atskleidžia ribotą pasirengimą pokyčiams. Tokia pozicija gali būti siejama su stipriai susiformavusiais įpročiais, menku vidiniu apsisprendimu ar nepakankamu pokyčių internalizavimu, kai net ir patirta operacija netampa pakankamu impulsu keisti elgesį.

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų motyvacija keisti gyvenimo būdą ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu yra dinamiška ir daugiasluoksnė. Ji pasireiškia kaip autonominė motyvacija, grindžiama vidiniu apsisprendimu ir atsakomybe, bei kontroliuojama motyvacija, kuriai būdinga abejonė, sąlygiškumas ir priklausomybė nuo išorinių veiksnių. Tai rodo, kad gyvenimo būdo keitimas po operacijos nėra vienkartinis sprendimas, bet procesas, priklausantis nuo individualios paciento patirties, jo įsitikinimų ir pasirengimo keistis. Kitų autorių tyrimuose taip pat pabrėžiama, kad po kardiochirurginių operacijų pacientų motyvacija keisti gyvenimo būdą yra nevienalytė – dalis pacientų aktyviai siekia pokyčių, o kiti išlaiko ankstesnius įpročius dėl riboto pasirengimo keistis, stipriai susiformavusių elgesio modelių ar nepakankamos vidinės motyvacijos [89,94,114].

DISKUSIJA

Pacientų psichoemocinių patirčių aptarimas. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad pacientų emocinė būseną ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu yra dvilypė – vienu metu patiriamas palengvėjimas ir nerimas. Tokia emocinė dinamika rodo, kad sveikimo patirtis nėra statiška, bet kintanti ir priklausoma nuo fizinės būklės bei situacijos suvokimo.

Šie rezultatai sutampa su Muthukrishnan ir kt. (2023) atlikto tyrimo rezultatais, kuriuose nustatyta, kad pacientai po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos dažnai patiria nerimą, išliekantį ir pooperaciniu laikotarpiu bei susijusį su gyvenimo kokybe [105]. Tai patvirtina ir šio tyrimo duomenys, kuriuose pacientai išreiškė nerimą dėl sveikimo ir ateities. Svarbus aspektas yra emocinės būklės ryšys su fiziniais simptomais. Šiame tyrime pacientai nerimą siejo su skausmu, silpnumu ir diskomfortu. Fernández-Castro ir Jiménez (2022) tyrime pabrėžiama, kad pooperacinis skausmas po širdies operacijų yra dažnas reiškinys, susijęs su padidėjusiu nerimu ir fiziologinėmis organizmo reakcijomis [106]. Tai leidžia daryti pagrįstą prielaidą, jog būtent tiesioginiai fiziniai pojūčiai transformuojasi į dominuojantį suvokimo filtrą, kuriuo remdamasis pacientas analizuoja ir visapusiškai vertina savo bendrą sveikatos būklę.

Vis dėlto, skirtingai nei kai kuriuose tyrimuose, šiame tyrime emocinės patirtys labiau siejosi su subjektyviu fizinės būklės vertinimu, o ne vien su klinikiniais rodikliais. Be to, tyrimai pabrėžia, kad emociniai sutrikimai po AKJSO operacijos yra gana dažni ir gali apimti ne tik nerimą, bet ir dirglumą,

miego sutrikimus bei susirūpinimą dėl ateities [107]. Tai tiesiogiai siejasi su šio tyrimo rezultatais, kuriuose pacientai minėjo emocinį nestabilumą ir psichologinį diskomfortą. Šie rezultatai leidžia manyti, kad psichoemocinė savijauta ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu yra neatsiejama nuo bendros paciento sveikimo patirties ir gali turėti įtakos tolimesnei adaptacijai po operacijos. Muthukrishnan ir kt. (2023) atliktas tyrimas parodė, kad pacientų nerimo lygis yra susijęs su skausmu ir kitais pooperaciniais rodikliais [105]. Nors kokybinis tyrimas negali nustatyti priežastinio ryšio, tai leidžia interpretuoti, kad emocinė būseną yra glaudžiai susijusi su fizine sveikimo patirtimi. Šio tyrimo metu taip pat nustatyta, kad dalis pacientų patyrė ramybę ar susitaikymą. Tai gali būti aiškinama kaip psichologinio prisitaikymo forma. Literatūroje pabrėžiama, kad pacientai po širdies operacijų dažnai patiria ne tik neigiamas emocijas, bet ir adaptacijos procesus, padedančius jiems susitaikyti su situacija [107]. Be to, pacientų patirtyse atsiskleidė egzistenciniai išgyvenimai, susiję su gyvybės trapumu. Nors tai nebuvo dominuojanti tema, ji rodo, kad operacija pacientams yra ne tik medicininis, bet ir psichologiškai reikšmingas įvykis.

Slaugos personalo veiksmų reikšmė sveikimo procese. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad slaugos personalo veiksmai pacientų sveikimo patirtyje užima reikšmingą vietą, ypač ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu, kai pacientai jaučiasi fiziškai silpni ir priklausomi nuo kitų. Pacientų pasakojimuose slaugos personalas suvokiamas ne tik kaip medicininės priežiūros teikėjas, bet ir kaip svarbus emocinio palaikymo, saugumo bei orientacijos šaltinis.

Šio tyrimo rezultatai yra panašūs į kitų autorių tyrimų išvadas, nagrinėjančias pacientų patirtis intensyviosios terapijos skyriuose. Pavyzdžiui, Karlsen M. (2024) atlikta kokybinė metaanalizė parodė, kad pacientai intensyviosios terapijos ir reanimacijos aplinkoje dažnai patiria pažeidžiamumą, priklausomybę nuo personalo ir kontrolės praradimą, o slaugos personalo bendravimas ir buvimas šalia tampa pagrindiniu saugumo jausmą kuriančiu veiksniu [108]. Tai tiesiogiai atitinka šio tyrimo rezultatus, kuriuose pacientai slaugytojų dėmesį ir prieinamumą siejo su nusiraminimu ir didesniu pasitikėjimu [108]. Šio tyrimo metu išaiškėjo, jog nuoseklus ir kokybiškas informacijos teikimas bei komunikacija su sergančiuoju užima svarbų dalį slaugos veiklos struktūroje, vertinant ją per subjektyvią pacientų patirties prizmę.

Tyrimo metu taip pat nustatyta, kad pacientams ypač svarbus buvo nuoseklus informacijos teikimas ir aiški komunikacija su slaugos personalu. Pacientai pabrėžė, kad aiškūs paaiškinimai padėjo jiems suprasti situaciją ir sumažinti nerimą. Panašios išvados pateikiamos ir Brooks ir Manias (2025) atliktame tyrime, kuriame teigiama, kad komunikacija tarp slaugytojo ir paciento yra esminė pacientų patirties dalis, turinti tiesioginę reikšmę jų emocinei būklei bei pasitenkinimui priežiūra. Informacija šiuo atveju

veikia ne tik kaip žinių šaltinis, bet ir kaip priemonė, padedanti struktūruoti paciento patirtį bei mažinti neapibrėžtumo jausmą [109].

