

ŠIRDIES OPERACIJOS BAIMĖS ĮVEIKIMO BŪDO RYŠYS SU NERIMO IR SOMATINIŲ SKUNDŲ INTENSYVUMU

S. BIVEINYTĖ, E. LAURINAITIS,
G. UŽDAVINYS

Kiekvienam žmogui liga, o ypač lėtinė, yra ne vien su jo kūno sveikata susijusi problema. Ji smarkiai paliečia žmogaus gyvenimą, versdama keisti planus, atsisakyti įprasto elgesio darbe ir šeimoje. Liga tampa psichologine problema, kurią vienaip ar kitaip sprendžia kiekvienas ligonis. Prasmingų ligonio pastangų įveikti ligą ir prisidėti prie gydymo proceso skatinimas yra vienas iš šiuolaikinės medicinos uždavinių. Medicininė psichologija tiria psichologinį ligos įveikimo procesą, jo formas ir efektyvumą. Paskutiniu metu tai tapo viena aktualiausių medicininės psichologijos sričių.

Nors šios srities tyrimų gausu, juos labai sunku apibendrinti. Pailniava atsiranda dėl to, kad autoriai skirtingai apibrėžia įveikimo elgesį, skirtingai klasifikuoja jo formas ir naudoja labai įvairius tyrimo metodus.

Mes naudosisimės F. A. Muthny'o suformuluotu įveikimo elgesio apibrėžimu, artimu R. S. Lazarus'o ir E. Heimo definicijoms. Jos pagrįstos vienu iš labiausiai teoriškai išvystytų R. S. Lazarus'o transakciniu įveikimo modeliu.

Remiantis F. A. Muthny'o ligos įveikimas yra visuminis procesas, apimantis emocijas, kognityvines ir elgesio pastangas pašalinti, surasti kompromisą, sukontroliuoti arba perdirbti su liga susijusius dabartinius ir laukiamus sunkumus (Muthny, 1989).

F. A. Muthny remiasi tokia ligos įveikimo samprata:

– ligos įveikimas pasireiškia kognityviai, emociškai ir per elgesį. Visi šie procesai yra vienodai svarbūs ir susiję tarpusavyje;

- ligos įveikimas yra procesas, t. y. kinta laike priklausomai nuo situacijos reikalavimų ir patyrimo;
- socialinis kontekstas modifikuoja įveikimą ir jo rezultatus;
- ligos įveikimui turi įtakos asmenybės, situacijos ir aplinkos faktoriai;
- tarp ligos įveikimo būdo ir įveikimo rezultatų egzistuoja netiesioginis ryšys ta prasme, kad konkrečius tikslo ir jo pasiekimo kriterijus reikia apibrėžti ne tik priklausomai nuo perdirbimo būdo, bet ir nuo laiko bei ligos fazės.

Remiantis šia teorine perspektyva, aiškėja, kad įveikimo elgesį būtina tirti, atsižvelgiant į įveikimo proceso fazę ir probleminės situacijos savybes, pvz., jos nutolimą laike arba galimybes ją kontroliuoti. Pavyzdžiui, vengimo strategijos efektyvumo vertinimas gali visiškai skirtis priklausomai nuo to, ar individas turi galimybę paveikti probleminę situaciją, ar ne. Literatūroje nurodoma, kad ypač trūksta sistemingų duomenų apie būdingas įveikimo formas ir jų efektyvumą konkrečiose probleminėse situacijose (Rueger, Blomert, Foerster, 1993). Be tokių žinių negalima sukurti prasmingų pagalbos pacientams priemonių. Jų tikslas – remti adaptyvius įveikimo būdus ir koreguoti neadaptyvius, kad būtų galima išvengti nepageidautinų pasekmių. Be to, pagalba ligoniui psichologiškai įveikiant ligą turi ir platesnę prasmę – sėkmingas ligos įveikimas padeda adaptuotis tolesniame gyvenime.

Turėdami galvoje tokius įveikimo procesų tyrimui keliamus reikalavimus, mes pasirinkome konkrečią ir su psichologinio įveikimo poreikiu labai susijusią situaciją. Mūsų tiriamieji – vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operaciją išgyvenantys žmonės. Šio darbo tikslas – nustatyti galimą psichologinio operacijos įveikimo būdo ir somatinių skundų intensyvumo prieš operaciją ir po jos ryšį.

