

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS**

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Liucija Beinartienė

**PACIENTŲ, OPERUOTŲ LAPAROSKOPINE  
METODIKA, INFORMUOTUMO LŪKESČIAI**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2018

## MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

Liucija Beinartienė

.....  
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai

.....  
(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių kalba)

**Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas parašytas savarankiškai, nepažeidžiant kitiems asmenims priklausančių autorių teisių, visas magistro baigiamasis darbas ar jo dalis nebuvo panaudotas Klaipėdos universitete ir kitose aukštosiose mokyklose.**

Liucija Beinartienė

.....  
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

**Sutinku, kad magistro baigiamasis darbas būtų naudojamas neatlygintinai 5 m. Klaipėdos universiteto studijų procese.**

Liucija Beinartienė

.....  
(magistro darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

**Magistro baigiamąjį darbą ginti**

.....  
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

prof. dr. Artūras Razbadauskas

.....  
(data )

.....  
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje

.....  
(data)

.....  
(katedros sekretorės vardas, pavardė ir parašas)

**Magistro baigiamąjį darbą ginti**

.....  
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....  
(data )

.....  
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

**Recenzentu(-ais) skiriu**

.....  
(įrašyti recenzento(ų) vardą, pavardę)

.....  
(data )

.....  
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

## SANTRAUKA

Beinartienė L. Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas, prof. dr. A. Razbadauskas, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2018. – 73 p.

Pacientų informuotumas yra vienas reikšmingiausių procesų, darantis didelę įtaką gydymui ir slaugai. Norint suteikti pacientams reikalingą informaciją, reikia žinoti jų lūkesčius, susijusius su gydymo įstaiga. Chirurgijoje vis daugiau operacijų atliekama taikant laparoskopinę metodiką. Perioperaciniai pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai yra kintantys ir susiję su pacientų psichoemocine savijauta, amžiumi, lytimi, išsilavinimu, darbinio užimtumu, šeimine padėtimi. Informuotumo stoka pacientams sukelia įvairias problemas: baimę, nerimą, nežinomybę ir t.t. Siekiant padėti įveikti šias problemas, slaugytojai reikia žinoti, kokie yra pacientų, patekusių į gydymo įstaigą, informuotumo lūkesčiai.

**Tikslas.** Išanalizuoti perioperacinius pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius.

**Tyrimo metodika.** Atliktas kiekybinis tyrimas. Naudoti instrumentai: du standartizuoti paraleliniai klausimynai (Knowledge Expectations of Hospital patient, KEhp 2.0 ir Received Knowledge of Hospital Patient, RKhp 2.0; autorinės teisės priklauso prof. H. Leino-Kilpi ir kt.) skirti pacientų lūkesčiams, jų patenkinimui ir pacientų nerimo/streso pokyčiui patenkinus lūkesčius, nustatyti. Imtį sudarė – 369 respondentai. Aprašomoji duomenų analizė atlikta statistiniu programų paketu „SPSS 17.0 for Windows“. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

**Tyrimo rezultatai.** Analizuojant informuotumo lūkesčius buvo nustatyta, kad bendras informuotumo lūkesčių rodiklis iš galimų 24 balų siekė  $20,54 \pm 2,94$  balų, o beveik visų sričių, išskyrus socialinę, vidurkiai buvo didesni už 3 iš galimų 4 balų – tai parodė gana didelį informacijos poreikį hospitalizacijos pradžioje. Palyginus atskirų sričių informuotumo lūkesčių vertinimus nustatyta, kad itin reikšmingai didžiausias informacijos poreikis susijęs su biologiniais-fiziologiniais ir funkciniais lūkesčiais, o mažiausiai - su socialiniais lūkesčiais. Vertinant pacientų psichoemocinę savijautą buvo nustatyta, kad atvykus į ligoninę jaučiamas vidutinis nerimas/stresas, o baigus stacionarinį gydymą - jis ženkliai sumažėja. Pateikus pacientams išvykimo iš ligoninės metu klausimą „Ar ligoninėje buvo patenkinti Jūsų informuotumo lūkesčiai?“ nustatyta, kad beveik visiems pacientams (99,5%) buvo patenkinti jų informuotumo lūkesčiai.

**Išvada.** Pacientų lūkesčiai yra susiję su biologiniais-fiziologiniais ir funkciniais klausimais. Baigus gydymą pacientų lūkesčiai yra patenkinami.

*Reikšminiai žodžiai:* perioperacinė, chirurginė slauga, chirurgijos pacientų lūkesčiai, poreikiai.

## SUMMARY

Beinartienė L. Patients' after Laparoscopic Operation Awareness Expectations. The final thesis for the Master's degree in Nursing. Academic advisor Prof. Dr. A. Razbadauskas, Klaipėda University: Klaipėda, 2018. – 73 p.

Patient awareness is one of the most significant processes making a huge impact on treatment and nursing of patients. To ensure adequate patient awareness, good knowledge of their expectations related to a health care establishment is required. Today, a number of laparoscopic surgery interventions is continuously growing. Perioperative awareness expectations in post-laparoscopy patients are continuously changing and linked to psycho-emotional condition, age, gender, education level, employment and marital status. Lack of patient awareness result in a number of problems such as fear, anxiety and uncertainty. To deal with such problems, nurses should know about the expectations of the hospitalized patients.

**Research purpose.** To analyses awareness expectations in post-laparoscopic surgery patients.

**Research methods.** A quantitative test has been made. The following instruments were used: two standardized parallel questionnaires (Knowledge Expectations of Hospital patient, KEhp 2.0 and Received Knowledge of Hospital Patient, RKhp 2.0; copyright held by Prof. H. Leino-Kilpi et al.) for determining patient expectations, their satisfaction and changes in patients' anxiety / stress after satisfying such expectations. 369 respondents were involved. A descriptive data analysis was performed by using statistic software package *SPSS 17.0 for Windows*. The study was conducted while respecting ethical principles.

**Research results.** Awareness analysis showed that overall awareness index was  $20,54 \pm 2,94$  out of 24 possible scores; average score of almost all fields except for social, was above 3 scores out of 4 possible scores and this shows quite large awareness needs at the beginning of hospitalization. Comparison of evaluation scores of individual fields shows the highest needs for awareness related to biological - physiological and functional needs, whereas social needs were of the least importance. Evaluation of psycho-emotional condition of patients shows that the patients experience moderate stress / anxiety on the arrival to a hospital and after completion of hospitalization the patients experience considerably less stress or anxiety. When, upon leaving a hospital, a patient is asked about whether his (her) awareness expectations have been satisfied, it was found out that almost all patients (99,5 %) are satisfied with the level of awareness.

**Conclusion.** Patient expectations are related to biological-physiological functional issues. Upon completion of in-patient treatment, the patient expectations are satisfied.

*Key words:* Perioperative, surgical nursing, expectations of surgery patients, needs.

## **SANTRUMPOS**

LR – Lietuvos Respublika

AITŠ – anestezijos ir intensyvios terapijos skyrius

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Pacientų, pacientų, operuotų laparoskopine metodika, sociodemografiniai rodikliai	31
2.	Pacientų, pacientų, operuotų laparoskopine metodika, hospitalizacijos rodikliai	32
3.	KEhp 2.0 ir RKhp 2.0 klausimynų vidinis patikimumas	36
4.	Pacientų lyties, amžiaus ir išsilavinimo įtaka informuotumo lūkesčiams ir jų patenkinimui	41
5.	Pacientų gyvenimo vietos, šeiminės ir darbinės padėties įtaką informuotumo lūkesčiams ir jų patenkinimui	42
6.	Kitų lėtinių ligų ir hospitalizacijos rodiklių sąsajos su informuotumo lūkesčiais	43
7.	Perioperacinių informuotumo lūkesčių, jų patenkinimo ir atitikimo sąsajos su nusiskundimais ir jų pokyčių gydymo eigoje	43
8.	Informuotumo lūkesčių ir jų patenkinimo vertinimų skirtumai	45
9.	Kitų lėtinių ligų ir hospitalizacijos rodiklių įtaka informuotumo lūkesčių patenkinimui	45
10.	Perioperacinių nusiskundimų vertinimų skirtumai gydymo eigoje	47
11.	Pacientų lyties, amžiaus ir išsilavinimo įtaka nusiskundimų vertinimams gydymo eigoje	48
12.	Pacientų gyvenamosios vietos, darbinės ir šeiminės padėties įtaka nusiskundimų vertinimams gydymo eigoje	49
13.	Kitų lėtinių ligų ir hospitalizacijos rodiklių įtaka nusiskundimų vertinimams gydymo eigoje	50
14.	Pacientų emocinės būklės simptomų vertinimų skirtumai gydymo eigoje	52
15.	Pacientų lyties, amžiaus ir išsilavinimo įtaka emocinei būklei gydymo eigoje	53
16.	Pacientų gyvenamosios vietos, darbinės ir šeiminės padėties įtaka emocinei būklei gydymo eigoje	54
17.	Kitų lėtinių ligų ir hospitalizacijos rodiklių įtaka emocinei būklei gydymo eigoje	55
18.	Pacientų informuotumo lūkesčių ir jų patenkinimo sąsajos su emocine būkle ir jos pokyčių gydymo eigoje	56

## **PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS**

<b>Eil. Nr.</b>	<b>Paveikslo pavadinimas</b>	<b>Puslapis</b>
1.	Pacientų informuotumo lūkesčių vertinimai	44
2.	Pacientų nusiskundimų atvykus į ligoninę vertinimai	46
3.	Pacientų emocinės būklės simptomų vertinimai atvykus į ligoninę	51

## **PRIEDŲ SĄRAŠAS**

<b>Eil. Nr.</b>	<b>Priedo pavadinimas</b>	<b>Puslapis</b>
1.	Laiškas - pakvietimas dalyvauti tyrime	74
2.	I klausimynas	75
3.	II klausimynas	79
4.	Publikacija	82

## TURINYS

<b>ĮVADAS</b> .....	9
<b>I. PACIENTŲ, OPERUOTŲ LAPAROSKOPINE METODIKA, INFORMUOTUMO LŪKESČIAI</b> .....	12
1.1. Veiksniai, darantys įtaką perioperaciniam pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumui.....	12
1.2. Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčių suskirstymas perioperaciniu laikotarpiu.....	15
1.2.1. Priešoperaciniai pacientų informuotumo lūkesčiai.....	15
1.2.2. Operaciniai pacientų informuotumo lūkesčiai.....	22
1.2.3. Pooperaciniai pacientų informuotumo lūkesčiai.....	23
1.3. Pacientų psichoemocinės būklės pokytis, susijęs su informuotumo lūkesčių patenkinimu baigus stacionarinį gydymą.....	25
<b>II. EMPIRINĖ DALIS</b> .....	27
2.1. Tyrimo metodika.....	27
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos.....	30
2.1.2. Tyrimo metodai.....	32
2.1.3. Tyrimo instrumentas.....	33
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga.....	36
2.1.5. Tyrimo etika.....	38
2.2. Tyrimo rezultatai.....	40
2.2.1. Veiksniai, darantys įtaką perioperaciniams pacientų informuotumo lūkesčiams.....	40
2.2.2. Pacientų informuotumo lūkesčiai gydymo pradžioje ir jų patenkinimas baigus stacionarinį gydymą.....	44
2.2.3. Pacientų psichoemocinės būklės pokytis, susijęs su informuotumo lūkesčių patenkinimu baigus stacionarinį gydymą.....	46
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	58
<b>IŠVADOS</b> .....	64
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	65
<b>LITERATŪRA</b> .....	66
<b>PRIEDAI</b> .....	73

## IVADAS

Pacientų informuotumas yra vienas reikšmingiausių procesų, darantis didelę įtaką gydymui ir slaugai. Norint suteikti pacientams reikalingą informaciją, reikia žinoti jų lūkesčius, susijusius su gydymo įstaiga. D. Brogienė (2010) teigia, kad vienas iš visuotinės kokybės vadybos tikslų yra klientų poreikių ir lūkesčių tenkinimas. Gydymo įstaigos klientai yra pacientai, o sveikatos priežiūra yra veikla, susijusi su žmogaus sveikata, todėl svarbu yra nuolat skirti dėmesį sveikatos kokybės gerinimui (Štaras, Veldūga, Kalvelytė, 2013, p. 27 ir kt.). A. Bilotienės Motiejūnienės (2016, p. 86) teigimu, sveikatos priežiūros kokybė ir jos užtikrinimas yra viena iš veiklos sričių, vykdamat sveikatos reformas. Kokybiška sveikatos priežiūra padeda geriau tenkinti pacientų poreikius bei lūkesčius. Sveikatos priežiūros įstaigose slaugytojai teikia informaciją pacientams apie sveikatos priežiūrą bei palaikymą, atlieka pacientų mokymą, įvairias slaugos procedūras (Mačiulis, Norkienė, Sąlyga, 2015, p. 35; Ljungqvist 2013, p. 240; Mažionienė, 2011, p. 9). Pacientai turi teisę gauti išsamią bei patikimą informaciją apie sveikatą, ligų prevenciją, apie gydymą ir slaugą, kuri padėtų jiems kaip įmanoma gerai jaustis ligoninės aplinkoje ir užtikrinti informuotumą bei vienodą galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas neatsižvelgiant į išsilavinimą, gyvenamąją vietą, tautybę (Mako, Svanäng, Bjerså, 2016, p. 7; Sondaitė, Bukartienė, 2012, p.155; Zagurskienė, Misevičienė, 2011, p. 191). Pacientų informuotumo lūkesčiai yra glaudžiai susiję su sveikatos priežiūros kokybe, slaugos bei gydymo kokybe, pacientų mokymu, pacientų gyvenimo kokybe, todėl sveikatos priežiūros įstaigose medicinos personalui yra aktualu žinoti informuotumo poreikius, lūkesčius, įvairumą ir savalaikiškumą (Bilotienė Motiejūnienė, 2016, p. 87; Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2014, p. 167; Sondaitė, Bukartienė, 2012, p.155 ir kt.).

Chirurgijoje vis daugiau operacijų atliekama laparoskopine metodika. Lietuvos sveikatos statistikos duomenimis 2014 m. laparoskopinių apendektomijų iš viso atlikta 1502, laparoskopinių cholecistektomijų - 7422, laparoskopinių kirkšninės išvaržos operacijų - 962, laparoskopinių histerektomijų - 1258 (Gaidelytė ir kt., 2015, p. 66). O 2015 m. Lietuvos sveikatos statistikos duomenimis laparoskopinių apendektomijų atlikta 1725, laparoskopinių cholecistektomijų - 7320, laparoskopinių kirkšninės išvaržos operacijų - 1230, laparoskopinių histerektomijų - 1392 (Gaidelytė ir kt., 2016, p. 66). Pateikti statistiniai duomenys patvirtina, kad laparoskopinė metodika chirurgijoje plačiai naudojama, tad ir pacientų, operuotų laparoskopine metodika, skaičius didėja. Šiems pacientams informuotumas yra aktualus, kaip ir kitų medicinos krypties pacientams, nes jo trūkumas kelia įvairias problemas, pavyzdžiui, baimę ir nerimą dėl operacijos, pooperacinio laikotarpio, ateities, fiziologinių poreikių apribojimo, mitybos pokyčių, įvairių manipuliacijų ir procedūrų, o tai daro įtaką informacijos įsisavinimui, pooperacinio skausmo malšinimui, psichoemociinei pacientų savijautai perioperaciniu laikotarpiu (Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2014, p. 166; Štaras ir kt., 2013, p. 28).

Psichoemocinės savijautos pokyčiai turi įtakos anestezijai ir pooperacinio skausmo valdymui. Aktualu informacijos pateikimas įvairiais stacionarizavimo periodais, kuris padeda prisitaikyti prie ligoninės aplinkos, pasiruošti perioperaciniam laikotarpiui. Šiuolaikinėje visuomenėje pacientas turi būti tinkamai informuotas apie sveikatos būklę bei slaugą. Išsamios ir tikslingos informacijos pateikimas pacientui didina pastarojo pasitikėjimą medicinos personalu (Brogienė, Gurevičius, 2009, p. 236). Lietuvos Respublikos „Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo“ įstatymo III skyrius „Informuoto paciento sutikimas“ įpareigoja gydymo įstaigas pateikti pacientams raštiškas sutikimų formas atliekant įvairias manipuliacijas, procedūras, tyrimus, operacijas. Tai pagerina pacientų informuotumą gydymosi metu ir užtikrina pacientų autonomiją (Mačiulis, Norkienė, Sąlyga, 2015, p. 36; Šimonis, 2006, p. 135). Iš atlikto D. Zagurskienės ir I. Misevičienės (2011) mokslinio tyrimo „Slaugytojų nuomonė apie pacientų sveikatos mokymą ir savo žinių sveikatos klausimais vertinimą“ paaiškėjo, kad informaciją, slaugytojų nuomone, pacientams reikėtų pateikti raštu ir žodžiu. Bet, kaip teigia kiti mokslo šaltiniai (Sondaitė, Bukartienė, 2012, p. 157; Jurkūnienė, 2016, p. 39), vien rašytinės informacijos pacientams nepakanka, pacientai pageidauja gauti daugiau žodinės informacijos. Pacientų informuotumas yra viena iš prielaidų įtraukti pastaruosius į slaugos problemų sprendimą (Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2014, p. 166; Giedrikaitė ir kt., 2007, p. 667 ir kt.).

Moksliniuose literatūros šaltiniuose daug kalbama apie pacientų informuotumą ir mokymą sergant įvairiomis ligomis (cukrinis diabetas, insultai, širdies ir kraujagyslių ligos, Parkinsono liga, Alzheimerio liga, nugaros skausmai ir t.t.). Tyrinėjant pacientų informuotumą diagnostikos, gydymo, tyrimų klausimais (Zagurskienė, Misevičienė, 2011, p. 191; Giedrikaitė ir kt. 2007, p. 665), pacientų informavimą ir mokymą po tam tikrų operacijų (Savickienė ir kt., 2015, p. 118; Sondaitė, Bukartienė, 2012, p. 157), gydytojų ir slaugytojų nuomonę apie pacientų teisę į informacijos įgyvendinimą (Savickienė ir kt., 2015, p. 119; Istomina, 2011 ir kt.) išryškėjo, kad pacientai pageidauja gauti informaciją juos dominančiais klausimais. Nemaža dalis atliktų tyrimų apie slaugytojų teikiamą informaciją pacientams pirminėje sveikatos priežiūroje sprendžiant sveikatos ir socialines pacientų problemas padėjo nustatyti informuotumo būtinumą pirminėje sveikatos priežiūroje. Tyrimų apie tai, kokie yra pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo poreikiai ir lūkesčiai, kokią informaciją gauna iš slaugytojų, gydytojų ir kito medicinos įstaigų personalo, kokios informacijos tikisi ir kokia informacija jiems yra naudinga, Lietuvoje atlikta yra nedaug.

Užsienio šalyse panašiomis temomis yra atliekama daugiau tyrimų, pacientų poreikių ir lūkesčių nustatymui, informuotumui ir mokymui skiriama daug dėmesio (Mako, Svanäng, Bjerså, 2016; Barley, Lawson, 2016; Tower, Chaboyer, 2014; Henderson, 2006; ir t.t.). Vakarų Europoje ir JAV daugiau kaip prieš 40 metų pradėta diskutuoti šiomis temomis (Zagurskienė, Misevičienė, 2011, p. 191).

Remiantis atliktų mokslinės literatūros šaltinių analize galima daryti išvadą, kad šis tyrimas apie pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius bus naujas.

Pacientai, patekę į ligoninę, patiria stresą, baimę, nerimą dėl pakitusios aplinkos, informacijos stokos, nevienodo naujos informacijos įsisavinimo. Moksliniuose literatūros šaltiniuose (Sullivan, 2016, p. 283; Barley et al., 2010, p. 447) akcentuojama, kad dėl informacijos stokos didžiausia ir dažniausiai pasitaikanti problema yra baimė ir nerimas dėl būsimų procedūrų, operacijų ir nežinomybės, susijusios su ateitimi.

Perioperacinis pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumas yra kintantis: vienoks jis reikalingas priešoperaciniu laikotarpiu, kitoks operaciniu ir dar kitoks pooperaciniu laikotarpiu (Sondaitė, Bukartienė, 2012, p. 156; Piščalkienė, 2010, p. 3739; Henderson, 2006, p. 9). Tinkamas pacientų informuotumas daro įtaką paslaugų, teikiamų gydymo įstaigose, kokybei.

**Tyrimo objektas.** Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai.

**Tyrimo subjektas.** Pacientai, operuoti laparoskopine metodika.

**Tyrimo hipotezė.** Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai gydymo pradžioje sutampa su lūkesčių patenkinimu baigus stacionarinį gydymą.

**Tyrimo tikslas.** Išanalizuoti pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Nustatyti veiksnius, darančius įtaką perioperaciniams pacientų informuotumo lūkesčiams.
2. Išanalizuoti pacientų informuotumo lūkesčius gydymo pradžioje ir jų patenkinimą baigus stacionarinį gydymą.
3. Nustatyti pacientų, operuotų laparoskopine metodika psichoemocinės būklės pokytį baigus stacionarinį gydymą.

**Tyrimo metodai:**

Mokslinės literatūros analizė.

Kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa.

# I. PACIENTŲ, OPERUOTŲ LAPAROSKOPINE METODIKA, INFORMUOTUMO LŪKESČIAI

Pacientas yra pagrindinis asmuo, kurio labai dirba asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Pacientų lūkesčių ir poreikių įgyvendinimas yra vienas iš rodiklių, parodantis sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (Bilotienė Motiejūnienė, 2016, p. 88; Savickienė ir kt., 2015, p. 116). Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai ir poreikiai yra svarbūs siekiant teikti kokybiškas slaugos paslaugas perioperaciniu laikotarpiu. Teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti ne tik kokybiškos, jos turi atitikti pacientų lūkesčius (Savickienė ir kt., 2015, p. 116). Pacientų perioperaciniai informuotumo lūkesčiai susideda iš veiksnių, darančių įtaką informuotumui, iš informacijos poreikio ir pasitenkinimo atlikta procedūra (Brogienė, 2010).

## 1.1. Veiksniai, darantys įtaką perioperaciniam pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumui

Pacientai, patekę į ligoninę, susiduria su daugybe problemų, kurias jiems spręsti padeda ligoninės personalas: slaugytojai, gydytojai, kineziterapeutai, psichologai, slaugytojų padėjėjai, pagalbinis medicinos personalas. Pacientai, patekę į chirurginio profilio skyrių, susiduria taip pat su įvairiomis problemomis, prie kurių dar prisideda nerimas prieš operaciją, anestezijos baimė, skausmo baimė ir kitos.

Slaugytojų funkcijos, išskyrus tikslinius slaugos veiksmus, procedūrų ir manipuliacijų atlikimą, pacientų gyvybinių rodiklių stebėjimą, slaugos veiksmų planavimo ir fiksavimo, yra padėti sergantiems pacientams išsaugoti sveikatą, padėti prisitaikyti prie ligoninės aplinkos, suteikti pacientams reikalingą informaciją, mokyti pacientus (Sondaitė, Bukartienė, 2012, p. 156; Zagurskienė, Misevičienė, 2008, p. 886).

Veiksniai, darantys įtaką perioperaciniam pacientų informuotumui, priklauso nuo slaugytojų ir kito medicinos personalo asmeninių savybių, požiūrio į pacientą, empatijos, darbo su žmonėmis įgūdžių, gebėjimo pamatyti paciento psichologinę savijautą, mokėjimo išklaudyti ir išgirsti bei atsakyti (Rebecca et al., 2016, p. 129; Mako et al., 2016, p. 7). Informacijos įsisavinimą ir supratimą blogina netinkamas jos pateikimas: per daug vartojama medicininių terminų, užsieniečiai gali nemokėti kalbos tos valstybės, kurioje gydomi. Kad to išvengti, reikia kalbėti pacientui suprantama kalba, vengiant medicininių terminų, bendraujant su užsieniečiu, kalbėti pastarajam suprantama kalba arba naudotis vertėjo paslaugomis (Wilkinson, 2012, p. 349; Girštautaitė ir kt., 2008, p. 343). Kaip teigia Čekanauskaitė ir Gefenas (2010, p. 45) „informuoto asmens sutikimas yra vienas svarbiausių šiuolaikinės medicinos etikos principų, įtvirtintas tarptautiniuose ir nacionaliniuose teisės aktuose bei etikos kodeksuose“. Informacijos teikimas pacientui yra reglamentuotas LR įstatymuose: Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. II skyrius 5 straipsnis „Teisė į informaciją“ teigiama,

kad informaciją pacientui tiek rašytine, tiek žodine forma pateikti pacientui suprantama forma. Slaugytojai darbe turi vadovautis etikos ir deontologijos principais, rodyti vienodą dėmesį pacientams, nepriklausomai nuo pastarųjų socialinės padėties, nes toks pacientų išskyrimas taip pat daro įtaką perioperaciniam pacientų informuotumui (Girštautaitė ir kt., 2008, p. 345).

Veiksniai, darantys įtaką perioperaciniam pacientų informuotumui, priklauso ir nuo pačių pacientų psichoemocinės savijautos ir dėl to patiriamų sunkumų: emocinės pusiausvyros sutrikimai, atsirandantys dėl vidinės ar išorinės grėsmės, nauji ir seni sustiprėję neigiamūs jausmai (baimė, beviltiškumas, liūdesys, bejėgiškumas, pyktis), sumažėjęs psichinis pajėgumas ir mąstymo pokyčiai (pacientų mintys per daug susijusios su ligos tema), pasireiškianti depresyvi nuotaika (Barley, Lawson, 2016, p. 967- 968). Labai didelę įtaką informacijos įsisavinimui perioperaciniu laikotarpiu daro nerimas, stresas (Fabijanskienė, Jaruševičienė, Valius, 2012, p. 623). Pacientai, patiriantys nerimą blogiau įsisavina naujai gaunamą informaciją, jie tarsi negirdi, kas jiems yra pasakojama, todėl būna atvejų, kai slaugytojui tenka tą pačią informaciją kartoti ne vieną kartą.

Įtaką pacientų informuotumui turi ir paciento artimųjų požiūris į ligą bei asmeniniai ryšiai. Nes paciento asmeniniai ryšiai su artimaisiais daro teigiamą arba neigiamą įtaką paciento emocinei būklei, o tai lemia informacijos, suteiktos pacientui, įsisavinimą (Mako et al., 2016, p. 2). Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumui, patekus į ligoninę, įtakos turi ir pacientų artimieji, jų informuotumas ir informacijos priėmimas, teikiamos informacijos konfidencialumas. Pacientų hospitalizavimas keičia jų socialinę situaciją, pavyzdžiui, santykį su artimaisiais. Parama bei saugumas, kuriuos įkūnija šeima ir draugai, sergančiajam labai reikalingi. Bet šioje socialinėje situacijoje santykis su artimaisiais nutrūksta ar nutolsta. Ligoninės rutina ir taisyklės riboja, kaip dažnai ir kiek ilgai pacientas bei jo artimieji gali būti drauge, ir tai paveikia santykių “kokybę”. Individo liga gali turėti integruojantį ar destabilizuojantį poveikį visai šeimai. Nors sąveika šeimoje gali atrodyti labai sudėtinga, tačiau šeima turi savo struktūrą, kurią galima suprasti ir ja vadovaujantis padėti šeimai (Mako et al., 2016, p. 5; Mozūraitis, 2011, p. 1130). Pasikeitę santykiai šeimoje daro tiesioginę įtaką paciento savijautai pooperaciniu laikotarpiu. Vidiniai pergyvenimai dėl asmeninių problemų gali bloginti informacijos įsisavinimą, dominančių klausimų suformulavimą. Be abejo, šeimos nariai padeda jau pačioje ligos pradžioje – renkant anamnezę ir planuojant gydymą bei slaugos aspektus. Taip pat jų pagalba gali būti esminė, kai reikia paskatinti pacientą bendradarbiauti. Tačiau kartais slaugytojai gali negauti žinių apie labai svarbius dalykus dėl to, kad šeima gali juos slėpti, bijodama būti neteisingai suprasta. Jei į tai slaugytojai neatsižvelgs, artimųjų nerimas išliks ir gydant pacientą šeima bus didesnė kliūtis nei sąjungininkė (Sadati et al., 2013, p. 996; Žiliukas, Drungilienė, Užkurėlytė, 2013, p. 88).

Šeimos nariai į paciento ligą dažnai atvirai ar slaptai reaguoja įvairiais būdais. Pavyzdžiui kalte: šeimos nariai gali jausti, kad jie turėjo įtakos paciento ligai, ypač jei iki jam susergant ant jo

pyko. Arba šeimos nariai reaguoja į paciento ligą pykčiu: įprastas jausmas, susirgus šeimos nariui, yra pasipiktinimas juo, ypač jei liga sukelia esminių pasikeitimų šeimoje. Pyktis dažniausiai nesuvokiamas ir neišreiškiamas tiesiogiai, kadangi šeimos nariai galvoja, jog neteisinga pykti ant žmogaus, kuris nepadeda namuose dėl to, kad serga. Šeimos narių reakcija pasireiškia nerimu: šeima gali bandyti įveikti savo baimės dėl paciento ligos ir savo pačių bejėgiškumo tokiais būdais, kokiais kovoja su nerimu. Kartais pasitaiko džiaugsminga šeimos narių reakcija: pasitenkinimo jausmas, kai šeima jaučia, kad paciento kančia yra užtarnauta, ir tai provokuoja kaltės jausmą. Šeimos narių reakcija į paciento ligą pasireiškia palengvėjimu: labai nedarnios šeimos, siekdamos palengvinti nepakenčiamą įtampą bei atitraukti dėmesį nuo kitų šeimos narių problemų, gali stengtis vieną šeimos narį paguldėti į ligoninę. Šeimos nariai paciento ligą supranta kaip nusistovėjusių vaidmenų griuvimą: jie gali būti priklausomi nuo paciento kaip savarankiško globėjo ir gali būti nepasiruošę juo pasirūpinti, taip pat nepasiruošę prisiimti daugiau nepriklausomybės (Sadati et al., 2013, p. 996). Artimųjų žmonių ir šeimos patiriamas nerimas apima pacientą ir pastarajam darosi sunkiau įsisavinti ir suprasti informaciją, gaunamą ligoninėje.

Mokslinių šaltinių teigimu, būti pacientu, vadinasi palikti savo įprastą vaidmenį šeimoje, darbe, taip pat laikinai pasitraukti iš įprastos kasdienybės ir užimti kitą – ligonio vaidmenį. Žmogus, tapęs ligoniu, netenka tos laisvės, kuria galėjo džiaugtis savo kasdienybėje – daryti jam tinkamu laiku įprastus darbus, lankyti draugus, ar spręsti kitus reikalus. Pacientas yra priverstas “gyventi” kartu su kitais ligoniais. Priklausomybė, sistematizuota kasdienybė, reikalavimas prisitaikyti, prarasta laisvė pačiam pasirinkti, gali virsti grėsme žmogaus asmeniškumui, todėl pacientai, pagal galimybes, nori stacionare būti kuo ilgiau su artimaisiais, nes taip jie jaučiasi drąsiau, lengviau įveikia nerimą (Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2014, p. 168; Kontrimienė ir kt., 2014, p. 223).