Analizuojant rezultatus pagal N. Roper gyvybinių veiklų modelio koncepciją, matyti, kad slaugos personalo veiksmai apima pagrindines paciento gyvenimo veiklas – judėjimą, kvėpavimą, mitybą ir savirūpą. Pacientai akcentavo pagalbą atsikeliant, judant, atliekant kvėpavimo pratimus bei tenkinant kasdienes poreikius. Šios veiklos pacientų patirtyje nėra suvokiamos tik kaip fizinė pagalba – jos įgauna platesnę reikšmę, susijusią su savarankiškumo atkūrimu. Schweickert ir Pohlman (2009) atlikti tyrimai rodo, kad ankstyvas pacientų mobilizavimas ir jų įtraukimas į kasdienes veiklas prisideda ne tik prie fizinio atsistatymo, bet ir prie geresnės psichologinės savijautos [110]. Svarbus aspektas, atsiskleidęs šiame tyrime, yra paciento įtraukimas į sveikimo procesą. Pacientai, kuriems buvo sudarytos galimybės patiems atlikti tam tikrus veiksmus, šią patirtį suvokė kaip reikšmingą. Tai galima interpretuoti kaip perėjimą nuo pasyvios prie aktyvesnės paciento pozicijos. Tritter & McCallum 2016 m. atliktas tyrimas taip pat pabrėžia, kad pacientų įsitraukimas ir dalyvavimas priežiūroje yra susijęs su didesniu pasitikėjimu savimi ir geresne sveikimo patirtimi [111]. Tai leidžia teigti, kad slaugos personalas ne tik teikia priežiūrą, bet ir veikia kaip tarpininkas, padedantis pacientui susigrąžinti aktyvų vaidmenį. Be to, šio tyrimo rezultatai rodo, kad slaugos personalo veiksmai prisideda prie kontrolės jausmo atkūrimo. Pacientai, kurie suprato, kas vyksta ir galėjo dalyvauti savo priežiūroje, jautėsi mažiau priklausomi. Mokslinėje literatūroje bei įvairiuose tyrimuose pabrėžiama, jog asmens turimas vidinis kontrolės pojūtis yra itin reikšmingas psichologinis faktorius, kuris tiesiogiai koreliuoja su sėkmingesniu bei sklandesniu adaptacijos procesu pacientams atkuriant sveikatos būklę po atliktos operacijos [112].

Apibendrinant galima teigti, kad slaugos personalo veiksmų reikšmė pacientų sveikimo patirtyje yra daugialypė. Ji apima emocinį palaikymą, informacijos teikimą, kasdinių veiklų palaikymą ir paciento įtraukimą į sveikimo procesą. Šie aspektai atitinka N. Roper gyvybinių veiklų modelio principus ir rodo, kad slaugos personalas yra esminė pacientų sveikimo patirties dalis, ypač ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu. Taip pat, pagal N. Roper modelį paciento savarankiškumas kasdienėse veiklose yra esminė sveikimo dalis, o slaugos personalo vaidmuo – palaipsniui skatinti šio savarankiškumo atkūrimą.

Pacientų motyvacijos keisti gyvenimo būdą aptarimas. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad pacientų motyvacija keisti gyvenimo būdą po AKJSO yra nevienalytė ir pasireiškia skirtingomis formomis – nuo vidinio apsisprendimo iki išorinio spaudimo ar motyvacijos stokos. Svarbu pažymėti, kad motyvacijos tipai šiame tyrime atsiskleidžia ne tik per jų įvardijimą, bet ir per tai, kaip pacientai kalba apie pokyčius, kaip juos argumentuoja bei kokį santykį su jais kuria.

Autonominė motyvacija pasireiškė kaip vidinis suvokimas ir asmeninis apsisprendimas keisti gyvenimo būdą. Tai atsiskleidė pacientų pasakojimuose per aiškų atsakomybės prisiėmimą ir priežasties–pasekmės suvokimą, kai pacientai savo sveikatą siejo su ankstesniais pasirinkimais ir išreiškė norą juos keisti (pvz., „privertė susimąstyti“, „reikia pačiam keistis“). Šio pobūdžio teiginiai aiškiai indikuoja, jog pacientas supranta būtiną poreikį keistis, tačiau kartu ir giliai įsisavina šių transformacijų reikšmę, paversdamas jas savo vidinių nuostatų dalimi t. y. pokyčiai tampa asmeniškai reikšmingi. Šiuo atveju motyvacija pasireiškia per aktyvų ketinimą veikti, aiškesnį apsisprendimą ir atsakomybės už savo sveikatą prisiėmimą [114].

Kontroliuojama motyvacija pasireiškė per išorinių veiksnių įtaką ir neapibrėžtą santykį su pokyčiais. Pacientų pasakojimuose tai atsiskleidė per abejones, sąlyginius teiginius ir nevisišką įsipareigojimą (pvz., „jeigu galėsiu“, „gal kažką keisiu“). Tokia kalba rodo, kad pacientas svarsto pokyčius, tačiau jie dar nėra tapę vidiniu įsitikinimu. Motyvacija šiuo atveju pasireiškia kaip svarstymo būseną, kurioje sprendimai grindžiami ne tiek asmeniniu apsisprendimu, kiek situacijos spaudimu ar rekomendacijomis. Mokslinėje literatūroje akcentuojama, jog tokio pobūdžio motyvaciniai paskatos veiksniai dažniausiai lemia tik trumpalaikius elgsenos pokyčius, kuriems būdingas nepastovumas ir tvirto stabilumo trūkumas ilguoju laikotarpiu [114].

Be to, daliai pacientų buvo būdinga motyvacijos stoka, kuri pasireiškė per aiškų atsisakymą keisti gyvenimo būdą (pvz., „gyvenimo būdo nekeisiu“, „rūkymo neatsisakysiu“). Tokie pasisakymai rodo atsparumą pokyčiams ir gali būti siejami su įpročių tvirtumu arba nepakankamu pokyčių svarbos internalizavimu. Nors pacientai gali suvokti savo būklę, šis suvokimas neperauga į veiksmą [113].

Svarbus aspektas, atsiskleidęs šiame tyrime, yra tai, kad operacija daugeliui pacientų tampa refleksijos momentu, tačiau refleksija ne visada virsta konkrečiais veiksmais. Pacientų pasakojimuose matomas pereinamasis etapas tarp suvokimo ir veikimo (pvz., „gal reiktų kažką keisti... bet dabar dar sunku galvoti“, P2). Tai leidžia teigti, kad motyvacija yra procesas, kuris vystosi palaipsniui ir priklauso nuo paciento pasirengimo bei vidinių resursų. Literatūroje taip pat pabrėžiama, kad vien suvokimas apie sveikatos svarbą nėra pakankamas elgesio pokyčiams – būtina vidinė motyvacija ir palaikanti aplinka [114].

Šie rezultatai atitinka savi-determinacijos teorijos nuostatas, kurios teigia, kad motyvacijos pobūdis pasireiškia per elgesio reguliavimo būdus – nuo vidinio, autonomiško apsisprendimo iki išoriškai reguliuojamo elgesio. Tyrimo duomenys rodo, kad būtent motyvacijos pasireiškimo forma (pvz., aiškus apsisprendimas, abejonė ar atsisakymas) leidžia geriau suprasti pacientų pasirengimą keisti gyvenimo būdą ir galimą pokyčių tvarumą.

