

LIETUVIŲ IR VOKIEČIŲ PACIENTŲ, KURIEMS ATLIEKAMA VAINIKINIŲ ŠIRDIES KRAUJAGYSLIŲ OPERACIJA, PSICHOLOGINIO OPERACIJOS KELIAMO STRESO ĮVEIKIMO PALYGINIMAS

SIMONA BIVEINYTĖ, EUGENIJUS LAURINAITIS,
GIEDRIUS UŽDAVINYS

Psichologinio įveikimo (*coping*) sąvoka pastaraisiais dešimtmečiais smarkiai kito. Tai susiję su gausiais įveikimo tyrimais ir sparčia šios srities raida. Savo darbe mes naudosisimės F. A. Muthny (1989) suformuluotu įveikimo apibrėžimu, artimu R. S. Lazarus ir E. Heim definicijoms. Jos pagrįstos vienu iš labiausiai teoriškai išvystytų R. S. Lazarus transakciniu įveikimo modeliu. Šis apibrėžimas suformuluotas stengiantis apibendrinti naujausias įveikimo tyrimų tendencijas ir rezultatus.

Pagal F. A. Muthny, ligos įveikimas yra visuminis procesas, apimantis emocišes, kognityvines ir elgesio pastangas pašalinti, kompensuoti, sukontroliuoti arba perdirbti su liga susijusius esamus ir laukiamus sunkumus [Muthny, 1989].

F. A. Muthny remiasi tokiu ligos įveikimo supratimu:

- ligos įveikimas pasireiškia kognityviai, emociškai ir per elgesį. Visi šie procesai yra vienodai svarbūs ir susiję tarpusavyje;
- ligos įveikimas yra procesas, t. y. kinta laikui bėgant, priklausomai nuo situacijos reikalavimų ir patyrimo;
- socialinis kontekstas modifikuoja įveikimą ir jo rezultatus;
- ligos įveikimui daro įtaką asmenybės, situacijos ir aplinkos veiksniai;
- 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 įveikimo būdo, bet ir nuo laiko bei ligos fazės.

Įveikimo procesų tikslai kardiochirurginėje klinikoje

Įveikimo elgesys turi dvi esmines funkcijas. Pirmą, tai problemos sprendimas, keičiant asmens ir situacijos santykį. Antra, tai jausmų reguliavimas. S. Folkman ir R. S. Lazarus (1984) nustatė, kad tik 2 proc. probleminių situacijų įveikti reikalingas tik į problemą orientuotas arba tik jausmus reguliuojantis elgesys. Daugeliu atvejų įveikimo procesai atlieka abi šias funkcijas, tačiau skirtingu santykiu. Ligos įveikimo atveju išryškėja jausmų įveikimo būtinumas [Rueger, Blomert, Foerster, 1990]. Tai neabejotinai tinka mūsų tyrimo situacijai. Probleminei situacijai – širdies operacijai – visų pirma būdinga jos sukelta baimė, susijusi su grėsme gyvybei.

Širdies chirurginėje klinikoje pacientai išgyvena ypač didelę baimę. Tai susiję su širdies, kaip sielos buveinės, gyvybės simbolio reikšme. R. S. Blacher (1983) duomenimis, savo fantazijose pacientai visiškai neatsižvelgia į realistinį, statistiškai patikrintą faktą, kad 98 proc. pacientų pergyvena 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. Meffert (1992) duomenimis, 69 proc. pacientų emocinė būklė prieš vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operaciją buvo pakitusi. Pacientai buvo prislėgti ir susirūpinę. 31 proc. ligonių prislėgtumą ir nerimą tas pats autorius vertino kaip psichopatologinę būklę.

Įveikimo efektyvumo kriterijų problema

Neatsitiktinai daugelio tyrimų objektas buvo nerimas, jo intensyvumas ir ryšys su pooperacine psichine ir somatine būkle. Nerimas ilgą laiką buvo laikomas svarbiausiu įveikimo procesų efektyvumo rodikliu. Ypač daug tyrimų paskatino psichoanališkai orientuoto streso tyrinėtojo Janis 1958 m. nustatyta netiesinė priklausomybė tarp nerimo intensyvumo ir pooperacinio sveikimo eigos.