Slaugytojai turi sužinoti iš paciento, kokią informaciją apie ligą ir slaugą gali teikti paciento artimiesiems. Teikdami bet kokią informaciją, susijusią su paciento savijauta ar slauga, slaugytojai neturi peržengti savo kompetencijos ribų (Mozūraitis, 2011, p. 1131).

Geras rūpinimasis pacientais reikalauja iš medicinos personalo ne tik žinių, bet ir gero darbo organizavimo, tarpusavio supratimo, greitos reakcijos, tinkamo ir savalaikio pacientų informuotumo besigydančiam. Pirmiausia žinotina, kad gydoma ne vien tik tai kuri nors kūno dalis ar organas, bet visas žmogus. Kai slaugytojai, bendraudami su pacientais, atsižvelgia į visas bendravimo subtilybes, laikosi kompetencijų ir etikos, nepamiršta savo tiesioginių pareigų, tai pacientus pasiekia būtina informacija jas dominančiais klausimais.

Įtaką daro ir ligoninės bei skyriaus vidinė aplinka, suteikiamos gydymosi sąlygos bei komfortas. LR „Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“ nurodo, kad pacientas turi teisę į savo garbės ir orumo nežeminančias sąlygas (II skyrius, 3 straipsnis). Esant palankiai ligoninės

aplinkai, pacientai gali jaustis komfortiškiau, tai gerina jų emocinę savijautą ir gali turėti įtakos informacijos įsisavinimui.

Esant nepakankamam informuotumui, pacientams iškyla problemos. Moksliniuose šaltiniuose (Grindem, Risberg, Eitzen., 2015, p. 1495; Sondaitė, Bukartienė, 2012, p. 156-157) nurodomos tokios chirurginių pacientų informuotumo trūkumo problemos: žinių stoka, nerimas, baimė, išankstinis liūdesys, prieštaravimai apsisprendimuose, pakitęs seksualumo šablonas, miego sutrikimas, pakitę mąstymo procesai, sutrikę šeiminiai santykiai.

Tai tik bendrų pacientų problemų pavyzdžiai, jie nebūtinai visi kartu turi pasireikšti vienam pacientui. Taip pat gali kilti ir kitų, individualių problemų, o slaugytojai privalo surasti būdų kilusioms problemoms spręsti.

Veiksniai, darantys įtaką perioperaciniam pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumui gali egzistuoti visą gydymosi ligoninėje laikotarpį. Kad šiuos veiksnius sumažinti ir panaikinti, slaugytoja turi žinoti pacientų informuotumo lūkesčius perioperaciniu laikotarpiu.

## **1.2. Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčių suskirstymas perioperaciniu laikotarpiu**

Patenkinti pacientų lūkesčiai daro teigiamą įtaką sveikimui. Perioperaciniai pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai susiskirsto į priešoperacinius, operacinius ir pooperacinius poreikius. Jie skiriasi, nes pacientų lūkesčiai kiekvienu perioperaciniu laikotarpiu yra skirtingi. Vienoki jie būna priešoperaciniu laikotarpiu, kitokie - operaciniu laikotarpiu ir dar kitokie būna pooperaciniu laikotarpiu. Taip pat lūkesčių skirtingumui įtakos turi ir pacientų susirgimai, sveikatos būklė tam tikru metu, asmeninės priežastys (asmeninė patirtis gydymo įstaigoje, socialinė padėtis, amžius, lytis, išsilavinimas ir panašios priežastys) (Savickienė ir kt., 2015, p. 116-117).

### **1.2.1. Priešoperaciniai pacientų informuotumo lūkesčiai**

Tinkamai teikiama informacija ruošiantis operacijai ženkliai sumažina arba pašalina emocines problemas, palengvina pooperacinio laikotarpio eigą, suteikia pacientui žinojimą. Todėl būtina nuolat ir kuo daugiau bendrauti su pacientu, teikti jam reikalingą informaciją, atsižvelgiant į lūkesčius, o iškilus bendravimo problemoms, reikėtų ieškoti bendrų sąlyčio taškų ir jas aiškintis (Girštautaitė ir kt., 2008, p. 346).

Slaugytojai, siekdami išsiaiškinti pacientų informuotumo lūkesčius, turėtų vadovautis Maslow poreikių hierarchijos teorija. Tai leidžia numanyti pacientų poreikius ir padeda sumažinti perioperacinį konfliktą tarp medicinos komandos ir paciento dėl nepateisintų lūkesčių.

### *Informuotumas apie fiziologinius poreikius.*

Remiantis Maslow poreikių hierarchijos piramide, slaugytojas visų pirma turi atkreipti dėmesį į fiziologinius paciento poreikius. Būtina informacija apie fiziologinius žmogaus organizmo procesus. Kartais pacientai gali nesusimąstyti, kaip svarbu yra tai žinoti medicinos personalui. Vieni iš tokių procesų yra tuštinimasis ir šlapinimasis. Reikalinga informacija apie tuštinimąsi ir šlapinimąsi, kaip apie gyvybines veiklas, kurias žmonės reguliariai atlieka visą gyvenimą. Ką žmonės bedarytų, kur jie bebūtų, bet kuriuo paros metu jie tenkina fiziologinius organizmo poreikius. Šių poreikių sutrikimas gali paveikti kai kurias emocijas, tačiau daugelis pacientų tik laikinai būna priklausomi (pavyzdžiui, ribotas mobilumas, apribojimas lova, psichologiniai trukdžiai, sąmonės praradimas, skausmas tuštinantis ir šlapinantis), kol ilgainiui bus atgauta anksčiau buvusi nepriklausomybė, susijusi su fiziologiniais poreikiais (Karnatovskaia et al., 2015, p. 210; Vesterdal, 1996, p. 21).

### *Bendravimo su medicinos personalu lūkestis.*

Kaip teigiama moksliniuose šaltiniuose (Mako et al., 2016, p. 1-2; Piščalkienė ir kt., 2014, p. 5; Zagurskienė, Misevičienė, 2011, p. 191; Valenzuela, Serrano, Aguirre, 2010, p. 147 ir kt.) priešoperaciniame laikotarpyje pacientams iškyla bendravimo su medicinos personalu lūkestis. Svarbus tikslas šiame laikotarpyje yra tinkamos atmosferos sukūrimas. Tinkama atmosfera ir šiltas bendravimas yra reikalingi, nes padeda nuraminti pacientus, numalšinti jų baimę ir nuogąstavimus. Esant tinkamai atmosferai pacientai nesibaimina išsakyti savo nuogąstavimų, baimių ir kompleksų, nes žino, kad slaugytojas priims tai rimtai ir stengsis padėti. Slaugytojas turi bendrauti nepažeisdamas universalių slaugos etikos principų: racionalumo principo, minimalaus blogio principo, visuotinio principo, bešališkumo principo. Bartkienės (2012, p. 8) teigimu, T.L. Beauchamp ir J.F. Childress (1989) darbe „Biomedicinos etikos principai“, šiuos universalius etikos principus taikė biomedicinai ir suformulavo moralinius principus, į kuriuos turi būti atsižvelgta, ieškant konkrečių biomedicinos problemų sprendimo: paciento autonomijos, paciento gerovės, nepakenkimo, teisingumo principus. Slaugytojas kiekvieną paciento problemą turi išklaudyti ir stengtis atsakyti į visus iškeltus klausimus. Jeigu į iškeltą klausimą atsakymo nežino, turi pasakyti, kad išsiaiškins ir atsakys pacientui. Slaugytojas privalo įsidėmėti, kad pamiršus atsakyti ar nekreipiant dėmesio į paciento klausimus, prarandamas pasitikėjimas, kas vėlesniu slaugos etapu sukelia sunkumus teikiant pacientui informaciją.

Visų šių principų turi laikytis slaugytojas bendraudamas su pacientu ir slaugydamas jį. Etikos principai, kuriais vadovaujasi slaugos praktika, apima atsakomybę veikti kliento naudai, vengti sukelti žalą, prisiimti atsakomybę už savo veiksmus ir išsaugoti kliento teisę priimti sprendimą dėl gydymo (LR, 1996. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. III skyrius, 14 - 18 str.).

Laikantis etikos principų yra lengviau bendrauti su pacientu, mažesnė tikimybė sukelti žalą (moralinę), lengviau teikti informaciją.

*Informuotumo apie priešoperacinį mokymą lūkestis.*

Yra atlikta nemažai eksperimentinių tyrimų apie priešoperacinio mokymo, vadovavimo ir paramos poreikį. Tyrimai rodo, kad pacientams iškyla priešoperacinio mokymosi lūkestis. Šis lūkestis atskleidžia ryšį tarp priešoperacinės informacijos bei paramos ir paciento dalyvavimo gydymo programoje po operacijos. Gerai pasirengę pacientai jaučiasi daug saugesni nei tie, kurių niekas nemokė ir jiems nevadovavo. Priešoperacinis mokymas ir jo metu suteikiama pacientui informacija sumažina priešoperacinį nerimą ir pooperacinį skausmą (Vainiūtė, Jamontaitė, 2016, p. 68; Grindem, Risberg, Eitzen., 2015, p. 1495). Priešoperacinio mokymo kokybei taip pat įtakos turi ir pacientų amžius. Vyresnio amžiaus pacientai lengviau psichologiškai pasiruošia operacijai nei jaunesni (Piščalkienė ir kt., 2014, p. 14).

**Organizuodami paciento priešoperacinį mokymą, slaugytojai privalo:** įvertinti paciento supratimą apie operaciją ir kitus su jo gydymusi ir slauga susijusius veiksmus priešoperaciniame ir pooperaciniame laikotarpyje, informuoti pacientą apie pačios operacijos vyksmą (neperžengdami savo kompetencijos ribų) ir priešoperacines bei pooperacines procedūras ir kitus slaugos veiksmus, mokyti pacientą giliai kvėpuoti, atsikosėti, atlikti kojų mankštos pratimus ir paaiškinti jų tikslą, aprūpinti pacientą informacija, kurios jis tikisi gauti, paaiškinti slaugytojų vaidmenį priešoperaciniame ir pooperaciniame laikotarpyje (Grindem, Risberg, Eitzen, 2015, p. 1495; Fabijanskienė, Jaruševičienė, Valius, 2012, p. 619-620).

*Informuotumo apie nerimo bei streso įveikimą priešoperaciniu laikotarpiu lūkestis.*

Kaip teigia V. Piščalkienė ir E. Stasiūnietė (2014), žmogaus patekimas į ligoninę ir žinia apie būsimą operaciją sukelia pastarajam psichologinį stresą ir priešoperacinį nerimą. Kvalifikuotai teikiant informaciją, pacientą reikia mokyti susidoroti su stresu, išvengti jo sukeltamų pasekmių, tiek psichinių, tiek ir fizinių. Čia iškyla streso bei nerimo įveikimo poreikis. Nerimą ir stresą priešoperaciniu laikotarpiu valdyti yra svarbu, nes tai turi reikšmės pooperaciniam laikotarpiui. Pacientui, kuris patiria nerimą ir stresą, sunkiau yra valdomas pooperacinis skausmas, pacientus gali kamuoti depresyvi nuotaika, o tai blogina gijimą po operacijos (Barley, Lawson, 2016, p. 973; Savickienė ir kt., 2015, p. 120; Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2014, p. 167-168; Valenzuela, Serrano, Aguirre, 210, p. 149). Todėl prieš operaciją, patekus į skyrių, pacientams aktuali yra informacija, susijusi su juos supančia nauja aplinka. Kad tai yra svarbu, galima teigti iš atliktų mokslinių tyrimų (Fabijanskienė, Jaruševičienė, Valius, 2012, p. 622; Goštautaitė, 2011; Danaitis, Usovaitė, 2010, p. 22; Asgahari, Lotfi, 2009, p. 11 ir kt.), jog pakartotinai patekus į tą patį skyrių, pacientai jaučiasi saugiau, užtikrinčiau, nes jau žino vidaus tvarkos taisykles, pažįsta medicinos personalą, gerai orientuojasi ligoninės aplinkoje. Mažesnę nerimą jaučia ir vyresnio amžiaus pacientai, nes jie

dažniausiai būna susitaikę su operacija, t.y. psichologiškai jai pasiruošę. Be to labai svarbu, užtikrinti paciento saugumo jausmą, supažindinant su skyriaus vidaus tvarkos taisyklėmis (vizitacijos, tyrimų, procedūrų atlikimo laikas, poilsio ir lankymo valandos, režimas). Žinant vidaus tvarkos taisykles, pacientui yra psichologiškai ramiau. Tada jis žino, kokių metu gali išeiti iš skyriaus ir jaučiasi laisviau ligoninės aplinkoje (Senic, Marincovic, 2013, p. 318; Sondaitė, Bukartienė, 2012, p. 156).

Nuo to, koks kontaktas užmegztas su pacientu, koks to kontakto pasekoje įgytas pasitikėjimas ir ką pavyksta išsiaiškinti bei paaiškinti, dalinai priklauso paruošimo operacijai kokybė. Reikia gerai žinoti bendravimo priemones ir jomis naudotis. Nuo slaugytojo sugebėjimo bendrauti, priklauso paciento adaptacijos ligoninės aplinkoje trukmė (Tower, Chaboyer, 2013, p. 1408; Sondaitė, Bukartienė, 2012, p. 156; Guo, East, Arthur, 2012, p. 135).

Dažniausiai sutinkamos adaptacijos problemos yra paciento paruošimas tyrimams priešoperaciniu laikotarpiu. Priešoperacinė slauga turi būti labai individuali. Jiems reikia padėti apsvarstyti mintis ir jausmus, kurie kyla dėl būsimos operacijos. Psichologinis pasirengimas paprastai labai padeda sumažinti priešoperacinį nerimą ir stresą bei depresinę nuotaiką po operacijos. Slaugytojams reikia stengtis palaikyti ypač artimą ryšį su pacientu. Labai svarbu paaiškinti pacientui tyrimo atlikimo eigą, tikslą ir reikšmę. Priešoperaciniu laikotarpiu pacientams atliekami tyrimai, aiškinantis ne tik ligą, bet ir bendrą organizmo būklę. Planinei operacijai ligoniai atvyksta ištirti, bet ir juos reikia apklausti, apžiūrėti, dažnai – padaryti papildomus tyrimus (Vainiūtė, Jamontaitė, 2016, p. 70; Grindem, Risberg, Eitzen, 2015, p. 1495).

Slaugytojai turi tiksliai įvertinti psichinę ir fizinę paciento būklę, asmenybės savitumus, iškelti problemas, nustatyti tikslus ir atitinkamus veiksmus toms problemoms šalinti. Pasitaiko, kad pacientai ne visada atvirai pasako slaugytojams savo nerimo priežastis ir iš to kylančias problemas, kurios daro įtaką priešoperaciniam paciento informuotumui. Slaugytojai turi žinoti psichologinius veiksnius, sukeliančius nerimą ir stengtis bendravimo metu tai išsiaiškinti (Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2014, p. 169).

Bendravimas kuriant santykius taip pat nurodo veiksmus, kurie galėtų išspręsti kai kurias informacijos trūkumo problemas. Paciento nerimui sumažinti rekomenduojami tokie veiksmai: paciento baimės ir susirūpinimo priežasčių išsiaiškinimas, jo adaptacinių reakcijų efektyvumo įvertinimas, efektyvus paciento adaptacijos skyriuje užtikrinimas, atsakymas į visus klausimus ir informacijos teikimas, pacientų mokymas ir nuoširdus medicinos personalo bendravimas su pacientu (Mako, Svanäng, Bjerså, 2016, p. 7; Sadati et al., 2013, p. 996; Fabijanskienė, Jaruševičienė, Valius, 2012, p. 620).

Reikia stengtis artimiau susipažinti su pacientu, kuo daugiau sužinoti apie jo artimuosius, šeimos narius, paskatinti būti labiau užsispyrusiu, atkaklesniu, nes bejėgiškumo jausmas gali būti streso priežastis (Sadati et al., 2013, p. 994; Wilkinson, 2012, p. 348). Reikia pacientui padėti

konstruktyviai spręsti problemas ir efektyviai bendrauti su ligoninės personalu bei namiškiais. Vykdam šią užduotį, svarbu tinkamai organizuoti gydymo ir slaugos procesą.

*Informuotumo apie anesteziją lūkestis.*

Taip pat pacientus neramina anestezijos operacijos metu baimė. Jie nori gauti informaciją apie būsimą operacijos nuskausminimą. Smulkia informaciją apie tai suteikia gydytojas anesteziologas, o slaugytojai savo kompetencijos ribose paaiškina pacientui apie anesteziją ir savijautą po jos. Paaiškina, kaip reikia elgtis pasireiškus pooperaciniam pykinimui, kaip po operacijos pirmą kartą keltis iš lovos, kad išvengti galvos svaigimo ar ortostatinio kolapso dėl staigaus atsikėlimo po ilgo gulėjimo, supažindinti su griuvimo rizika pooperaciniu laikotarpiu (Zinkus ir kt., 2014, p. 131; Gasiūnaitė, Šipylaitė, Kontrimavičiūtė, 2012, p. 77).

*Informuotumo apie mitybą prieš ir po operacijos lūkestis.*

V. Kačiurienės (2009, p. 129) teigimu, viena grėsmingiausių komplikacijų anestezijos metu yra aspiracija skrandžio turiniu. Kad to išvengti, slaugytoja, bendravimo su pacientu metu turi išsiaiškinti, kada pacientas paskutinį kartą valgė, gėrė. Tai svarbu atliekant skubias operacijas. Ruošiant pacientą planinei operacijai informacijos teikimo metu būtina išsiaiškinti apie tai, kaip svarbu prieš operaciją (prieš anesteziją) yra nevalgyti ir negerti, taip pat ir po anestezijos kada galima pradėti gerti ir valgyti (Taraškaitė ir kt., 2015, p. 89; Tinsley, Barone, 2012, p. 107-109).

Dažnai pasitaikantis klausimas prieš operaciją yra apie mitybą po operacijos. Šią informaciją suteikia slaugytojai, atsižvelgdami į būsimos operacijos apimtį. Visada reikia nepamiršti perspėti pacientą, kad po operacijos savo nuožiūra nevalgytų ne ligoninėje duodamo maisto, o paklaustų, ar jam galima valgyti vienokių ar kitokių produktų. Taip pat priminti pacientui, kad po operacijos turėtų geriamo vandens (negazuoto).

*Informuotumo apie pooperacinį skausmą lūkestis.*

Mokslinės literatūros šaltiniuose pažymima, kad labai svarbi problema yra skausmas ir jo malšinimas (Piščalkienė, 2011, p. 152, 157; Gasiūnaitė, Šipylaitė, Kontrimavičiūtė, 2012, p. 75). Pacientai skirtingai reaguoja į skausmą, nes pas kiekvieną žmogų skausmo slenkstis yra skirtingas. Pooperacinėje slaugoje ši problema dažniausiai pasireiškia “skausmas = skausmą malšinantys vaistai” forma. Todėl priešoperaciniu laikotarpiu reikia supažindinti pacientus ir su nemedikamentiniu skausmo valdymo būdu. Tai yra elastinių juostų ar diržų naudojimas po operacijos vaikstant, ankstyvu pooperaciniu laikotarpiu bandyti pakeisti kūno padėtį (pakelti galvą, pasisukti ant vieno ar kito šono, sulenkti kojas ir t.t.). Sprendžiant skausmo ir jo malšinimo problemą, į pacientą būtina žiūrėti kaip į įvairiapusę, vientisą asmenybę. Skausmo neįmanoma atsieti nuo asmenybės, nuo jausmų. Skausmo jutime atsispindi visas emocinis gyvenimas, subjektyvus pasaulis. Skausmas nuo senų senovės suprantamas kaip ligos ir audinio pažeidimo simptomas, perspėjantis apie ligą ar grėšiantį organizmo pavojų. Skausmas interpretuojamas kaip daugialypis sindromas. Fizinis

skausmas – tai tik viena sudedamoji skausmo plačiaja prasme dalis. Su skausmu susijusios fizinės, psichologinės, dvasinės problemos. (Mandrioli et al., 2016, p. 678).

Skausmas įvairių autorių klasifikuojamas gana įvairiai: pagal pobūdį skirstomas į ūmų, lėtinį ir psichogeninį; pagal poveikį – į naudingą, nenaudingą ir žalojantį; pagal tipą jis gali būti paviršinis ir gilus, vidinis, neurologinis, fantominis; pagal kategorijas skirstomas onkologinis, neuropatinis skausmas ir t. t. (Scherer et al., 2016, p. 1-8; Cousins, Gallagher, 2011, p. 85-108).

Pagal skausmą sukėlusias priežastis skausmas skirstomas į nocicepcinį, neurologinį. Skausmo jutimas priklauso nuo žmogaus būsenos ir fizinės būklės. Reakcija į skausmą ne visada atitinka patį skausmą, dažnai priklauso nuo patirto skausmo stiprumo ir psichologinės būsenos skausmo metu. Taigi, skausmo jutimui svarbu tiek iš kūno periferijos, tiek iš centrinės nervų sistemos ateinantys signalai, t. y. greta fiziologinio mechanizmo egzistuoja ir psichologinis (skausmo suvokimui ir reakcijai gali turėti įtakos dėmesys, nuotaika, galvojimo būdas). Psichologinių mechanizmų sąrašą sudaro suvokimo veiksniai (kūno jutimų suvokimas ir dėmesio sutelkimas į juos); tikėjimas (dėmesio sutelkimas į jutimus); nuotaika (depresija ir nerimu sergantys ligoniai dažnai pabrėžia somatinius simptomus); asmenybė (neurotiškoms asmenybėms būdingas žemesnis kūno jutimų slenkstis ir polinkis nerimauti dėl jutimų) (Scherer et al., 2016, p. 1-8; Macas ir kt., 2012, p. 120).

Labai svarbi informacija esant ūminiam skausmui - tai klasikinio skausmo tipas, kuris gerai pažįstamas kiekvienam žmogui. Tai traumos arba ligos požymis, kuris atsiranda dėl audinių pakenkimo. Ūminis skausmas yra normalus biologinis atsakas, kuris apsaugo organizmą nuo aplinkos žalingų veiksnių, tiek objektyvių, tiek subjektyvių, poveikio, informuoja apie atsiradusius sveikatos sutrikimus. Tai teigiamas skausmo, kaip fenomeno požymis (Gasiūnaitė, Šipylaitė, Kontrimavičiūtė, 2012, p. 76-78; Cousins, Gallagher, 2011, p. 108).

Tęsiantis skausmui, taip pat ir nemalšinant ūmaus pooperacinio skausmo, jis gali tapti lėtiniu skausmu (Zinkus ir kt., 2014, p. 128; Gasiūnaitė, Šipylaitė, Kontrimavičiūtė, 2012, p. 79; Piščalkienė, 2011, p. 153). Šitoks skausmas pradeda daryti organizmui neigiamą poveikį ir tampa jį patiriančiajam kančia. Tarptautinės skausmo studijų asociacijos duomenimis lėtiniam skausmui priskiriamas skausmas, kuris be pertraukos tęsiasi virš dviejų mėnesių, o su pertraukomis – virš šešių mėnesių. Lėtinis skausmas – tai skausmas, išlikęs sugijus organų pažeidimui. Lėtinis skausmas nėra vien pojūtis ar sensorinis ligos požymis. Tai sudėtingas klinikinis sindromas, kurio atveju be sensorinių simptomų nustatomi gana ryškūs emocinės sferos pakitimai. Lėtinis skausmas yra pagrindinė neišspręsta sveikatos priežiūros problema visame pasaulyje. Jis universalus: nepriklauso nuo amžiaus, rasės, socialinės klasės, tautybės ar geografinės platumos. Profesinėje skausmo mokymo programoje teigiama, kad nuo lėtinio skausmo kenčiantiems pacientams emocijų sutrikimas

dažniausiai būna skausmo komplikacija, o ne priežastis. Depresija gali būti skausmo išraiška, jo intensyvumo rodiklis (.Zinkus ir kt., 2014, p. 128,131; Piščalkienė, 2011, p. 155).

Tarptautinė skausmo studijų asociacija, skausmą apibūdina kaip nemalonų sensorinį ir emocinį patyrimą, susijusį su esamu ar galimu audinio pažeidimu arba atsiradusiu dėl tokio pažeidimo. Tarptautinės skausmo studijų asociacijos Europos federacijos priimtoje “Skausmo Deklaracijoje” teigiama, kad lėtinis skausmas yra specifinė sveikatos priežiūros problema, savarankiška liga. Su skausmu susijusios fizinės, psichologinės, dvasinės problemos. Slaugytojai privalo žinoti, kad skausmas ir jo malšinimas yra labai svarbi problema (Zinkus ir kt., 2014, p. 128).

Malšinant skausmą po operacijos svarbu prisiminti, kad jausdamas skausmą pacientas nebus pajėgus sukcentruoti dėmesį į gaunamą informaciją ir ją įsisavinti. Taip pat svarbu slaugytojams žinoti, kad skirtingi pacientai skausmą jaučia skirtingai. Slaugytojai, atkreipdami dėmesį į šiuos aspektus, sėkmingai malšins pooperacinį skausmą.

*Informuotumo apie skyriaus vidaus tvarką, aplinką bei medicinos personalą lūkestis.*

Slaugos personalo pareiga – sudaryti saugią, ramią atmosferą, siekti, kad pacientas jaustųsi saugus ligoninėje. Pacientas turi teisę reikalauti dėmesio gydymo metu. Atvykus pacientui į skyrių, slaugytojas prisistato vardu ir pavarde, pasisako kokias pareigas užima (Girštautaitė ir kt, 2008, p. 342-343). Labai svarbus yra pasitikėjimo ryšys tarp ligonio ir slaugos personalo. Tai galima pasiekti pokalbio su pacientu metu, kai jam parodoma, kad juo domimasi, jis yra svarbus, ir jam visada atrandama laiko bei dėmesio. Taip pat svarbu pabrėžti, kad pacientas nėra našta ir netrukdo, kaip kad mano dauguma pacientų dėl nuolatinio personalo skubėjimo (Winsett et al., 2016, p. 129-132; Piščalkienė, ir kt., 2014, p. 12-15). Būtų gerai, kad slaugytojas, kuris sutiko pacientą skyriuje, keletą dienų iš eilės būtų darbe, nes pacientas tokiu būdu gali greičiau adaptuotis. Svarbu apgalvoti, kokių žinių apie pacientą trūksta ir bendradarbiavimo pagrindu sužinoti (pvz., iš priėmimo skyriaus, pacientę lydinčių asmenų ar medicininių dokumentų) dominančią informaciją apie bendrą paciento būklę. Gautas trūkstamas žinias pritaikyti slaugant ir teikiant informaciją pacientui. Svarbu tiek žodžiais, tiek gestais parodyti pacientui, kad jis yra dėmesio centre ir gali gauti reikalingą informaciją bei gauti pagalbą. Kiekvienu atveju reikia pasistengti išsiaiškinti, informacijos lūkesčius. Tačiau priešoperaciniu periodu informacijos neturi būti per daug, ji neturi apsunkinti paciento, nes dėl streso prieš operaciją pacientas dalies informacijos negirdi (Barley, 2010, p. 973).

Slaugytojai turi suvokti, kad jų sugebėjimai įvertinti kito žmogaus lūkesčius yra riboti. Slaugytojams čia tenka atsakinga užduotis. Jiems nepakanka vien iš knygų išmoktų žinių, bet reikia remtis ir patirtimi, įgytu sugebėjimu pažinti žmones. Užtenka pamatyti žmogaus veido išraišką ir gali nujausti, kad jis išgyvena didelį liūdesį, rūpesčius, kančias arba džiaugsmą, entuziazmą ar pasitenkinimą. Tačiau šių emocijų išraiška yra nevienoda. Kiekvienas pacientas, priklausomai nuo jo ypatybių, džiaugiasi, liūdi, neapkenčia ar baiminasi su jam būdinga išraiška. Kaupiant asmeninę

patirtį apie žmonių pažinimą, remiamės ne vien išvaizda, bet ir paciento bendru elgesiu, verbaliniu ir neverbaliniu bendravimu. Asmeninės patirties sukaupimas ir naudojimas siekiant pažinti ir vertinti pacientą priklauso ir nuo slaugytojo charakterio, žinių, patirties, intelekto (Winsett et al., 2016, p. 129). Patirtis pažinti pacientus įgyjama su laiku, todėl jau studijuojant reikia mokytis stebėti žmones ir tą patirtį kaupti. Slaugytojai bendraudami su pacientais, turi jiems padėti keisti požiūrį į problemas, skatinti nepasiduoti depresinei nuotaikai. Tam padeda šypsena. Besišypsantis žmogus negali supykti, šypsena padeda keisti požiūrį į problemą, kuria teigiamas emocijas.

Gera informacija, žinios, praktinė patirtis ir nuoširdumas – raktas suprasti pacientą, įvertinti jo būklę ir jam padėti. Slaugytojai turi suprasti ir charakterizuoti paciento ligos sąsają su jo asmeniniais ypatumais, jo aplinkos faktoriais, kurie veikia jo emocinę reakciją į susirgimą ar sužalojimą. Slaugytojai emocinę paciento reakciją privalo įvertinti ir suplanuoti slaugos veiksmus, šalinančius ar sušvelninančius nerimo, nepasitenkinimo, depresijos, kitų neigiamų emocijų priežasčių poveikį. (Vainiūtė, Jamontaitė, 2016, p. 70; Piščalkienė ir kt., 2014, p. 15; Guo, East, Arthur, 2012, p. 135).

Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčių išsiaiškinimas ir patenkinimas priešoperaciniu laikotarpiu daro įtaką pacientų perioperacinei savijautai.

### **1.2.2. Operaciniai pacientų informuotumo lūkesčiai**

Visą informaciją, kuri apima operacijos eigą, apimtį ir būdus, pacientui suteikia gydytojas. Informaciją apie anesteziją suteikia gydytojas anesteziologas. Kartais pacientui iškyla klausimų, susijusių su operacija: kaip jis bus nuskausminamas, kaip bus siuvas operacinis pjūvis, kaip jis bus žadinamas iš po narkozės ir t.t. Į tokius klausimus atsakymus įprastai duoda operuojantis gydytojas arba gydytojas anesteziologas. Bet pasitaiko, kad pacientas pokalbio metu su minėtais gydytojais neužduoda jam rūpimų klausimų, nes, veikiamas priešoperacinio streso ir nerimo, pacientas pamiršta tai padaryti. Kadangi slaugytojas yra arčiausiai paciento visą perioperacinį laikotarpį, tai šiuos klausimus pacientas užduoda slaugytojui. Taip iškyla operaciniai pacientų informuotumo lūkesčiai.

*Pasikartoja informuotumo apie anesteziją lūkestis.*

Kiek kartų pacientas beužduotų tą patį klausimą, tiek kartų slaugytojas turi į jį kantriai atsakyti. Pasikartojus šiam poreikiui, slaugytojai savo kompetencijos ribose paaiškina pacientui apie anesteziją ir savijautą po jos. (Zinkus ir kt., 2014, p. 131; Gasiūnaitė, Šipylaitė, Kontrimavičiūtė, 2012, p. 77). Kad slaugytojai galėtų, neperžengdami savo kompetencijos ribų, teikti informaciją pacientui apie tai, kas vyksta operacinėje, jie turi domėtis ne tik skyriaus darbu, turi domėtis ir žinoti kaip darbas vyksta operacinėje (Valenzuela, Serrano, Aguirre, 2010, p. 149).