Tyrimo ribotumai

1. **Ribota imtis.** Tyrime dalyvavo nedidelis pacientų skaičius, todėl rezultatai atspindi konkrečias patirtis ir nėra apibendrinami visai pacientų populiacijai.
2. **Tyrimo laikotarpis.** Analizuotas tik ankstyvasis pooperacinis laikotarpis, todėl nevertintas ilgalaikis sveikimas ir gyvenimo būdo pokyčių tvarumas.
3. **Subjektyvūs duomenys.** Duomenys remiasi pacientų pasakojimais, kuriuos galėjo veikti fizinė savijauta (skausmas, nuovargis) ir emocinė būseną.
4. **Emociniai interviu iššūkiai.** Kai kuriems pacientams pasakojant savo patirtį suaktyvėdavo stiprios emocijos, todėl interviu tekdavo trumpam sustabdyti ir palaukti, kol pacientas nusiramins. Tai galėjo turėti įtakos pasakojimų nuoseklumui ir išsamumui.
5. **Tyrėjo įtaka.** Tyrėjo interpretacijos galėjo turėti įtakos duomenų analizei, kadangi tyrėjas dirba skyriuje, kuriame gydomi pacientai po AKJSO. Turima profesinė patirtis galėjo formuoti išankstines nuostatas, lūkesčius ar jautrumą tam tikriems aspektams, todėl dalis duomenų galėjo būti interpretuojami per profesinės patirties prizmę. Siekiant sumažinti šią įtaką, analizėje buvo remiamasi tiesioginėmis pacientų citatomis ir laikomasi nuoseklaus duomenų analizės proceso.

IŠVADOS

1. Pacientų sveikimo patirtys, susijusios su psichoemociniais išgyvenimais ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu, yra daugiasluoksnės ir kintančios. Pacientai vienu metu patiria palengvėjimą, kad operacija praėjo sėkmingai, tačiau kartu nerimauja dėl tolimesnio gijimo proceso. Tokios patirtys kaip fizinis skausmas, silpnumas ar kontrolės trūkumas daro tiesioginę įtaką paciento kognityviniam savo fizinės būklės vertinimui.
2. Pacientų patirčių analizė patvirtina esminę slaugos personalo įtaką sveikimo procesui, užtikrinant visapusišką fizinę priežiūrą bei emocinę paramą. Slaugos personalo komunikavimas, savalaikis informacijos teikimas bei pagalba vykdant kasdienes veiklas sudaro sąlygas pacientams objektyviau įvertinti savo sveikatos būklę. Šios priemonės garantuoja saugumo pojūtį, skatina laisvą savarankiškumo atkūrimą bei efektyvų sveikatos būklės kontrolės perėmimą.
3. Pacientų motyvacija keisti gyvenimo būdą po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos yra nevienalytė ir pasireiškia skirtingomis formomis. Autonominė motyvacija pasireiškia kaip vidinis apsisprendimas ir atsakomybės prisiėmimas, kai pacientai patys įvardija poreikį keisti gyvenimo būdą ir

sieja jį su savo sveikata. Kontroluojama motyvacija pasireiškia per išorinę įtaką, abejonę ir sąlyginį apsisprendimą, kai pacientai svarsto pokyčius, tačiau nėra tvirtai apsisprendę jų įgyvendinti. Dalis pacientų priešinasį gyvenimo būdo pokyčiams, išlaikydami senus įpročius ir tik pamažu svarstydami permainas.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Praktinės rekomendacijos sveikatos priežiūros specialistams:

Stiprinti pacientų psichoemocinį palaikymą, užtikrinant aiškų bendravimą ir informacijos teikimą bei aktyviai įtraukiant pacientus į sveikimo procesą, skatinant jų savarankiškumą. Slaugos personalo veiksmai privalo būti individualizuojami, atsižvelgiant į specifinę paciento somatinę bei psichologinę būklę ir jos reikšmę pacientų sveikimo patirtyje. Be to, tikslinga skatinti pacientų motyvaciją koreguoti gyvenamosios įpročius ankstyvoje pooperacinėje stadijoje bei minimizuoti išorinius sensorinius dirgiklius intensyviosios terapijos skyriuose, siekiant užtikrinti kokybišką poilsį ir stabilią emocinę būseną.

Praktinės rekomendacijos pacientams po AKJSO *(rekomendacijos būtų planuojamos pateikti pacientams lankstinuko forma (4 priedas), kuris būtų parengtas aiškia ir pacientams suprantama kalba. Lankstinukai būtų dalinami kardiochirurginiuose skyriuose pacientams prieš ar po operacijos. Rekomendacijų sklaidą galėtų koordinuoti skyriaus vyriausioji slaugos administratorė, bendradarbiaudama su slaugos personalu, kuris tiesiogiai bendrauja su pacientais ir gali papildomai paaiškinti pateiktą informaciją):*

Aktyviai įsitraukti į sveikimo procesą, atvirai komunikuojant su sveikatos priežiūros specialistais apie patiriamą savijautą, nerimą ar skausmą. Svarbu siekti suprasti savo būklę ir gydymo eigą, užduodant rūpimus klausimus ir aiškinantis neaiškumus. Taip pat rekomenduojama nuosekliai atlikti paskirtus kvėpavimo ir judėjimo pratimus, palaipsniui didinant fizinį aktyvumą pagal individualias galimybes. Pacientai turėtų priimti teikiamą pagalbą ir leisti sau sveikti palaipsniui, vengiant per didelio fizinio ar emocinio krūvio. Be to, tikslinga palaipsniui koreguoti gyvenimo būdą, atsisakant žalingų įpročių ir stiprinant sveikatai palankius pasirinkimus.

.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Frak W, Wojtasinska A, Lisinska W, Młynarska E, Franczyk B, Rysz J. Pathophysiology of Cardiovascular Diseases: New Insights into Molecular Mechanisms of Atherosclerosis, Arterial Hypertension, and Coronary Artery Disease. *Biomedicines*. 2022, 10 (8): 1938. Available from: <https://doi.org/10.3390/biomedicines10081938>.
2. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*;140(11):e596–646. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000000678>.
3. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2018 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*;137(12):E67–492. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000000558>.
4. Dimeling G, Bakaeen L, Khatri J, Bakaeen FG. CABG: When, why, and how? *Cleve Clin J Med*;88(5):295–303. Available from: <https://www.ccjm.org/content/88/5/295>.
5. Harten N, et al. Managing psychological distress following cardiac surgery. *InSight+*. 2024. Available from: <https://insightplus.mja.com.au/2024/4/managing-psychological-distress-following-cardiac-surgery/>.
6. Lestari P. Psychosocial aspects of postoperative recovery in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *J Card Surg*. 2017;15(4):230-40.
7. Nicolai J, Müller N, Noest S, et al. To change or not to change - That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illn*. 2018;14(1):25-41.
8. Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka. <https://www.elaba.lt/elaba-portal/>.
9. Pinteá Bentea G, Berdaoui B, Morissens M, van de Borne P, Castro Rodriguez J. Pathophysiology, Diagnosis, and Management of Coronary Artery Disease in the Setting of Atrial Fibrillation. *J Am Heart Assoc*. 2024;13:e037552. doi:10.1161/JAHA.124.037552.
10. Jasiukevičiūtė R. Nauja statinų vartojimo tvarka sergant kraujotakos sistemos ligomis. *Internistas. Leidinys Lietuvos medikams*. 2016; 2(159): 40 – 43.
11. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(25):2982–3021.

12. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 288 causes of death and 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2021: a systematic analysis. *Lancet*. 2022;400(10360):1204–50.
13. Higienos institutas. Pusė visų 2024 m. mirčių Lietuvoje dėl kraujotakos sistemos ligų. Higienos institutas [internet]. 2025 Sep 3 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://www.hi.lt/naujienos/puse-visu-2024-m-mirciu-lietuvoje-del-kraujotakos-sistemas-ligu/>.
14. Javadi N, Dianati M, Taghadosi M. Why do patients with ischemic heart disease modify their lifestyle? *BMC Res Notes*. 2025;18:182. doi:10.1186/s13104-025-07169-4.
15. Ruth Masterson Creber, Arnaldo Dimagli, Cristiano Spadaccio, Annie Myers, Marco Moscarelli, Michelle Demetres, Matthew Little, Stephen Fremes, Mario Gaudino, Effect of coronary artery bypass grafting on quality of life: a meta-analysis of randomized trials, *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*, Volume 8, Issue 3, May 2022, Pages 259–268, <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcab075>.
16. Bolotin G, Medalion B, Ghandakly EC, Iacona GM, Bakaeen FG. Coronary Artery Surgery: Past, Present, and Future. *Rambam Maimonides Med J*. 2024 Jan 19;15(1):e0001. Available from: <https://doi.org/10.5041%2FRMMJ.10515>.
17. National Heart, Lung, and Blood Institute. Coronary artery bypass grafting [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2022 Mar 24 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/coronary-artery-bypass-grafting>.
18. Montrieff T, Koyfman A, Long B. Coronary artery bypass graft surgery complications: A review for emergency clinicians. *Am J Emerg Med*. 2018;36(12):2289-2297. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.09.014>.
19. Hokkanen, M., Huhtala, H., Laurikka, J. et al. The effect of postoperative complications on health-related quality of life and survival 12 years after coronary artery bypass grafting – a prospective cohort study. *J Cardiothorac Surg* 16, 173 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13019-021-01527-6>.
20. Cheruku, S. R., Raphael, J., Neyra, J. A., & Fox, A. A. (2023). Acute Kidney Injury after Cardiac Surgery: Prediction, Prevention, and Management. *Anesthesiology*, 139(6), 880–898. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004734>.
21. Chen, D., Zhang, J., Wang, Y., Jiang, W., Xu, Y., Xiong, C., Feng, Z., Han, Y., & Chen, Y. (2024). Risk factors for sternal wound infection after open-heart operations: A systematic review and meta-analysis. *International wound journal*, 21(3), e14457. <https://doi.org/10.1111/iwj.14457>.

22. Huffmyer LJ, Groves SD. Pulmonary Complications of Cardiopulmonary Bypass. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2015; 33 p.
23. Jan, A., Hayat, M. K., Khan, M. A. A., & Ullah, R. (2021). Trends in per-operative parameters and postoperative complications associated with coronary artery bypass graft surgery (CABG); A four-year retrospective study. *Pakistan journal of medical sciences*, 37(7), 1734–1739. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.7.4315>.
24. Peretto G, Durante A, Limite RL, Cianflone D. Postoperative arrhythmias after cardiac surgery: incidence, risk factors, and therapeutic management. *Cardiol Res Pract.* 2014; 15 p.
25. Jonsson, K., Barbu, M., Nielsen, S. J., Hafsteinsdottir, B., Gudbjartsson, T., Jensen, E. M., Silverborn, M., & Jeppsson, A. (2022). Perioperative stroke and survival in coronary artery bypass grafting patients: a SWEDEHEART study. *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, 62(4), ezac025. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezac025>.
26. Gilbey T, et al. Neurologic complications after cardiopulmonary bypass: incidence, mechanisms and outcomes. *Perfusion/Ann Thorac Surg* (narrative review). 2023.
27. Noël A, et al. Cerebral microembolism during cardiac surgery and its relationship to neurological outcomes. *J Cardiothorac Vasc Anesth / Frontiers in Medicine.* 2024.
28. Greaves, D., Psaltis, P. J., Davis, D. H. J., Ross, T. J., Ghezzi, E. S., Lampit, A., Smith, A. E., & Keage, H. A. D. (2020). Risk Factors for Delirium and Cognitive Decline Following Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*, 9(22), e017275. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017275>
29. Chen H, Mo L, Hu H, Ou Y, Luo J. Risk factors of postoperative delirium after cardiac surgery: a meta-analysis. *J Cardiothorac Surg.* 2021;16:113. doi:10.1186/s13019-021-01496-w.
30. Kim MS, Kim SH. Risk factors for postoperative delirium in patients with cardiac surgery. *J Chinese Med Assoc.* 2024;87(5):123-130. doi:10.1177/00368504241266362.
31. Eeva-Maija Kinnunen, Marisa De Feo, Daniel Reichart, Tuomas Tauriainen, Giuseppe Gatti, Francesco Onorati et al. Incidence and prognostic impact of bleeding and transfusion after coronary surgery in low-risk patients. *Transfusion.* 2017;57(1):178–186. <https://doi.org/10.1111/trf.13885>.
32. Senage T, Gerrard C, Moorjani N, Jenkins DP, Ali JM. Early postoperative bleeding impacts long-term survival following first-time on-pump coronary artery bypass grafting. *J Thorac Dis.* 2021;13(10):5670-5682. doi:10.21037/jtd-21-1241.

33. Holm M, Biancari F, Khodabandeh S, Gherli R, Airaksinen J, Mariscalco G, Gatti G, Reichart D, Onorati F, De Feo M, Santarpino G, Rubino AS, Maselli D, Santini F, Nicolini F, Zanobini M, Kinnunen E-M, Ruggieri VG, Perrotti A, Rosato S, Dalen M. Bleeding in Patients Treated With Ticagrelor or Clopidogrel Before Coronary Artery Bypass Grafting. *Ann Thorac Surg*. 2019;107(6):1690-1698. doi:10.1016/j.athoracsur.2019.01.086 PMID:30898561.
34. Li, Y., Cheang, I., Zhang, Z., Zuo, X., Cao, Q., & Li, J. (2021). Prognostic Association Between Perioperative Red Blood Cell Transfusion and Postoperative Cardiac Surgery Outcomes. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 8, 730492. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.730492>.
35. Caputo, A.; Vicario, C. M.; Cazzato, V.; Martino, G. Editorial: Psychological Factors as Determinants of Medical Conditions, Volume II. *Front. Psychol.* 2022, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.865235>.
36. McCann, W. D.; Hou, X.-Y.; Stolic, S.; Ireland, M. J. Predictors of Psychological Distress among Post-Operative Cardiac Patients: A Narrative Review. *Healthcare (Basel)* 2023, 11 (20), 2721. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202721>.
37. Lazaridou A, Sivakumar S, Rodriguez Cetina Bieffer H, Weilenmann S, Princip M, Zuccarella-Hackl C, Petzschnr FH, Heinzle J, Stephan KE, Dzemali O, von Känel R. Predictive modelling of clinically significant depressive symptoms after coronary artery bypass graft surgery: protocol for a multicentre observational study in two Swiss hospitals (the PsyCor study). *BMJ Open*. 2025;15(9):e108061.
38. Mercuri, C., Bosco, V., Guillari, A., Rea, T., Doldo, P., Nocerino, R., Giordano, V., & Simeone, S. (2025). Phenomenological Study on the Lived Experience of Patients After Major Cardiac Surgery in Intensive Care Units. *Nursing in critical care*, 30(5), e70134. <https://doi.org/10.1111/nicc.70134>.
39. Chongopklang, K., & Polsook, R. (2024). Factors predicting depression among persons post-coronary artery bypass graft surgery: A cross-sectional study in Thailand. *Belitung nursing journal*, 10(4), 464–471. <https://doi.org/10.33546/bnj.3474>.
40. Sawalha, O., Ariza-Vega, P., Alhalaiqa, F., Pérez-Rodríguez, S., & Romero-Ayuso, D. (2024). Psychological Discomfort in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG) in West Bank: A Cohort Study. *Journal of clinical medicine*, 13(7), 2027. <https://doi.org/10.3390/jcm13072027>.
41. Mockutė E. Pacientų patirtys po širdies operacijos. Bakalauro baigiamasis darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas; 2024. <https://portalcris.lsmuni.lt/server/api/core/bitstreams/7d500cd7-95fe-409a-b21d-ae3da68702bf/content>.