Kardiochirurginėje klinikoje visi ligoniai susiduria su vienoda ar labai panašia situacija, tačiau psichologiniai įveikimo (coping) būdai yra įvairūs. Jų pasirinkimas priklauso nuo ligonio asmenybės, psicho-

loginių resursų ir patirties. To šiame darbe negalėsime analizuoti, todėl apsiribosime tik pacientams būdingų įveikimo būdų aprašymu.

Kartu nagrinėsime priešoperacinį ir pooperacinį nerimo intensyvumą, laikydami jį netiesioginiu psichologinio įveikimo efektyvumo rodikliu.

Trumpai aprašysime sunkumus, kuriuos patiria širdies operaciją išgyvenantis ligonis.

Širdies chirurginėje klinikoje pacientai išgyvena ypač didelę baimę. Tai susiję su širdies, kaip sielos buveinės, gyvybės simbolio reikšme. R. S. Blacherio (1983) duomenimis, savo fantazijose pacientai visiškai neatsižvelgia į realų, statistiškai patikrintą faktą, kad 98% pacientų pakelia vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operaciją. Galimybę išgyventi savo fantazijose jie vertina santykiu 50:50 (Meffert, 1992). Ši neracionali baimė apima pacientą nuo žinios apie operacijos būtinumą įsisąmoninimo ir išlieka ilgą laiką po operacijos. Dažnai pacientai ją išsako. Duomenys apie emocinę priešoperacinę ligonių būklę yra prieštaringi, kadangi labai priklauso nuo kriterijų ir matavimo instrumentų. H. J. Mefferto (1992) duomenimis, 69% pacientų emocinė būklė prieš vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operaciją buvo pakitusi. Pacientai buvo prislėgti ir susirūpinę. 31% ligonių prislėgtumą ir nerimą tas pats autorius vertino kaip psichopatologinę būklę.

Po operacijos ligoniai patiria ne mažesnių sunkumų. Intensyvios slaugos palatoje jie jaučiasi globojami ir saugūs, tačiau, antra vertus, itin priklausomi nuo žmonių ir prietaisų. Pirmą dieną po operacijos, apimti euforijos, kad išgyveno, paprastai jaučiasi gerai, tačiau vėliau sustiprėja skausmai, ligoniai pastebi, kad sumenkėja jų sugebėjimas mąstyti, jie jaučiasi silpni ir išsekę. Tai susiję su vadinamąja pooperacine liga (Polonius, 1977, Meffert, 1992), kuria sergama po kiekvienos sunkios operacijos. Jos pagrindas – nukrypimai nuo normalaus kraujotakos sistemos funkcionavimo. Pastebėję šiuos pasikeitimus ir skausmus, pacientai dažnai suabejoja, ar apskritai vertėjo operuotis, ar operacija pavyko sėkmingai. Kai ligoniui nepavyksta suvaldyti

šio nerimo, jo gynybiniai (defence) mechanizmai gali tapti nepakankami ir atsirasti psichinių bei neurologinių sutrikimų. Tam, be abejo, turi įtakos ir dėl operacijos atsiradę galvos smegenų būklės pakitimai (Meffert, 1992).

Įdomu, kad ankstyvuojų pooperaciniu metu nenustatyta reikšmingo ryšio tarp psichinės ir somatinės būklės. G. Huse-Kleinstollo (1984) nuomone, somatinė būklė turėjo ryšį tik su orientacijos, atminties ir dėmesio sutrikimais bei su tyrėjo įvertintu depresyvumo laipsniu (Meffert, 1992).