Priklausomybę tarp priešoperacinio nerimo intensyvumo ir pooperacinės būklės jis pavaizdavo kaip kreivę. Tai reiškia, kad nerimastingi pacientai po operacijos irgi reagavo nerimastingiau ir gydymo priemonės suvokė kaip pavojingas. Pacientai su vidutiniu nerimu prieš operaciją po operacijos buvo mažiausiai nerimastingi ir labiausiai linkę bendradarbiauti. Tuo tarpu pacientai, mažiausiai nerimastingi prieš operaciją, po operacijos reagavo su įtūžiu ir nusivylimu bei iš dalies atsisakydavo gydymo. Šias Janis išvadas patikrinti bandė daugelis tyrinėtojų. Jų išvados gana prieštaringos, tačiau iš esmės sutariama, kad vidutinis nerimas yra palankiausias pooperaciniams sveikimui, o aukštas nerimas yra prognostiškai nepalankus. Labiausiai neaiškūs yra žemo priešoperacinio nerimo atvejais.

Vėliau įveikimo efektyvumui įvertinti buvo naudojamas ne tik nerimo intensyvumas, bet ir bendra emocinė pacientų būklė. Buvo nustatyta, kad nerimas koreliuoja su liūdesio, nervingumo, pykčio jausmais [Davies-Osterkamp, Salm, 1985]. Todėl įveikimo proceso efektyvumą prasminga tirti ne tik įvertinant nerimo lygį, bet ir ištiriant bendrą emocinę pacientų būklę prieš ir po operacijos.

Pastaraisiais metais atsirado tyrimų, įveikimo procesą siejančių su somatoforminių skundų intensyvumu.

Somatoforminius skundus mes šiuo atveju suprantame kaip psichosomatinius arba psichogeninius negalavimus, labai susijusius su pacientų emocine būkle. Tyrimų šiuo klausimu nėra gausu.

S. Davies-Osterkamp ir A. Salm (1985) užfiksavo kardiochirurginių pacientų emocinės būklės ir somatoforminių negalavimų intensyvumo ryšį. Didelis ligonių nerimastingumas, negatyvūs afektai pozityviai koreliavo su Gyseno somatoforminių negalavimų klausimyno skalių įvertinimais. Tų pačių autorių duomenimis, vengimo strategija pozityviai, o optimizmas ir savęs drąšinimas negatyviai koreliavo su somatoforminių negalavimų intensyvumu. Įveikimo strategiją autorės vertino pusiau struktūruoto interviu metodu.

Schroeder ir Schumacher (1992) nustatė selektyvų somatoforminių negalavimų ir įveikimo būdo bei emocinės būklės ryšį. Žemas nerimastingumas ir bendra gera emocinė būklė teigiamai koreliavo su nežymiais somatoforminiais negalavimais. Po operacijos išaugus nerimui, suintensyvėjo somatoforminiai negalavimai. Visais įveikimo atvejais somatoforminių negalavimų intensyvumas turėjo tiesioginį ryšį su emocine būkle ir nerimo

lygiu. Galima manyti, jog subjektyvus somatinės būklės vertinimas yra glaudžiai susijęs su emocine būkle ir gali būti laikomas įveikimo procesų efektyvumo rodikliu.

C. Voegele (1994) tyrė emocinės būklės ir fiziologinių pakitimų ryšį prieš ir po širdies operacijos. Tyrimai patvirtino, kad širdies veiklos ypatumai, t. y. pulso dažnumas, kraujo spaudimas, turėjo ryšį su emocine būkle, išmatuota MSF. Pulso padažnėjimas pooperaciniu periodu siejosi su nerimu, depresyvumu, nervingumu. Autorius daro išvadą, kad kardiovaskuliniai parametrai gali būti naudojami įvertinant psichologinį ligonių pasirengimą operacijai.