*Informuotumo apie operaciją, jos užbaigimą lūkestis.*

Slaugytojas, būdamas komandos narys, informaciją apie operaciją gauna iš gydytojo. Gydytojas turėtų informuoti slaugytoją apie numatomą operaciją. Kai pacientui iškyla minėti

klausimai, tai slaugytojas į juos atsako neperžengdamas savo kompetencijos ribų. Slaugytojas informaciją apie numatomą operaciją iš gydytojo turi gauti, nes reikia planuoti priešoperacinį ruošimą ir slaugą.

Tenkinant informuotumo lūkesčius priešoperaciniu laikotarpiu pacientui, yra minimas ankstyvas pooperacinis laikotarpis anestezijos ir intensyvios terapijos skyriuje (AITS), pooperacinėje palatoje. Šis laikotarpis priskiriamas operaciniam laikotarpiui (Traškaitė ir kt. 2015, p. 87-88).

*Pacientui atsiranda informuotumo apie ankstyvąjį pooperacinį laikotarpį lūkestis.*

Šią informaciją slaugytojai suteikia ne visai išsamiai, nes AITS skyriuje dirba atitinkamą specializaciją ir kvalifikaciją turintys slaugytojai (Traškaitė ir kt. 2015, p. 88-89). Slaugytojui reikia stengtis atsakyti į visus iškylančius klausimus, kad nesukelti papildomo nerimo pacientui. Kad tai padaryti, skyriaus slaugytojai turi domėtis ir žinoti kaip darbas vyksta pooperacinėje palatoje. Pooperacinėje palatoje tikslas yra užtikrinti pacientų saugumą po anestezijos, sedacijos. Stebimos pacientų gyvybinės funkcijos: kvėpavimas (kvėpavimo funkcijos atsistatymas, kvėpavimo dažnis, deguonies saturacija, užtikrinti atvirus kvėpavimo takus), Širdies ir kraujagyslių sistema (širdies susitraukimų dažnis, ritmas kraujo spaudimas), sąmonė (siekiant pastebėti ankstyvas komplikacijas). Pooperacinėje palatoje atliekama pooperacinio skausmo ir galimo pykinimo/vėmimo kontrolė, skysčių balanso palaikymas, diurezės stebėjimas, pooperacinių drenų stebėjimas, pjūvių stebėjimas, moterims po ginekologinių operacijų kraujavimo iš genitalijų stebėjimas, neuroraumeninės jungties stebėjimas ir kitos procedūros, paskirtos gydytojo anesteziologo bei operaciją atlikusio gydytojo (Traškaitė ir kt. 2015, p. 87; Gasiūnaitė, Šipylaitė, Kontrimavičiūtė, 2012, p. 77-78).

Grįžus pacientui į skyrių atsiranda pacientų, operuotų laparoskopine metodika, pooperaciniai lūkesčiai.

### **1.2.3. Pooperaciniai pacientų informuotumo lūkesčiai**

Pooperaciniu laikotarpiu slaugytojams yra svarbu prisiminti, kad informacija, kuri buvo suteikta pacientui prieš operaciją, galėjo būti blogai įsisavinta ar užmiršta dėl asmeninių paciento savybių arba dėl priešoperacinio nerimo ir streso.

*Pasikartoja informuotumo apie pooperacinio skausmo valdymą lūkestis.*

Viena iš aktualiausių problemų po operacijos yra skausmas. Todėl informacija apie jį yra svarbi pacientams. Svarbu dar kartą priminti pacientams visa tai, kas buvo apie skausmą kalbėta prieš operaciją (Gasiūnaitė, Šipylaitė, Kontrimavičiūtė, 2012, p. 75; Piščalkienė, 2011, p. 152, 157; Cousins, Gallagher, 2011, p. 108 ir kt.).

*Informuotumo apie pooperacinę mitybą lūkestis.*

Pakartojama informacija apie mitybos po operacijos ypatumus. Pasitaiko atveju, kai operacija komplikuojasi ar pakinta jos apimtis, tokiais atvejais būna išskirtinis maitinimasis pooperaciniu laikotarpiu (badas, vanduo, skystas maistas, trintas maistas ir kt.). Pacientams reikia

kantriai paaiškinti apie mitybos po operacijos ypatumus ir reikia kurį laiką kontroliuoti mitybą (atkreipti dėmesį į maistą, kurį atneša lankytojai, jiems suteikti informaciją apie paciento pooperacinę mitybą), nes pasitaiko atveju, kai pacientai nesilaiko mitybos nurodymų pooperaciniu laikotarpiu (Traškaitė ir kt., 2015, p. 89; Tinsley, Barone, 2012, p. 107-109).

*Informuotumo apie pooperacinį režimą lūkestis.*

Pacientui pooperaciniu laikotarpiu tampa aktuali informacija apie judėjimo intensyvumą, atsikėlimo iš lovos ypatumus. Slaugytojas paaiškina pacientui apie judėjimo svarbą pooperaciniu laikotarpiu (tromboembolijų profilaktika, pooperacinių sąaugų susidarymo profilaktika, žarnyno peristaltikos gerėjimas, bendros būklės gerėjimas), paaiškina judėjimo intensyvumą (krūvis didinamas palaipsniui), paaiškina pacientams, kad pooperaciniai drenai ar kateteriai iš šlapimo pūslės turi būti ir netrukdo judėjimui, padrąsina ir pataria pacientams, kaip patogiau su jais vaikščioti (Mandrioli et al., 2016, p. 670-678; Zagurskienė, Misevičienė, 2011, p. 192). Po operacijos pacientai nori žinoti apie atliktą operaciją ir gydymą po jos.

*Informuotumo apie operaciją ir gydymą po jos lūkestis.*

Šią informaciją pacientui suteikia gydytojas. Pasitaiko, kad vyresnio amžiaus pacientai ne visada supranta tai, ką gydytojai aiškina apie atliktą operaciją ir ypatumus po jos. Todėl jie, jau nebedrįsdami klausti gydytojo, prašo slaugytojų šios informacijos. Pacientai gana dažnai pasitiki slaugytojais, nes jie yra arčiausiai paciento, daugiausiai bendrauja su pacientais (Piščalkienė, 2014, p. 13-14; Zagurskienė, Misevičienė, 2008, p. 892). Slaugytojai perduoda gydytojui, kad pacientas pageidauja papildomos informacijos arba savo kompetencijos ribose suteikia pacientui jį dominančią informaciją.

Po operacijos dažnai pacientus neramina tolimesnis jų gyvenimas. Dažnai yra klausama slaugytojų apie režimą namuose, lytinį gyvenimą, darbingumo atsistatymą, tolimesnio gydymo būdus, jei tokie yra rekomenduojami (Senic, Marinkovic, 2013, p. 317-318; V. Piščalkienė, 2010). Taip pacientams iškyla informuotumo lūkesčiai susiję su režimu namuose, lytiniu gyvenimu, tolimesniu gydymu bei darbingumu.

Informaciją apie reikalingą tolimesnį gydymą, režimą namuose ir kitus pacientą dominančius klausimus suteikia gydantis gydytojas. Pasitaiko atveju, kad pacientai, išklausę gydytojo, dar to paties klausia ir slaugytojų. Tai priklauso nuo asmeninių paciento savybių.

Slaugos ypatumai atsispindi slaugytojų veikloje, kadangi slaugytojams neužtenka tik medicininių žinių, jie turi turėti ir pedagoginių, technologinių bei ypatingai psichologinių žinių, mokėti bendrauti su pacientais (Senic, Marinkovic, 2013, p. 312-318; Karnatovskaia et al., 2015, p. 201-211; Kontrimienė ir kt., 2014, p. 220-223). Slaugytojai šioje sferoje be slaugos, medicininiu atžvilgiu, atlieka ir švietėjišką profilaktinę pagalbą, daug slaugos laiko apima paciento mokymas, pasakojimas apie profilaktines priemones, apie gijimo eigą. Slaugytojams neužtenka atlikti tik

priešoperacinę ar pooperacinę slaugą, jie, norėdami užtikrinti kokybišką slaugą, turi paruošti pacientą visiems galimiems atvejams. Nuolatiniam bendravimui, pacientų ruošimui turi būti skiriamas pakankamas dėmesys (Barley, Lawson, 2016, p. 967-973; Marčiulionienė, Sauliūnė, Urbonas, 2012, p. 511-53; Jankauskienė ir kt., 2008, p. 19-21 ir kt.)

Apibendrinant pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius perioperaciniu laikotarpiu galima teigti, kad savalaikė ir kokybiškai suteikta informacija pacientams užtikrina kokybišką savijautą esant ligoninėje bei gerą sveikimą. Nes geros emocijos turi įtakos pacientų sveikimui po operacijų.

### **1.3. Pacientų psichoemocinės būklės pokytis, susijęs su informuotumo lūkesčių patenkinimu baigus stacionarinį gydymą**

Mokslinės literatūros šaltiniuose teigiama, kad priešoperacinį nerimą patiria visi pacientai (Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2016, p. 166; Sadati et al, 2013, p. 995). Patiriamas stresas ir nerimas pasireiškia įvairiomis formomis ir blogina pacientų psichoemocinę būklę perioperaciniu laikotarpiu.

Pacientų psichoemocinę būklę nustatyti padeda įvairių ligų simptomų, nesusijusių su pagrindiniu susirgimu, išaiškinimas. Šie simptomai yra tokie kaip skausmas, nuovargis, silpnumas, pykinimas ar noras vemti, mieguistumas, dusulys, niežėjimas (Jurkūnienė, 2016, p. 39; Ljungqvist, 2013, p. 241). Jie pasižymi nebūtinai vienam pacientui visi. Pacientai gali jausti kai kuriuos šiuos simptomus, taip pat gali skirtis jų intensyvumas. Simptomų, nesusijusių su pagrindiniu susirgimu, nustatymas prieš operaciją gali rodyti, kad pacientas jaučia priešoperacinį nerimą, stresą, baimę. Toks pacientas yra psichologiškai nepasiruošęs operacijai ir gali blogiau įsisavinti, suprasti naują informaciją, susijusią su gydymu bei slauga, stiprus ar užsitęsęs nerimas gali trukdyti sveikimui po operacijos, sekinti paciento organizmą (Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2016, p. 168; Yilmaz et al., 2011, p. 958).

Pacientų psichoemocinę būklę parodo ir patiriamos emocijos, kurios gali būti susijusios su patiriamu priešoperaciniu stresu, nerimu. Šios emocijos apima tokius pojūčius, kaip baimė, nerimas, viltis ar neviltis, nekantrumas, sielvartas, depresija, susirūpinimas, netikrumas. Susirūpinimą pacientų psichoemocine būkle medicinos personalui kelia ir pasitaikantis pacientų euforiškumas priešoperaciniu laikotarpiu – tai gali reikšti, kad pacientas patiria stiprų stresą prieš operaciją arba yra nestabilios psichinės būklės pacientas (Mc Inctosh, 2011, p. 86; Valenzuela, Serreno, Aguirre, 2010, p. 149; Lindwall, 2009, p. 397). Kaip ir nusiskundimų, susijusių su patiriamu priešoperaciniu nerimu, stresu, taip ir patiriamų emocijų kiekis ir intensyvumas gali pacientams skirtis.

Mokslinės literatūros šaltiniuose (Sørensen, Olsen, Tewes, Uhrenfeldt, 2014, p. 5; Sadati et al., 2013, p. 996; Mc Inctosh, 2011, p. 90) teigiama, kad pacientų nerimas ir stresas, patiriamas priešoperaciniu laikotarpiu neišnyksta po operacijos, tik gali pakisti jo intensyvumas. Stresorius ar nerimo šaltinis tampa nebe operacija ar anestezija, ligoninės aplinka, nežinomybė prieš operaciją ir

panašiai, bet būklė po operacijos, skausmas, gijimas, režimas, savirūpos trūkumas, adaptacinis laikotarpis namuose po stacionarinio gydymo ir t.t. Pacientų, kuriems taikomas chirurginis gydymas, patiriamas stresas yra perioperacinis stresas ir nerimas, darantis įtaką pacientų psichoemocinei savijautai.

Patiriamas perioperacinis stresas bei nerimas ir su juo susijusi psichoemocinė pacientų savijauta priklauso nuo daugelio veiksnių: lytis, amžius, šeiminė padėtis, išsilavinimas, užimtumas, charakterio savybės, gretutiniai susirgimai, hospitalizacijos pobūdis ir kartas ir t.t. (Blaževičiūtė ir kt., 2017, p. 91; Yilmaz et al. 2011, p. 958; Barley, 2010, p. 44; Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2010, p. 3736).

Mokslinės literatūros šaltiniuose pateikiami šie perioperacinio nerimo bei streso mažinimo būdai, pagerinantys pacientų psichoemocinę savijautą: pacientų mokymas, informavimas, poreikių ir lūkesčių patenkinimas (Mačiulis, Norkienė, Šałyga, 2015, p. 34; Lee CK, Lee IF, 2013, p. 2552; Sadati et al., 2013, p. 995).

Medicinos personalas, mokydamas pacientus, teikdamas jiems reikalingą informaciją bei tenkindamas pacientų lūkesčius perioperaciniu laikotarpiu turi atsižvelgti į pacientų individualias savybes. Taip pat reikia atkreipti dėmesį į pacientų lytį, nes yra nustatyta, kad moterys jaučia didesnę priešoperacinį nerimą negu vyrai (Blaževičiūtė ir kt., 2017, p. 93). Įtaką pacientų psichoemocinei būklei ir patiriamam nerimui daro amžius. Birutė, Bukauskas ir Macas (2013) nustatė, kad jaunesni pacientai (amžiaus grupės 18-29 ir 30-44 metų) jautė didesnę priešoperacinį nerimą negu vyresni (amžiaus grupės 45- 64 ir > 65 metų). Perioperacinio nerimo intensyvumui įtakos turi ir pacientų šeiminė padėtis, užimtumas (dirbantis ar nedirbantis), gretutiniai susirgimai, hospitalizacijos, operacijos kartas, pobūdis, išsilavinimas (Blaževičiūtė ir kt., 2017, p. 96; Rogač K., Rapolienė L., 2016, p. 296; Yilmaz et al. 2011, p. 958; Barley, 2010, p. 44; Piščalkienė, Stasiūnaitė, 2010, p. 3736). Slaugytojai, siekdami pagerinti pacientų psichoemocinę savijautą ir sumažinti patiriamą perioperacinį stresą, nerimą turi pakankamai bendrauti su pacientais, suteikti jiems aktualią informaciją, siekti patenkinti pacientų poreikius ir lūkesčius, mokyti pacientus pooperacinių kvėpavimo pratimų, kojų, rankų mankštos, įlipimo ir išlipimo iš lovos (priklausomai nuo operacijos pobūdžio).

Pacientams, patekusiems į ligoninę operaciniam gydymui pasireiškia stipresnis perioperacinis nerimas, jie yra blogesnės psichoemocinės būklės nei pacientai, baigę stacionarinį gydymą. Nustatyta, kad patenkinus pacientų informuotumo lūkesčius sumažėja perioperacinis nerimas, stresas, pagerėja pacientų psichoemocinė būklė (Sullivan, 2016, p. 284; ; Yilmaz et al. 2011, p. 962; Barley et al., 2010, p. 448).

Apibendrinant galima teigti, kad pacientai, kurių lūkesčiai gydymosi metu ligoninėje buvo patenkinti, buvo geresnės psichoemocinės būklės baigus stacionarinį gydymą ir jaučia mažesnę perioperacinį stresą bei nerimą negu gydymo pradžioje.

## II. EMPIRINĖ DALIS

### 2.1. Tyrimo metodika

Tyrimas „Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai perioperaciniu laikotarpiu“ buvo atliekamas Klaipėdos miesto medicinos įstaigose, teikiančiose antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Tyrimo tikslas – išanalizuoti pacientų, operuotų laparoskopine metodika, perioperacinius lūkesčius. Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinktas kiekybinis eksperimentinis tyrimo metodas, naudojant anketinės apklausos raštu metodą. Tyrimui atlikti pasirinkti skyriai, kuriuose dažniausiai atliekamos operacijos, taikant laparoskopinę metodiką: ginekologijos ir pilvo chirurgijos skyriai. Tyrimas buvo atliekamas dviejų gydymo įstaigų keturiuose skyriuose. Buvo gautas autorės leidimas naudotis jos sukurtais klausimynais. Tyrimo atlikimui pasirinkta neatsitiktinė (netikimybinė) imtis. Gauti kiekybiniai duomenys buvo susisteminti ir grafiškai pavaizduoti, naudojant aprašomosios statistikos metodą.

**Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas.** Tyrimo teoriniam pagrindimui pasirinktos dvi teorijos: Mishel Nežinomybės ligoje teorija ir N. Roper ir kt. gyvenimo veiklomis pagrįstas slaugos modelis.

*Mishel Nežinomybės ligoje teorija* paaiškina, kaip veikia kliento kognityviniai procesai ligos atveju. Ši slaugos teorija priskiriama mažo vidutinio lygio slaugos teorijoms. Nežinomybės ligoje teoriją M. H. Michel pirmą kartą pradėjo nagrinėti 1980 m., 1990 m. paskutinį kartą patikslino (Pukinskienė, 2011, p. 88).

Pagal M. H. Mishel, Nežinomybės ligoje teorija paaiškina, kaip veikia kliento kognityviniai procesai ligos atveju. Į nežinomybę žiūrima kaip į nesugebėjimą konstruoti prasmę ligos atveju. Ji gali atsirasti, jeigu asmuo nesusiformuoja tam tikros ligos atvejo schemas. M. H. Mishel apibūdino „stimulų rėmų“ konceptus (simptomai, atvejo žinojimas, atvejo kongruencija – sutapimas, „kognityviniai gebėjimai“ ir „struktūros tiekėjai“ (patikimi autoritetai, socialinė parama, mokymas), kurie gali vesti prie nežinomybės. Kiti konceptai, kaip įvertinimas, išvadų darymas, iliuzijos ir galimybės, taip pat ir įveikos (susidorojimo) mechanizmas gali vesti prie adaptacijos. Nežinomybės ligoje teorija paaiškina, kaip su liga susiję stimulai yra veikiami individo kognityvinių procesų ir kaip jie konstruoja ligos prasmę. Adaptacija šioje teorijoje yra kaip pageidaujama pabaiga, įveikus nežinomybę. Slaugytojai turi veikti asmens kognityvinius procesus, susijusius su nežinomybe. Nežinomybės ligoje modelis yra naudojamas, atliekant slaugos mokslinius tyrimus ir slaugos praktikoje. Moksliniai tyrimai, atlikti naudojant M. H. Mishel sukurtus instrumentus, parodė, kad nežinomybė ligos atveju stipriai paveikia paciento gerovę, sukelia emocijas (Pukinskienė, 2011, p. 88-89).

Ši teorija siekia paaiškinti paciento kognityvinių procesų veikimą ligos atveju. Slaugytojas turi numatyti paciento informuotumo lūkesčius, susijusius su nežinomybe ligos atveju. Pacientai, operuoti laparoskopine metodika, perioperaciniu laikotarpiu susiduria su nežinomybe. Tinkamai parinkta slauga, slaugos intervencijos, informacijos suteikimas padeda pacientams teigiamai įveikti nežinomybę dėl ligos ir adaptaciją perioperaciniu laikotarpiu.

N. Roper ir kt. gyvenimo veiklomis pagrįstas slaugos modelis priskiriamas grindžiamosioms, didžiosioms slaugos teorijoms, antrai grupei – interakcijos teorijoms. Gyvenimo veiklų modelis pirmą kartą aprašytas N. Roper 1970 m., vėliau daug kartų peržiūrėtas (Roper ir kt., 2011, p. 69). Jo konceptas yra priklausomybės/nepriklausomybės tąsa, individo sveikatos įtakingumas gyvenimo veiklų atlikimui. N. Roper teigia, kad gyvenimo veiklos turi glaudų tarpusavio ryšį ir priklausomybės arba nepriklausomybės pokytis bet kurioje iš veiklų gali paveikti ir kitas gyvenimo veiklas, be to, individo priklausomybė ar nepriklausomybė yra susijusi su veiksniais, turinčiais įtakos gyvenimo veikloms (Pukinskienė, 2011, p. 69-70).

N. Roper ir kt. gyvenimo veiklomis grindžiamas slaugos modelis yra nesudėtingas ir lengvai suprantamas. Jis yra plačiai naudojamas Europoje įvairaus lygio sveikatos priežiūros srityse (klinikinė slauga, bendruomenės slauga, slaugos dokumentacijos kūrimas ir kt.) (Pukinskienė, 2011, p. 73).

Gyvenimo veiklomis pagrįstas slaugos modelis sudarytas indukciniu būdu – remiantis klinicine praktika. Tai konceptualusis slaugymo praktikos modelis, kurio vieni iš teiginių yra šie:

- nepriklausomybė atliekant gyvenimo veiklas – didelė vertybė, tačiau priklausomybė neturi žeminti žmogaus orumo;
- individo žinias, požiūrį, elgesį, susijusį su gyvenimo veiklomis veikia įvairūs faktoriai (biologiniai, psichologiniai, sociokultūriniai, aplinkos, politiniai-ekonominiai);
- kai individas suserga, gali sutrikti jo gyvenimo veiklų atlikimas, atsiranda akivaizdžių ir potencialių problemų;
- individo gyvenimo veiklų atlikimą gali veikti įvairūs neigiami įvykiai, kurie gali sukelti realias ir potencialias problemas;
- sveikatos priežiūros kontekste tarp slaugytojo ir paciento užsimezga profesionalus ryšys, kuris išlieka tol, kol pacientui reikalinga slaugytojo pagalba;
- slaugytojas yra daugiaprofesinės sveikatos priežiūros komandos narys, kuris veikia paciento ir visuomenės naudai;
- Specifinė slaugos funkcija yra padėti individui išvengti problemų, susijusių su gyvenimo veiklų atlikimu, jas įveikti arba palengvinti (Roper, Logan, Tierney, 1999).

Pagal šį slaugos modelį gyvenimo veikla skirstoma į 12 kategorijų: saugios aplinkos palaikymas; bendravimas; kvėpavimas; valgymas ir gėrimas; tuštinimasis ir šlapinimasis; asmens švarinimasis ir rengimasis; kūno temperatūros reguliavimas; judėjimas; darbas ir žaidimai; lyties raiška; miegojimas; mirimas. Gyvenimo veiklos vertinamos, atsižvelgiant į jas veikiančius faktorius bei į gyvenimo tarpsnį, kuriame yra individas (Pukinskienė, 2011, p. 70-71).

Šio modelio autorės teigia, kad slauga turi tarnauti visuomenei, organizuojama taikant slaugos procesą (vertinimą, diagnozavimą, gydymą ir įvertinimą). Slaugos tikslai yra padėti žmonėms išvengti potencialių, su gyvenimo veiklomis susijusių problemų, spręsti esamas problemas bei išvengti jų atsinaujinimo (Pukinskienė, 2011, p. 71-73).

Gyvenimo veiklomis pagrįsto slaugos modelio autorės teigia, kad slauga turi būti orientuota į pacientą ir pacientas turi būti aktyvus slaugos proceso dalyvis (Pukinskienė, 2011, p. 71).

Gyvenimo veiklos yra N. Roper ir kt. slaugos modelio esmė. Jos yra glaudžiai susijusios tarpusavyje (Pukinskienė, 2011, p. 71). Perioperaciniu laikotarpiu taip pat yra paliečiama dauguma paciento gyvenimo veiklų. Nerimas ir baimė prieš operaciją gali paveikti bendravimą (vieną iš gyvenimo veiklų) – pacientas gali blogiau įsisavinti jam pateikiamą informaciją, būti sutrikęs. Dėl priešoperacinio nerimo gali sutrikti ir kitos gyvenimo veiklos – valgymas, gėrimas, šlapinimasis ir tuštinimasis ir kitos. Operacinis ir pooperacinis laikotarpiai paciento gyvenimo veiklas taip pat paveikia. Skausmas daro įtaką daugumai veiklų: judėjimas, bendravimas, valgymas, gėrimas, asmeninis švarinimasis ir kt. Nerimas, operacijos apimtis, informuotumo poreikiai ir lūkesčiai perioperaciniu laikotarpiu paveikia taip pat daugumą gyvenimo veiklų. Slaugytojas, žinodamas pacientų gyvenimo veiklas ir jų tarpusavio sąveiką, gali numanyti pacientų informuotumo lūkesčius perioperaciniu laikotarpiu. Gyvenimo veiklas, kaip ir perioperacinius lūkesčius, įtakoja įvairūs veiksniai. Kiekvieno žmogaus gyvenimas yra individualus ir jo gyvenimo veiklos yra individualios. Pacientas taip pat yra individualus ir kiekvieno jų gyvenimo veiklos, susijusios su slauga ir gydymu taip pat yra individualios. Slaugytojas, taikydamas gyvenimo veiklomis pagrįstą slaugos modelį, padeda pacientui išvengti/sumažinti slaugos problemas, iškilusias perioperaciniu laikotarpiu bei sklandžiau patenkina pacientų perioperacinius informuotumo lūkesčius.

Nežinomybės ligoje įveikimas ir pacientų lūkesčių patenkinimas yra vienas iš veiksnių, darančių įtaką slaugos kokybei.

### 2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimas buvo atliekamas Klaipėdos miesto medicinos įstaigose, teikiančiose antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinkta neatsitiktinė (netikimybinė) imtis.

Atrenkant respondentus buvo vadovaujama šiais tiriamųjų atrankos kriterijais:

- Pacientai turi būti pilnamečiai;
- Pacientai turi būti gydomi pilvo chirurgijos ir ginekologijos skyriuose;
- Pacientai turi būti operuojami laparoskopine metodika;
- Pacientai turi sutikti dalyvauti tyrime laisvu noru;
- Pacientai neturi turėti psichikos ir elgesio sutrikimų paūmėjimų;
- Pacientai turi suprasti lietuvių kalbą.

Tyrimo imties dydžiui sužinoti buvo panaudoti duomenys iš Higienos instituto sveikatos statistikos leidinio „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2016“. 2016 m. Klaipėdos mieste pilvo chirurgijos ir ginekologijos skyriuose buvo atlikta 9249 operacijos (N = 9249). Siekiant imties reprezentatyvumo buvo atliekama matematinė analizė. Respondentų imtis apskaičiuota pagal I. Paniotto formulę (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 31):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

kur :

n – imties dydis;

$\Delta$  – imties paklaidos dydis ( $=0,05$ );

N – generalinis visumos dydis.

Apskaičiavus imtį pagal Paniotto formulę nustatyta, kad tyrime reikia apklausti ne mažiau kaip 369 pacientus (n = 369) . Šio tyrimo imtis yra atsitiktinė reprezentatyvioji.

Tyrimas atliktas naudojant dvigubą anketinę apklausą. Su pirma anketa pacientui buvo įteikiamas laiškas – pakvietimas dalyvauti tyrime, kur yra paaiškintas tyrimo atlikimas ir respondentų kodavimas (priedas Nr. 1). Pirma anketa buvo paduodama užpildymui kai pacientas patenka į skyrių operaciniam gydymui, antra anketa buvo paduodama užpildymui išrašymo dieną. Siekiant susieti pirmos ir antros anketos atsakymus, buvo naudojimas respondentų kodavimas. Respondentas anketų dešiniajame kampe grafoje „Slaptažodis“ įrašė savo pasirinktą žodį. Dviejose Klaipėdos miesto gydymo įstaigose, kurių vadovai suteikė leidimą tyrimo atlikimui, buvo išdalinta 800 anketų (400 pirmų anketų ir 400 antrų anketų): po 200 (100 pirmų ir 100 antrų) anketų į kiekvieną pasirinktą skyrių. Baigus tyrimą buvo sugrąžinta 275 (74.5%) pirmų ir antrų anketų. 222 (80.7%) pirmų ir antrų anketų tinkamos vertinti ir jų duomenys buvo panaudoti atliekant statistinius skaičiavimus. 38 pirmos

ir antros anketos netinkamos vertinti dėl nepilno užpildymo arba sugadinimo, 15 pirmų ir antrų anketų sugrąžinta neužpildytos, likusios anketos nebuvo sugrąžintos.

Tiriamąjį kontingentą sudarė 222 pacientai, operuoti laparoskopine metodika, nuo 19 iki 84 metų, amžiaus vidurkis  $44,91 \pm 13,90$  metų.

Apie du trečdalius (68,0 %) tiriamųjų buvo moterys, vyrų buvo 32,0 %.

Pagal gyvenamąją vietą daugumą (61,3%) pacientų buvo iš miestų, likusi dalis (38,7%) iš mažesnių gyvenviečių (20,2% iš kaimų ir 18,5% iš miestelių)

Pagal išsilavinimą pacientai pasiskirstė maždaug panašiai – 51,4% jų turėjo žemesnį nei aukštąjį išsilavinimą (0,9% pradinį, 12,2% vidurinį, 22,1% spec. vidurinį ir 16,2% aukštesnįjį) ir 48,6% jų turėjo aukštąjį išsilavinimą.

Pagal šeimines padėtis 57,2% pacientų buvo nevieniši ir 42,8% vieniši – iš jų 16,2% netekėjusių/nevedusių, 15,3% išsiskyrusių ir 11,3% našlių.

Dauguma (73,9%) pacientų buvo dirbantys, o iš nedirbančių (26,1%) 9,9% pacientų buvo bedarbiai, 4,5% studentai ir 11,7% pensininkai (1 lentelė).

1 lentelė Pacientų, pacientų, operuotų laparoskopine metodika, sociodemografiniai rodikliai

<b>Rodikliai</b>	<b>Vid.±SD; N(proc.)</b>
Amžius	44,91±13,90
Lytis	
Vyrų	71(32,0%)
Moterys	151(68,0%)
Gyvenamoji vieta	
Kaimas/miestelis	86(38,7%)
Miestas	136(61,3%)
Išsilavinimas	
Neaukštasis	114(51,4%)
Aukštasis	108(48,6%)
Šeiminė padėtis	
Nevieniši	127(57,2%)
Vieniši	95(42,8%)
Darbinė padėtis	
Dirbantys	164(73,9%)
Nedirbantys	58(26,1%)

Didžioji dalis (72,1%) pacientų nurodė, kad neserga kitomis lėtinėmis ligomis. Kitomis lėtinėmis ligomis sirgo 27,9% pacientų (2 lentelė, p. 32).

2 lentelė. Pacientų, pacientų, operuotų laparoskopine metodika, hospitalizacijos rodikliai

Rodikliai	Vid.±SD; N(proc.)
<b>Lėtinės ligos</b>	62(27,9%)
<b>Hospitalizacijos pobūdis</b>	
Planinė	175(78,8%)
Skubi	47(21,2%)
<b>Hospitalizacijos kartas</b>	
Ne pirmas kartas	96(43,2%)
Pirmas kartas	126(56,8%)
Dienų praleistų ligoninėje skaičius	6,43±2,44
<b>Iš ligoninės:</b>	
Grįžo namo	213(95,9%)
Vyko į kitą gydymo įstaigą	9(4,1%)

Pagal hospitalizacijos pobūdį daugumai (78,8 %) pacientų apklausos metų buvo atlikta planinė operacija ir 21,2 % - skubi operacija. Ligoninėje pacientai praleido nuo 1 iki 19 dienų (vidurkis 6,43±2,44 dienų). Didžioji dauguma (95,9 %) pacientų po ligoninės grįžo namo. Į kitas gydymo įstaigas vyko 4,1 % pacientų (2 lentelė).