Kai paciento būklė pasidaro patenkinama, pacientas iš intensyvios slaugos palatos perkeliamas į bendrą skyrių. Tai daugelis pacientų išgyvena su nerimu, kadangi skyriuje jie jaučiasi mažiau saugūs nei intensyvios slaugos palatoje. Tačiau šioje situacijoje galimi skirtingi reagavimo būdai. Kai kurie pacientai vertina perkėlimą kaip ojektyvaus somatinės būklės pagerėjimo pasekmę. Su vidiniu palengvėjimu jie persikelia į skyrių, manydami, jog sunkiausia jau įveikta. Kitų pacientų nerimas sustiprėja, kadangi jie šiuo momentu nepakankamai pasitiki savo jėgomis, kad jaustųsi galintys daugiau save stebėti ir garantuoti savo saugumą. Nuo šio laiko pradeda ryškėti būtinybė emociškai perdirbti su operacija susijusius afektus. Deja, nedaugelis pacientų psichologiškai pajėgia tai padaryti. Nuo sėkmingo šios fazės įveikimo priklauso optimali adaptacija ateityje. Kaip žinoma, maždaug pusei ligonių tai nepakankamai gerai pasiseka (Meffert, 1992).

Manome, kad pooperacinių ligonių reakcijų įvairovė turi ryšį su psichologiniu operacijos baimės įveikimo būdu ir jo efektyvumu.

Įveikimo elgesys turi dvi esmines funkcijas. Pirma, tai problemos sprendimas, keičiant asmens-situacijos santykį. Antra, tai jausmų reguliavimas. S. Folkmanas ir R. S. Lazarus (1980) nustatė, kad tik 2% probleminių situacijų įveikti reikalingas tik į problemą orientuotas arba tik jausmus reguliuojantis elgesys. Daugeliu atvejų įveikimo procesai atlieka abi šias funkcijas, tačiau skirtingu santykiu. Įveikiant ligą išryškėja jausmų reguliavimo būtinumas (Rueger, Blomert,

Foerster, 1993). Tai neabejotinai tinka mūsų tyrimo situacijai. Probleminę situaciją – širdies operaciją – visų pirma apibūdina jos sukelta baimė, susijusi su grėsme gyvybei.

Kita vertus, tokia situacija gali išprovokuoti asmenybės gilumoje slypintį, su buvusiomis trauminėmis situacijomis susijusį nerimą. Todėl W. Steffenso ir H. Kaechele'o (1988) nuomone, vidinė gynybinė reguliacija turi garantuoti, kad "nepratrūktų regresyvus nerimas" ir Ego galėtų vykdyti savo funkcijas. Gynyba ir įveikimas yra ne alternatyvūs, o kartu veikiantys procesai. Gynybos mechanizmai garantuoja vidinę pusiausvyrą ir išlaiko Ego funkciją "spręsti problemas". Kognityvinė reguliacija sprendžiant problemas laikoma pagrindine. Vadinasi, gynybos reguliacija sudaro prielaidas spręsti problemas, o aktualizuotas su neišspręstomis praeities problemomis susijęs nerimas trukdo sėkmingai įveikti operacijos baimę.

Savo tyrime įveikimo procesų efektyvumo rodikliu pasirinkome nerimo intensyvumą. Atsižvelgėme į tai, kad ryšys tarp nerimo intensyvumo ir adaptyvumo nėra tiesioginis – Janis (1958) nustatė, kad vidutiniškas nerimo lygis prieš operaciją yra palankiausias pooperaciniam prisitaikymui (Broda, 1992). Krohne ir Rogneris (1982) nustatė, kad represyvumo–sensitivityumo bruožas, vertintas kaip viena įveikimo elgesio formų, koeficientu $r=0,75$ koreliavo su nerimo intensyvumu (Broda, 1992).

S. Davies-Osterkampas ir A. Salmas (1992) užfiksavo kardiochirurginių pacientų emocinės būklės ir somatinių skundų intensyvumo ryšį. Didelis ligonių nerimastingumas, negatyvūs afektai pozityviai koreliavo su Gyseno somatinių skundų klausimyno skalių įvertinimais. Tų pačių autorių duomenimis, vengimo strategija pozityviai, o optimizmas ir savęs drąšinimas negatyviai koreliavo su somatinių skundų intensyvumu. Įveikimo strategiją autoriai vertino pusiau struktūruoto interviu metu. Remiantis šių tyrimų duomenimis, galima kelti hipotezę, kad somatinių skundų intensyvumas turi ryšį su emocije ligonio būkle, taigi kartu gali būti ir įveikimo būdo efektyvumo rodiklis.