Remiantis šių tyrimų duomenimis, galima kelti hipotezę, kad somatoforminių negalavimų intensyvumas turi ryšį su emocine ligonio būkle, taigi kartu gali būti ir įveikimo būdo efektyvumo rodiklis.

Tarpkultūrinių tyrimų problema

Tarpkultūriniai tyrimai psichologijoje yra labai problemiški dėl metodinių prielaidų. Rezultatų interpretavimą labai apsunkina tas faktas, kad neįmanoma tyrimo metu kontroliuoti sociokultūrinių veiksnių, kurių įtaką stebimam reiškiniui ir stengiamasi ištirti. Todėl tam tikrų psichologinių fenomenų siejimas su skirtingomis socioekonominėmis ir kultūrinėmis sąlygomis visada išlieka hipotetinio pobūdžio. Galbūt dėl šių priežasčių tarpkultūrinių tyrimų medicininėje psichologijoje yra labai negausu. Tai daugiau socialinės psichologijos sritis. Šie tyrimai aktualūs sociologijoje, psichiatrinėje epidemiologijoje. Jų metu stengiamasi išaiškinti vertybinių orientacijų skirtingumus, savęs ar visuomenės reiškinių vertinimo ypatumus arba psichiatrinių simptomų paplitimą.

Tarpkultūriniai tyrimai pastaruoju metu labai aktualūs Vokietijoje. Kaip rašo E. Braehler ir H. E. Richter (1995), psichologinio susvetimėjimo tarp abiejų šalių piliečių reiškiniai po Vokietijos susijungimo nebuvo įveikti. Egzistuoja emocionalumo, mąstymo ir elgesio skirtumų. Tai paskatino socialinės psichologijos tyrimus. VDR ir VFR piliečių lyginimas – tai lyginimas dviejų politinių ir ekonominių sistemų suformuotų žmonių. Tų pačių autorių tyrimų rezultatai rodo, kad Rytų vokiečiai yra socialiai atviresni ir

ieško socialinių ryšių dažniau nei socialinę distanciją išlaikantys, į individualizmą linkę Vakarų vokiečiai. Žymiai skiriasi Rytų ir Vakarų vokiečių savosios vertės jausmas. Rytų vokiečiai yra savikritiškesni ir daugiau abejoja savimi. Vakarų vokiečiai linkę geriau save vertinti, nei yra iš tikrųjų. T. y. Rytų vokiečiai pateikia save prastesniais, nei yra iš tikrųjų, o vakariečiai geresniais. Tyrimai patvirtina mitus, kad rytiečiai yra kuklūs, o vakariečiai arogantiški. Emocinės savijautos srityje išryškėjo, kad Rytų vokiečiai jaučiasi labiau priklausomi nuo išorinių aplinkybių, daugiau galvoja apie savo vidines problemas ir dažniau jaučiasi prislėgti. Rytiečiai yra labiau disciplinuoti ir labiau laikosi tvarkos nei vakariečiai. Svarbu pažymėti, kad rytiečiai dažniau skundžiasi somatiniais negalavimais. Autoriai daro išvadą, kad Rytų vokiečiai apskritai yra labiau patenkinti savo santuoka, seksualiniu gyvenimu ir santykiais su vaikais. Taip pat jie labiau patenkinti ryšiais su giminėmis.

Reziumuodami autoriai rašo, kad Rytų vokiečiai turi mažesnius materialinius, tačiau didesnius emocinius resursus.

Atskirai aptariama bedarbystės įtaka savijautai. Bedarbiai Rytų Vokietijoje jaučiasi ypač blogai. Jie kenčia nuo atsiskyrimo ir jaučiasi išduoti. Vyrus tai sleigia labiau nei moteris.

H. Schauenburg, M. Kuda ir U. Rueger (1992) tyrė kontrolės lokusą tarp Rytų ir Vakarų vokiečių studentų. Jie nustatė, kad Rytų studentai yra eksternališkesni bejėgiškumo (įsitikinimo, kad jų gyvenimą kontroliuoja kiti žmonės ir jų sukurtos situacijos) jausmo prasme. Įdomu, kad bendras psichogeninių negalavimų intensyvumas reikšmingai teigiamai koreliavo su eksternalia kontrole, t. y. bejėgiškumu ir fatalizmu. Kaip nurodoma literatūroje, šių jausmų sustiprėjimas siejasi su depresyviais jausmais.