### 2.1.2. Tyrimo metodai

**1. Mokslinės literatūros analizė.** Baigiamajam darbui mokslinės literatūros buvo ieškota Klaipėdos universiteto prenumeruojamose elektroninėse duomenų bazėse (EBSCO, Medline, ScienceDirect, Health Source: Nursing/Academic Edition, Medline, Taylor & Francis ir kt.), įvairiuose užsienio ir Lietuvos moksliniuose žurnaluose (NEJM, British Medical Journal, SAGE Journals Online, Sveikatos mokslai ir kt.). Taip pat naudotasi Klaipėdos miesto bei universiteto bibliotekomis. Naudoti tik pilnateksčiai straipsniai. Literatūros ieškota atsižvelgiant į darbo temą ir uždavinius. Mokslinė literatūros paieška buvo vykdoma, naudojant raktinius žodžius: *perioperacinis informuotumas, chirurginių pacientų slauga, chirurginių pacientų poreikiai, chirurginių pacientų lūkesčiai, slaugos kokybė, chirurginių pacientų slaugos kokybė, slauga po laparoskopinių operacijų, informuotas pacientas.*

**2. Kiekybinis tyrimas.** Siekiant išanalizuoti pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius perioperaciniu laikotarpiu yra pasirinktas kiekybinis eksperimentinis tyrimas (anoniminė anketinė apklausa). Kardelis (2016) teigia, kad tyrimo instrumentas turi būti aiškus, nedviprasmiškas bei patikimas, tuo pačiu jis turi skatinti respondento norą bendradarbiauti su tyrėju, kuo tiksliau atsakyti į klausimus.

### 2.1.3. Tyrimo instrumentas

Siekiant išanalizuoti pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius perioperaciniu laikotarpiu buvo atliktas tyrimas naudojant du standartizuotus klausimynus. Klausimynai yra sukurti Suomijoje. Iš profesorės H. Leino – Kilpi gautas leidimas naudotis klausimynais ir leista atlikti tik nežymius pakeitimus, pritaikant klausimynus Lietuvos gyventojams ir chirurginio profilio pacientams. Atlikus tyrimą, profesorei bus nusiųsti tyrimo rezultatai.

Pirmas klausimynas (Knowledge Expectations of Hospital patient, KEhp 2.0, toliau įvardijamas bus kaip I klausimynas) (priedas Nr.2) yra pateikiamas pacientams, patekusiems į pasirinktą tyrimo atlikimui skyrių, įdėtas į voka kartu su laišku – pakvietimu tyrimui (priedas Nr.1), o antras klausimynas (Received Knowledge of Hospital Patient, RKhp 2.0, toliau įvardijamas bus kaip II klausimynas) (priedas Nr.3) yra pateikiamas pacientams išrašymo iš stacionaro dieną kitame voke.

Šių autorių sukurti klausimynai pasižymi aukšta Cronbach  $\alpha$  koeficiento reikšme ( $\alpha=0,819$  -  $\alpha=0,904$ ) (Jurkūnienė, 2016, p. 39). Tai parodo, kad H. Leino- Kilpi ir kt. sukurti klausimynai yra tinkami išskirti patikimą respondentų nuomonę. H. Leino – Kilpi ir kt. sukurti klausimynai yra “dirbę” Lietuvoje. Tyrimas “Operacinės slaugos kokybės vertinimas pacientų požiūriu“ atliktas Kaune (Jurkūnienė R. 2016) ir tyrimas “Pacientų po širdies chirurgijos operacijų informacijos ir paslaugų gavimo poreikiai” atliktas Klaipėdoje (Savickienės ir kt., 2015), panaudojant klausimynus KEhp 2.0 ir RKhp 2.0. Kiti autorės klausimynai (geros slaugos skalė, slaugytojų kompetencijų skalė ir kt.) yra naudoti atliekant tyrimus Lietuvoje: “Operacinės slaugytojų profesinės kompetencijos vertinimas” atliktas Kaune” (Naginienė, 2015), “Quality of abdominal surgical Nursing care (Pacientų po pilvo operacijų perioperacinės slaugos kokybė)” atlikta Lietuvoje, pristatyta Turku (Istomina, 2011) ir kt.

I klausimynas ir II klausimynas prasideda nuo preambulės, atitinkančios Klaipėdos universiteto, sveikatos mokslų fakulteto, slaugos katedros reikalavimus.

I klausimyne pirma dalis sudaryta darbo autorės. Joje siekiama išsiaiškinti respondentų demografinius duomenis: amžių, lytį, išsilavinimą, gyvenamą vietą, šeiminių padėčių, respondento, kaip darbuotojo, statusą. Yra klausimai apie tai, ar serga lėtinėmis ligomis, ar pirmą kartą pateko į šią ligoninę, ar pakartotinai, ar skubi, ar planinė hospitalizacija. Hospitalizacijos pobūdis, sirgimas lėtinėmis ligomis bei pirminė ar pakartotina hospitalizacija vienoje gydymo įstaigoje gali turėti įtakos pacientų lūkesčiams. Šioje dalyje yra 10 punktų.

I klausimyno 11 punkte buvo tikimasi sužinoti, kokie yra pacientų informuotumo lūkesčiai patekus į ligoninę. Šis punktas sudarytas iš 40 klausimų. Klausimai pateikiami lentelėje. Šiame punkte esantys klausimai, atliekant statistinį vertinimą, buvo grupuojami į 6 subskales: biologinės - fiziologinės (ligos simptomai, gydymas ir komplikacijos - 11.1; 11.2; 11.3; 11.4; 11.5; 11.6; 11.7; 11.13 klausimai), funkcinės (judėjimas, poilsis ir mityba - 11.10; 11.11; 11.12; 11.14 klausimai),

eksperimentinės - emocinės (patiriamos emocijos ir ankstesnė hospitalizacijos patirtis - 11.17; 11.18; 11.19 klausimai), etikos (pacientų teisės, pareigos ir dalyvavimas priimant sprendimus - 11.8; 11.9; 11.20; 11.21; 11.22; 11.23; 11.24; 11.25; 11.26; 11.27; 11.28 klausimai), socialinės (šeimos, kitų pacientai įtaka, pacientų organizacijos, soc. darbuotojai, dvasininkai - 11.15; 11.29; 11.30; 11.31; 11.33; 11.34 klausimai), finansinės (būsimos išlaidos, susijusios su gydymu ir ligos pašalpos ir išmokos - 11.16; 11.32; 11.35; 11.36; 11.37; 11.38; 11.39; 11.40 klausimai). Atsakymams į klausimus yra pritaikyta Likerto skalė. Atsakymai nuo 0 iki 4 (0 - respondento atveju netinka, 1 - nesutinku, 2 - iš dalies nesutinku, 3 - iš dalies sutinku, 4 - pilnai sutinku).

I klausimyno 12 punkte pateikiamas įvairių ligų simptomų sąrašas, kurie gali būti susiję su patiriamu priešoperaciniu stresu, nerimu. Simptomai pateikti lentelėje, atsakymams pritaikyta Likerto skalė. Atsakymai nuo 0 iki 5 (0 - niekada 1 - labai retai, 2 - retai, 3 - dažnai, 4 - labai dažnai, 5 - visada). Nusiskundimų simptomai gali parodyti pacientų patiriamą priešoperacinį stresą, nerimą, o tai turi įtakos informuotumo lūkesčiams.

I klausimyno 13 punkte pateikiamos emocijos, kurios gali būti susijusios su patiriamu priešoperaciniu stresu ir nerimu. Emocijos pateiktos lentelėje, atsakymams pritaikyta Likerto skalė. Atsakymai nuo 0 iki 5 (0 - niekada 1 - labai retai, 2 - retai, 3 - dažnai, 4 - labai dažnai, 5 - visada). Patiriamos emocijos parodo patiriamą priešoperacinį stresą, nerimą ir taip pat turi įtakos informuotumo lūkesčiams.

Įvertinus I klausimyno atsakymus, buvo tikimasi sužinoti, kokie yra pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai tik patekus į ligoninę.

II klausimynas 1-3 klausimai padėjo sužinoti pacientų nuomonę apie informuotumo lūkesčių patenkinimą baigus gydymą ligoninėje. 3 klausimas yra atviras, jei pacientas norėtų parašyti priežastis, kodėl nebuvo patenkinti jo lūkesčiai ligoninėje.

II klausimyno 4 punkte buvo tikimasi sužinoti, ar buvo patenkinti pacientų informuotumo lūkesčiai, kuriuos jie įvardijo patekus į ligoninę. Šis punktas sudarytas iš 40 klausimų. Klausimai pateikiami lentelėje. Šiame punkte esantys klausimai, atliekant statistinį vertinimą, buvo grupuojami į 6 subskales: biologinės - fiziologinės (ligos simptomai, gydymas ir komplikacijos - 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.13 klausimai), funkcinės (judėjimas, poilsis ir mityba - 4.10; 4.11; 4.12; 4.14 klausimai), eksperimentinės - emocinės (patiriamos emocijos ir ankstesnė hospitalizacijos patirtis - 4.17; 4.18; 4.19 klausimai), etikos (pacientų teisės, pareigos ir dalyvavimas priimant sprendimus - 4.8; 4.9; 4.20; 4.21; 4.22; 4.23; 4.24; 4.25; 4.26; 4.27; 4.28 klausimai), socialinės (šeimos, kitų pacientai įtaka, pacientų organizacijos, soc. darbuotojai, dvasininkai - 4.15; 4.29; 4.30; 4.31; 4.33; 4.34 klausimai), finansinės (būsimos išlaidos, susijusios su gydymu ir ligos pašalpos ir išmokos - 4.16; 4.32; 4.35; 4.36; 4.37; 4.38; 4.39; 4.40 klausimai). Atsakymams į klausimus yra pritaikyta

Likerto skalė. Atsakymai nuo 0 iki 4 (0 - respondento atveju netinka, 1 - nesutinku, 2 - iš dalies nesutinku, 3 - iš dalies sutinku, 4 - pilnai sutinku).

II klausimyno 5 punkte pateikiamas įvairių ligų simptomų sąrašas, kurie gali būti susiję su patiriamu (patirtu) perioperaciniu stresu, nerimu. Simptomai pateikti lentelėje, atsakymams pritaikyta Likerto skalė. Atsakymai nuo 0 iki 5 (0 - niekada 1- labai retai, 2 - retai, 3 - dažnai, 4 - labai dažnai, 5- visada). Nusiskundimų simptomai gali parodyti pacientų patiriamą (patirtą) periperacinį stresą, nerimą, o tai turi įtakos vertinant informuotumo lūkesčių patenkinimą.

II klausimyno 6 punkte pateikiamos emocijos, kurios gali būti susijusios su patiriamu (patirtu) perioperaciniu stresu ir nerimu. Emocijos pateiktos lentelėje, atsakymams pritaikyta Likerto skalė. Atsakymai nuo 0 iki 5 (0 - niekada 1- labai retai, 2 - retai, 3 - dažnai, 4 - labai dažnai, 5 - visada). Emocijos parodo patiriamą (patirtą) perioperacinį stresą, nerimą ir taip pat turi įtakos vertinant informuotumo lūkesčių patenkinimą.

*Klausimynų vidinis patikimumas.* Buvo apskaičiuoti darbe naudojamų klausimynų bendrų ir atskirų skalių Cronbach'o Alfa koeficientai.

Pacientų informuotumo lūkesčiai patekus į ligoninę vertintas KEhp 2.0 (Knowledge Expectations of Hospital patient) klausimynu, o jų informuotumo lūkesčių patenkinimas išrašymo metu RKhp 2.0 (Received Knowledge of Hospital Patient) klausimynu. Kiekvienas iš šių klausimynų sudarytas iš 6 subskalių: biologinės-fiziologinės (t.y. ligos, simptomai, gydymas ir komplikacijos), funkcinės (t.y. judėjimas, poilsis ir mityba), eksperimentinės-emocinės (t.y. patiriamos emocijos ir ankstesnė hospitalizacijos patirtis), etikos (t.y. pacientų teisės, pareigos ir dalyvavimas priimant sprendimus), socialinės (t.y. šeimos, kitų pacientai įtaka, pacientų organizacijos, soc. darbuotojai, dvasininkai), finansinės (t.y. būsimos išlaidos, susijusios su gydymu ir ligos pašalpos ir išmokos).

Tyrimo rezultatai parodė, kad KEhp 2.0 ir RKhp 2.0 klausimynų bendras vidinis patikimumas yra aukštas – Cronbach'o Alfa koeficientai didesni už 0,9 (0,91-0,93).

Beveik visų KEhp 2.0 klausimyno dalių, išskyrus „*Eksperimentinė-emocinė*“ ir „*Socialinė*“, vidinis patikimumas yra taip pat aukšti - Cronbach'o Alfa koeficientai yra didesni už 0,70 (0,73-0,89). Subskalės „*Socialinė*“ Cronbach'o Alfa=0,69 vidinis patikimumas yra pakankamas nes yra didesnis už 0,6. Subskalės „*Eksperimentinė-emocinė*“ Cronbach'o Alfa yra mažesnis už 0,6 (0,57), tačiau kai kurių autorių duomenimis, toks koeficientas gali būti priimtinas, jei skalę sudaro nedaug klausimų (Jenkinson et al., 1996). Šiuo atveju, eksperimentinę-emocinę skalę sudaro tik trys klausimai (3 lentelė, p. 36).

3 lentelė. KEhp 2.0 ir RKhp 2.0 klausimynų vidinis patikimumas

Skalės	Klausimų skaičius	Cronbach'o Alfa
<i>KEhp 2.0</i>		
Bendra informuotumo lūkesčių skalė	40	0,91
Biologinė- fiziologinė	8	0,81
Funkcinė	4	0,85
Eksperimentinė-emocinė	3	0,57
Etikos	11	0,89
Socialinė	6	0,69
Finansinė	8	0,73
<i>RKhp 2.0</i>		
Bendra informuotumo lūkesčių patenkinimo skalė	40	0,93
Biologinė- fiziologinė	8	0,84
Funkcinė	4	0,79
Eksperimentinė-emocinė	3	0,66
Etikos	11	0,90
Socialinė	6	0,75
Finansinė	8	0,77

Analogiškai ir klausimyno RKhp 2.0 beveik visų subskalių vidinis patikimumas, išskyrus „Eksperimentinė-emocinė“, yra aukštas (0,75-0,90). Eksperimentinės-emocinės skalės patikimumas yra didesnis už 0,6 (0,66) (3 lentelė).

Įvertinus nusiskundimų simptomų skales atvykus į ligoninę ir išvykstant Cronbach'o Alfa koeficientus nustatytas aukštas šių skalių vidinis patikimumas - Cronbach'o Alfa koeficientai yra didesni už 0,70 (atitinkamai 0,93 ir 0,87).

Emocinės būklės skalių (atvykus ir išvykstant) vidinis patikimumas taip pat aukštas - Cronbach'o Alfa koeficientai didesni už 0,70 (atitinkamai 0,91 ir 0,83).

#### 2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Tyrimas buvo atliekamas aštuoniais etapais pagal tokią tyrimo proceso schemą:

1. Temos pasirinkimas (2016m. rugsėjo mėn. - 2016 spalio mėn.) - mokslinio darbo tema „Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai perioperaciniu laikotarpiu“ pasirinkta ir suderinta su mokslinio darbo vadovu. Temos pasirinkimą lėmė tai, kad ne visada yra patenkinami pacientų lūkesčiai perioperaciniu laikotarpiu. Lūkesčių nežinojimas jų nepatenkinimas neigiamai atsiliepia pacientų psichoemociinei savijautai ir gali lemti neigiamus pacientų atsiliepimus apie patirtis ligoninėje. Kad patenkinti pacientų lūkesčius, reikia juos žinoti. Atliktas tyrimas padėjo nustatyti pacientų lūkesčius.
2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas (2016m. spalio mėn - 2018m. kovo mėn.) - pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informacinių lūkesčių perioperaciniu laikotarpiu teorinei analizei atlikti naudotasi Klaipėdos universiteto prenumeruojamomis duomenų bazėmis (EBSCO, Medline, Springer LINK ir kt.), įvairiais užsienio ir Lietuvos

moksliniais žurnalais (NEJM, British Medical Journal, SAGE Journals Online, Sveikatos mokslai ir kt.), taip pat Google duomenų baze ir Klaipėdos miesto bei universiteto bibliotekomis. Literatūros apžvalga atlikta naudojant šiuos raktinius žodžius: perioperacinis informuotumas, chirurginių pacientų slauga, chirurginių pacientų poreikiai, chirurginių pacientų lūkesčiai, slaugos kokybė, chirurginių pacientų slaugos kokybė, slauga po laparoskopinių operacijų, informuotas pacientas, perioperacinis nerimas, pacientų emocinės būklės įtaka lūkesčiams ir t.t. Ataskaitos rašymas buvo periodiškai derintas su mokslinio darbo vadovu. Mokslo šaltinių atranka ir analizė vyko visą darbo rašymo laiką.

3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas/paieška (2017m. sausio mėn. - 2017m. spalio mėn.) - buvo ieškoma klausimynų, kurie geriausiai atitiktų mokslo darbo temą, atskleistų tyrimo esmę. Pasirinkus profesorės H. Leino – Kilpi ir kt. klausimyną (2017m gegužės mėn.) buvo tikimasi, kad bus atskleista tyrimo esmė, atsakyta į iškeltus uždavinius, tikslą, hipotezę. Nuo 2017m. gegužės mėn. iki spalio mėn. vyko susirašinėjimas su profesore H. Leino – Kilpi bei jos asistente J. Koskinen dėl leidimo naudotis klausimynais gavimo. Spalio mėn. 4 d. gautas autorės leidimas naudoti klausimynus atliekant tyrimą. Klausimynuose leista atlikti tik nežymius pakeitimus, pritaikant klausimynus Lietuvos gyventojams ir chirurginio profilio pacientams, atlikus tyrimą, profesorei bus nusiųsti tyrimo rezultatai. Klausimynai, kurie yra pasirinkti tyrimo atlikimui yra standartizuoti, atitinkantys etines normas, plačiai naudojami tiek Suomijoje, tiek užsienyje. Yra naudoti ir Lietuvoje. Tyrimui atlikti gauti reikalingi leidimai iš Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos ir įstaigų, kuriose vykdoma respondentų apklausa, vadovų.
4. Tyrimo duomenų rinkimas ( 2017m. lapkričio mėn. - 2018m. sausio mėn.) - tyrimo duomenų rinkimui pasirinktos Klaipėdos miesto ligoninės, teikiančias antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Tiriamųjų grupę sudarė pacientai, operuoti laparoskopine metodika ir besigydantys pilvo chirurgijos ir ginekologijos skyriuose. Dviejose Klaipėdos miesto gydymo įstaigose, kurių vadovai suteikė leidimą tyrimo atlikimui, buvo išdalinta 800 anketų (400 pirmų anketų ir 400 antrų anketų): po 200 (100 pirmų ir 100 antrų) anketų į kiekvieną pasirinktą skyrių. Anketos buvo paduotos skyrių vyresniosioms slaugytojoms, nes jos žino kokios operacijos bus atliekamos skyriaus pacientams ir tvarko pacientų išrašymo dokumentaciją. Pasirinktų skyrių vyresniosios slaugytojos sutiko bendradarbiauti atliekant pacientų apklausą.
5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas (2018m. vasario mėn. - kovo mėn.) - duomenų analizei naudotas statistinį programų paketą „SPSS 17.0 for Windows“. Tikrintas intervalinių požymių pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį, taikant *Kolmogorov'o-Smirnov'o* testą. Skirtingų požymių, turinčių normalųjį pasiskirstymą, vidurkių palyginimui toje pačioje grupėje taikytas *porinis Student'o* (t) kriterijus, o nesant normaliam

pasiskirstymui bei ranginiams požymiams - *Wilkokson'o* kriterijus. Ryšiams tarp požymių nustatyti naudotas *Spearman'o* koreliacijos (r koeficientas) metodas. Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai  $p < 0,05$  (\*) – reikšmingas, kai  $p < 0,01$  (\*\*) - labai reikšmingas, kai  $p < 0,001$  (\*\*\*) - itin reikšmingas ir  $p > 0,05$  (ns) - statistiškai nereikšmingas. Klausimyno vidinis patikimumas vertintas apskaičiavus *Cronbach'o Alfa* koeficientą.

6. Tyrimo rezultatų palyginimas (2018m. kovo mėn. - balandžio mėn.) - atlikus tyrimą, gauti rezultatai buvo lyginami tarpusavyje (kokie buvo informuotumo lūkesčiai patekus į ligoninę ir kokią informaciją gavo pacientai, ar buvo patenkinti jų lūkesčiai), taip pat rezultatai buvo palyginti su panašiais anksčiau atliktais tyrimais Lietuvoje ir užsienyje.
7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas (2018m. kovo - balandžio mėn.) - išvados suformuluotos atitinkamai pagal išsikeltus uždavinius. Remiantis gautais tyrimo rezultatais suformuluotos konkrečios rekomendacijos darbuotojams, susijusiems su pacientų slauga bei informacijos teikimu.
8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas (2018m. gegužės mėn.).

#### 2.1.5. Tyrimo etika

Prieš atliekant tyrimą „Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai“, buvo gautas leidimas iš Klaipėdos Universiteto, Slaugos katedros etikos komisijos apklausos atlikimui. Taip pat gauti leidimai iš įstaigų administracijų, kuriose buvo atliekamas tyrimas. Tyrimas buvo atliekamas laikantis pagrindinių keturių etikos principų. Jie yra aprašyti Helsinkio deklamacijoje 1964 m., kuri buvo peržiūrėta 1975 m. ir 2000 m. (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 5). Joje pabrėžiami keturi pagrindiniai etikos principai - *autonomiškumas, anonimiškumas, konfidencialumas, nežalingumas*.

Autonomiškas tyrime buvo išlaikomas per respondento informuotumą (laiškas - pakvietimas tyrimui (priedas Nr. 1), respondentų savanorišką dalyvavimą tyrime, respondentai gali bet kuriame etape nutraukti savo dalyvavimą tyrime (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 65; Linkevičiūtė, 2011, p. 6).

Anonimiškumas tyrime buvo garantuojamas tuo, kad anketos yra anoniminės: respondentams nereikėjo nurodyti savo asmens duomenų, buvo užrašomas tik respondento pasirinktas žodis - slaptažodis. Informacija ir nuomonė pateikta anketose neleidžia nustatyti respondentų tapatybės.

Konfidencialumas tyrimo metu ir po jo garantuojamas tyrėjo. Tyrimo pradžioje buvo nustatytos respondentų konfidencialumo ribos konkrečiam tyrimo kontekste.

Nežalingumas tyrimo metu ir po jo yra garantuojamas tyrėjo: respondentai jokios fizinės, moralinės ar materialinės žalos nepatirs. Laiške - pakvietime tyrimui ir anketų preambulėje buvo

nurodyta, kad tyrimo metu surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Viso tyrimo metu buvo laikomasi sąžiningumo principo. Tai labai svarbus etikos principas, nes mokslinių duomenų klastojimas ar prasimanymas, taip pat ir plagijavimas yra rimtas mokslinės etikos pažeidimas (Petrauskas, 2008, cit. Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 66; Linkevičiūtė, 2011, p. 5-6).

Laikantis šių etikos principų nebuvo pažeistos klausimynų kūrėjų autorinės teisės.

## 2.2. Tyrimo rezultatai

### 2.2.1. Veiksniai, darančys įtaką perioperaciniams pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiams

Siekiant išanalizuoti pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius ir jų patenkinimą perioperaciniu laikotarpiu, veiksniais, darančiais įtaką lūkesčiams, buvo atliktas tyrimas naudojant du paralelinius klausimynus.

Pirmas klausimynas KEhp 2.0 (Knowledge Expectations of Hospital Patient) buvo pateiktas pacientams prieš operaciją, o antras klausimynas RKhp 2.0 (Received Knowledge of Hospital Patient) išrašymo iš stacionaro dieną. KEhp 2.0 klausimyno buvo siekta sužinoti, kokie buvo pacientų informuotumo lūkesčiai patekus į ligoninę, o RKhp 2.0 – pacientų informuotumo lūkesčių, kuriuos jie įvardijo, patenkinimą. Kiekviename klausimyne yra 40 teiginių, kuriuos pacientai turėjo įvertinti nuo 0 iki 4 (0 - respondento atveju netinka, 1 - nesutinku, 2 - iš dalies nesutinku, 3 - iš dalies sutinku, 4 - pilnai sutinku). Kiekviename klausimyne teiginiai sudaro 6 subskales (sritis): biologinės - fiziologinės (ligos simptomai, gydymas ir komplikacijos), funkcinės (judėjimas, poilsis ir mityba), eksperimentinės-emocinės (patiriamos emocijos ir ankstesnė hospitalizacijos patirtis), etikos (pacientų teisės, pareigos ir dalyvavimas priimant sprendimus), socialinės (šeimoms, kitų pacientai įtaka, pacientų organizacijos, soc. darbuotojai, dvasininkai), finansinės (būsimos išlaidos, susijusios su gydymu ir ligos pašalpos ir išmokos).

Buvo apskaičiuoti kiekvienos subskalės standartizuoti vidurkiai (klausimų atsakymų suma padalinta iš klausimų skaičiaus) ir bendras informuotumo rodiklis (subskalių standartizuotų vidurkių suma).

Kiekviena subskalė galėjo įgyti reikšmes nuo 0 iki 4 balų, o bendras rodiklis - nuo 0 iki 24 balų. Taip pat buvo apskaičiuoti lūkesčių ir jų patenkinimo bendro informuotumo ir atskirų subskalių skirtumai.

Siekiant nustatyti veiksniais, darančiais įtaką lūkesčiams, respondentų atsakymai buvo susieti su sociodemografiniais duomenimis ir pacientų nusiskundimais, parodančiais patiriamą perioperacinį nerimą, stresą (atspindi pacientų psichoemocinę būklę).

Nagrinėjant lyties įtaką informuotumo lūkesčių ir jų patenkinimo vertinimams nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai su bendru informuotumo lūkesčių ( $r=0,22$   $p=0,001$ ) ir gautų žinių ( $r=0,17$   $p=0,011$ ) rodikliais, tame tarpe su eksperimentinės-emocinės ( $r=0,23$   $p=0,002$  vs  $r=0,16$   $p=0,016$ ) ir socialinės ( $r=0,20$   $p=0,002$  vs  $r=0,14$   $p=0,040$ ) subskalės lūkesčių ir gautų žinių rodikliais – kas parodė, kad moterų žinių, ypač žinių susijusių su eksperimentiniai-emociniais ir socialiniais aspektais, poreikis buvo didesnis nei vyrams, tačiau jos buvo ir labiau patenkintos gautomis žiniomis

nei vyrai. Vyrai turėjo reikšmingai didesnę žinių poreikį, susijusį su funkciniais aspektais ( $r=-0,15$   $p=0,026$ ), nei moterys (4 lentelė).

4 lentelė. Pacientų lyties, amžiaus ir išsilavinimo įtaka informuotumo lūkesčiams ir jų patenkinimui

Sritis		Lytis		Amžius		Išsilavinimas	
		r	p	r	p	r	p
Lūkesčiai	Biologinė-fiziologinė	-0,11	ns	0,04	ns	-0,10	ns
	Funkcinė	-0,15	0,026	0,08	ns	-0,04	ns
	Eksperimentinė-emocinė	0,23	0,001	0,12	ns	-0,02	ns
	Etikos	0,03	ns	-0,04	ns	0,01	ns
	Socialinė	0,20	0,002	0,27	<0,001	-0,07	ns
	Finansinė	0,12	ns	-0,03	ns	0,18	0,008
	<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>0,22</b>	<b>0,001</b>	<b>0,17</b>	<b>0,013</b>	<b>0,02</b>	<b>ns</b>
Lūkesčių patenkinimas	Biologinė-fiziologinė	-0,09	ns	0,10	ns	-0,03	ns
	Funkcinė	-0,04	ns	0,14	0,039	-0,06	ns
	Eksperimentinė-emocinė	0,16	0,016	0,09	ns	-0,01	ns
	Etikos	-0,06	ns	-0,06	ns	0,04	ns
	Socialinė	0,14	0,040	0,22	0,001	-0,04	ns
	Finansinė	0,10	ns	0,00	ns	0,15	0,023
	<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>0,17</b>	<b>0,011</b>	<b>0,13</b>	<b>ns</b>	<b>0,05</b>	<b>ns</b>

Požymių kodavimas: „Lytis“: „1“ - vyrai, „2“ - moterys; „Išsilavinimas“: „1“ - neaukštasis, „2“ - aukštasis; ns - statistiškai nereikšmingas ryšys

Nagrinėjant pacientų amžiaus įtaką informuotumo lūkesčių ir gautų žinių vertinimams nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai su bendru informuotumo lūkesčių rodikliu ( $r=0,17$   $p=0,013$ ) ir itin reikšmingas ryšys su socialine sritimi ( $r=0,27$   $p<0,001$ ). Taip pat nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai su gautų žinių, susijusiais su socialiniais ( $r=0,22$   $p=0,001$ ) ir funkciniais ( $r=0,14$   $p=0,039$ ) aspektais. Gauti rezultatai parodė, kad vyresnio amžiaus pacientų lūkesčių ir ypač lūkesčių, susijusių su socialiniais aspektais, poreikis buvo didesnis nei jaunesniems pacientams. Lūkesčių patenkinimu, susijusiu su funkciniais ir socialiniais aspektais, taip pat labiau patenkinti buvo vyresnio amžiaus pacientai nei jaunesnio amžiaus. Nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai tarp pacientų išsilavinimo ir lūkesčių bei jų patenkinimo susijusių su finansiniais aspektais ( $r=0,18$   $p=0,008$  vs  $r=0,15$   $p=0,023$ ) parodė, kad pacientai su aukštesniu išsilavinimu turėjo didesnę žinių, susijusių su finansiniais aspektais, poreikį nei pacientai su žemesniu išsilavinimu, tačiau jie buvo ir labiau patenkinti gautomis šiomis žiniomis nei pacientai su žemesniu išsilavinimu (4 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų informuotumo lūkesčiai ir jų patenkinimas nepriklausė nuo jų gyvenamosios vietos (5 lentelė, p. 42).

Nagrinėjant pacientų šeiminės padėties įtaką informuotumo lūkesčiams ir jų pasitenkinimui nustatyti reikšmingi ryšiai su biologinės-fiziologinės ir funkcinės subskalės informuotumo lūkesčių rodikliais, o taip pat su biologinės-fiziologinės ir etikos subskalių lūkesčių patenkinimu ( $r=0,18$   $p=0,008$  vs  $r=0,15$   $p=0,023$ ). Gauti rezultatai parodė, kad vienišų t.y. neturinčių partnerio/-ės, pacientų lūkesčių, susijusių su biologiniais-fiziologiniais bei funkciniais aspektais, poreikis buvo

didesnis nei nevieniškų pacientų. Gauta informacija, susijusia su biologiniais-fiziologiniais bei etikos aspektais, labiau patenkinti buvo taip pat vieniški pacientai nei nevieniški (5 lentelė).