42. Sijūnienė A, Švagždienė M. Pacientų po širdies operacijų su dirbtine kraujo apytaka pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; Kaunas, 2020. https://www.zurnalai.vu.lt/slauga/article/download/19114/18303/33169?utm_source=chatgpt.com.
43. Roper N, Logan W, Tierney A. Slaugos pagrindai. Vilnius: Egalda; 1999.
44. Williams BC. The Roper-Logan-Tierney model of nursing: A framework to complement the nursing process. *Nursing*. 2015; 45 (3): 24-26.
45. Emamzadehashemi KR et al. Quality of life and activities of daily living one year after CABG. *J Cardiothorac Surg*. 2024.
46. Kaya H et al. Patient Experiences after Open Heart Surgery: A Qualitative Systematic Review. *FNJN*. 2025.
47. Jiang et al. Cognitive training to reduce delirium after cardiac surgery. *JAMA Netw Open*. 2024.
48. Emamzadehashemi KR et al. Quality of life and activities of daily living one year after CABG. *J Cardiothorac Surg*. 2024.
49. Timmins, F. Conceptual Models Used by Nurses Working in Coronary Care Units—A Discussion Paper. *Eur. J. Cardiovasc.Nurs*. 2006,5 (4), 253–57. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.02.004>.
50. Mockutė E. Pacientų patirtys po širdies operacijos. LSMU, 2024.
51. Noor Hanita, Z.; Khatijah, L. A.; Kamaruzzaman, S.; Karuthan, C.; Raja Mokhtar, R. A. A Pilot Study on Development and Feasibility of the “MyEducation: CABG Application” for Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery. *BMC Nurs* 2022, 21 (1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00814-4>.
52. Erden, Y.; Yıldız, G. N.; Çiftçi, B.; Avşar, G.; Özek, S.; Özbek, E.; Sarılioğlu, A. The Effect of Self-Management Program with Tele-Nursing Based on the Roper-Logan-Tierney Model on Self-Care of Hypertensive Patients: A Randomized Controlled Trial. *BMC Nurs* 2025, 24 (1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02854-y>.
53. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. Vilnius: 2011 m. Birželio 8 d. Nr. V-591; [Internetinis išteklis] [žiūrėta 2020-04-24] Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401304>.
54. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. Vilnius: 2017 m. Liepos 7 d. Nr. V852. [Internetinis išteklis] [žiūrėta 2020-04-24] Prieiga per internetą:

- <https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/96b1d63166cf11e7a53b83ca0142260e?jfwid=11dyheoksi>.
55. Friberg F, Granum V, Bergh AL. Nurses' patient-education work: conditional factors - an integrative review. *J Nurs Manag.* 2012; 20(2): 170–186.
 56. Papathanasiou I, Sklavou M, Kouroutouta L. Holistic nursing care: theories and perspectives. *Am J Nurs.* 2013; 2(1): 1-5..
 57. Roper N, Logan W, Tierney A. *The Roper–Logan–Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living.* 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
 58. Noor Hanita Z, Ishak NH, Baharudin N, Ismail N, Yusof A, Ab Hamid N. Effectiveness of “MyEducation: CABG” mobile application on anxiety, depression and self-care among patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. *BMC Nurs.* 2022;21(1):45. doi:10.1186/s12912-022-00757.
 59. Moreira, J. M. A., & Grilo, E. N. (2019). Quality of life after coronary artery bypass graft surgery - results of cardiac rehabilitation programme. *Journal of exercise rehabilitation*, 15(5), 715–722. <https://doi.org/10.12965/jer.1938444.222>.
 60. Hansen, T. B., Berg, S. K., Sibilitz, K. L., Zwisler, A. D., Norekvål, T. M., Lee, A., & Buus, N. (2018). Patient perceptions of experience with cardiac rehabilitation after isolated heart valve surgery. *European journal of cardiovascular nursing*, 17(1), 45–53. <https://doi.org/10.1177/1474515117716245>.
 61. Chaudhari JM, et al. The effect of enhanced nursing care on functional outcomes after CABG. *Nurs Open.* 2021;8(5):2550-2558.
 62. Kaya H, et al. Patient experiences after open heart surgery: a qualitative systematic review. *Florence Nightingale J Nurs.* 2025;33:294-310.
 63. Ibrahim, K. S., Kheirallah, K. A., Al Manasra, A. R. A., & Megdadi, M. A. (2024). Factors affecting duration of stay in the intensive care unit after coronary artery bypass surgery and its impact on in-hospital mortality: a retrospective study. *Journal of cardiothoracic surgery*, 19(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13019-024-02527-y>.
 64. Mathis, M. R., Engoren, M. C., Williams, A. M., Biesterveld, B. E., Croteau, A. J., Cai, L., Kim, R. B., Liu, G., Ward, K. R., Najarian, K., Gryak, J., & BCIL Collaborators Group (2022). Prediction of Postoperative Deterioration in Cardiac Surgery Patients Using Electronic Health Record and Physiologic Waveform Data. *Anesthesiology*, 137(5), 586–601. [.https://doi.org/10.1097/ALN.000000000000434](https://doi.org/10.1097/ALN.000000000000434).