Nors Rytų ir Vakarų šalių žmonių psichologinius skirtingumus šie tyrimai atskleidžia tik iš dalies, jie yra vertingi tuo, jog padeda konkrečiau formuluoti hipotezes ir interpretuoti duomenis.

Lietuvos žmonių psichologiniai ypatumai turėtų būti artimesni Rytų vokiečių psichologinėms charakteristikoms, kadangi ilgą laiką politinės ir ekonominės gyvenimo sąlygos buvo panašios.

Mūsų tyrimo tikslas – palyginti psichologinį širdies operacijos baimės įveikimą tarp lietuvių ir vokiečių ligonių, kuriems atliekama vainikinių širdies kraujagyslių operacija. Tai būtų palyginimas tarp Rytų ir Vakarų visuomenių suformuotų žmonių psichologinio įveikimo. Be to, mes atlikome tyrimą 1993–1994 m., kai socioekonominės problemos Lietuvoje buvo labai aštrios ir visuomenė išgyveno

sistemos lūžį. Todėl palyginimo tarp lietuvių ir vokiečių ligonių psichologinio įveikimo rezultatai gali būti svarbūs keliant hipotezes apie visuomeninio gyvenimo įtaką žmonių psichologinio įveikimo stiliui ir įgūdžiams.

Greta klasikinio įveikimo procesų efektyvumo kriterijaus – nerimo lygio – dabartinių tyrimų kontekste mes laikėme prasmingu ir kitų įveikimo procesų efektyvumą parodančių kriterijų panaudojimą. Tai somatoforminių (psichosomatinių) skundų intensyvumo lygis, kuris, kaip rodo tyrimai [Schroeder ir Schumacher, 1992], glaudžiai siejasi su emocine būkle ir nerimo lygiu, ir emocinė būklė prieš operaciją ir po jos.

Taigi iškėlėme hipotezę, kad lietuvių ir vokiečių ligonių emocinė būklė ir somatoforminių negalavimų intensyvumas bei įveikimo būdai skiriasi, t. y. skirtingos socioekonominės ir kultūrinės sąlygos daro įtaką psichologiniam operacijos įveikimui.

Metodika

Tiriamieji. Lietuvių tiriamųjų grupę sudarė 114 ligonių, 1993–1994 m. operuotų Vilniaus universitetiniame širdies chirurgijos centre.

Visi ligoniai sirgo ischemine širdies liga. Jiems buvo atlikta vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operacija.

Tiriamųjų amžius – nuo 38 iki 71 metų. Amžiaus vidurkis – 61 metai. 105 ligoniai – vyrai, 9 – moterys.

Visi ligoniai savanoriškai sutiko dalyvauti tyrime.

Duomenys apie ligonių amžių ir išsilavinimą pateikiami 1, 2 lentelėse.

1 lentelė. Lietuvoje operuotų ligonių amžius ($n = 114$)

<i>Amžiaus intervalas</i>	<i>n</i>	<i>Proc.</i>
Iki 45 m.	13	11,4
46–55 m.	30	26,32
56–65 m.	59	51,75
66–75 m.	12	10,5
Virš 75 m.	x	x
Nežinomas	x	x

2 lentelė. Lietuvoje operuotų ligonių išsilavinimas (n = 114)

<i>Išsilavinimas</i>	<i>n</i>	<i>Proc.</i>
Nebaigtas aštuonmetis	15	13,15
Aštuonmetis	10	8,77
Nebaigtas vidurinis	3	2,63
Vidurinis	27	23,68
Spec. vidurinis	8	7,02
Nebaigtas spec. vidurinis	10	8,77
Nebaigtas aukštasis	3	2,63
Aukštasis	27	23,68
Nežinomas	1	0,88

Vokietijoje operuotų ligonių grupę sudaro 131 žmogus, iš jų 22 moterys. Visi ligoniai buvo operuoti 1993–1995 m. Frankfurto prie Maino J. W. Goethe Universiteto klinikoje. Tiriamieji sirgo ta pačia liga (ischemine širdies liga) ir jiems buvo atlikta vainikinių širdies kraujagyslių operacija¹.