Nagrinęjant pacientų darbinės padėties įtaką informuotumo lūkesčiams ir jų patenkinimui nustatyta, kad dirbančių pacientų lūkesčių, susijusių su finansiniais aspektais, poreikis ( $r=-0,30$   $p<0,001$ ) buvo žymiai didesnis nei nedirbančių, o nedirbančių - lūkesčių, susijusių su socialiniais aspektais poreikis didesnis ( $r=0,16$   $p=0,021$ ) nei dirbančių pacientų. Gautomis žiniomis, susijusiomis su finansiniais aspektais ( $r=-0,27$   $p<0,001$ ), buvo labiau patenkinti dirbantys pacientai nei nedirbantys, o žiniomis, susijusiomis su funkciniais aspektais ( $r=0,14$   $p=0,044$ ), - labiau nedirbantys nei dirbantys pacientai (5 lentelė).

5 lentelė. Pacientų gyvenimo vietos, šeiminės ir darbinės padėties įtaka informuotumo lūkesčiams ir jų patenkinimui

Sritis		Gyvenamoji vieta		Šeiminė padėtis		Darbinė padėtis	
		r	p	r	p	r	p
Lūkesčiai	Biologinė-fiziologinė	0,03	ns	0,24	<0,001	0,05	ns
	Funkcinė	0,03	ns	0,23	<0,001	0,00	ns
	Eksperimentinė-emocinė	-0,03	ns	0,03	ns	0,05	ns
	Etikos	0,01	ns	0,13	ns	0,05	ns
	Socialinė	-0,09	ns	0,10	ns	0,16	0,021
	Finansinė	0,04	ns	-0,03	ns	-0,30	<0,001
	<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>-0,03</b>	<b>ns</b>	<b>0,09</b>	<b>ns</b>	<b>0,01</b>	<b>ns</b>
Lūkesčių patenkinimas	Biologinė-fiziologinė	0,03	ns	0,15	0,028	0,07	ns
	Funkcinė	0,02	ns	0,13	ns	0,14	0,044
	Eksperimentinė-emocinė	-0,01	ns	0,08	ns	0,06	ns
	Etikos	0,09	ns	0,14	0,035	0,02	ns
	Socialinė	-0,08	ns	0,08	ns	0,11	ns
	Finansinė	0,03	ns	-0,08	ns	-0,27	<0,001
	<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>-0,03</b>	<b>ns</b>	<b>0,05</b>	<b>ns</b>	<b>-0,04</b>	<b>ns</b>

Požymių kodavimas: „Gyvenamoji vieta“: „1“ - kaimas/miestelis, „2“ - miestas; „Šeiminė padėtis“: „1“ - nevieniši, „2“ - vieniši; „Darbinė padėtis“: „1“ - dirbantys, „2“ - nedirbantys; ns - statistiškai nereikšmingas ryšys

Nagrinęjant kitų lėtinių ligų, hospitalizacijos pobūdžio (planinė/skubi) ir atsigulimo į ligoninę dažnio įtaką informuotumo lūkesčiams nustatyta, kad pacientams, sergantiems kitomis lėtinėmis ligomis, lūkesčių, susijusių su socialiniais aspektais ( $r=0,22$   $p=0,001$ ), poreikis buvo žymiai didesnis nei neturinčių kitų lėtinių ligų pacientams, o pacientams, kurie jau ne pirmą kartą gulėsi į ligoninę, informuotumo lūkesčiai bendrai ( $r=-0,15$   $p=0,026$ ) ir ypač lūkesčiai, susiję su eksperimentiniais-emociniais aspektais ( $r=-0,25$   $p<0,001$ ), buvo žymiai didesni nei pacientų, hospitalizuojamų pirmą kartą (6 lentelė, p. 43).

6 lentelė. Kitų lėtinių ligų ir hospitalizacijos rodiklių sąsajos su informuotumo lūkesčiais

Sritis	Kitos lėtinės ligos		Hospitalizacijos			
			Pobūdis		Pirmas kartas	
	r	p	r	p	r	p
Biologinė-fiziologinė	0,00	ns	0,13	ns	-0,03	ns
Funkcinė	0,07	ns	0,13	ns	-0,10	ns
Eksperimentinė-emocinė	0,07	ns	-0,06	ns	-0,25	<0,001
Etikos	-0,10	ns	0,04	ns	-0,01	ns
Socialinė	0,22	0,001	-0,02	ns	-0,10	ns
Finansinė	-0,06	ns	0,05	ns	0,13	ns
<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>0,08</b>	<b>ns</b>	<b>-0,01</b>	<b>ns</b>	<b>-0,15</b>	<b>0,026</b>

Požymių kodavimas: „Kitos lėtinės ligos“: „0“ - nėra, „1“ - yra; „Hospitalizacijos pobūdis“: „1“ - planinė, „2“ - skubi; „Hospitalizacijos pirmas kartas“: „0“ - ne, „1“ - taip; ns- statistiškai nereikšmingas ryšys

Analizuojant pacientų nusiskundimų (parodančių patiriamą perioperacinį nerimą), kurie buvo atvykus į ligoninę, ryšius su informuotumo lūkesčiais ir jų patenkinimu nustatyta, kad pacientai atvykimo metu turėję daugiau nusiskundimų (jautė didesnę perioperacinį nerimą, stresą) turėjo ir didesnę informuotumo lūkesčių poreikį ( $r=0,22$   $p=0,001$ ), ypač informacijos susijusios su biologinės-fiziologinės ( $r=0,44$   $p<0,001$ ), funkcinės ( $r=0,39$   $p<0,001$ ), etikos ( $r=0,35$   $p<0,001$ ) subskalių klausimais bei finansiniais ( $r=0,23$   $p=0,001$ ) ir socialiniais ( $r=0,18$   $p=0,007$ ) klausimais, tačiau jie buvo ir labiau patenkinti gauta informacija bendrai ( $r=0,25$   $p<0,001$ ) ir atskirais rūpimais klausimais (biologinės-fiziologinės ( $r=0,51$   $p<0,001$ ), etikos ( $r=0,46$   $p<0,001$ ), funkcinės ( $r=0,44$   $p<0,001$ ), finansinės ( $r=0,27$   $p<0,001$ ) ir socialinės ( $r=0,20$   $p=0,003$ ) subskalės klausimais) nei pacientai turėję mažiau nusiskundimų (7 lentelė).

7 lentelė. Perioperacinių informuotumo lūkesčių, jų patenkinimo ir atitikimo sąsajos su nusiskundimais ir jų pokyčiu gydymo eigoje

Sritis		Nusiskundimai					
		Atvykus		Išvykstant		Pokytis	
		r	p	r	p	r	p
Lūkesčiai	Biologinė-fiziologinė	0,44	<0,001	0,00	ns	-0,47	<0,001
	Funkcinė	0,39	<0,001	-0,03	ns	-0,41	<0,001
	Eksperimentinė-emocinė	0,03	ns	-0,12	ns	-0,13	ns
	Etikos	0,35	<0,001	-0,16	0,020	-0,45	<0,001
	Socialinė	0,18	0,007	0,08	ns	-0,14	0,033
	Finansinė	0,23	0,001	0,07	ns	-0,20	0,003
	<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>0,22</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,03</b>	<b>ns</b>	<b>-0,26</b>	<b>&lt;0,001</b>
Lūkesčių patenkinimas	Biologinė-fiziologinė	0,51	<0,001	-0,04	ns	-0,56	<0,001
	Funkcinė	0,44	<0,001	-0,01	ns	-0,50	<0,001
	Eksperimentinė-emocinė	0,12	ns	-0,08	ns	-0,18	0,007
	Etikos	0,46	<0,001	-0,19	0,005	-0,57	<0,001
	Socialinė	0,20	0,003	0,06	ns	-0,16	0,019
	Finansinė	0,27	<0,001	0,14	0,039	-0,23	0,001
	<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>0,25</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,02</b>	<b>ns</b>	<b>-0,25</b>	<b>&lt;0,001</b>

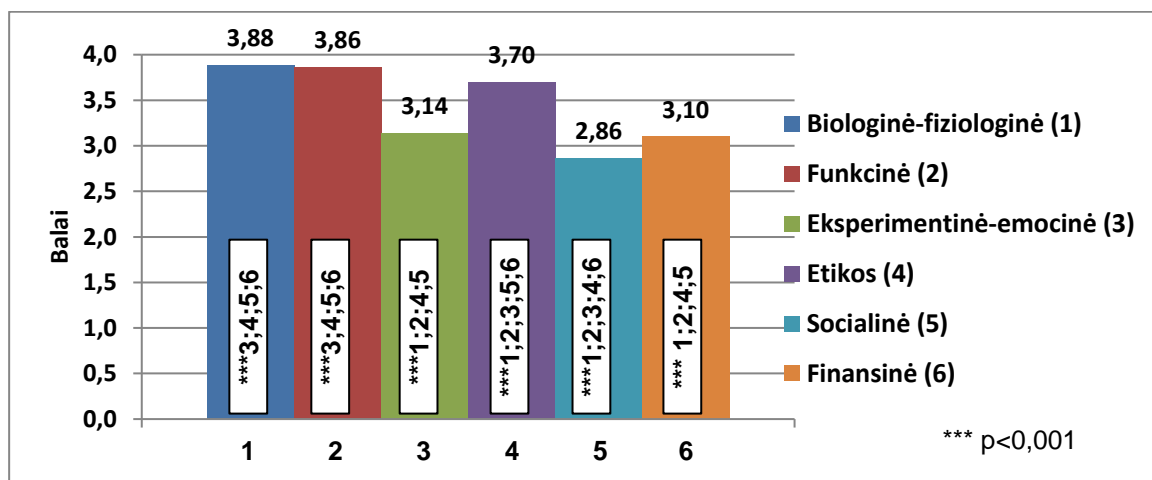
ns- statistiškai nereikšmingas ryšys

## 2.2.2. Pacientų informuotumo lūkesčiai gydymo pradžioje ir jų patenkinimas baigus stacionarinį gydymą

Analizuojant informuotumo lūkesčių ir jų patenkinimo pasiskirstymą, nustatyta, kad lūkesčiai ir jų patenkinimas susiję su biologiniais-fiziologiniais, funkciniais ir etikos poreikiais neturėjo normalaus pasiskirstymo, taip pat normalaus pasiskirstymo neturėjo bendras informuotumo lūkesčių rodiklis. Normalųjį pasiskirstymą turėjo eksperimentinės-emocinės, socialinės ir finansinės sričių lūkesčių ir gautų žinių ir bendras informuotumo patenkinimo rodikliai.

Analizuojant informuotumo lūkesčius buvo nustatyta, kad bendras informuotumo lūkesčių rodiklis iš galimų 24 balų siekė  $20,54 \pm 2,94$  balų, o beveik visų sričių, išskyrus socialinę, vidurkiai buvo didesni už 3 iš galimų 4 balų – tai parodė, kad pacientai, atvykę į ligoninę operaciniam gydymui jaučia gana didelį informacijos poreikį.

Palyginus atskirų sričių informuotumo lūkesčių vertinimus nustatyta, kad itin reikšmingai ( $p < 0,001$ ) didžiausias informacijos poreikis susijęs su biologiniais-fiziologiniais ( $3,88 \pm 0,32$  balų) ir funkciniais poreikiais ( $3,86 \pm 0,45$  balų), o mažiausiai su socialiniais poreikiais ( $2,86 \pm 0,86$  balų) (1 pav.).



1 pav. Pacientų informuotumo lūkesčių vertinimai

Pateikus pacientams išvykimo iš ligoninės metu klausimą „Ar ligoninėje buvo patenkinti Jūsų informuotumo lūkesčiai?“ nustatyta, kad beveik visiems pacientams (221(99,5 %)) buvo patenkinti jų informuotumo lūkesčiai.

Išanalizavus pacientų lūkesčius ir jų patenkinimo vertinimus reikšmingų skirtumų nenustatyta - gautos žinios beveik atitiko lūkesčius, tačiau jos, išskyrus eksperimentine-emocine sritį, buvo šiek tiek mažesnės nei tikėtasi (8 lentelė, p. 45).

8 lentelė. Informuotumo lūkesčių ir jų patenkinimo vertinimų skirtumai

Sritis	Informuotumas			P
	Lūkesčiai	Patenkinimas	Skirtumas	
Biologinė-fiziologinė	3,88±0,32	3,83±0,42	-0,05±0,38	0,066
Funkcinė	3,86±0,45	3,85±0,42	-0,01±0,48	0,755
Eksperimentinė-emocinė	3,14±0,95	3,17±1,05	0,03±0,86	0,549
Etikos	3,70±0,53	3,66±0,60	-0,04±0,47	0,248
Socialinė	2,86±0,86	2,81±0,96	-0,04±0,62	0,306
Finansinė	3,10±0,82	3,05±0,90	-0,05±0,58	0,203
<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>20,54±2,94</b>	<b>20,39±3,47</b>	<b>-0,16±2,56</b>	<b>0,363</b>

Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai, sergantys kitomis lėtinėmis ligomis, buvo labiau patenkinti gauta informacija, susijusia su socialiniais lūkesčiais ( $r=0,18$   $p=0,006$ ) nei neturintys kitų lėtinių ligų, tuo tarpu pacientai, neturintys kitų lėtinių ligų, buvo labiau patenkinti gauta informacija, susijusia su etikos lūkesčių subskale ( $r=-0,14$   $p=0,039$ ), nei sergantys kitomis lėtinėmis ligomis (9 lentelė).

Pacientai, kurie buvo hospitalizuoti skubos tvarka, buvo labiau patenkinti informacija, susijusia su biologiniais-fiziologiniais aspektais ( $r=0,17$   $p=0,011$ ) nei hospitalizuoti planine tvarka pacientai. Pacientai, hospitalizuoti ne pirmą kartą, buvo labiau patenkinti bendrai gautomis žiniomis ( $r=-0,17$   $p=0,010$ ) ir ypač informacija, susijusia su eksperimentiniais-emociniais ( $r=-0,28$   $p<0,001$ ), biologiniais-fiziologiniais ( $r=-0,18$   $p=0,008$ ) ir socialiniais ( $r=-0,15$   $p=0,029$ ) aspektais, nei pacientai hospitalizuoti pirmą kartą (9 lentelė).

Nagrinėjant tiriamųjų hospitalizacijos trukmės įtaką informuotumo lūkesčių patenkinimui nustatyta, kad pacientai, ilgiau gulėję ligoninėje, buvo labiau patenkinti gautomis žiniomis ( $r=0,26$   $p<0,001$ ) ir ypač žiniomis, susijusiomis su biologiniais-fiziologiniais ( $r=0,34$   $p<0,001$ ), etikos ( $r=0,33$   $p<0,001$ ), funkciniais ( $r=0,27$   $p<0,001$ ), eksperimentiniais-emociniais ( $r=0,16$   $p=0,019$ ) ir socialiniais aspektais ( $r=0,15$   $p=0,026$ ) nei pacientai trumpiau gulėję ligoninėje (9 lentelė).

Gautų žinių vertinimams neturėjo reikšmingos įtakos tolimesnio gydymo paskyrimas (9 lentelė).

9 lentelė. Kitų lėtinių ligų ir hospitalizacijos rodiklių įtaka informuotumo lūkesčių patenkinimui

Sritis	Kitos lėtinės ligos		Hospitalizacijos							
			Pobūdis		Pirmas kartas		Trukmė		Grįžimas namo	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Biologinė-fiziologinė	-0,02	ns	0,17	0,011	-0,18	0,008	0,34	<0,001	0,03	ns
Funkcinė	0,02	ns	0,06	ns	-0,07	ns	0,27	<0,001	0,03	ns
Eksperimentinė-emocinė	0,02	ns	-0,01	ns	-0,28	<0,001	0,16	0,019	0,05	ns
Etikos	-0,14	0,039	0,10	ns	-0,09	ns	0,33	<0,001	-0,01	ns
Socialinė	0,18	0,006	0,02	ns	-0,15	0,029	0,15	0,030	0,08	ns
Finansinė	-0,02	ns	0,04	ns	0,03	ns	0,04	ns	0,08	ns
<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>0,07</b>	<b>ns</b>	<b>0,03</b>	<b>ns</b>	<b>-0,17</b>	<b>0,010</b>	<b>0,26</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,10</b>	<b>ns</b>

Požymių kodavimas: „Kitos lėtinės ligos“: „0“– nėra, „1“– yra; „Hospitalizacijos pobūdis“: „1“– planinė, „2“– skubi; „Hospitalizacijos pirmas kartas“: „0“– ne, „1“– taip; „Grįžimas namo“: „1“– taip, „2“– ne; ns- statistiškai nereikšmingas ryšys

### 2.2.3. Pacientų psichoemocinės būklės pokytis, susijęs su informuotumo lūkesčių patenkinimu baigus stacionarinį gydymą

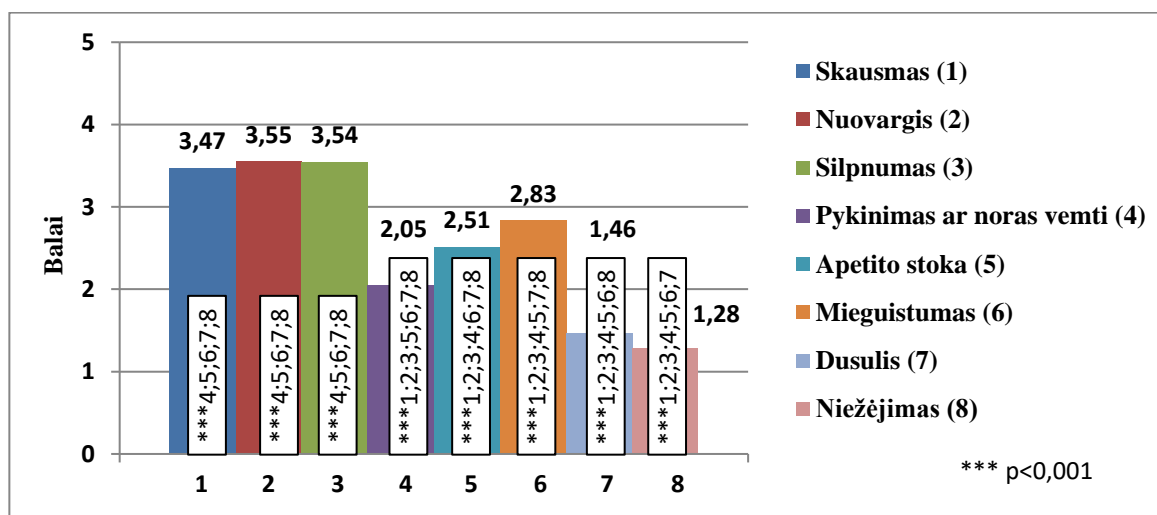
Tyrimo metu pacientai atvykus į ligoninę ir išvykstant turėjo išsirinkti iš nusiskundimų sąrašo jaučiamus simptomus ir juos įvertinti. Tai padėjo įvertinti tiriamųjų psichemocinę savijautą. Prieš operaciją jaučiami klausimyne pateikti nusiskundimų simptomai galėjo būti susiję su patiriamu priešoperaciniu stresu/nerimu, o išvykstant - su patiriamu (patirtu) pooperaciniu stresu/nerimu. Pateiktus simptomus reikėjo įvertinti nuo 0 iki 5, kur 0 - reiškia „niekada“, 1 - „labai retai“, 2 - „retai“, 3 - „dažnai“, 4 - „labai dažnai“ ir 5 - „visada“.

Buvo apskaičiuoti priešoperacinių ir pooperacinių nusiskundimų apibendrinti (suminiai) rodikliai, kurie galėjo įgyti reikšmes nuo 0 iki 40 balų. Taip pat buvo apskaičiuotas apibendrintas šių nusiskundimų išvykstant-atvykus skirtumas.

Apibendrintų nusiskundimų ir jų skirtumo rodiklių pasiskirstymas atitiko normalųjį pasiskirstymą.

Analizuojant nusiskundimus atvykus į ligoninę buvo nustatyta, kad suminis nusiskundimų rodiklis iš galimų 40 balų siekė  $20,69 \pm 8,89$  balų – tai parodė, kad pacientai atvykus į ligoninę jautė vidutinį nerimą/stresą.

Palyginus atskirų simptomų vertinimus nustatyta, kad pacientai atvykus į ligoninę dažniausiai jautė nuovargį ( $3,55 \pm 1,35$  balų), silpnumą ( $3,54 \pm 1,41$  balų), skausmą ( $3,47 \pm 1,34$  balų), rečiausiai – niežėjimą ( $1,28 \pm 1,00$  balų) ir dusulį ( $1,46 \pm 1,30$  balų) (2 pav.).



2 pav. Pacientų nusiskundimų atvykus į ligoninę vertinimai

Palyginus pacientų nusiskundimų simptomų vertinimus atvykus į ligoninę ir išvykstant nustatyti itin reikšmingi ( $p < 0,001$ ) skirtumai – visų simptomų pasireiškimas gydymo pabaigoje

ženkliai sumažėjo. Suminis nusiskundimų rodiklis sumažėjo daugiau nei per pusę (atvykus į ligoninę 20,69±8,89 balų, išvykstant 8,13±5,20 balų, pokytis (-)12,56±9,24 balų; p<0,001) (10 lentelė).

10 lentelė. Perioperacinių nusiskundimų vertinimų skirtumai gydymo eigoje

<b>Simptomai</b>	<b>Atvykus</b>	<b>Išsirašant</b>	<b>p</b>
Skausmas	3,47±1,34	1,57±0,95	<0,001
Nuovargis	3,55±1,35	1,79±1,00	<0,001
Silpnumas	3,54±1,41	1,71±0,99	<0,001
Pykinimas ar noras vemti	2,05±1,36	0,28±0,67	<0,001
Apetito stoka	2,51±1,41	0,88±1,05	<0,001
Mieguistumas	2,83±1,39	1,47±1,14	<0,001
Dusulys	1,46±1,30	0,26±0,67	<0,001
Niežėjimas	1,28±1,00	0,16±0,152	<0,001
Suminis nusiskundimų rodiklis	20,69±8,89	8,13±5,20	<0,001
<b>Nusiskundimų pokytis</b>		<b>-12,56±9,24</b>	

Tyrimo rezultatai parodė, kad didesnis nusiskundimų sumažėjimas gydymo eigoje yra reikšmingai susijęs su didesniais informuotumo lūkesčiais ( $r=-0,26$   $p<0,001$ ) beveik visais nagrinėjamaiais aspektais, išskyrus eksperimentiniais-emociniais ir didesniu lūkesčių patenkinimu visais aspektais, ypač etikos ( $r=-0,57$   $p<0,001$ ), biologiniais-fiziologiniais ( $r=-0,56$   $p<0,001$ ) ir funkciniais ( $r=-0,50$   $p<0,001$ ) aspektais (7 lentelė, p. 43).

Nagrinėjant pacientų lyties įtaką nusiskundimų atvykus ir išvykstant vertinimams bei jų pokyčiui, nustatyti reikšmingi neigiami ryšiai su skausmo ( $r=-0,18$   $p=0,007$ ) ir pykinimo ( $r=-0,19$   $p=0,004$ ) pasireiškimu atvykus į ligoninę ir reikšmingas teigiamas ryšis su pykinimo pasireiškimu išvykstant ( $r=0,17$   $p=0,011$ ) – atvykus į ligoninę vyrus žymiai dažniau vargino skausmas ir pykinimas nei moteris, tuo tarpu išvykstant pykinimo simptomai dažniau vargino moteris nei vyrus. Nustatytas reikšmingas ryšis tarp lyties ir nusiskundimų pokyčio ( $r=0,15$   $p=0,024$ ) parodė, kad vyrams būdingas didesnis nusiskundimų sumažėjimas gydymo eigoje nei moterims (11 lentelė, p. 48).

Nagrinėjant pacientų amžiaus įtaką nusiskundimų atvykus ir išvykstant vertinimams bei jų pokyčiui, nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai su nuovargio ( $r=0,13$   $p=0,047$ ) ir dusulio ( $r=0,18$   $p=0,008$ ) pasireiškimu atvykus į ligoninę ir reikšmingas neigiamas ryšis su skausmo pasireiškimu išvykstant ( $r=-0,13$   $p=0,048$ ) – atvykus į ligoninę vyresnius pacientus žymiai dažniau vargino dusulys ir nuovargis nei jaunesnius pacientus, tuo tarpu išvykstant skausmo simptomai dažniau vargino jaunesnius nei vyresnius (11 lentelė, p. 48).

Pacientų išsilavinimas neturėjo reikšmingos įtakos nusiskundimų vertinimams gydymo eigoje (11 lentelė, p. 48).

11 lentelė. Pacientų lyties, amžiaus ir išsilavinimo įtaka nusiskundimų vertinimams gydymo eigoje

Simptomai		Lytis		Amžius		Išsilavinimas	
		r	p	r	p	r	p
Atvykus	Skausmas	-0,18	0,007	0,04	ns	-0,08	ns
	Nuovargis	-0,10	ns	0,13	0,047	-0,07	ns
	Silpnumas	-0,09	ns	0,10	ns	-0,06	ns
	Pykinimas ar noras vemti	-0,19	0,004	0,01	ns	-0,08	ns
	Apetito stoka	-0,08	ns	0,03	ns	-0,09	ns
	Mieguistumas	0,00	ns	-0,06	ns	-0,07	ns
	Dusulys	-0,10	ns	0,18	0,008	-0,12	ns
	Niežėjimas	0,04	ns	0,03	ns	-0,05	ns
	Suminis nusiskundimų rodiklis	-0,10	ns	0,07	ns	-0,09	ns
Išvykstant	Skausmas	0,13	ns	-0,13	0,048	-0,01	ns
	Nuovargis	0,09	ns	-0,01	ns	-0,09	ns
	Silpnumas	0,06	ns	0,01	ns	-0,11	ns
	Pykinimas ar noras vemti	0,17	0,011	-0,02	ns	0,00	ns
	Apetito stoka	0,07	ns	0,04	ns	-0,09	ns
	Mieguistumas	0,07	ns	-0,02	ns	-0,07	ns
	Dusulys	-0,05	ns	0,13	ns	-0,09	ns
	Niežėjimas	0,12	ns	-0,06	ns	0,05	ns
	Suminis nusiskundimų rodiklis	0,10	ns	-0,02	ns	-0,09	ns
<b>Nusiskundimų pokytis</b>		<b>0,15</b>	<b>0,024</b>	<b>-0,07</b>	<b>ns</b>	<b>0,04</b>	<b>ns</b>

9 lentelės požymių kodavimas: „Lytis“: „1“ - vyrai, „2“ - moterys; „Išsilavinimas“: „1“ - ne aukštasis, „2“ - aukštasis; ns - statistiškai nereikšmingas ryšys

Nagrinėjant pacientų nusiskundimų gydymo eigoje vertinimus bei jų pokytį priklausomai nuo gyvenamosios vietos reikšmingų ryšių nenustatėme (12 lentelė, p. 49).

Nustatyti reikšmingi ryšiai tarp pacientų darbinės padėties ir suminio nusiskundimo rodiklio ( $r=0,14$   $p=0,036$ ) ir ypač tokių simptomų kaip skausmo ( $r=0,17$   $p=0,014$ ) ir dusulio ( $r=0,19$   $p=0,005$ ) pasireiškimo atvykus į ligoninę. Išvykstant iš ligoninės darbinė padėtis jau nebeturėjo įtakos nusiskundimų simptomų pasireiškimui, bet turėjo nusiskundimų pokyčio vertinimui ( $r=-0,15$   $p=0,026$ ). Gauti rezultatai parodė, kad atvykus į ligoninę nedarbančius pacientus žymiai dažniau vargino skausmas ir dusulys, tačiau šiems rezultatams galėjo turėti įtakos ne darbinė padėtis, o tai, kad didesnę nedarbančių dalį sudarė pensijinio amžiaus pacientai. Nustatytas reikšmingas ryšys tarp darbinės padėties ir nusiskundimų pokyčio parodė, kad nedarbantiems stebėtas didesnis nusiskundimų sumažėjimas gydymo eigoje nei dirbantiems (12 lentelė, p. 49).

Tyrimas parodė kad nusiskundimų simptomų, ypač atvykus į ligoninę, vertinimams turėjo didelės įtakos pacientų šeiminė padėtis – atvykus į ligoninę vieniši pacientai turėjo žymiai daugiau nusiskundimų ( $r=0,21$   $p=0,001$ ) nei nevieniši, jie labiau skundėsi skausmu ( $r=0,24$   $p<0,001$ ), nuovargiu ( $r=0,23$   $p<0,001$ ), silpnumu ( $r=0,22$   $p=0,001$ ), pykinimu ( $r=0,15$   $p=0,030$ ), apetito stoka ( $r=0,15$   $p=0,024$ ), mieguistumu ( $r=0,21$   $p=0,001$ ) ir dusuliu ( $r=0,16$   $p=0,015$ ) nei nevieniši pacientai. Išvykstant atvirkščiai - nevieniši pacientai labiau skundėsi pykinimu ( $r=-0,15$   $p=0,026$ ) ir niežėjimu ( $r=-0,13$   $p=0,045$ ) nei vieniši pacientai. Suminiam nusiskundimų rodikliui išvykstant pacientų

šeiminė padėtis nebeturėjo reikšmingos įtakos. Didesnis nusiskundimų sumažėjimas stebėtas vienišų pacientų grupėje ( $r=-0,24$   $p<0,001$ ) (12 lentelė).

12 lentelė. Pacientų gyvenamosios vietos, darbinės ir šeiminės padėties įtaka nusiskundimų vertinimams gydymo eigoje

Simptomai		Gyvenamoji vieta		Darbinė padėtis		Šeiminė padėtis	
		r	p	r	p	r	p
Atvykus	Skausmas	-0,04	ns	0,17	0,014	0,24	<0,001
	Nuovargis	-0,06	ns	0,13	ns	0,23	<0,001
	Silpnumas	-0,07	ns	0,12	ns	0,22	0,001
	Pykinimas ar noras vemti	-0,06	ns	0,13	ns	0,15	0,030
	Apetito stoka	-0,06	ns	0,12	ns	0,15	0,024
	Mieguistumas	-0,09	ns	0,07	ns	0,21	0,001
	Dusulius	-0,07	ns	0,19	0,005	0,16	0,015
	Niežėjimas	-0,02	ns	0,01	ns	0,05	ns
	Suminis nusiskundimų rodiklis	-0,08	ns	0,14	0,036	0,21	0,001
Išvykstant	Skausmas	0,00	ns	-0,09	ns	-0,10	ns
	Nuovargis	0,06	ns	-0,05	ns	0,01	ns
	Silpnumas	-0,07	ns	-0,02	ns	-0,01	ns
	Pykinimas ar noras vemti	-0,10	ns	-0,03	ns	-0,15	0,026
	Apetito stoka	-0,02	ns	-0,03	ns	-0,02	ns
	Mieguistumas	-0,07	ns	-0,03	ns	0,03	ns
	Dusulius	0,00	ns	0,10	ns	-0,07	ns
	Niežėjimas	-0,02	ns	-0,11	ns	-0,13	0,045
	Suminis nusiskundimų rodiklis	-0,02	ns	-0,05	ns	-0,05	ns
<b>Nusiskundimų pokytis</b>		<b>0,05</b>	<b>ns</b>	<b>-0,15</b>	<b>0,026</b>	<b>-0,24</b>	<b>&lt;0,001</b>

Požymių kodavimas: „Gyvenamoji vieta“ : „1“ - kaimas/miestelis, „2“ - miestas; „Šeiminė padėtis“: „1“ - nevieniši, „2“ - vieniši; „Darbinė padėtis“: „1“ - dirbantys, „2“ - nedirbantys; ns- statistiškai nereikšmingas ryšys

Nagrinėjant pacientų kitų lėtinių ligų įtaką nusiskundimų pasireiškimui gydymo eigoje nustatyta, kad atvykus į ligoninę kitos lėtinės ligos neturėjo įtakos pacientų nusiskundimams, tačiau išvykstant pacientai sergantys kitomis lėtinėmis ligomis turėjo žymiai daugiau nusiskundimų ( $r=0,16$   $p=0,021$ ), jie dažniau skundėsi dusuliu ( $r=0,20$   $p=0,002$ ), apetito stoka ( $r=0,19$   $p=0,005$ ) bei nuovargiu ( $r=0,13$   $p=0,047$ ) nei pacientai neturintys kitų lėtinių ligų (13 lentelė, p. 50).