65. Cordeiro ALL, Souza GC, Oliveira FM, et al. Impact of early respiratory physiotherapy on pulmonary complications after coronary artery bypass graft surgery: a randomized clinical trial. *BMC Cardiovasc Disord.* 2022;22(1):483. doi:10.1186/s12872-022-02860-7.
66. Lee, S., Chen, P., Park, C., Zhu, B., & Balserak, B. I. (2025). Non-Pharmacological Sleep Interventions after Cardiac Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Journal of clinical nursing*, 34(9), 3785–3810. <https://doi.org/10.1111/jocn.17583>.
67. Schwarzova, K., Damle, S., Sellke, F. W., & Robich, M. P. (2024). Gastrointestinal complications after cardiac surgery. *Trauma surgery & acute care open*, 9(1), e001324. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2023-001324>.
68. Cambise, C., De Ciccio, R., Luca, E., Punzo, G., Di Franco, V., Dottarelli, A., Sacco, T., Sollazzi, L., & Aceto, P. (2024). Postoperative urinary retention (POUR): A narrative review. *Saudi journal of anaesthesia*, 18(2), 265–271. https://doi.org/10.4103/sja.sja_88_24.
69. XF, Zhang C, Liu C, Bi S, Gu J. Relationship between first 24-h mean body temperature and clinical outcomes of post-cardiac surgery patients. *Front Cardiovasc Med.* 2021;8:746228. doi:10.3389/fcvm.2021.746228.
70. Hirschhorn AD, Richards DAB, Mungovan SF, Morris NR, Adams L. Does the mode of exercise influence recovery of functional capacity in the early postoperative period after coronary artery bypass graft surgery? A randomized controlled trial. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* 15 (2012) 995–1003.
71. Renault, J. A., Costa-Val, R., & Rossetti, M. B. (2008). Respiratory physiotherapy in the pulmonary dysfunction after cardiac surgery. *Revista brasileira de cirurgia cardiovascular : orgao oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 23(4), 562–569. <https://doi.org/10.1590/s0102-76382008000400018>.
72. da Costa Torres, D., Dos Santos, P. M., Reis, H. J., Paisani, D. M., & Chiavegato, L. D. (2016). Effectiveness of an early mobilization program on functional capacity after coronary artery bypass surgery: A randomized controlled trial protocol. *SAGE open medicine*, 4, 2050312116682256. <https://doi.org/10.1177/2050312116682256>.
73. Preoperative malnutrition and postoperative outcomes in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev.* 2020;78(12):1073–1085.
74. Kobayashi T, Takeuchi M, Hirai K, et al. Nausea and vomiting induced by postoperative opioids in cardiac surgery patients: incidence and management. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2021.

75. Ziapour A, Kazeminia M, Rouzbahani M, et al. Global prevalence of sexual dysfunction in cardiovascular patients: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2024;13:136. doi:10.1186/s13643-024-02525-0.
76. Merve Çağlar, Ümran Yeşiltepe Oskay, Eda Arican, Eda Akyol, Relationship between self-efficacy and sexual function after open heart surgery, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 20, Issue 4, April 2021, Pages 376–382, <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa012>.
77. Schoemaker MJ, Brunner-La Rocca HP, de Vries J, et al. Postoperative nursing care in cardiac surgery: promoting self-care and hygiene in the early recovery phase. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2021;20(8):763–771. doi:10.1093/eurjcn/zvab052.
78. Risnes, I., Abdelnoor, M., Ulmoen, G., Rynning, S. E., Veel, T., Svennevig, J. L., Lundblad, R., & Borthne, A. (2014). Mediastinitis after coronary artery bypass grafting increases the incidence of left internal mammary artery obstruction. *International wound journal*, 11(6), 594–600. <https://doi.org/10.1111/iwj.12007>.
79. Bardia, A., Blitz, D., Dai, F., Hersey, D., Jinadasa, S., Tickoo, M., & Schonberger, R. B. (2019). Preoperative chlorhexidine mouthwash to reduce pneumonia after cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 158(4), 1094–1100. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2019.01.014>.
80. Wang L, Xu Y. Applying the Roper–Logan–Tierney model in cardiac surgery nursing care: promoting independence in self-care activities. *Int J Nurs Pract*. 2021;27(6):e12954. doi:10.1111/ijn.12954.
81. Grant M. (2015). Resolving communication challenges in the intensive care unit. *AACN advanced critical care*, 26(2), 123–130. <https://doi.org/10.1097/NCI.0000000000000076>.
82. Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., Radtke, J., & Sereika, S. (2011). Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 20(2), e28–e40. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011433>.
83. Koyuncu, A., Yava, A., Aslan, F. E., & Demirkılıç, U. (2015). Communication needs of cardiac surgery patients during their wake up process. *Intensive Care Medicine Experimental*, 3(Suppl 1), A923. <https://doi.org/10.1186/2197-425X-3-S1-A923>.
84. Lenčiauskienė V, Riklikienė O. Pacientų komforto užtikrinimas po kardiochirurginių operacijų intensyviosios terapijos ir reanimacijos skyriuje: delyro prevencija. *Slauga. Mokslas ir praktika*. 2015; 2(218): 6 – 8.

85. Andrejaitienė J, Širvinskas E, Šeikytė D, Petrauskaitė R, Gavrilov S. Pooperacinis deliras po širdies operacijų. *Lietuvos chirurgija*. 2011; 9(1–2): 6 – 17.
86. Koster, S., Hensens, A. G., Schuurmans, M. J., & van der Palen, J. (2011). Risk factors of delirium after cardiac surgery: a systematic review. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.09.001>.
87. Zukowska, A., & Zukowski, M. (2022). Surgical Site Infection in Cardiac Surgery. *Journal of clinical medicine*, 11(23), 6991. <https://doi.org/10.3390/jcm11236991>.
88. Fatehi Hassanabad, A., Bahrami, N., Novick, R. J., & Ali, I. S. (2021). Delirium and depression in cardiac surgery: A comprehensive review of risk factors, pathophysiology, and management. *Journal of cardiac surgery*, 36(8), 2876–2889. <https://doi.org/10.1111/jocs.15610>.
89. Communication approaches to enhance patient motivation and adherence in cardiovascular disease prevention. Duffy EY, Ashen D, Blumenthal RS, Davis DM, Gulati M, Blaha MJ, Michos ED, Nasir K, Cainzos-Achirica M. *Clin Cardiol*. 2021;44:1199-1207. doi:10.1002/clc.23555.
90. Effectiveness of Early Mobilization in Prevention and Rehabilitation of Functional Impairment After Myocardial Revascularization Surgery: A Systematic Review. *IJCS Cardiol*. 2023;10:029
91. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Sergančiųjų širdies ir kraujagyslių ligomis reabilitacija. Programos apimtis 160 val. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2004 (atnaujinta 2018 m.).
92. Zhang W, Zhang L, Wang X, et al. Predictors of Premature Mortality Following Coronary Artery Bypass Graft. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(1):36. doi:10.3390/healthcare12010036.
93. Pakrad, F., Shiri, R., Mozayani Monfared, A., Mohammadi Saleh, R., & Poorolajal, J. (2023). Predictors of Premature Mortality Following Coronary Artery Bypass Grafting: An Iranian Single Centre Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(1), 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare12010036>.
94. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Can Psychol*. 2008;49(3):182–185.
95. Cheng, L., Wang, W. R., Wikström, L., & Mårtensson, J. (2025). Moving Forward Despite Obstacles: A Qualitative Study on Healthy Lifestyle Adjustments Among Patients with Coronary Heart Disease After Their First Percutaneous Coronary Intervention. *International journal of general medicine*, 18, 1451–1461. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S491082>.
96. Kezienė E., Moterų tapsmo vadove patyrimų fenomenologinė analizė, Magistro darbas, 2021. Available from: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:193204712/193204712.pdf>.