Tyrimais siekta patikrinti šias hipotezes:

1. Psichologinis operacijos įveikimo būdas susijęs su priešoperaciniu ir pooperaciniu somatinių skundų intensyvumu.
2. Nerimo intensyvumas susijęs su somatinių skundų intensyvumu prieš operaciją ir pooperaciniu laikotarpiu.
3. Į problemą orientuotas, kognityvinis įveikimo būdas siejasi su mažesniu nerimu ir somatinių skundų intensyvumu.

TYRIMO METODIKA

TIRIAMIEJI

Tiriamųjų grupę sudarė 114 ligonių, 1993–1994 m. operuotų Vilniaus universitetiniame širdies chirurgijos centre. Visi ligoniai sirgo ischemine širdies liga. Jiems buvo atlikta koronarų šuntavimo operacija. Tiriamųjų amžius – nuo 38 iki 71 metų. 105 ligoniai – vyrai, 9 – moterys.

TYRIMO PROCEDŪRA

Ligoniai tirti du kartus. Pirmą kartą – paskutinę dieną prieš operaciją jie buvo apklausiami pusiau struktūruoto interviu metu. Be to, ligoniai atsakė į Freiburgo ligos įveikimo klausimyną (FKV), Gyseno negalavimų klausimyną (GGB), būsenos–bruožo nerimo inventarijų (STAI). Antrą kartą ligoniai būdavo apklausiami vidutiniškai 4–6 parą po operacijos. Jie atsakė į nerimo inventarijaus ir Gyseno negalavimų klausimyno klausimus. Trumpai apibūdinsime metodikas, kadangi Lietuvoje jos mažai taikomos. Freiburgo ligos įveikimo klausimyną (Freiburger Fregebogen zur Krankheitsverarbeitung) sudaro 102 klausimai, į kuriuos tiriamasis atsako, remdamasis savitaba. Tiriamasis prašomas prisiminti savo poelgius, mintis, jausmus, susijusius su artėjančia operacija, per pastarąsias 7 dienas iki apklausos ir atsakyti, kiek tiksliai teiginiai atitinka jo patyrimą. Klau-

simyną 1989 m. parengė F. A. Muthny su bendradarbiais, remdamiesi R. S. Lazaruso transakciniu įveikimo (“coping”) modeliu, kurį F. A. Muthny laiko didžiausiu teoriniu šios srities laimėjimu (Muthny, 1989). Pagal šią teoriją įveikimas nagrinėjamas kaip procesas, vykstantis tarp asmens ir situacijos.

Klausimyną sudaro 12 skalių, atspindinčių 12 autorių empiriškai išskirtų įveikimo būdų.

1. Problemos analizė ir sprendimo vykdymas.
2. Depresinis perdirbimas.
3. Hedonizmas.
4. Religingumas ir prasmės ieškojimas.
5. Nepasitikėjimas ir pesimizmas.
6. Kognityvinis vengimas ir dissimuliacija.
7. Dėmesio nukreipimas ir savo vertės jausmo stiprinimas.
8. Jausmų kontrolė ir socialinis pasitraukimas.
9. Regresyvios tendencijos.
10. Guodimasis, lyginant su kitais.
11. Paklusimas ir pasitikėjimas gydytojais.
12. Savęs drąsinimas.

Faktorinės analizės būdu testo autoriai sugrupavo skales į keturis faktorius, kuriuos naudosime tolesnei analizei.

1. Depresinis perdirbimas:
 2. Depresinis perdirbimas.
 5. Nepasitikėjimas ir pesimizmas.
 6. Kognityvinis vengimas ir dissimuliacija.
 8. Jausmų kontrolė ir socialinis pasitraukimas.
2. Kognityvinis perdirbimas:
 12. Savęs drąsinimas.
 7. Dėmesio nukreipimas ir savo vertės jausmo stiprinimas.
 10. Guodimasis, lyginant su kitais.
1. Problemos analizė ir sprendimo vykdymas.
3. Socialinės paramos ir gyvenimo džiaugsmo ieškojimas.

9. Regresyvos tendencijos.

3. Hedonizmas.

4. Pasitikėjimas ir religingumas.

11. Paklusimas ir pasitikėjimas gydytojais.

4. Religingumas ir prasmės iekšojimas.

Nerimo klausimynas STAI sudarytas iš 2 dalių – 1) tiriančių nerimą kaip būseną ir 2) kaip bruožą. Mes naudojome pirmąjį, sudarytą iš 20 klausimų.