Nagrinėjant hospitalizacijos pobūdžio (planinė/skubi) įtaką nusiskundimams gydymo eigoje nustatyta, kad atvykus į ligoninę pacientai, kurie buvo hospitalizuoti skubos tvarka, turėjo žymiai daugiau nusiskundimų ( $r=0,29$   $p<0,011$ ), jie labiau skundėsi skausmu ( $r=0,31$   $p<0,001$ ), silpnumu ( $r=0,27$   $p<0,001$ ), nuovargiu ( $r=0,25$   $p<0,001$ ), pykinimu ( $r=0,25$   $p<0,001$ ), mieguistumu ( $r=0,24$   $p<0,001$ ), apetito stoka ( $r=0,23$   $p=0,001$ ) bei dusuliu ( $r=0,19$   $p=0,005$ ) nei hospitalizuoti planine tvarka pacientai. Po gydymo nusiskundimų pasireiškimas nebe priklausė nuo hospitalizacijos pobūdžio. Didesnis nusiskundimų sumažėjimo rodiklis stebėtas pacientų operuotų skubos tvarka grupėje ( $r=-0,22$   $p=0,001$ ) (13 lentelė, p. 50).

Atvykus į ligoninę nuovargiu ( $r=-0,20$   $p=0,003$ ) ir silpnumu ( $r=-0,18$   $p=0,008$ ) labiau skundėsi pacientai, kurie buvo hospitalizuojami jau ne pirmą kartą, nei pacientai hospitalizuoti pirmą kartą (13 lentelė).

Tyrimas parodė, kad didesnis nusiskundimų simptomų pasireiškimas ( $r=0,38$   $p<0,001$ ) atvykus į ligoninę yra labai reikšmingai susijęs su hospitalizacijos trukme, pacientai turėję daugiau nusiskundimų ir jų dažnesnius pasireiškimus ilgiau praleido ligoninėje, nei pacientai, turėję mažiau nusiskundimų. Išvykstant pacientai ilgiau gulėję ligoninėje mažiau skundėsi skausmu ( $r=-0,16$   $p=0,014$ ) ir pykinimu ( $r=-0,15$   $p=0,024$ ) nei pacientai, kurie praleido ligoninėje mažiau laiko. Didesnis nusiskundimų sumažėjimas stebėtas pacientų ilgiau gulėjusių ligoninėje ( $r=-0,38$   $p<0,001$ ) (13 lentelė).

13 lentelė. Kitų lėtinių ligų ir hospitalizacijos rodiklių įtaka nusiskundimų vertinimams gydymo eigoje

Simptomai		Kito lėtinės ligos		Hospitalizacija							
				Pobūdis		Pirmas kartas		Trukmė		Grįžimas namo	
				r	p	r	p	r	p	r	p
Atvykus	Skausmas	0,05	ns	0,31	<0,001	-0,10	ns	0,35	<0,001	0,08	ns
	Nuovargis	0,06	ns	0,25	<0,001	-0,20	0,003	0,34	<0,001	0,10	ns
	Silpnumas	0,08	ns	0,27	<0,001	-0,18	0,008	0,37	<0,001	0,07	ns
	Pykinimas ar noras vemti	-0,01	ns	0,25	<0,001	-0,04	ns	0,26	<0,001	0,11	ns
	Apetito stoka	0,00	ns	0,23	0,001	-0,05	ns	0,31	<0,001	0,13	0,046
	Mieguistumas	-0,05	ns	0,24	<0,001	-0,05	ns	0,30	<0,001	0,04	ns
	Dusulis	0,12	ns	0,19	0,005	-0,10	ns	0,35	<0,001	0,14	0,038
	Niežėjimas	-0,02	ns	0,13	ns	0,00	ns	0,25	<0,001	0,10	ns
	<b>Suminis nusiskundimų rodiklis</b>	<b>0,04</b>	<b>ns</b>	<b>0,29</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,11</b>	<b>ns</b>	<b>0,38</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,12</b>	<b>ns</b>
Išvykstant	Skausmas	0,08	ns	0,10	ns	0,08	ns	-0,16	0,014	0,05	ns
	Nuovargis	0,13	0,047	0,08	ns	-0,03	ns	0,08	ns	0,18	0,007
	Silpnumas	0,13	ns	0,08	ns	-0,04	ns	0,08	ns	0,17	0,011
	Pykinimas ar noras vemti	0,10	ns	-0,02	ns	0,04	ns	-0,15	0,024	0,07	ns
	Apetito stoka	0,19	0,005	0,00	ns	0,02	ns	-0,04	ns	0,20	0,003
	Mieguistumas	0,10	ns	0,02	ns	-0,01	ns	0,02	ns	0,16	0,017
	Dusulis	0,20	0,002	-0,04	ns	-0,06	ns	0,04	ns	0,17	0,011
	Niežėjimas	0,03	ns	-0,04	ns	0,08	ns	-0,10	ns	0,14	0,033
	<b>Suminis nusiskundimų rodiklis</b>	<b>0,16</b>	<b>0,021</b>	<b>0,04</b>	<b>ns</b>	<b>0,01</b>	<b>ns</b>	<b>0,00</b>	<b>ns</b>	<b>0,18</b>	<b>0,009</b>
<b>Nusiskundimų skirtumas</b>	<b>0,06</b>	<b>ns</b>	<b>-0,22</b>	<b>0,001</b>	<b>0,13</b>	<b>ns</b>	<b>-0,38</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,00</b>	<b>ns</b>	

Požymių kodavimas: „Kitos lėtinės ligos“: „0“ - nėra, „1“ - yra; „Hospitalizacijos pobūdis“: „1“ - planinė, „2“ - skubi; „Hospitalizacijos pirmas kartas“: „0“ - ne, „1“ - taip; „Grįžimas namo“: „1“ - taip, „2“ - ne; ns - statistiškai nereikšmingas ryšys

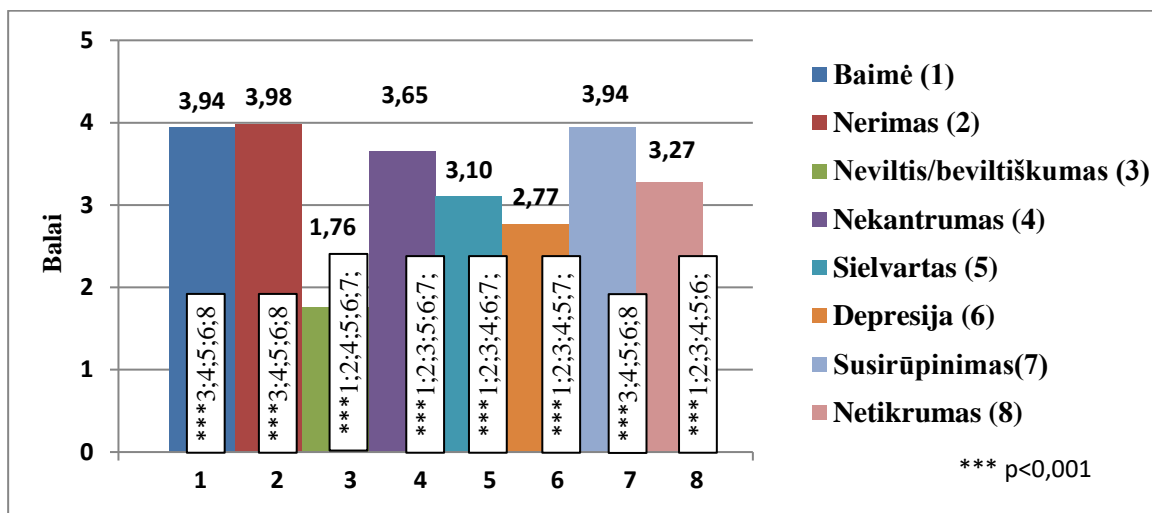
Pacientai, kurie po ligoninės vyko į kitą gydymo įstaigą, jau atvykus į ligoninę labiau skundėsi apetito stoka ( $r=0,13$   $p=0,046$ ) bei dusuliu ( $r=0,14$   $p=0,038$ ) nei pacientai, kurie po ligoninės grįžo namo. Po gydymo pacientai, vykstantys į kitas gydymo įstaigas, turėjo žymiai daugiau nusiskundimų ( $r=0,18$   $p=0,009$ ) ir ypač dėl apetito stokos ( $r=0,20$   $p=0,003$ ), nuovargio ( $r=0,18$   $p=0,007$ ), silpnumo ( $r=0,17$   $p=0,011$ ), dusulio ( $r=0,17$   $p=0,011$ ), mieguistumo ( $r=0,16$   $p=0,017$ ) ir niežėjimo ( $r=0,14$   $p=0,033$ ) nei pacientai vykstantys namo (13 lentelė, p. 50).

Siekiant tiksliau įvertinti pacientų psichoemocinę savijautą patekus į ligoninę operaciniam gydymui, buvo atliekamas emocinės būklės vertinimas priešoperaciniu ir pooperaciniu laikotarpiu (parodo pacientų jaučiamą stresą bei nerimą). Tyrimo metu pacientai prieš operaciją ir išsirašant iš ligoninės turėjo įvertinti savo emocinę būklę. Buvo pateikti vertinimui sekantys simptomai: baimė, nerimas, neviltis ar beviltiškumas, nekantrumas, sielvartas, depresija, susirūpinimas ir netikrumas. Šiuos simptomus reikėjo įvertinti nuo 0 iki 5, kur 0 - reiškia „niekada“, 1 - „labai retai“, 2 - „retai“, 3 - „dažnai“, 4 - „labai dažnai“ ir 5 - „visada“ priklausomai nuo jų jutimo.

Buvo apskaičiuoti savijautos suminiai rodikliai, atspindintys pacientų emocinę būklę. Šie rodikliai galėjo įgyti reikšmes nuo 0 iki 40 balų. Taip pat buvo apskaičiuotas apibendrintas šių rodiklių skirtumas.

Emocinės būklės rodiklis atvykus į ligoninę atitiko normalųjį pasiskirstymą, o išvykstant emocinės būklės rodiklis ir pokytis neatitiko normalaus pasiskirstymo.

Emocinės būklės rodiklio atvykus į ligoninę vidurkis buvo  $17,42 \pm 12,41$  balų. Palyginus atskirų emocinės būklės simptomų vertinimus tik atvykus į ligoninę nustatyta, kad pacientai labiausiai jautė nerimą ( $3,98 \pm 1,30$  balų), baimę ( $3,94 \pm 1,36$  balų), susirūpinimą ( $3,94 \pm 1,37$  balų), rečiausiai – neviltį/beviltiškumą ( $1,76 \pm 1,16$  balų) (3 pav.).



3 pav. Pacientų emocinės būklės simptomų vertinimai atvykus į ligoninę

Palyginus pacientų emocinės būklės simptomų vertinimus atvykus į ligoninę ir išvykstant nustatyti visų rodiklių itin reikšmingi ( $p < 0,001$ ) skirtumai – visų simptomų pasireiškimas gydymo pabaigoje ženkliai sumažėjo. Bendro emocinės būklės rodiklio išvykstant vidurkis lygus  $8,41 \pm 6,62$  balų ( $p < 0,001$ ), pokyčio vidurkis -  $(-18,01 \pm 11,75)$  balų (14 lentelė).

14 lentelė. Pacientų emocinės būklės simptomų vertinimų skirtumai gydymo eigoje

<b>Simptomai</b>	<b>Atvykus</b>	<b>Išvykstant</b>	<b>p</b>
Baimė	$3,94 \pm 1,36$	$1,34 \pm 1,21$	$< 0,001$
Nerimas	$3,98 \pm 1,30$	$1,65 \pm 1,08$	$< 0,001$
Neviltis/beviltiškumas	$1,76 \pm 1,16$	$0,97 \pm 1,10$	$< 0,001$
Nekantrumas	$3,65 \pm 1,59$	$1,03 \pm 1,29$	$< 0,001$
Sielvartas	$3,10 \pm 1,65$	$0,61 \pm 0,96$	$< 0,001$
Depresija	$2,77 \pm 1,68$	$0,45 \pm 0,90$	$< 0,001$
Susirūpinimas	$3,94 \pm 1,37$	$1,76 \pm 1,32$	$< 0,001$
Netikrumas	$3,27 \pm 1,74$	$0,59 \pm 0,98$	$< 0,001$
<b>Emocinė būklė (suminis rodiklis)</b>	<b><math>17,42 \pm 12,41</math></b>	<b><math>8,41 \pm 6,62</math></b>	<b><math>&lt; 0,001</math></b>
<b>Pokytis</b>	<b><math>-18,01 \pm 11,75</math></b>		

Tyrimo rezultatai parodė, kad vyrų ir moterų emocinė būklė atvykus į ligoninę buvo panaši – reikšmingų skirtumų nenustatyta. Tačiau išvykstant moterų emocinė būklė ( $r = 0,23$   $p = 0,001$ ) buvo žymiai prastesnė nei vyrų – jos dažniau sielvartavosi ( $r = 0,24$   $p < 0,001$ ), nerimavo ( $r = 0,20$   $p = 0,003$ ), nekantravo ( $r = 0,18$   $p = 0,008$ ), buvo labiau susirūpinusios ( $r = 0,19$   $p = 0,006$ ), depresiškos ( $r = 0,16$   $p = 0,020$ ), dažniau jautė netikrumą ir baimę ( $r = 0,14$   $p = 0,045$ ) nei vyrai. Nustatytas reikšmingas ryšis tarp lyties ir emocinės būklės pokyčio ( $r = 0,15$   $p = 0,030$ ) parodė, kad vyrams išvykstant žymiai labiau pagerėjo emocinė būklė nei moterims (15 lentelė, p. 53).

Atvykus į ligoninę vyresnio amžiaus pacientai buvo prastesnės emocinės būklės ( $r = 0,15$   $p = 0,028$ ) nei jaunesni pacientai, jie labiau buvo susirūpinę ( $r = 0,17$   $p = 0,010$ ), jautė didesnę netikrumą ( $r = 0,13$   $p = 0,047$ ). Išvykstant iš ligoninės emocinė būklė vyresnių ir jaunesnių pacientų buvo panaši, tik jaunesni pacientai labiau nekantravo nei vyresni pacientai ( $r = -0,14$   $p = 0,042$ ). Pacientų emocinės būklės pokytis priklausomai nuo amžiaus buvo panašus (15 lentelė, p. 53).

Pacientų emocinė būklė atvykus į ligoninę ir išvykstant bei jos pokytis nepriklausė nuo pacientų išsilavinimo (15 lentelė, p. 53).

15 lentelė. Pacientų lyties, amžiaus ir išsilavinimo įtaka emocinei būklei gydymo eigoje

Simptomai		Lytis		Amžius		Išsilavinimas	
		r	p	r	p	r	p
Atvykus	Baimė	-0,02	ns	0,11	ns	-0,06	ns
	Nerimas	-0,04	ns	0,13	ns	-0,08	ns
	Neviltis/beviltiškumas	0,00	ns	0,09	ns	-0,03	ns
	Nekantrumas	-0,08	ns	0,12	ns	-0,08	ns
	Sielvartas	0,01	ns	0,13	ns	-0,04	ns
	Depresija	0,12	ns	0,09	ns	-0,03	ns
	Susirūpinimas	-0,07	ns	0,17	0,010	-0,12	ns
	Netikrumas	-0,09	ns	0,13	0,047	-0,07	ns
	<b>Emocinė būklė</b>	<b>0,01</b>	<b>ns</b>	<b>0,15</b>	<b>0,028</b>	<b>-0,09</b>	<b>ns</b>
Išvykstant	Baimė	0,14	0,045	0,01	ns	-0,11	ns
	Nerimas	0,20	0,003	0,03	ns	-0,11	ns
	Neviltis/beviltiškumas	0,10	ns	0,07	ns	-0,03	ns
	Nekantrumas	0,18	0,008	-0,14	0,042	0,04	ns
	Sielvartas	0,24	<0,001	-0,02	ns	0,00	ns
	Depresija	0,16	0,020	0,08	ns	-0,07	ns
	Susirūpinimas	0,19	0,006	0,08	ns	-0,11	ns
	Netikrumas	0,19	0,005	-0,01	ns	-0,02	ns
	<b>Emocinė būklė</b>	<b>0,23</b>	<b>0,001</b>	<b>0,01</b>	<b>ns</b>	<b>-0,08</b>	<b>ns</b>
<b>Pokytis</b>	<b>0,15</b>	<b>0,030</b>	<b>-0,12</b>	<b>ns</b>	<b>0,02</b>	<b>ns</b>	

Požymių kodavimas: „Lytis“: „1“ - vyrai, „2“ - moterys; „Išsilavinimas“: „1“ - ne aukštasis, „2“ - aukštasis; ns - statistiškai nereikšmingas ryšys

Tyrimas parodė kad emocinė būklė atvykus į ligoninę priklausė nuo pacientų šeiminių padėties - atvykus į ligoninę vieniši pacientai buvo prastesnės emocinės būklės nei nevieniši pacientai ( $r=0,19$   $p=0,005$ ), jie labiau buvo nekantrūs ( $r=0,23$   $p=0,001$ ), susirūpinę ( $r=0,16$   $p=0,017$ ), labiau nerimavo ( $r=0,17$   $p=0,014$ ), baiminosi ( $r=0,17$   $p=0,010$ ), sielvartavo ( $r=0,18$   $p=0,009$ ) ir jautė didesnę netikrumą ( $r=0,22$   $p=0,001$ ). Išvykstant iš ligoninės vienišų ir nevienišų pacientų emocinė būklė buvo panaši. Didesnis emocinės pokyčio gerėjimas stebėtas vienišų pacientų grupėje ( $r=-0,21$   $p=0,002$ ) (16 lentelė, p. 54).

Nustatyti reikšmingi ryšiai tarp pacientų darbinės padėties ir emocinės būklės ( $r=0,16$   $p=0,018$ ) ir ypač tokių simptomų kaip netikrumo pojūčio ( $r=0,19$   $p=0,012$ ), nerimo ( $r=0,17$   $p=0,012$ ), baimės ( $r=0,16$   $p=0,016$ ), susirūpinimo ( $r=0,16$   $p=0,018$ ) ir depresiškumo ( $r=0,14$   $p=0,037$ ) pasireiškimo atvykus į ligoninę. Gauti rezultatai parodė, kad atvykus į ligoninę nedirbantys pacientai buvo labiau prastesnės emocinės būklės nei dirbantys pacientai – jie labiau jautė netikrumą, baimę, nerimą, buvo labiau susirūpinę ir depresiškos nuotaikos nei dirbantys pacientai. Išvykstant dirbančių ir nedirbančių pacientų bendra emocinė būklė buvo panaši, tik dirbantys pacientai buvo labiau nekantrūs ( $r=-0,14$   $p=0,033$ ) nei nedirbantys. Nustatytas reikšmingas ryšys tarp darbinės padėties ir emocinės būklės pokyčio ( $r=-0,18$   $p=0,007$ ) parodė, kad nedirbančių pacientų emocinės būklės pagerėjimas gydymo eigoje buvo didesnis nei dirbančių pacientų (16 lentelė, p. 54).

Pacientų emocinė būklė atvykus į ligoninę ir išvykstant bei jos pokytis nepriklausė nuo pacientų gyvenamosios vietos (16 lentelė).

16 lentelė. Pacientų gyvenamosios vietos, darbinės ir šeiminės padėties įtaka emocinei būklei gydymo eigoje

Simptomai		Gyvenamoji vieta		Šeiminė padėtis		Darbinė padėtis	
		r	p	r	p	r	p
Atvykus	Baimė	-0,06	ns	0,17	0,010	0,16	0,016
	Nerimas	-0,08	ns	0,17	0,014	0,17	0,012
	Neviltis/beviltiškumas	-0,01	ns	0,04	ns	-0,01	ns
	Nekantrumas	-0,08	ns	0,23	0,001	0,13	ns
	Sielvartas	-0,01	ns	0,18	0,009	0,13	ns
	Depresija	-0,04	ns	0,10	ns	0,14	0,037
	Susirūpinimas	-0,08	ns	0,16	0,017	0,16	0,018
	Netikrumas	-0,04	ns	0,22	0,001	0,19	0,004
	<b>Emocinė būklė</b>	<b>-0,06</b>	<b>ns</b>	<b>0,19</b>	<b>0,005</b>	<b>0,16</b>	<b>0,018</b>
Išvykstant	Baimė	-0,13	ns	-0,10	ns	-0,04	ns
	Nerimas	-0,05	ns	-0,04	ns	-0,08	ns
	Neviltis/beviltiškumas	-0,05	ns	0,00	ns	-0,03	ns
	Nekantrumas	-0,06	ns	-0,11	ns	-0,14	0,033
	Sielvartas	-0,07	ns	-0,01	ns	-0,04	ns
	Depresija	-0,10	ns	-0,11	ns	-0,02	ns
	Susirūpinimas	-0,07	ns	-0,09	ns	-0,04	ns
	Netikrumas	0,05	ns	-0,11	ns	-0,10	ns
	Emocinė būklė	-0,07	ns	-0,10	ns	-0,09	ns
<b>Pokytis</b>	<b>0,00</b>	<b>ns</b>	<b>-0,21</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,18</b>	<b>0,007</b>	

Požymių kodavimas: „Gyvenamoji vieta“ „1“ -kaimas/miestelis, „2“ - miestas; „Šeiminė padėtis“: „1“ - nevieniši, „2“ - vieniši; „Darbinė padėtis“: „1“ - dirbantys, „2“ - nedirbantys; ns- statistiškai nereikšmingas ryšys

Nagrinėjant pacientų kitų lėtinių ligų įtaką emocinei būklei gydymo eigoje nustatyta, kad prieš operaciją kitos lėtinės ligos neturėjo įtakos emocinei būklei, tačiau išvykstant pacientų, sergančių kitomis lėtinėmis ligomis, emocinė būklė buvo žymiai blogesnė ( $r=0,17$   $p=0,010$ ) nei pacientų, nesergančių lėtinėmis ligomis – jie buvo labiau depresiškos nuotaikos ( $r=0,22$   $p=0,001$ ), susirūpinę ( $r=0,21$   $p=0,002$ ), labiau sielvartavo ( $r=0,17$   $p=0,013$ ), juos labiau kankino netikrumas ( $r=0,18$   $p=0,010$ ). Emocinės būklės pokytis gydymo eigoje nepriklausė nuo kitų lėtinių ligų buvimo – tiek pacientų, sergančių kitomis lėtinėmis ligomis, tiek pacientų be lėtinių ligų buvo panašus (17 lentelė, p. 55).

Tyrimo rezultatai parodė, kad atvykus į ligoninę pacientai, kurie buvo hospitalizuoti skubos tvarka, buvo žymiai blogesnės emocinės būklės ( $r=0,15$   $p=0,023$ ) nei pacientai hospitalizuoti planine tvarka - jie buvo labiau nekantresni ( $r=0,21$   $p=0,002$ ), labiau sielvartavo ( $r=0,18$   $p=0,008$ ), nerimavo ( $r=0,16$   $p=0,019$ ), juos labiau kankino baimės jausmas ( $r=0,17$   $p=0,009$ ), netikrumas ( $r=0,16$   $p=0,018$ ). Išvykstant emocinė būklė hospitalizuotų skubos tvarka pacientų ir pacientų hospitalizuotų

planine tvarka buvo panaši. Emocinės būklės pokytis gydymo eigoje buvo didesnis pacientų hospitalizuotų skubos tvarka ( $r=-0,20$   $p=0,004$ ) (17 lentelė).

17 lentelė. Kitų lėtinių ligų ir hospitalizacijos rodiklių įtaka emocinei būklei gydymo eigoje

Simptomai	Kitos lėtinės ligos		Hospitalizacija								
			Pobūdis		Pirmas kartas		Trukmė		Grįžimas namo		
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	
Atvykus	Baimė	0,06	ns	0,17	0,009	-0,21	0,002	0,35	<0,001	0,10	ns
	Nerimas	0,07	ns	0,16	0,019	-0,20	0,003	0,36	<0,001	0,10	ns
	Neviltis/beviltiškumas	0,06	ns	-0,01	ns	0,01	ns	0,13	ns	0,06	ns
	Nekantrumas	0,08	ns	0,21	0,002	-0,21	0,001	0,37	<0,001	0,10	ns
	Sielvartas	0,04	ns	0,18	0,008	-0,21	0,002	0,39	<0,001	0,06	ns
	Depresija	0,04	ns	0,11	ns	-0,20	0,003	0,32	<0,001	0,04	ns
	Susirūpinimas	0,10	ns	0,12	ns	-0,18	0,006	0,31	<0,001	0,11	ns
	Netikrumas	0,07	ns	0,16	0,018	-0,23	0,001	0,44	<0,001	0,04	ns
<b>Emocinė būklė</b>	<b>0,09</b>	<b>ns</b>	<b>0,15</b>	<b>0,023</b>	<b>-0,23</b>	<b>0,001</b>	<b>0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,08</b>	<b>ns</b>	
Išvykstant	Baimė	0,10	ns	-0,01	ns	0,12	ns	-0,08	ns	0,16	0,020
	Nerimas	0,12	ns	0,01	ns	0,02	ns	-0,08	ns	0,16	0,021
	Neviltis/beviltiškumas	0,13	ns	-0,06	ns	-0,03	ns	0,04	ns	0,10	ns
	Nekantrumas	0,06	ns	-0,11	ns	0,11	ns	-0,18	0,008	0,02	ns
	Sielvartas	0,17	0,013	-0,13	0,047	0,07	ns	-0,17	0,010	0,17	0,010
	Depresija	0,22	0,001	-0,08	ns	-0,03	ns	-0,08	ns	0,15	0,030
	Susirūpinimas	0,21	0,002	-0,08	ns	-0,03	ns	-0,02	ns	0,12	ns
	Netikrumas	0,18	0,007	-0,09	ns	-0,03	ns	-0,07	ns	0,07	ns
<b>Emocinė būklė</b>	<b>0,17</b>	<b>0,010</b>	<b>-0,10</b>	<b>ns</b>	<b>0,03</b>	<b>ns</b>	<b>-0,12</b>	<b>ns</b>	<b>0,14</b>	<b>0,044</b>	
<b>Pokytis</b>	<b>0,05</b>	<b>ns</b>	<b>-0,20</b>	<b>0,004</b>	<b>0,20</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,39</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,03</b>	<b>ns</b>	

Požymių kodavimas: „Kitos lėtinės ligos“: „0“ - nėra, „1“ - yra; „Hospitalizacijos pobūdis“: „1“ - planinė, „2“ - skubi; „Hospitalizacijos pirmas kartas“: „0“ - ne, „1“ - taip; „Grįžimas namo“: „1“ - taip, „2“ - ne; ns- statistiškai nereikšmingas ryšys

Pacientų emocinė būklė atvykus į ligoninę labai priklausė nuo hospitalizacijos karto - pacientų, kurie buvo hospitalizuojami jau ne pirmą kartą, buvo žymiai prastesnės emocinės būklės nei pacientai, kurie buvo hospitalizuoti pirmą kartą ( $r=-0,23$   $p=0,001$ ) – juos labiau kankino netikrumo jausmas ( $r=-0,21$   $p=0,001$ ), baimė ( $r=-0,21$   $p=0,002$ ), nerimas ( $r=-0,20$   $p=0,003$ ), jie labiau buvo nekantrūs ( $r=-0,21$   $p=0,001$ ), depresiški ( $r=-0,20$   $p=0,003$ ), susirūpinę ( $r=-0,18$   $p=0,006$ ), labiau sielvartavo ( $r=-0,21$   $p=0,002$ ). Išvykstant pacientų emocinė būklė priklausomai nuo hospitalizavimo dažnio buvo panaši. Reikšmingai didesnis emocinės būklės pokytis buvo pacientų hospitalizuojamų jau ne pirmą kartą ( $r=0,20$   $p=0,002$ ) (17 lentelė).

Tyrimas parodė, kad blogesnė emocinė būklė ( $r=0,42$   $p<0,001$ ) atvykus į ligoninę buvo itin reikšmingai susijusi su ilgesnė hospitalizacijos trukme, pacientai, kurie ilgiau gulėjo ligoninėje, jau

atvykus buvo žymiai blogesnės emocinės būklės, juos labiau kankino beveik visi darbe nagrinėjami simptomai ( $r=[0,31-0,44]$ ), išskyrus nevilgtį/bevilgtiškumą, nei pacientus, kurie ligoninėje gulėjo trumpiau. Išvykstant pacientus, ilgiau gulėjusius ligoninėje, žymiai mažiau kankino netikrumo jausmas ( $r=-0,18$   $p=0,008$ ), jie mažiau sielvartavo ( $r=-0,17$   $p=0,010$ ) nei pacientai, kurie praleido ligoninėje mažiau laiko. Didesnis emocinis būklės pokytis buvo pacientų ilgiau gulėjusių ligoninėje ( $r=-0,39$   $p<0,001$ ) (17 lentelė, p. 55).

Pacientų, kurie buvo išrašyti namo, ir pacientų, nukreiptų į kitas gydymo įstaigas, emocinė būklė atvykus į ligoninę buvo panaši. Po gydymo pacientai, vykstantys į kitas gydymo įstaigas, buvo prastesnės emocinės būklės ( $r=0,14$   $p=0,044$ ), juos labiau kankino baimės jausmas ( $r=0,16$   $p=0,020$ ), nerimas ( $r=0,16$   $p=0,021$ ), sielvartas ( $r=0,17$   $p=0,010$ ), depresija ( $r=0,15$   $p=0,030$ ) nei pacientus vykstančius namo. Emocinės būklės pokytis gydymo eigoje pacientų vykstančių namo ir pacientų vykstančių į kitas gydymo įstaigas buvo panašus (17 lentelė, p. 55).