97. Graneheim, U. H.; Lindgren, B.-M.; Lundman, B. Methodological Challenges in Qualitative Content Analysis: A Discussion Paper. *Nurse Educ Today* 2017, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>.
98. Englander, M.; Morley, J. Phenomenological Psychology and Qualitative Research. *Phenomenol Cogn Sci* 2023, 22 (1), 25–53. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09781-8>.
99. Giorgi, A.; Giorgi, B.; Morley, J. The Descriptive Phenomenological Psychological Method; 2017; pp 176–192.
100. Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymas: Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2000;44(1282).
101. Helsinkio deklaracija: World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects.
102. Šiurkus T. Bendroji chirurgija. Vilnius: Mintis, 1975.
103. Saunders, B.; Sim, J.; Kingstone, T.; Baker, S.; Waterfield, J.; Bartlam, B.; Burroughs, H.; Jinks, C. Saturation in Qualitative Research: Exploring Its Conceptualization and Operationalization. *Qual Quant* 2018, 52 (4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>.
104. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydžiūnaitė, V. (2008). Kokybinių tyrimų metodologija. Vadovėlis. II dalis. Klaipėda: Socialinių mokslų kolegija.
105. Muthukrishnan, A.; Tayyib, N. A.; Alsolami, F. J.; Ramaiah, P.; Lathamangeswaric, C. Anxiety and Quality of Life Outcomes After Coronary Artery Bypass Graft Surgery - A Prospective Cohort Study. *Curr Probl Cardiol* 2023, 48 (2), 101474. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2022.101474>.
106. The influence of preoperative anxiety on postoperative pain in patients undergoing cardiac surgery *Scientific Reports*. https://www.nature.com/articles/s41598-022-20870-9?utm_source=chatgpt.com (accessed 2026-04-11).
107. Ibrahim, D.; Elkhidir, I. H.; Mohammed, Z.; Abdalla, D.; Mohammed, O. A.; Hemmeda, L.; Alrawa, S.; Ahmed, M.; Abdalla, R.; Batran, A.; Abdalla, Z.; Elhaj, N. B.; Ibrahim, B.; Albashir, R. B. The Role of CBT in Enhancing Health Outcomes in Coronary Artery Bypass Graft Patients: A Systematic Review. *BMC Psychiatry* 2025, 25 (1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06457-w>.
108. Karlsen, M.-M. W.; Heyn, L. G.; Heggdal, K. Being a Patient in the Intensive Care Unit: A Narrative Approach to Understanding Patients' Experiences of Being Awake and on Mechanical Ventilation. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2024, 19 (1), 2322174. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2322174>.

109. Brooks, L. A.; Manias, E.; Rasmussen, B.; Bloomer, M. J. Practice Recommendations for Culturally Sensitive Communication at the End of Life in Intensive Care: A Modified eDelphi Study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2025, 86, 103814. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103814>.
110. Schweickert, W. D.; Pohlman, M. C.; Pohlman, A. S.; Nigos, C.; Pawlik, A. J.; Esbrook, C. L.; Spears, L.; Miller, M.; Franczyk, M.; Deprizio, D.; Schmidt, G. A.; Bowman, A.; Barr, R.; McCallister, K. E.; Hall, J. B.; Kress, J. P. Early Physical and Occupational Therapy in Mechanically Ventilated, Critically Ill Patients: A Randomised Controlled Trial. *Lancet* 2009, 373 (9678), 1874–1882. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60658-9).
111. Tritter, J. Q.; McCallum, A. The Snakes and Ladders of User Involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 2006, 76 (2), 156–168. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.05.008>.
112. Holm, A.; Karlsson, V.; Dreyer, P. Nurses' Experiences of Serving as a Communication Guide and Supporting the Implementation of a Communication Intervention in the Intensive Care Unit. *Int J Qual Stud Health Well-being* 16 (1), 1971598. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1971598>.
113. Anderson, L.; Oldridge, N.; Thompson, D. R.; Zwisler, A.-D.; Rees, K.; Martin, N.; Taylor, R. S. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol* 2016, 67 (1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044>.
114. Ntoumanis, N.; Ng, J. Y. Y.; Prestwich, A.; Quested, E.; Hancox, J. E.; Thøgersen-Ntoumani, C.; Deci, E. L.; Ryan, R. M.; Lonsdale, C.; Williams, G. C. A Meta-Analysis of Self-Determination Theory-Informed Intervention Studies in the Health Domain: Effects on Motivation, Health Behavior, Physical, and Psychological Health. *Health Psychol Rev* 2021, 15 (2), 214–244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>.

PRIEDAI

1 PRIEDAS. VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas

Išrašas



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2025-06-27 Nr. (1.7 E) 150000-KT-462
Vilnius

El. balsavimas vyko 2025 m. birželio 26-27 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Visuomenės sveikatos katedros asistentė dr. Jelena Stanislavovienė.

Posėdžio sekretorius VU MF SMI vyr. specialistė Greta Zambžickaitė.

Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asist. dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU MF TSTI Populiarijų genomikos laboratorijos vyresnioji mokslo darbuotoja Laura Pranckėnienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Bužinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros lektorė Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė. Kворumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11.

4. SVARSTYTA. Išplėstinės praktikos slaugos magistrantūros studijų programos pirmo kurso Irminos Vinskienės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Irminos Vinskienės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui, pakoregavus tyrimo protokolą pagal teiktas Komiteto pastabas (pastabas siunčia Komiteto sekretorius elektroniniu laišku darbo tyrėjui ir vadovui).

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

dr. Jelena Stanislavovienė

Posėdžio sekretorė

Greta Zambžickaitė

INFORMUOTO SUTIKIMO FORMA

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto, Išplėstinės praktikos slaugos II magistro kurso studentė Irmina Vinskienė atlieka tyrimą, kurio pavadinimas: **Pacientų sveikimo patirtys ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos (toliau – operacijos). Tyrimo dalyviai** – pacientai, po atliktos aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos, esantys ankstyvajame pooperaciniame periode (1-4 dienos po operacijos). Šio tyrimo **tikslas** – išanalizuoti pacientų sveikimo patirtis ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po operacijos. Tyrimas taip pat siekia ištirti pacientų sveikimo patirtis, susijusias su psichoemociniais išgyvenimais, nustatyti pacientų patirtis, susijusias su slaugos personalo veiksmų reikšme bei išanalizuoti pacientų kontroliuojamą ir autonominę motyvaciją keisti gyvenimo būdą po operacijos. Tyrimas bus **kokybinis**, duomenys bus renkami **pusiau struktūruoto interviu metodu**. Interviu trukmė: ~30–60 min. Interviu vyks gyvai, pacientui patogiu laiku, privatumą užtikrinančioje patalpoje. Interviu bus įrašomas garso įrenginiu, o įrašai sunaikinami atlikus transkripciją.

Dalyvio teisės

-  Dalyvavimas savanoriškas.
-  Dalyvis gali bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti tyrime be pasekmių gydymui.
-  Dalyvis gali nutraukti interviu be priežasties.
-  Dalyvis gali užduoti klausimus prieš tyrimą ir jo metu.

Tyrimo privalumai ir trūkumai

Privalumai: galimybė išsakyti savo išgyvenimus, prisidėti prie slaugos kokybės gerinimo, galimybė reflektuoti savo sveikimo procesą. Trūkumai: emocinis diskomfortas prisimenant pooperacinius išgyvenimus, galimas nuovargis. Interviu gali būti sustabdytas bet kada dalyvio pageidavimu.