Gyseno negalavimų klausimynas atspindi somatinių skundų intensyvumą. Jį sudaro 5 skalės:

1. Fizinio išsekimo.

2. Virškinamojo trakto sutrikimų.

3. Sąnarių skausmų.

4. Širdies negalavimų.

5. Bendro negalavimų intensyvumo (sumuojami pirmųjų 4 skalių įvertinimai).

Šis klausimynas sukurtas siekiant įvertinti subjektyviai išgyvenamą negalavimų sunkumą. Jis ryškiausiai atspindi vegetacinius sutrikimus, dažnai tampančius depresijos klinikinio vaizdo dalimi ir glaudžiai koreliuojančius su nerimu arba emocine įtampa.

REZULTATAI

PRIEŠOPERACINIS LAIKOTARPIS

Nustatėme, kad visi įveikimo būdai teigiamai koreliuoja su bendru priešoperacinių somatinių skundų intensyvumu (<0.05). Ypač reikšmingos bendro negalavimų intensyvumo koreliacijos su depresiniu perdirbimo būdu ($r=0.4171$, $p<0.001$) ir socialinės paramos ieškojimu ($r=0.4120$, $p<0.001$). Nagrinėjant įveikimo būdo ir negalavimo pobūdžio ryšius, visų ryšių atveju dominuoja išsekimo skalė ($p<0.001$). Jos koreliacija su depresyviu perdirbimu ($r=0.5916$,

$p < 0.001$) ir socialinės paramos ieškojimu ($r = 0.5125$, $p < 0.001$) ypač išsiskiria. Vadinasi, prieš operaciją ligoniai jaučia nuovargį, išsekimą, vangumą, norą miegoti, silpnumą, o visa tai turi ryšį su ligonio pastangomis įveikti operacijos baimę.

Pažymėtina, kad socialinės paramos ieškojimo strategija statistiškai reikšmingai teigiamai koreliavo su visomis negalavimų klausimyno skalėmis ($p < 0.05$). Galima daryti prielaidą, kad pacientai, kuriems būdingos regresyvos tendencijos, paramos, gyvenimo malonumų ieškojimas labiau už kitus kenčia nuo somatinių negalavimų, o pacientai, kurių įveikimo būdas kognityvinis, ryškesnių skundų, išskyrus bendrą išsekimą, neturi. Pacientai, kuriems būdingas depresinis įveikimo būdas, skundžiasi didesniu nei kitų grupių išsekimu ($r = 0.5916$, $p < 0.001$), sąnarių skausmais ($r = 0.2116$, $p < 0.001$), širdies negalavimais ($r = 0.2202$, $p < 0.001$). Pasitikėjimo gydytojais strategija, be išsekimo, reikšmingai koreliavo su virškinamojo trakto sutrikimais ($r = 0.1988$, $p < 0.05$) ir širdies negalavimais ($r = 0.2524$, $p < 0.05$).

Įdomu, kad iš visų keturių įveikimo būdų tik depresinis turėjo aiškų teigiamą ryšį su nerimastingumu ($r = 0.4147$, $p < 0.001$). Priešoperaciniu laikotarpiu nerimastingumas statistiškai reikšmingai siejasi tik su viena iš negalavimų klausimyno skalių, būtent išsekimu ($r = 0.2569$, $p < 0.01$). Remiantis šiais rezultatais, galima daryti prielaidą, kad pacientai, labiau linkę į kognityvinę, socialinės paramos ieškojimo ir pasitikėjimo gydytojais strategijas, geriau suvaldo nerimą ir sąmoningai jo neišgyvena. Nerimas "somatizuojamas" ir pasireiškia daugiausia fiziniu organizmo išsekimu. Ligoniams, kuriems būdingas depresinis įveikimo būdas, nerimas pasireiškia ir esant sąmoningam, ir per somatinius simptomus.

PRIEŠOPERACINĖS IR POOPERACINĖS BŪKLĖS LYGINIMAS

Nustatėme, kad bendras somatinių negalavimų intensyvumas pooperaciniu laikotarpiu, kaip ir galima tikėtis, padidėja ($t = 3.13$,

$p < 0.05$). Statistiškai reikšmingai padidėja išsekimo ($t = -8.02$, $p < 0.05$) ir virškinamojo trakto sutrikimų ($t = -2.72$, $p < 0.05$) įvertinimai. Nežymiai sumažėja sąnarių skausmai ($t = 2.03$, $p < 0.05$). Įdomu, kad statistiškai reikšmingai nepakinta su širdies negalavimais susijusių skundų intensyvumas.