18 lentelė. Pacientų informuotumo lūkesčių ir jų patenkinimo sąsajos su emocine būkle ir jos pokyčių gydymo eigoje

Sritis		Emocinė būklė					
		Atvykus		Išvykstant		Pokytis	
		r	p	r	p	r	p
Lūkesčiai	Biologinė-fiziologinė	0,48	<0,001	-0,16	0,015	-0,50	<0,001
	Funkcinė	0,39	<0,001	-0,17	0,014	-0,40	<0,001
	Eksperimentinė-emocinė	0,27	<0,001	-0,10	ns	-0,27	<0,001
	Etikos	0,51	<0,001	-0,17	0,010	-0,52	<0,001
	Socialinė	0,24	<0,001	0,20	0,003	-0,08	ns
	Finansinė	0,20	0,002	0,16	0,016	-0,07	ns
	<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>0,36</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,03</b>	<b>ns</b>	<b>-0,28</b>	<b>&lt;0,001</b>
Lūkesčių patenkinimas	Biologinė-fiziologinė	0,51	<0,001	-0,22	0,001	-0,54	<0,001
	Funkcinė	0,45	<0,001	-0,19	0,006	-0,47	<0,001
	Eksperimentinė-emocinė	0,25	<0,001	-0,03	ns	-0,23	<0,001
	Etikos	0,51	<0,001	-0,23	<0,001	-0,56	<0,001
	Socialinė	0,21	0,002	0,15	0,030	-0,09	ns
	Finansinė	0,25	<0,001	0,21	0,001	-0,10	ns
	<b>Bendras informuotumo rodiklis</b>	<b>0,31</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,08</b>	<b>ns</b>	<b>-0,21</b>	<b>0,002</b>

ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Pacientai su blogesne emocine būkle atvykimo į ligoninę metu turėjo didesnius informuotumo lūkesčius ( $r=0,36$   $p<0,001$ ) visais aspektais ir ypač informacijos susijusios su etikos ( $r=0,51$   $p<0,001$ ) ir biologiniais-fiziologiniais ( $r=0,48$   $p<0,001$ ) aspektais, tačiau jie buvo ir labiau patenkinti gautomis žiniomis bendrai ( $r=0,31$   $p<0,001$ ) ir atskirais rūpimais aspektais (biologiniais-fiziologiniais ( $r=0,51$   $p<0,001$ ), etikos ( $r=0,51$   $p<0,001$ ), funkciniais ( $r=0,45$   $p<0,001$ ), finansiniais ( $r=0,25$   $p<0,001$ ), eksperimentiniais-emociniais ( $r=0,25$   $p<0,001$ ) ir socialiniais ( $p=0,21$   $p=0,002$ )) nei pacientai su geresne emocine būkle (18 lentelė).

Pacientai su geresne emocine būkle išvykstant turėjo didesnius informuotumo lūkesčius ir buvo labiau patenkinti gautomis žiniomis, susijusiomis su etikos ( $r=-0,17$   $p=0,010$  vs  $r=-0,23$   $p<0,001$ ), funkciniais ( $r=-0,17$   $p=0,014$  vs  $r=-0,19$   $p=0,006$ ) ir biologiniais-fiziologiniais ( $r=-0,16$   $p=0,015$  vs  $r=-0,22$   $p=0,001$ ) nei pacientai su prastesne emocine būkle išvykimo metu. Tuo tarpu pacientai su prastesne emocine būkle išvykimo metu turėjo didesnius lūkesčius ir buvo labiau patenkinti gautomis žiniomis susijusioms su socialiniais ( $r=0,20$   $p=0,003$  vs  $r=0,15$   $p=0,030$ ) ir finansiniais aspektais ( $r=0,16$   $p=0,016$  vs  $r=0,21$   $p=0,001$ ) nei pacientai su geresne emocine būkle (18 lentelė, p. 56).

Tyrimo rezultatai parodė, kad didesnis emocinės būklės pagerėjimas gydymo eigoje yra reikšmingai susijęs su didesniais informuotumo lūkesčiais ir jų patenkinimu ( $r=-0,28$   $p<0,001$  vs  $r=-0,21$   $p=0,002$ ) ypač etikos ( $r=-0,52$   $p<0,001$  vs  $r=-0,56$   $p<0,001$ ), biologiniais-fiziologiniais ( $r=-0,50$   $p<0,001$  vs  $r=-0,54$   $p<0,001$ ), funkciniais ( $r=-0,40$   $p<0,001$  vs  $r=-0,47$   $p<0,001$ ) ir eksperimentiniais-emociniais ( $r=-0,27$   $p<0,001$  vs  $r=-0,23$   $p<0,001$ ) aspektais (18 lentelė, p. 56).

### 2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Tyrimo metu buvo iškelta hipotezė, kad pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai gydymo pradžioje sutampa su lūkesčių patenkinimu baigus stacionarinį gydymą, kuri pasitvirtino. Tyrimo rezultatai parodė, kad baigus stacionarinį gydymą, pacientų lūkesčiai yra patenkinti.

Atliekant tyrimą „Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai“ buvo nustatyti veiksniai, darantys įtaką pacientų lūkesčiams, išanalizuoti informuotumo lūkesčiai gydymo pradžioje ir jų patenkinimas baigus stacionarinį gydymą bei nustatytas pacientų psichoemocinės būklės pokytis, susijęs su informuotumo lūkesčių patenkinimu baigus stacionarinį gydymą.

Analizuojant veiksnius, darančius įtaką perioperaciniams informuotumo lūkesčiams nustatyta, kad tiriamųjų sociodemografiniai, hospitaliniai (lėtinės ligos; hospitalizacijos pobūdis, gydymosi trukmė dienomis, kur iš ligoninės keliavo - namo ar į kitą gydymo įstaigą) rodikliai ir psichoemocinė būklė turi įtakos lūkesčiams ir jų patenkinimui.

Lyginant vyrų ir moterų lūkesčius tyrimas parodė, kad moterų informuotumo lūkesčiai, susiję su eksperimentinės - emocinės ir socialinės subskalių klausimais yra didesni nei vyrų ir jos buvo labiau patenkintos gauta informacija negu vyrai. Tačiau vyrai turėjo statistiškai reikšmingai didesnę žinių poreikį, susijusį su funkciniais aspektais ( $r=-0,15$   $p=0,026$ ), nei moterys. Bet N. Urniežiūtės ir V. Kalibato (2016) atliktas tyrimas parodė, kad lytis informuotumo lūkesčių patenkinimui įtakos neturėjo.

Gauti rezultatai parodė, kad vyresnio amžiaus pacientų lūkesčiai ir ypatingai lūkesčiai, kurie susiję su socialinės subskalės klausimais buvo didesni nei jaunesniems pacientams. Gauta informacija, susijusia su funkcinės ir socialinės subskalių klausimais, taip pat labiau patenkinti vyresnio amžiaus pacientai. Rezultatą palyginus su kitų autorių atliktais tyrimais paaiškėjo, kad N. Urniežiūtės ir V. Kalibato (2016) atliktas tyrimas parodė, kad amžius įtakos informuotumo lūkesčių patenkinimui neturėjo, bet D. Jankauskienės (2008) atliktame tyrime nustatyta, kad vyresnio amžiaus žmonės labiau norėtų gauti informacijos, susijusios su paciento teisėmis ( $p<0,05$ ) (atitinka etinę subskalę).

Tyrimo metu, išanalizavus išsilavinimo įtaką lūkesčiams, nustatyta, kad pacientai su aukštesniu išsilavinimu turėjo didesnę lūkesčių, susijusių su finansiniais aspektais, poreikį nei pacientai su žemesniu išsilavinimu, tačiau jie buvo ir labiau patenkinti gautomis šiomis žiniomis nei pacientai su žemesniu išsilavinimu. D. Zagurskienės ir I. Misevičienės (2010) atliktas tyrimas parodė, kad aukštesnio išsilavinimo pacientai turėjo didesnius lūkesčius, susijusius su informuotumu ir buvo labiau patenkinti gauta informacija nei pacientai, turintys žemesnį išsilavinimą.

Tyrimo rezultatai parodė, kad nuo gyvenamos vietos nepriklausė pacientų informuotumo lūkesčiai ir jų patenkinimas. N. Urniežiūtės ir V. Kalibato (2016) atliktas tyrimas taip pat parodė, kad gyvenama vieta informuotumo lūkesčių patenkinimui įtakos neturėjo.

Palyginus vienišų ir nevienišų pacientų lūkesčius nustatyta, kad vienišų pacientų lūkesčių, susijusių su biologinės-fiziologinės bei funkcinės subskalės lūkesčiais, poreikis buvo didesnis nei nevienišų pacientų. Gautomis žiniomis, susijusiomis su biologinės-fiziologinės bei etikos subskalės lūkesčiais, labiau patenkinti buvo taip pat vieniši pacientai nei nevieniši. T. Mako, P. Svanäng, K. Bjerså (2016) atliktu tyrimu taip pat nustatė, kad vieniši pacientai labiau (69 %) nei nevieniši nori gauti informacijos, susijusios su lūkesčiais, atitinkančiais funkcinės ir etikos subskalių lūkesčius.

Analizuojant pacientų darbinės padėties įtaką informuotumo lūkesčiams ir jų patenkinimui nustatyta, kad dirbančių pacientų lūkesčiai, susiję su finansinės subskalės klausimais ( $r=-0,30$   $p<0,001$ ) buvo žymiai didesni nei nedirbančių, o nedirbančių - lūkesčiai, susiję su socialiniais aspektais didesni ( $r=0,16$   $p=0,021$ ) nei dirbančių pacientų. Gauta informacija finansiniais klausimais labiau patenkinti dirbantys pacientai nei nedirbantys, o informacija, susijusia su funkcinės subskalės lūkesčiais – labiau nedirbantys nei dirbantys pacientai. Šiuos rezultatus gaėjo lemti tai, kad dirbančių asmenų tarp tiriamųjų buvo dauguma (73,9 %) ir dirbantys asmenys gauna ligos išmokas, o nedirbantieji negauna. Nedirbančiųjų poreikis susijęs su socialinės ir funkcinės subskalių lūkesčiais didesnis, nes iš 26,1 % nedirbančiųjų buvo 11,7 % pensininkai.

Tyrimo metu palyginus lėtinių ligų, hospitalizacijos pobūdžio (planinė/skubi) ir atsigulimo į ligoninę dažnio įtaką informuotumo lūkesčiams nustatyta, kad pacientams, sergantiems kitomis lėtinėmis ligomis, lūkesčių, susijusių su socialiniais aspektais ( $r=0,22$   $p=0,001$ ), poreikis buvo žymiai didesnis nei neturinčių kitų lėtinių ligų pacientams, tačiau nesergančių kitomis lėtinėmis ligomis pacientų lūkesčiai labiau susiję su etikos aspektais. O pacientų, kurie jau ne pirmą hospitalizuoti, lūkesčiai labiau susiję su eksperimentinės - emocinės subskalės klausimais ( $r=-0,25$   $p<0,001$ ) nei pacientų, hospitalizuojamų pirmą kartą.

Pacientų, hospitalizuotų skubos tvarka, lūkesčiai daugiau susiję su biologiniais-fiziologiniais aspektais ( $r=0,17$   $p=0,011$ ) nei hospitalizuotų planine tvarka pacientų. O pacientai, pakartotinai hospitalizuoti buvo labiau patenkinti bendrai gauta informacija, susijusia su lūkesčių patenkinimu ( $r=-0,17$   $p=0,010$ ) ir ypač lūkesčiais, susijusiais su eksperimentine - emocine, biologine - fiziologine ir socialine subskalėmis, nei pacientai hospitalizuoti pirmą kartą. H. Grindem, M. A. Risberg, I. Eitzen (2015) atliktas tyrimas parodė, kad pakartotina hospitalizacija teigiamai veikia pacientų vertinimą apie lūkesčių įgyvendinimą.

Lyginant hospitalizacijos trukmės įtaką informuotumo lūkesčių patenkinimui nustatyta, kad pacientai, ilgiau gulėję ligoninėje, buvo labiau patenkinti gauta informacija ir ypač žiniomis, susijusiomis su biologiniais - fiziologiniais, etikos, funkciniais, eksperimentiniais - emociniais ir

socialiniais aspektais nei pacientai trumpiau gulėję ligoninėje. Vertinant šiuos rezultatus matome, kad ilgesnis hospitalizacijos laikas leidžia daugiau laiko skirti pacientų lūkesčių įgyvendinimui. Tyrimo metu nustatyta, kad tolimesnio gydymo vieta (kita gydymo įstaiga ar namai) baigus stacionarinį gydymą lūkesčių patenkinimo vertinimams reikšmingos įtakos neturėjo.

Tyrimo metu, analizuojant nusiskundimus, kurie parodo jaučiamą priešoperacinį stresą/nerimą, buvo nustatyta, kad suminis nusiskundimų rodiklis iš galimų 40 balų siekė  $20,69 \pm 8,89$  balų - tai parodė, kad pacientai atvykus į ligoninę jautė vidutinį nerimą/stresą. V. Piščalkienės ir E. Stasiūnaitės (2014) atliktas tyrimas parodė, kad labai stiprų ar stiprų nerimą prieš operaciją jautė 40,6 % respondentų, vidutinis nerimo lygmuo siekė 3,2 balus (5 balų skalėje). Palyginus pacientų nusiskundimų simptomų vertinimus atvykus į ligoninę ir išvykstant nustatyti itin reikšmingi ( $p < 0,001$ ) skirtumai - visų simptomų pasireiškimas gydymo pabaigoje ženkliai sumažėjo. Suminis nusiskundimų rodiklis sumažėjo daugiau nei per pusę (atvykus į ligoninę  $20,69 \pm 8,89$  balų, išvykstant:  $8,13 \pm 5,20$  balų, pokytis (-)  $12,56 \pm 9,24$  balų:  $p < 0,001$ ). Tai parodo, kad pacientų lūkesčių patenkinimas gydymo įstaigoje sumažina perioperacinį stresą bei nerimą. H. Grindem, M. A. Risberg, I. Eitzen (2015) tyrimo metu taip pat nustatė, kad informacijos teikimas pacientams mažina jų patiriamą perioperacinį stresą/nerimą.

Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai, atvykimo į ligoninę metu, jaučia gana didelį informacijos poreikį (bendras informuotumo lūkesčių rodiklis iš galimų 24 balų siekė  $20,54 \pm 2,94$  balų). N. Urniežiūtė, V. Klibatas (2016) taip pat nustatė, kad pacientams svarbu yra informuotumo lūkesčių patenkinimas. Palyginus atskirų sričių informuotumo lūkesčių vertinimus nustatyta, kad itin reikšmingai ( $p < 0,001$ ) didžiausias informacijos poreikis susijęs su biologiniais-fiziologiniais ( $3,88 \pm 0,32$  balų) ir funkciniais lūkesčiais ( $3,86 \pm 0,45$  balų), o mažiausiai su socialiniais lūkesčiais ( $2,86 \pm 0,86$  balų). Mažiausią informacijos, susijusios su socialinės subskalės klausimais poreikį galėjo lemti tai, kad pacientų, dalyvavusių tyrime, amžiaus vidurkis buvo  $44,91 \pm 13,90$  metų. D. Zagurskienės ir I. Misevičienės (2010) atliktas tyrimas taip pat parodė, kad didesnė dalis chirurginio profilio pacientų pageidauja gauti informacijos, atitinkančios funkcinės ir biologinės - fiziologinės subskalių lūkesčius.

Siekiant sužinoti ar buvo gydymosi ligoninėje metu patenkinti pacientų informuotumo lūkesčiai, pacientams išvykimo iš ligoninės dieną pateiktame klausimyne buvo užduotas klausimas „Ar ligoninėje buvo patenkinti Jūsų informuotumo lūkesčiai?“ Analizuojant atsakymus į šį klausimą buvo nustatyta, kad beveik visiems pacientams (221(99,5 %)) buvo patenkinti jų informuotumo lūkesčiai. Gautas rezultatas palygintas su N. Istominos, A. Razbadausko, A. Martinkėno (2010) atliktu tyrimu. Rezultatai panašūs: tyrimas „Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros kokybę“ parodė, kad pacientai yra patenkinti sveikatos priežiūra konkrečioje gydymo įstaigoje (92 %). Remiantis mokslinės literatūros šaltiniais (Bilotienė Motiejūnienė, 2016; Savickienė ir kt., 2015;

Senic, Marinkovic, 2013; Al-Khalil, Mahmoud, 2012 ir kt.) matome, kad pacientų lūkesčių patenkinimas yra susijęs su paciento pasitenkinimu atlikta procedūra bei slauga.

Lyginant tiriamųjų psichoemocinę būklę atvykus į ligoninę ir išvykstant nustatyta, kad gydymo pradžioje jaučiamas vidutinis nerimas/stresas, baigus stacionarinį gydymą nerimas /stresas sumažėja (nusiskundimų vidurkis iš galimų 40 balų atvykus siekė  $20,69 \pm 8,89$  balų, išvykstant siekė  $8,13 \pm 5,20$  balų; emocinės būklės vidurkis iš galimų 40 balų atvykus siekė  $17,42 \pm 12,41$  balų, išvykstant  $8,41 \pm 6,62$  balų).

Palyginus pacientų psichoemocinę būklės pokytį su informuotumo lūkesčiais bei jų patenkinimu nustatyta, kad didesnis psichoemocinės būklės pagerėjimas gydymo eigoje yra reikšmingai susijęs su didesniais informuotumo lūkesčiais ir jų patenkinimu, ypač etikos, biologiniais-fiziologiniais, funkciniais ir eksperimentiniais-emociniais aspektais. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad padidėjęs stresas ir nerimas daro įtaką informacijos įsisavinimui, o pacientų lūkesčių patenkinimas mažina patiriamą stresą bei nerimą.

Tyrimo metu, vertinant tiriamųjų psichoemocinės būklės pokytį gydymo eigoje, paaiškėjo, kad ji susijusi su sociodemografiniais bei hospitaliniais rodikliais.

Nustatyta, kad atvykus moterys ir vyrai jaučia panašaus intensyvumo stresą/nerimą, o išvykstant vyrams žymiai labiau pagerėjo psichoemocinė savijauta nei moterims. Tačiau V. Piščalkienė ir E. Stasiūnaitė (2014) atliktu tyrimu nustatė, kad moterų grupėje nerimo lygmuo buvo aukštesnis nei vyrų grupėje ir siekė 3,3 balus ( $T=5,678$ ;  $p=0,000$ ), vyrų grupėje nerimo vidurkis siekė 2,5 balo. Išvykstant V. Piščalkienė ir E. Stasiūnaitė nerimo lygmens nevertino.

Palyginus amžiaus įtaką psichoemociinei savijautai nustatyta, kad atvykus į ligoninę vyresnio amžiaus pacientai jautė didesnę nerimą/stresą nei jaunesni, tuo tarpu išvykstant blogesnę psichoemocinę savijautą pažymėjo jaunesni pacientai, o vyresni jautėsi geriau. Atvykimo metu vyresnių pacientų psichoemocinė savijauta galėjo būti susijusi su jų bendra sveikatos būkle ir lėtinėmis ligomis. Tačiau Lee, Chi-Kong, F. Iris (2013) atliktu tyrimu nustatė, kad tiek vyresni, tiek jaunesnio amžiaus pacientai hospitalizacijos dieną jaučia didesnę perioperacinį stresą, nerimą nei baigus gydymą.

Tiriamųjų gyvenamoji vieta ir išsilavinimas tyrimo metu neturėjo įtakos jų psichoemocinės būklės pokyčiui gydymosi metu.

Lyginant tiriamųjų darbinės padėties įtaką psichoemociinei savijautai ir jos pokyčiui gydymo eigoje nustatyta, kad atvykus nedirbantys pacientai buvo prastesnės psichoemocinės savijautos nei dirbantys, o išvykstant stebėtas didesnis nedirbančiųjų psichoemocinės savijautos pagerėjimas nei dirbančiųjų. P. Guo, L. East, A. Arthur (2012) atliktu tyrimu taip pat nustatė, kad dirbantiems pacientams chirurginio gydymo pabaigoje stebimas didesnis nerimas nei nedirbantiesiems.

Palyginus vienišų ir nevienišų pacientų psichoemocinės būklės pokytį baigus stacionarinį gydymą nustatyta, kad atvykus į ligoninę vieniši pacientai buvo prastesnės psichemocinės būklės nei nevieniši pacientai. Išvykstant didesnis psichoemocinės būklės pagerėjimas stebėtas vienišų pacientų grupėje. Todėl gydymo pradžioje reikia atkreipti didesnę dėmesį į vienišų pacientų lūkesčius. P. Guo, L. East, A. Arthur (2012) atlikto tyrimo metu nustatė, kad didesnius informuotumo lūkesčius chirurginio gydymo pradžioje turi vieniši pacientai nei nevieniši.

Tyrimo metu, palyginus kitų lėtinių ligų įtaką psichoemocinės būklės pokyčiui baigus stacionarinį gydymą, nustatyta, kad atvykus įtakos neturėjo, o išvykstant pacientai, turintys kitų lėtinių ligų buvo prastesnės psichoemocinės savijautos nei pacientai, neturintys kitų lėtinių ligų. Prastesnę pacientų psichoemocinę savijautą galėjo lemti kitų lėtinių susirgimų buvimas ir nerimas, dėl jų įtakos operacijai, narkozei, sveikimui po operacijos.

Lyginant hospitalizacijos pobūdį (skubi/planinė) įtaką tiriamųjų psichoemocinės savijautos pokyčiui nustatyta, kad skubos tvarka hospitalizuoti pacientai buvo prastesnės psichoemocinės savijautos nei hospitalizuoti planine tvarka. Išvykstant psichoemocinė savijauta abiejų grupių buvo panaši, tik didesnis pokytis (pagerėjimas) stebėtas skubos tvarka hospitalizuotų pacientų grupėje. Tam įtakos turėjo tai, kad atvykimo metu jie buvo prastesnės psichoemocinės būklės nei planiškai hospitalizuoti pacientai. V. Piščalkienės ir E. Stasiūnaitės (2014) atliktas tyrimas nustatė, kad didžiausią nerimą jautė tie asmenys, kurie apie numatomą operaciją sužinojo tą pačią dieną (nerimas siekė 3,4 balus). Gauti rezultatai parodo, kad planiškai hospitalizuojami pacientai yra labiau psichologiškai pasiruošę operacijai nei skubos tvarka hospitalizuojami pacientai.

Hospitalizacijos kartas taip pat daro įtaką tiriamųjų psichoemociinei būklei. Atvykus į ligoninę prastesnės psichoemocinės būklės buvo jau ne pirmą kartą hospitalizuojami pacientai nei pacientai pirmą kartą patekę į ligoninę. Šiam rezultatui įtakos gali turėti ankstesnė neigiama pacientų hospitalizacijos patirtis. Išvykstant abiejų grupių psichoemocinė savijauta buvo panaši, tik didesnis pokytis ne pirmą kartą hospitalizuotų pacientų grupėje.

Palyginus hospitalizacijos trukmės įtaką pacientų psichoemocinės būklės pokyčiui baigus stacionarinį gydymą nustatyta, kad didesnis pokytis (geresnė psichoemocinė savijauta) buvo ilgiau gulėjusių ligoninėje grupėje, tačiau pastebėta, kad pastarieji ir gydymo pradžioje buvo prastesnės psichoemocinės savijautos. Tai parodo, kad informuotumo lūkesčių patenkinimas sumažina perioperacinį stresą, nerimą, nes informuotumo lūkesčių patenkinimas yra susijęs su hospitalizacijos trukme. E. Barley (2010) teigia, kad hospitalizacijos trukmė turi įtakos perioperacinio streso ir nerimo mažinimui, nes slaugos personalas turi ilgesnį laiko tarpą pacientų lūkesčių įgyvendinimui.

Lyginant pacientų vykimo namo ar į kitą gydymo įstaigą įtaką psichoemociinei savijautai nustatyta, kad didesnis pokytis (padidėjo nerimas/stresas) tiems, kurie nukreipiami tęsti gydymą kitoje gydymo įstaigoje nei tiems, kurie vyksta po stacionarinio gydymo į namus. Nors atvykus abiejų

grupių psichoemocinė savijauta buvo panaši. Tai parodo, kad vykstantieji į kitą gydymo įstaigą pacientai gydymo pabaigoje jaučia didesnę perioperacinį stresą bei nerimą ir jiems reikia didesnio dėmesio tenkinant jų lūkesčius, susijusius su gydymo įstaiga, bet negalima neatmesti ir to, kad šiai savijautai gali turėti įtakos sveikatos būklė.

## IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai parodė, kad, veiksniai, darantys įtaką perioperaciniams pacientų informuotumo lūkesčiams yra šie: paciento lytis, amžius, išsilavinimas, šeiminė padėtis, darbinė padėtis (dirbantis, nedirbantis), pacientų lėtinės ligos, hospitalizacijos pobūdis, trukmė, patiriamas perioperacinis stresas ir nerimas.
2. Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai, atvykę į ligoninę jaučia gana didelį informacijos poreikį. Tyrimo metu nustatyta, kad atvykus į ligoninę dominuoja lūkesčiai, susiję su biologiniais-fiziologiniais klausimais ir funkciniais klausimais. Mažiausiai pacientai pageidauja gauti informacijos socialiniais klausimais. Tyrimo metu nustatyta, kad baigus stacionarinį gydymą pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai yra patenkinami.
3. Tyrimo rezultatai parodė, kad atvykus į ligoninę pacientai jaučia vidutinį nerimą/stresą. Baigus stacionarinį gydymą patiriamas nerimas/stresas ženkliai sumažėja. Gydymo pradžioje ir pabaigoje pacientų psichoemocinė savijauta yra susijusi su sociodemografiniais ir hospitaliniais rodikliais. Pacientų psichoemocinės būklės pagerėjimas gydymo pabaigoje yra susijęs su didesniais informuotumo lūkesčiais ir jų patenkinimu.

## REKOMENDACIJOS

### Slaugos administratoriams

- Į chirurgijos profilio skyrių mokymo planus įtraukti temas apie pacientų psichoemocinę savijautą perioperaciniu laikotarpiu, pacientų lūkesčius perioperaciniu laikotarpiu, slaugos personalo bendravimo ypatumus su chirurgijos profilio pacientais.
- Paruošti skyriuose pacientams rašytinę informaciją (atmintines) apie režimą namuose, socialinių tarnybų kontaktus, pacientų organizacijas ir jų veiklą. Šias atmintines paduoti išvykstantiems pacientams.
- Užtikrinti, kad palatose būtų pakankamai rašytinės informacijos pacientus dominančiais klausimais.

### Slaugos darbuotojams

- Teikiant pacientams informaciją ir tenkinant jų perioperacinius lūkesčius atsižvelgti į lytį, amžių, išsilavinimą, šeimines padėtis, darbinę padėtį (dirbantis, nedirbantis), pacientų lėtines ligas, hospitalizacijos pobūdį (skubi, planinė), hospitalizacijos trukmę, patiriamą pacientų perioperacinį stresą/nerimą, į bendrą pacientų psichoemocinę savijautą.
- Bendraujant su pacientais laikytis etikos ir deontologijos principų, išlaikyti paciento informacijos konfidencialumą.
- Dalyvauti skyrių mokymuose bei lankytis kvalifikacijos tobulinimosi kursuose ir mokslinėse - praktinėse konferencijose, seminaruose apie pacientų psichoemocinę savijautą, lūkesčius perioperaciniu laikotarpiu, slaugos personalo bendravimo ypatumus su chirurgijos profilio pacientais.

## LITERATŪRA

1. Asghari K., Lotfi M., 2009. Effect of preoperative nursing visit on serum cortizol level in patients waiting for operation: a randomized study with Nursing visit before surgery and anxiety 997 control group. *Med J Tabriz Univ*, 30, p. 8–13.
2. Barley E., Lawson V. 2016. Using health psychology to help patients: common mental health disorders and psychological distress. *British Journal of Nursing*. 9/22(25-17), p. 966-974.
3. Barley E., RN, MSN, CNOR (Red.) 2010. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN Journal*, 92(10), p. 445-456.
4. Bartkienė A. 2012. Metodologinio pagrindo paieška bioetikos teorijose, parentose deontologija ir utilitarizmu: daktaro disertacija. Vilnius.
5. Beauchamp T. L., Childress J. F.(1989). *Principles of Biomedical ethics*. New York: Oxford University Press. [žiūrėta 2017sausio 15 d.]. Prieiga per internetą: <<https://global.oup.com/academic/product/principles-of-biomedical-ethics-9780199924585?cc=lt&lang=en&>>.
6. Bilotienė Motiejūnienė A. 2016. LEAN metodo taikymas specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(9), p. 86-119.
7. Blaževičienė, A., Jakušovaitė, I. 2008. *Slaugos etika*. Kaunas: Vitae litera.
8. Blaževičiūtė T., Gedrimė L., Brasaitė I., Rapolienė L., Razbadauskas A., 2017. Pacientų patiriamas nerimas priešoperaciniu laikotarpiu. *Sveikatos mokslai/Health Sciences in eastern Europe*, 27(6), p. 91-97.
9. Birutė D., Bukauskas T., Macas A., 2013. Pacientų požiūris į anestezijos metodą ir jo pasirinkimo motyvai. *Sveikatos mokslai*, 2(23), p. 71-75.
10. Brogienė D. 2010. Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą: daktaro disertacija. Vilnius.
11. Brogienė D., Gurevičius R. 2009. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. *Medicina*, 45(3), p. 226-237.
12. Cerantola Y., Grass F., Cristaudi A., Demartines N., Schafer M., Hubner M. 2011. Perioperative Nutrition in Abdominal Surgery: Recommendations and Reality. *Hindawi Publishing Corporation Gastroenterology Research and Practice*, 5, p. 1-8.
13. Cousins M.J., Gallagher R.M. (2011). *Lėtinis ir onkologinis skausmas*. Vilnius: NMMC.
14. Čekanauskaitė A., Gefenas E. 2010. Informuoto asmens sutikimas:ką turėtų žinoti ir ką iš tiesų žino biomedicininių tyrimų dalyviai? *Visuomenės sveikata*, 4(51), p. 45-52.

15. Danaitis K., Usovaitė A. 2010. Mediated Teaching for Information Presenting and Understanding. *Philology, Educology*, 4, p. 17-23.
16. Fabijanskienė A., Jaruševičienė L., Valius L. 2012. Priešoperacinio nerimo mažinimas: sisteminė literatūros apžvalga. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 16(9), p. 618-624.
17. Fredericks S., Genuge S., Sidani S., Wan T. 2010. Postoperative patient education: A systematic review. *Clin Nurs Res*, 19(2), p. 144-164.
18. Gaidelytė R., Garbuviene M., Madeikytė N. 2017. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2016 m. Vilnius: Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija. Higienos instituto sveikatos informacijos centras, p. 89- 118.
19. Gaidelytė R., Garbuiene M., Madeikytė N. 2016. Lietuvos sveikatos statistika Health Statistics of Lithuania 2015. Vilnius: Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija. Higienos instituto sveikatos informacijos centras, p. 66.
20. Gaidelytė R., Garbuiene M., Madeikytė N., Tendziagolskytė D. 2015. Lietuvos sveikatos statistika Health Statistics of Lithuania 2014. Vilnius: Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija. Higienos instituto sveikatos informacijos centras, p. 66.
21. Giedrikaitė R., Misevičienė I., Jakušovaitė I. 2007. Pacientams suteiktos informacijos apie ligą ir jos eigą vertinimas ligoninėse. *Visuomenės sveikata. Medicina*, 43(8), p. 664-670.
22. Guo P., East L., Arthur A. 2012. Preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 49, p. 129–137.
23. Grindem H., Risberg M. A., Eitzen I. 2015. Two factors that may underpin outstanding outcomes after ACL rehabilitation. *British Journal of Sports Medicine*, 49, p. 1495.
24. Istomina N. 2011. Quality of abdominal surgical Nursing care: academic dissertation. Turku.
25. Istomina N., Razbadauskas A., Martinkėnas A. 2010. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros kokybę. Į sveiką gyvenseną ir skaidrią būtį vydūno keliu 2010, p. 86-88.
26. Yilmaz M., Sezer H., Gurler H., Bekar M. 2011. Predictors of preoperative anxiety in surgical in patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, p. 956–964.
27. Henderson A., PhD, RN, RM. 2006. Boundaries around the „well-informed“ patient: the contribution of Schutz to inform nurses’ interactions. *Journal of Clinical Nursing*, 15, p. 4-10.