Konfidencialumas

Visi duomenys bus anonimizuoti. Garso įrašai saugomi tik iki transkripcijos ir vėliau sunaikinami. Duomenys naudojami tik moksliniams tikslams magistro baigiamajame darbe. Duomenų tvarkymas atitinka BDAR (Bendrąjį apsaugos duomenų reglamentą).

Iškilus klausimams kreiptis į Vilniaus Universiteto Medicinos Fakulteto Slaugos ir Akušerijos katedrą M. K. Čiurlionio g. 21, Vilnius, tel. 0 5 236 6079 arba į tyrėją Irminą Vinskiene, el. paštu irmina.vinskiene@mf.stud.vu.lt arba tel. +370 601 70005.

Irmina Vinskienė *parašas*

Interviu klausimai

Atskleisti pacientų sveikimo patirtis, susijusias su psichoemociniais išgyvenimais ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu po AKJSO (1 uždavinys).

- Kaip apibūdintumėte savo psichoemocinius išgyvenimus pirmosiomis dienomis po operacijos? Kokias emocijas tuo metu labiausiai jautėte? Ar jautėte nerimą ar baimę? Kas tai lėmė? Ar buvo momentų, kai jautėtės ramiau? Ar jūsų emocinė būsena keitėsi per pirmas dienas? Ar teko patirti prieštaringų jausmų?
- Kokie veiksniai labiausiai veikė Jūsų emocinę savijautą sveikimo metu? Kokie dalykai labiausiai veikė Jūsų psichoemocinę savijautą sveikimo metu? Kaip Jus veikė skausmas, aplinka, informacijos gavimas? Kas labiausiai kėlė nerimą ar suteikė ramybės?
- Kaip tvarkėtės su psichoemociniais sunkumais po operacijos? Ar buvo akimirkų, kai jautėtės stipriai išsigandęs(-usi) ar prislėgtas(-a), Ar atsirado jausmų, kurių nesitikėjote (pvz., pyktis, apatija, nusivylimas, kaltė), Kokie veiksniai ar aplinkybės Jums palengvina šiuos išgyvenimus?

Nustatyti pacientų patirtis, susijusias su slaugos personalo veiksmų reikšme sveikimo procese (2 uždavinys).

- Kaip vertinate slaugytojų pagalbą ankstyvajame pooperaciniame laikotarpyje, kai Jums buvo sunku judėti ar atlikti kasdienes veiklas?
- Kaip slaugytojai mokė Jus rūpintis savimi po operacijos (pvz., kaip saugoti krūtinkaulį, kvėpuoti, atlikti pratimus, valdyti skausmą)?
- Kaip slaugos personalas padėjo Jums rūpintis savo higiena ir asmeniniu komfortu po operacijos?
- Ar jautėte pagalbą valgant ar geriant? Ar slaugytojų pagalba turėjo įtakos Jūsų sveikimui ir jėgų atgavimui?
- Kaip manote, ar slaugytojų bendravimas ir emocinis palaikymas turėjo įtakos Jūsų sveikimui? Ar jautėtės išklausytas, padrąsintas, suprastas?
- Ar po operacijos kilo minčių ar jausmų, susijusių su gyvybe, mirtimi ar ateitimi? Ar slaugos personalas padėjo apie tai kalbėtis? Kaip tai veikė Jūsų savijautą?
- Kaip slaugos personalas užtikrina Jūsų saugumą sveikimo metu? Ar jautėtės apsaugotas (-a) nuo kritimų ar kitų rizikų? Kas suteikė pasitikėjimo jausmą?

Išanalizuoti pacientų kontroliuojamą ir autonominę motyvaciją keisti gyvenimo būdą po aortokoronarinių jungčių suformavimo operacijos, remiantis savi-determinacijos teorija (3 uždavinys).

- Kaip pasikeitė Jūsų požiūris į gyvenimo būdą po operacijos? Kas paskatino šiuos pokyčius?
- Ar planuojate keisti gyvenimo būdą po operacijos? Jei taip, tai ką konkrečiai planuotumėte keisti? Kas Jus tam labiausiai įkvepia?
- Ar slaugos specialistai turėjo įtakos Jūsų sprendimui keisti gyvenimo būdą? Jei taip, kaip jie Jus motyvavo?
- Ar artimieji ir draugai turėjo įtakos Jūsų motyvacijai keisti gyvenimo būdą? Ar visuomenės požiūris į sveikatą turėjo įtakos Jūsų norui keisti savo gyvenimo būdą?
- Kaip manote, ar ši operacija tapo lūžio tašku Jūsų gyvenime? Jei taip – kuo tai pasireiškia?



Po širdies operacijos: kaip jaustis saugiau ir stipriau

Kaip galite sau padėti sveikstant?

Po operacijos galite jausti silpnumą, nerimą ar nežinomybę – tai visiškai normalu. Leiskite sau sveikti ramiai, skirdami laiko poilsiui ir rūpinimuisi savimi.

✓ **Kalbėkite apie savo savijautą**

Pasidalinkite savo savijautą – skausmu, nerimu ar baime. Kalbėjimas padeda sulaukti pagalbos ir sumažina vidinę įtampą.

✓ **Drąsiai klauskite ir siekite geriau suprasti, kas vyksta su Jūsų sveikata**

Jei kažkas neaišku – klauskite. Natūralu, kad po operacijos kyla daug klausimų, todėl svarbu juos išsakyti. Suprasdami, kas vyksta su Jūsų kūnu, jausitės ramiau ir saugiau.

✓ **Dalyvaukite savo sveikime – tai padeda stiprėti ir atgauti savarankiškumą**

Atlikite kvėpavimo ir judėjimo pratimus. Palaipsniui įsitraukite į kasdienes veiklas – tai padeda stiprėti, gerina savijautą ir atkuria savarankiškumą. Net maži žingsniai yra svarbūs sveikstant.

✓ **Priimkite pagalbą – tai natūrali sveikimo dalis ir padeda Jums stiprėti**

Normalu po operacijos jaustis silpnam. Leiskite sau sveikti palaipsniui, neskubėkite ir neapkraukite savęs per dideliu krūviu.

✓ **Po truputį keiskite savo įpročius – net maži pokyčiai stiprina sveikatą**

Po operacijos gali kilti noras daugiau dėmesio skirti savo sveikatai – svarbu šį procesą pradėti nuo realių, įgyvendinamų sprendimų. Tai gali būti fizinio aktyvumo didinimas, mitybos gerinimas ar žalingų įpročių mažinimas. Pokyčiai neturi būti staigūs – palaipsniui formuojami nauji įpročiai yra lengviau išlaikomi ir tampa ilgalaikės sveikatos pagrindu.

✓ **Rūpinkitės poilsiu – organizmui reikia laiko atsistatyti**

Poilsis yra būtinas sveikimo laikotarpis. Organizmui reikia laiko atsistatyti, todėl svarbu sudaryti kuo ramesnes sąlygas poilsiui ir miegui. Jei įmanoma, stenkitės vengti triukšmo, ryškios šviesos ir kitų dirgiklių, kurie gali trikdyti poilsį ir didinti įtampą.

Būkite kantrūs sau – sveikimas vyksta palaipsniui, o kiekvienas žingsnis yra svarbus.

Jūs nesate vieni – sveikatos priežiūros komanda yra šalia Jūsų ir pasirengusi padėti!