Mums atrodo svarbu, jog nenustatėme statistiškai reikšmingo skirtumo tarp nerimo lygio prieš ir po operacijos. Tai galėtų rodyti, kad pacientų psichinė būklė 4–6 parą po operacijos yra panaši į psichinę būklę prieš operaciją.

POOPERACINIS LAIKOTARPIS

Nustatėme, kad statistiškai reikšmingų ryšių tarp įveikimo būdo ir pooperacinių somatinių skundų intensyvumo yra nedaug. Tai būtų galima susieti su lemiama operacijos įtaka pooperacinei somatinei būklei. Vis dėlto radome reikšmingą teigiamą koreliaciją tarp depresinio įveikimo būdo ir pooperacinio išsekimo ($r = 0.2982$, $p < 0.01$) bei bendro negalavimų intensyvumo ($r = 0.2487$, $p < 0.01$). Išsiskiria pasitikėjimo gydytojais strategijos ryšys su pooperaciniu išsekimu ($r = 0.2007$, $p < 0.05$), virškinamojo trakto sutrikimais ($r = 0.2229$, $p < 0.05$), širdies negalavimais ($r = 0.2349$, $p < 0.05$) ir bendru skundų intensyvumu ($r = 0.2522$, $p < 0.05$). Tad manytume, kad labai priklausomi nuo gydančio personalo pacientai savo somatinę būklę subjektyviai išgyvena kaip sunkesnę. Kita vertus, galima manyti, jog sunkesni ligoniai daugiau vilčių sieja su gydytojais.

Labai įdomūs rezultatai, susiję su ryšiu tarp įveikimo būdo ir pooperacinio nerimo lygio. Nustatėme tik dvi reikšmingas koreliacijas: teigiamą tarp pooperacinio nerimo ir depresinio įveikimo būdo ($r = 0.3131$, $p < 0.05$) ir ypač pabrėžiame neigiamą tarp to paties nerimo ir kognityvinio įveikimo būdo ($r = 0.2131$, $p < 0.05$). Vadinas, daugiausiai kognityviai operacijos baimę įveikiantys ligoniai po operacijos yra linkę patirti palengvėjimą ir nusiramimą, o depresyviai

įveikiantys lieka labai nerimastingi. Tokie rezultatai galėtų patvirtinti H. J. Mefferto (1992) pastebėjimą, kad dalis pacientų perkėlimą į skyrių vertina kaip operacijos sėkmingumo ir gero sveikimo kriterijų (pagal mūsų rezultatus jiems turėtų būti būdingas kognityvinis įveikimo būdas), o dalies nerimas linkęs stiprėti ar bent išlikti toks pats (mūsų duomenimis – pacientai su depresiniu įveikimo būdu).

Pooperacinei būklei būdingas kitoks nerimo ir somatinių skundų santykis. Pooperacinio nerimo lygis reikšmingai teigiamai koreliuoja ($p < 0.05$) su visomis negalavimų klausimyno skalėmis. Aukšti koeficientai su išsekimu ($r = 0.4880$), sąnarių skausmais ($r = 0.4605$), bendru skundų intensyvumu ($r = 0.5053$). Vadinasi, pooperacinis nerimas glaudžiai siejasi su somatine būkle. Deja, koreliacijos koeficientų skaičiavimo nepakanka priešastiniams ryšiams nustatyti. Aišku, kad nerimastingi pacientai linkę skųstis ir somatiniais negalavimais. Palyginus mūsų rezultatus, tai būtų labiausiai būdinga dominuojančio depresinio įveikimo stiliaus pacientams. Kita vertus, pacientai, kuriems būdinga pasitikėjimo strategija ir didelė priklausomybė nuo gydytojų, labiau linkę skųstis somatiniais negalavimais. Galima būtų kelti hipotezę, kad šie ligoniai neįsisąmonina nerimo ir yra linkę jį “somatizuoti”.