28. Jakab Z., Tsouros A. D. 2013. „Sveikata 2020“ – siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje. *Visuomenės sveikata*, 4(63), p. 5-12.
29. Jankauskienė D., 2016. Ligoninių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(9), p. 42-68.
30. Jankauskienė D. 2011. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(3), p. 7-26.
31. Jenkinson C., Layte R., Wright L., Coulter A. 1996. The U.K. SF-36: an analysis and interpretation manual. A guide to health status measurement with particular reference to the Short Form 36 health survey, University of Oxford, p. 65.
32. Jetdiakova N., Mikaliūkštienė A., Kalibatienė D. 2015. Pacientų saugos užtikrinimas sveikatos priežiūros įstaigose. *Medicinos teorija ir praktika*, 4(3), p. 739 – 745.
33. Jurkūnienė R. 2016. Operacinės slaugos kokybės vertinimas pacientų požiūriu. *Klinikinės slaugos magistro baigiamasis darbas*. Kaunas, p. 38-42.
34. Jurkūnienė R., Riklikienė O. 2016. Slaugos paslaugų kokybės vertinimas iš paciento perspektyvos: esminė kokybės gerinimo dedamoji. *Socialinė sveikata*, 1(5), p. 35- 42.
35. Kačiuriniene V. 2009. Aspiracija skrandžio turiniu anestezijos metu. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 12(2), p. 128-135.
36. Kardelis K. 2016. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
37. Karnatovskaia L., Gajic O., Bienvenu O., Stevenson J., Needham D. 2015. Aholistic approach to the critically ill and Maslow’s hiererchy. *Journal of critical care*. 30(1), p. 210-211.
38. Kosinskienė A., Ruževičius J. 2011. Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika*, 17(1), p. 23-36.
39. Kutkauskienė J. 2009. Informuoto paciento sutikimas: pacientui teikiamos informacijos teisinio įvertinimo problemos. *Socialinių mokslų studijos*, 2(2), p. 321-338.
40. Lee, Chi-Kong, Iris F. 2013. Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (17), p. 2551-2561.
41. Lee CK, Lee IF, 2013. Preoperative patient teaching the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17), p. 2551-2561.
42. Lietuvos Respublikos seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. 2014. [žiūrėta 2017 balandžio 29 d.]. Prieiga per internetą:  
< <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163> >

43. Lindwall L., von Post I. 2009. Continuity created by nurses in the perioperative dialogue- literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences: Theoretical Studies*, 23, p. 395 – 401.
44. Linkevičiūtė A. 2011. Akademinis sąžiningumas. Informacinė priemonė mokiniams ir mokytojams. Vilnius. [žiūrėta 2017 gruodžio 8 d.]. Prieiga per internetą: <[http://lituanistusamburis.lt/wp-content/uploads/2015/09/akademinis\\_saziningumas\\_2011.pdf](http://lituanistusamburis.lt/wp-content/uploads/2015/09/akademinis_saziningumas_2011.pdf) >
45. Ljungqvist O. 2013. Guidelines for perioperative care. *World J Surg*, 37(2), p. 239.
46. Macas A., Trepėnaitis D., Vilkė A., Česnaitis, T., Valančius V. 2012. Operacinių žaizdų infiltracija vietiniais anestetikais- pritaikymas ir nauda. *Sveikatos mokslai*, 22(1), p. 119-124.
47. Mačiulis V., Norkienė S, Sąlyga J., 2015. Pacientų mokymo poreikiai prieš atliekamas operacijas bendrosios ir dienos chirurgijos skyriuose: palyginimo analizė. *Sveikatos mokslai*, 6(25), p. 34-37.
48. Mako T., Svanäng P., Bjerså K., 2016. Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: a grounded theory study. *BMC Nursing*, 15(47), p. 1-9.
49. Mandrioli M., Piccinini A., Biscardi A., Jovine E., Tugnoli G., Di Saverio S. 2016. Advances in laparoscopy for acute care surgery and trauma. *World Journal Of Gastroenterology [World J Gastroenterol]* 2016 Jan 14; Vol. 22 (2), p. 668-680.
50. Marčiulionienė V., Sauliūnė S., Urbonas G. 2012. Veiksnių, sąlygojančių pacientų nuomonę apie klinikinius tyrimus, analizė. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 16(8), p. 508-514.
51. Mark M. 2012. Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (5), p. 1014-1025.
52. Martindale R.G., McClave S.A., Taylor B., Lawson C.M. 2013. Perioperative nutrition: what is the current landscape? *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 37(5), p. 5-20.
53. Mažionienė A. 2011. Sveikatos ugdymas. Mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija.
54. Meištienė R., Brožaitienė J. 2009. Slaugos kokybei įtakos turinčių veiksnių analizė. *Sveikatos mokslai*, 5(5), p. 2692-2696.
55. Mc Intosh S., Adams J. 2011. Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using Hospital Anxiety and Depression Scale and Quality of Recovery Score. *International Journal of Nursing Practice*, 17, p. 85–92.

56. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
57. Mozūraitis G. 2011. Paciento sveikatos informacijos konfidencialumo ribos. Socialinių mokslų studijos, 3(3), p. 1129-1144.
58. Padrevinskytė E., Alenskaitė B., Karbonskienė A. 2016. Pacientų žinių ir supratimo apie anesteziologinę pagalbą įvertinimas. Visuomenės sveikata, 26(2), p. 9-14.
59. Petrėtis V., Gradauskas A., Činčikas J. 2013. Laparoskopijos reikšmė gydant ūminį komplikotą apendicitą. Laparoscopy in treatment of acute complicated appendicitis. Medicinos teorija ir praktika 19 (3.2), p. 76–81.
60. Piščalkienė V. (Red.) 2010. Perioperaciniu laikotarpiu patiriamas nerimas ir jo mažinimas socialdemografinių grupių atžvilgiu. Sveikatos mokslai, 6, p. 3735-3741.
61. Piščalkienė V., Stasiūnaitė E. 2014. Priešoperacinio nerimo raiška ir jo mažinimo galimybės. Sveikatos mokslai/Health Sciences, 24(6), p. 166-171.
62. Piščalkienė V., Krasuckienė D., Lamsodienė E., Beseckas P. 2014. Pagyvenusių ir senų asmenų bendravimo patirties su sveikatos ir socialinės priežiūros specialistais vertinimas. Sveikatos mokslai, 24(6), p. 5-16.
63. Pritchard M. J. 2011. Using targeted information to meet the needs of surgical patients. Nursing Standard, 25 (51), p. 35-39.
64. Pukinskienė D. 2011. Slaugos filosofija ir teorija. Klaipėdos valstybinė kolegija.
65. Riklikienė O., Šeškevičius A. 2010. Skausmo kontrolės slaugos rezultatų kriterijų reikšmingumas ir sąsajos su slaugytojų veikla. Medicina, 46, p. 54-62.
66. Rogač K., Rapolienė L., 2016. Pacientų patiriamas stresas priešoperaciniu laikotarpiu ir jo įveikimo galimybės. Sveikatos mokslai, 6(26), p. 290-297.
67. Sadati L., Pazouki A., Mehdizadeh A., Saeed Shoar S., Tamannaie Z., Chaichian S. 2013. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27, p. 994–998.
68. Savickienė E., Darginavičienė R., Razbadauskas A., Žuravliova T. 2015. Pacientų po širdies chirurgijos operacijų informacijos ir paslaugų gavimo poreikiai. Visuomenės sveikata, 1, p. 116-121.
69. Senic, V., Marinkovic, V. 2013. Patient care, satisfaction and service quality in health care. International journal of consumer studies. 37 (3), p. 312-319.
70. Scherer M., Hanses H., Gensishen J., Mergenthal K., Riedel-Heller S., Weyerer S., Maier W., Fuchs A., Bickel H., Shon G., Wiese B., Konig H. H., Van de Bussche H.,

- Schafer I. 2016. Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study. *BCM Family Practice*, 17, p. 1-8.
71. Sriubas M. 2013. Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje. *Teisės problemos*, 1(79), p. 58-85.
72. Sondaitė J., Bukartienė J. 2012. Chirurginių pacientų mokymo poreikio įvertinimas. *Sveikatos mokslai*, 22(3), p. 155-158.
73. Sørensen E.E., Olsen I. O., Tewes M., Uhrenfeldt L. 2014. Perioperative nursing in public university hospitals: an ethnography. *BMC Nursing*, p. 1-9.
74. Sullivan C., DNAP, CRNA 2016. Update for nurse anesthetists awareness with recall: A systematic review. *AANA Journal*, 84(4), p. 283-288.
75. Šakienė L., Istomina N., Salantera S. 2014. Attitude of the patients with digestive tract surgery towards information needs during the perioperative care. *Sveikatos mokslai/Health sciences*, 24(5), p. 26-30.
76. Štaras K., Vedlūga T., Kalvelytė N. 2013. Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai/Health Sciences*, 23(4), p. 27-33.
77. Šimonis M. 2006. Paciento autonomija: esmė ir įvertinimas Lietuvos teisėje. ISSN 1392-1274. *Teisė*, p. 58-147.
78. Šostakienė N., Valeckienė I. 2016. Pacientų sauga ir jų valdymo būdai psichologiniu aspektu. *Sveikatos mokslai*, 26(6), p. 275-280.
79. Teisės aktai. Galiojanti suvestinė redakcija (nuo 2016-01-01). 1996m. spalio 3d. Nr. I-1562. „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“. 2016. II skyrius 3-5 str., III skyrius 14-18 str. [žiūrėta 2017 gruodžio 20 d.]. Prieiga per internetą: <<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C6E4170DB704/nebExFytrA>>.
80. Tinsley M., Barone, C. 2012. Preventing Postoperative Nausea and Vomiting: Refresh your Knowledge of how to Recognize and Respond to this Common Complication. *Plastic Surgery Nursing*, 32(3), p. 106-111.
81. Tower M., Chaboyer W. 2013. Situation awareness and documentation of changes that affect patient outcomes in progress notes. *Journal of Clinical Nursing*, 23, p. 1403-1410.
82. Traškaitė V., Urbanaitė D., Stašaitis K., Trepėnaitis D., Macas A. 2015. Poanestezinės priežiūros, intensyviosios terapijos ir intensyviosios priežiūros paslaugos. *Sveikatos mokslai /health sciences in eastern europe*, ISSN 1392-6373, 25(6), p. 87-93.

83. Urniežiūtė N., Kalibatas V. 2016. Respublikinės kauno ligoninės chirurgijos klinikos pacientų pasitenkinimo vertinimas. Visuomenės sveikatos vadybos magistro baigiamasis darbas. Kaunas, p. 59-63.
84. Vainiūtė A., Jamontaitė I. E., 2016. Priešoperacinio mokymo poveikis pacientų po priekinio kryžminio raiščio plastikos funkinei būklei. Sveikatos mokslai / Health sciences In eastern europe, ISSN 1392-6373, 26(3), p. 68-72.
85. Valenzuela J., Serrano B., Aguirre M. 2010. Anxiety in preoperative anesthetic procedures. Cir Cir, 78, p. 147–151.
86. Vesterdal, A. 1996. Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga. Slaugos vadovėlis. Vilnius.
87. Wilkinson K., 2012. Informed Consent and Patients With Cancer: Role of the Nurse as Advocate. Clinical Journal of Oncology Nursing, 16(4), p. 348-350.
88. Zagurskienė D., Misevičienė I. 2011. Slaugytojų nuomonė apie pacientų sveikatos mokymą ir savo žinių sveikatos klausimais vertinimą. Sveikatos mokslai, 25(2), p. 191-194.
89. Žiliukas G., Drungilienė D., Užkurėlytė R., Švedienė L. 2013. Slaugos kokybės gerinimo galimybės miesto ligoninėje. Sveikatos mokslai, 23(1), p. 149-154.

# **PRIEDAI**

**Pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčiai perioperaciniu laikotarpiu**

Klaipėdos universitetas  
Sveikatos mokslų fakultetas, Slaugos katedra  
2017-2018 m. lapkričio – gruodžio – sausio mėn.

**GERB. PACIENTE,**

Mes norime Jus pakviesti dalyvauti moksliniame tyrime, siekiant tobulinti slaugos procesą Lietuvoje. Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas. Tyrimo tikslas – išanalizuoti pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius perioperaciniu laikotarpiu (perioperacinis laikotarpis apima priešoperacinį, operacinį ir pooperacinį laikotarpius).

Mokslinis tyrimas bus atliekamas Klaipėdos miesto medicinos įstaigose: Jūrininkų ligoninėje, Klaipėdos universitetinėje ligoninėje ir Klaipėdos Respublikinėje ligoninėje. Mes atrenkame 400 pacientų, kurie gydomi minėtose Klaipėdos miesto ligoninėse ir kuriems yra atliekamos laparoskopinės operacijos. Jūsų dalyvavimas moksliniame tyrime yra savanoriškas bei atsitiktinis. Jūs galite bet kada nutraukti savo dalyvavimą moksliniame tyrime ir neprivalote niekam nieko paaiškinti.

Sutikus dalyvauti tyrime, Jūs turėsite užpildyti 2 anketas. Anketas užpildymui pateiksime lapkričio, gruodžio ir sausio mėnesiais. Išanalizavę Jūsų atsakymus pirmoje anketoje, mes tikimės sužinoti, kokie yra Jūsų informuotumo lūkesčiai patekus į ligoninę, o išanalizavus Jūsų atsakymus antroje anketoje, mes tikimės sužinoti, ar buvo patenkinti Jūsų lūkesčiai gydymosi ligoninėje metu.

Atvykimo į ligoninę dieną užpildykite pirmą anketą, kuri yra pateikta voke. Pirmos anketos dešiniajame viršutiniame kampe yra nuoroda: **SLAPTAŽODIS\_\_\_\_\_ (įrašykite)**, čia įrašykite slaptažodį (pvz.: mėgstamas gyvūnas, maistas, gėlė, žodis ir t.t.), jį turėsite užrašyti toje pačioje vietoje ir gavę antrą anketą. Slaptažodis reikalingas, kad būtų įmanoma susieti pirmos ir antros anketų atsakymus. Anketos užpildymas truks apie 15-20 min. Užpildytą anketą užklijuotame voke grąžinkite skyriaus, kuriame gydotės, vyr. slaugytojai arba bendrosios praktikos slaugytojai.

Išvykimo iš ligoninės dieną (baigus gydymą ligoninėje) Jūs taip pat gausite voką, kuriame yra anketa. Užpildykite antrą anketą. Antros anketos dešiniajame viršutiniame kampe yra nuoroda: **SLAPTAŽODIS\_\_\_\_\_ (įrašykite)**, čia įrašykite slaptažodį, kurį įrašėte pirmoje anketoje. Anketos užpildymas truks apie 10-15 min. Užpildytą anketą užklijuotame voke grąžinkite skyriaus vyr. slaugytojai arba bendrosios praktikos slaugytojai.

Garantuojame, kad Jūsų atsakymai bus panaudoti tik mokslinio tyrimo tikslais ir tyrimo metu bus griežtai laikomasi konfidencialumo principų.

Tyrimui atlikti yra gautas etikos komisijos leidimas.

**Dėkoju už skirtą dėmesį.**

Pagarbiai, darbo autorė Liucija Beinartienė (Klaipėdos universitetas, Slaugos magistrantūros studijų programos II kurso studentė, el. paštas : [beinartiene.liucija@gmail.com](mailto:beinartiene.liucija@gmail.com), tel.: 861549873)

Etikos komisijos pirmininkas (tel. (846) 398 558)

P.S. iškilus klausimams, susijusiems su atliekamu tyrimu, prašome kreiptis nurodytais telefonai ar el. paštu. Visada stengsimės atsakyti.

**Gerb. apklausos Dalyvi (-e),**

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos II kurso studentė Liucija Beinartienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – įvertinti pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius. Jūsų nuomonė labai svarbi. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Ši tyrimo priemonė patvirtinta KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, prašom kreiptis į darbo autorę Liuciją Beinartienę (tel. 861549873) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

**Instrukcija.** Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuuku (x)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

**1. Lytis:**

- Vyras                       Moteris

**2. Jūsų amžius:** (įrašykite) \_\_\_\_\_ metai (-ų)

**3. Jūsų gyvenamoji vieta:**

- Kaimas  
 Miestelis  
 Miestas

**4. Jūsų išsilavinimas?**

- Pradinis  
 Vidurinis  
 Spec. vidurinis  
 Aukštesnysis  
 Aukštasis neuniversitetinis (kolegija)  
 Aukštasis universitetinis

**5. Jūsų šeiminių padėtis?**

- Ištekėjusi/vedęs/ Gyvenate su partneriu (-e)  
 Netekėjusi/nevedęs  
 Išsiskyrusi (-ęs)  
 Našlė/našlys

**6. Jūsų, kaip darbuotojo statusas?**

- Darbininkas  
 Samdomas tarnautojas  
 Bedarbis  
 Studentas  
 Pensininkas

**8. Ar Jūs sergate lėtinėmis ligomis?**

- Taip  
 Ne

**9. Šios hospitalizacijos pobūdis:**

- Planinė  
 Skubi

**10. Ar tai pirma Jūsų hospitalizacija šioje įstaigoje?**

- Taip  
 Ne

11. Šioje dalyje mes tikimės sužinoti, kokie yra Jūsų informuotumo lūkesčiai patekus į ligoninę  
Pažymėkite Jums labiausiai tinkamą atsakymą varnele (v) ar kryžiu (x).

Eil.Nr.	Tikiuosi sulaukti žinių:	Pilnai sutinku	Iš dalies sutinku	Iš dalies nesutinku	Nesutinku	Mano atveju netinka
11.1	Apie simptomus, susijusius su mano liga					
11.2	Apie tai, kada kreiptis į ligoninę, kai ligos simptomai pablogėja					
11.3	Apie man atliktus ar atliekamus tyrimus					
11.4	Apie pasiruošimą tyrimams					
11.5	Apie tai, kokių būdu galiu sužinoti tyrimų rezultatus					
11.6	Apie galimus kitus gydymo būdus					
11.7	Apie galimas komplikacijas, susijusias su mano operacija					
11.8	Apie tai, kaip galėčiau išvengti komplikacijų					
11.9	Apie tai, ką turėčiau daryti, kad įsitikinčiau, kad mano lūkesčiai ligoninėje bus patenkinti					
11.10	Apie tai, koks fizinis aktyvumas galimas po operacijos					
11.11	Apie tai, kiek man reikia poilsio					
11.12	Apie tai, kokia man tinkama dieta					
11.13	Apie tai, kaip mano liga ar jos gydymas paveiks fiziologines funkcijas (pvz.: prakaitavimą, šlapinimąsi, tuštinimąsi)					
11.14	Apie asmens higieną (pvz.: dušas, vonia)					
11.15	Apie tai, kaip mano liga paveiks artimą aplinką (namus, šeimą, pagalbos poreikis)					
11.16	Apie tai, kur galiu įsigyti reikiamų slaugos priemonių (dėl judėjimo sutrikimų, žaizdų gydymo, higienos ir t.t.)					
11.17	Apie tai kokias emocijas galiu patirti dėl savo ligos ir operacijos					
11.18	Apie tai, su kuo galėčiau kalbėtis apie ligą, išgyvenamas emocijas, jausmus					
11.19	Apie tai, kaip galėčiau pasinaudoti ankstesne hospitalizavimo patirtimi					
11.20	Apie tai, kaip galėčiau dalyvauti priimant sprendimus dėl mano slaugos					
11.21	Apie tai, ką daryti, kad gydymosi metu būtų atsižvelgiama į mano nuomonę ir požiūrį					
11.22	Apie tai, kokias turiu teises ligoninėje					
11.23	Apie mano įsipareigojimus tikintis sėkmingo gydymo					
11.24	Apie ligonių skundus tiriantį darbuotoją ligoninėje					
11.25	Apie darbuotojų, susijusių su mano gydymu bei slauga, pareigas					
11.26	Apie konfidencialumo užtikrinimą					
11.27	Apie asmeninės informacijos saugojimą					
11.28	Apie tai, kokių būdu galėčiau susipažinti su savo ligos istorija įrašais					
11.29	Apie tai, kas suteiks informaciją mano artimiesiems apie operaciją ir tolimesnį gydymą					

Lentelės tęsinys kitame puslapyje

Autorinės teisės ginamos.  
Autorinės teisės priklauso: Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä (2003)

Eil.Nr.	Tikiuosi sulaukti žinių:	Pilnai sutinku	Iš dalies sutinku	Iš dalies nesutinku	Nesutinku	Mano atveju netinka
11.30	Apie tai, kaip artimieji gali prisidėti prie mano sveikimo					
11.31	Apie tai, kaip galima gauti socialinį darbuotoją išėjus iš ligoninės (jeigu prireiktų)					
11.32	Apie tai, kur galėsiu gauti tolimesnę reikiamą priežiūrą, išėjus iš ligoninės (nedarbingumo tęsimas, siūlų išėmimas ir t.t.)					
11.33	Apie tai, kaip galima susitikti su ligoninės kunigu					
11.34	Apie pacientų organizacijas ir jų veiklą					
11.35	Apie mokamas ligoninės paslaugas (kai pacientas neturi soc. draudimo, ar nori papildomų paslaugų)					
11.36	Apie ligos pašalpą (išmokų mokėjimas nedarbingumo metu)					
11.37	Apie išmokas turint papildomą sveikatos ir gyvybės draudimą					
11.38	Apie reabilitaciją, adaptacijos kursus ir jų kainas					
11.39	Apie išlaidas, susijusias su tolimesne priežiūra arba gydymu namuose					
11.40	Apie reikalingų medikamentų kainas					

**12.** Šioje lentelėje pateikiamas įvairių ligų simptomų sąrašas, kurie gali būti susiję su patiriamu priešoperaciniu stresu, nerimu. Pažymėkite varnelę (v) ar kryžiuuku (x) vieną ar keletą atsakymų, kurie labiausiai tinka Jūsų dabartiniams simptomams apibūdinti.

Eil.Nr.	Aš jaučiu:	Visada	Labai dažnai	Dažnai	Retai	Labai retai	Niekada
12.1	Skausmą						
12.2	Nuovargį						
12.3	Silpnumą						
12.4	Pykinimą ar norą vemti						
12.5	Apetito stoką						
12.6	Mieguistumą						
12.7	Dusulį						
12.8	Niežėjimą						

Autorinės teisės ginamos.  
Autorinės teisės priklauso: Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä (2003)

**13.** Šioje lentelėje išvardijamos emocijos, kurios gali būti susijusios su patiriamu priešoperaciniu stresu, nerimu. Pažymėkite varnelę (v) ar kryžiuoku (x) vieną ar keletą atsakymų, geriausiai apibūdinančių Jūsų dabartinę būklę.

Eil.Nr.	Aš jaučiu:	Visada	Labai dažnai	Dažnai	Retai	Labai retai	Niekada
13.1	baimę						
13.2	nerimą						
13.3	viltį						
13.4	neviltį ar beviltiškumą						
13.5	nekantrumą						
13.6	sielvartą						
13.7	depresiją						
13.8	susirūpinimą						
13.9	netikrumą						

Autorinės teisės ginamos.

Autorinės teisės priklauso: Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä (2003)

***AČIŪ, KAD ATSAKĖTE Į KLAUSIMUS***

**Gerb. apklausos Dalyvi (-e),**

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos II kurso studentė Liucija Beinartienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – įvertinti pacientų, operuotų laparoskopine metodika, informuotumo lūkesčius. Jūsų nuomonė labai svarbi. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Ši tyrimo priemonė patvirtinta KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, prašom kreiptis į darbo autorę Liuciją Beinartienę (tel. 861549873) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

**Instrukcija.** Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (**v**) ar kryžiu (x)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

*Šioje dalyje tikimės sužinoti, kokia yra Jūsų nuomonė apie informuotumo lūkesčių patenkinimą baigus gydymą ligoninėje. Pasirinkite vieną iš galimų atsakymų arba parašykite savo komentarus.*

**1. Kiek dienų praleidote ligoninėje?** Iš viso \_\_\_ diena (dienos, dienų)

(priskaičiuokite atvykimo į ligoninę ir išvykimo dienas)

**2. Kur patekote išvykęs iš ligoninės?**

- grįžau namo
- vykau į kitą gydymo įstaigą

**3. Ar ligoninėje buvo patenkinti Jūsų informuotumo lūkesčiai?**

- taip
- ne, kodėl? \_\_\_\_\_ (įrašykite)

**4. Šioje dalyje mes tikimės sužinoti, ar buvo patenkinti Jūsų lūkesčiai gydymosi ligoninėje metu.**

*Pažymėkite Jums labiausiai tinkamą atsakymą varnele (v) ar kryžiu (x).*

Eil.Nr.	Man buvo pateikta informacija:	Pilnai sutinku	Iš dalies sutinku	Iš dalies nesutinku	Nesutinku	Mano atveju netinka
4.1	Apie simptomus, susijusius su mano liga					
4.2	Apie tai, kada turėčiau kreiptis į ligoninę, jei šie simptomai pablogėtų					
4.3	Apie man atliktus tyrimus					
4.4	Apie tai, kaip turėčiau pasiruošti tyrimams					
4.5	Apie tai, koku būdu galiu sužinoti tyrimų rezultatus					
4.6	Apie galimus kitus gydymo būdus					
4.7	Apie galimas komplikacijas, susijusias su mano operacija					
4.8	Apie tai, kaip galėčiau išvengti komplikacijų					
4.9	Apie tai, ką turėčiau daryti, kad įsitikinčiau, kad mano lūkesčiai ligoninėje bus patenkinti					
4.10	Apie tai, koks fizinis aktyvumas galimas po operacijos					
4.11	Apie tai, kiek man reikia poilsio					
4.12	Apie tai, kokia man tinkama dieta					

Lentelės tęsinys kitame puslapyje

Autorinės teisės ginamos.

Autorinės teisės priklauso: Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä (2003)

Eil.Nr.	Man buvo pateikta informacija:	Pilnai sutinku	Iš dalies sutinku	Iš dalies nesutinku	Nesutinku	Mano atveju netinka
4.13	Apie tai, kaip mano liga arba jos gydymas paveiks fiziologines funkcijas (pvz.: prakaitavimą, šlapinimąsi, tuštinimąsi)					
4.14	Apie asmens higieną (pvz.: dušas, vonia)					
4.15	Apie tai, kaip mano liga paveiks artimą aplinką (namus, šeimą, pagalbos poreikis)					
4.16	Apie tai, kur galiu įsigyti reikiamų slaugos priemonių (dėl judėjimo sutrikimų, žaizdų gydymo, higienos ir t.t.)					
4.17	Apie tai, kokias emocijas galiu patirti dėl savo ligos ir jos operacijos					
4.18	Apie tai, su kuo galėčiau kalbėtis apie ligą, išgyvenamas emocijas, jausmus					
4.19	Apie tai, kaip galėčiau pasinaudoti ankstesne hospitalizavimo patirtimi					
4.20	Apie tai, kaip galėčiau dalyvauti priimant sprendimus dėl mano slaugos					
4.21	Apie tai, ką daryti, kad gydymo metu būtų atsižvelgiama į mano nuomonę ir požiūrį					
4.22	Apie tai, kokias turiu teises ligoninėje					
4.23	Apie paties įsipareigojimus tikintis sėkmingo gydymo					
4.24	Apie ligonių skundus tiriantį darbuotoją ligoninėje					
4.25	Apie darbuotojų, susijusių su mano gydymu bei slauga, pareigas					
4.26	Apie konfidencialumo užtikrinimą					
4.27	Apie asmeninės informacijos saugojimą					
4.28	Apie tai, kokių būdu galėčiau susipažinti su savo ligos istorijos įrašais					
4.29	Apie tai, kas suteiks informaciją mano artimiesiems apie operaciją ir tolimesnį gydymą					
4.30	Apie tai, kaip artimieji gali prisidėti prie mano sveikimo					
4.31	31a. Apie tai, kaip galima socialinį darbuotoją išėjus iš ligoninės (jeigu prireiktų)					
4.32	Apie tai, kur galėsiu gauti tolimesnę reikiamą priežiūrą, išėjus iš ligoninės (nedarbingumo tęsimas, siūlų išėmimas ir t.t.)					
4.33	Apie tai, kaip galima susitikti su ligoninės kunigu					
4.34	Apie pacientų organizacijas ir jų veiklą					
4.35	Apie mokamas ligoninės paslaugas (kai pacientas neturi soc. draudimo, ar nori papildomų paslaugų)					
4.36	Apie ligos pašalpą (išmokų mokėjimas nedarbingumo metu)					
4.37	Apie išmokas turint papildomą sveikatos ir gyvybės draudimą					
4.38	Apie reabilitaciją ir adaptacijos kursus ir jų kainas					
4.39	Apie išlaidas, susijusias su tolimesne priežiūra arba gydymu namuose					
4.40	Apie reikalingų medikamentų kainas					

Autorinės teisės ginamos.

Autorinės teisės priklauso: Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä (2003)

5. Šioje lentelėje pateikiamas įvairių ligų simptomų sąrašas, kurie gali būti susiję su patiriamu (patirtu) perioperaciniu stresu, nerimu. Pažymėkite varnele (v) ar kryžiu (x) vieną ar keletą atsakymų, kurie labiausiai tinka Jūsų dabartiniams simptomams apibūdinti.

Eil.Nr.	Aš jaučiu:	Visada	Labai dažnai	Dažnai	Retai	Labai retai	Niekada
5.1	Skausmą						
5.2	Nuovargį						
5.3	Silpnumą						
5.4	Pykinimą ar norą vemti						
5.5	Apetito stoką						
5.6	Mieguistumą						
5.7	Dusulį						
5.8	Niežėjimą						

6. Šioje lentelėje išvardijamos emocijos, kurios gali būti susijusios su patiriamu (patirtu) perioperaciniu stresu, nerimu. Pažymėkite varnele (v) ar kryžiu (x) vieną ar keletą atsakymų, geriausiai apibūdinančių Jūsų dabartinę būklę.

Eil.Nr.	Aš jaučiu:	Visada	Labai dažnai	Dažnai	Retai	Labai retai	Niekada
6.1	baimę						
6.2	nerimą						
6.3	viltį						
6.4	neviltį ar beviltiškumą						
6.5	nekantrumą						
6.6	sielvartą						
6.7	depresiją						
6.8	susirūpinimą						
6.9	netikrumą						

Autorinės teisės ginamos.

Autorinės teisės priklauso: Leino-Kilpi, Salanterä, Hölltä (2003)

**AČIŪ, KAD ATSAKĖTE Į  
KLAUSIMUS**