IŠVADOS

1. Operacijos baimės įveikimo procesas turi ryšį (teigiamai koreliuoja) su fiziniu išsekimu ir bendru somatinių skundų intensyvumu operacijos išvakarėse.
2. Prieš operaciją nerimastingumas teigiamai koreliuoja tik su fiziniu išsekimu.
3. Prieš operaciją somatiniais negalavimais labiausiai skundžiasi pacientai, kuriems būdingas įveikimas ieškant socialinės paramos. Geriausiai jaučiasi pacientai, kuriems būdingas kognityvinis įveikimo būdas.

4. Depresīškai ī operacijā reaguojantys ligoniai pries operacijā yra nerimastingesni uż kitus.

5. Nerimo lygis operacijos išvakarēse ir 5–6 parā po operacijos yra panašus.

6. Pooperaciniu laikotarpiu ligonių, kuriems būdingas depresinis įveikimo būdas, nerimas išlieka didelis, o ligonių, įveikiančių daugiausiai kognityviai, – linkęs reikšmingai mažėti.

7. Pooperaciniu laikotarpiu nerimastingumas turi ryšį su visomis somatinių negalavimų klausimyno skalėmis.

8. Pacientai, kuriems būdinga pasitikėjimo gydytojais strategija ir didelė priklausomybė nuo gydančio personalo, po operacijos yra linkę daugiau uż kitus skųstis somatiniais negalavimais ir neįsisąmoninti nerimo.

9. Psichologinio įveikimo būdo priešoperacinė diagnostika gali būti vertingas instrumentas planuojant diferencijuotą psichologinį parėngimą operacijai bei psichologinę reabilitacijā po jos.

LITERATŪRA

1. Braehler E., Scheer J. (1983). Der Giessener Beschwerdebogen (GBB). Handbuch. Huber, Bern.

2. Broda M. Determinanten der Krankheitsverarbeitung. // Langosch W. (Hrsg.), 1992. Psychische Bewaeltigung der chronischen Herzerkrankung. Springer. P. 131–138.

3. Davies-Osterkamp S., Salm A. Psychische Bewaeltigungsprozesse in kardiologischen Belastungssituationen. // Langosch W. (Hrsg.), 1992. Psychische Bewaeltigung der chronischen Herzerkrankung. Springer. P. 170–176.

4. Laux L., Glazman P., Schaffner P., Spielberger C. D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlage und Handanweisung. Beltz Test, Weinheim. 1981

5. Meffert H. J. Psychosomatische Aspekte in Zusammenhang mit einer Herzoperation. // Langosch W. (Hrsg.), Psychische Bewaeltigung der chronischen Herzerkrankung. Springer. 1992. P. 184–192.

6. Muthy F. A. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Manual. Beltz Test, Weinheim. 1989.

7. Rueger U., Blomert A. F., Foerster W. Coping. Vandenhoech & Ruprecht. Goetingen. 1993.

**THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FORM OF COPING
AND THE INTENSITY OF ANXIETY AND SOMATIC COMPLAINTS
AMONG HEART-BY-PASS SURGERY PATIENTS**

S. Biveinytė, E. Laurinaitis, G. Uždavinys

S u m m a r y

114 patients, 105 males, and 9 females were investigated the day before heart-by-pass surgery using the Freiburg Questionnaire of Coping with Illness (FKV), the Giessen Questionnaire of Somatic Complaints (GGB), and the State-Trait Anxiety Inventory. The same patients were asked to answer the STAI and GGB on the 4th–6th day after their surgery.

The results show a positive relationship between all forms of coping and physical exhaustion the day before the surgery. The level of anxiety correlated positively with the level of physical exhaustion.

Patients who coped predominately using social support had the highest scores on the GGB preoperatively, and patients with cognitive coping had the lowest scores on the GGB. A depressive form of coping showed the highest positive correlation with the level of anxiety, preoperatively and postoperatively.

The postoperative level of anxiety had a close positive relationship with all the scales of the GGB. Patients who coped through compliant behavior were likely to deny anxiety. They showed the highest level of somatic complaints postoperatively. Cognitive coping was associated with a decrease in the level of anxiety after the surgery.

It is concluded that somatic complaints depend selectively upon the form of coping. Planning psychotherapeutic supportive means should be considered before and after surgery.