Duomenys apie ligonių amžių ir išsilavinimą pateikiami 3, 4 lentelėse.

3 lentelė. Vokietijoje operuotų ligonių amžius (n = 131)

<i>Amžiaus intervalas</i>	<i>n</i>	<i>Proc.</i>
Iki 45 m.	3	2,3
46–55 m.	33	25,8
56–65 m.	51	43,8
66–75 m.	35	27,3
Virš 75 m.	1	0,8
Nežinomas	3	2,3

¹ Lietuvoje ir Vokietijoje operuotų ligonių psichologinio įveikimo palyginimas buvo įmanomas mokslinio bendradarbiavimo programos tarp Frankfurto prie Maino J. W. Goethe Universiteto ir Vilniaus universiteto dėka. Šis konkretus tyrimo projektas buvo skirtas prisidėti prie kultūrinių ir socioekonominių sąlygų įtakos psichologiniam santykiui su liga aiškinimo. Ypač dėkojame projekto sumanytojiui prof. dr. P. Kutter, sudariusiam galimybes įvykti tyrimui Frankfurto prie Maino universitetinėje klinikoje ir kolegai psichologei E. Havlicek, surinkusiai duomenis. Taip pat dėkojame psichologams J. Hoffman, dr. F. Deister už pagalbą tvarkant duomenis ir konsultacijas.

4 lentelė. Vokietijoje operuotų ligonių išsilavinimas (n = 131)

<i>Išsilavinimas</i>	<i>n</i>	<i>Proc.</i>
Nebaigtas aštuonmetis	13	9,9
Aštuonmetis	63	48,1
Nebaigtas vidurinis	7	5,3
Vidurinis	19	14,5
Spec. vidurinis	8	6,1
Nebaigtas spec. vidurinis	4	3,1
Nebaigtas aukštasis	4	3,1
Aukštasis	11	8,4
Nežinomas	2	1,5

Įvertinimo priemonės. Tyrimas buvo atliekamas naudojant klausimynus. Visa medžiaga atspindi pacientų savęs vertinimą.

Operacijos išvakarėse (paskutinę dieną prieš operaciją) po interviu, skirto kontaktui su pacientais užmegzti, ligoniai atsakė į testų grupę, sudarytą iš:

1. Freiburgo ligos įveikimo klausimyno (*Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*, FKV).
2. Gyseno negalavimų klausimyno (*Der Giessener Beschwerdebogen*, GBB).
3. Būsenos (bruožo) nerimo aprašo (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI).
4. Nuotaikos klausimyno (*Der Mehrdimensionaler Stimmungsfragebogen*, MSF).
5. Kontrolės lokuso sveikatos atžvilgiu skalės (*Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollebezeugungen*, FEGK).

Trumpai pristatysime metodikas, kadangi Lietuvoje jos mažai naudojamos. Freiburgo ligos įveikimo klausimyną (*Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*) sudaro 102 klausimai, į kuriuos tiriamasis atsako remdamasis savistaba. Tiriamasis prašomas prisiminti savo poelgius, mintis, jausmus, susijusius su artėjančia operacija, per pastarąsias 7 dienas iki apklausos ir pažymėti, kiek tiksliai teiginiai atitinka jo patyrimą. Klausimyną 1989 m. parengė F. A. Muthny su bendradarbiais, remdamiesi R. S. Lazarus 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 kognityvinėje, emocinėje ir elgesio plotmėje.

Nerimo klausimynas STAI sudarytas iš 2 dalių po 20 klausimų – tiriančios nerimą kaip būseną ir kaip bruožą.

Gyseno negalavimų klausimynas atspindi somatoforminių negalavimų intensyvumą. Jį sudaro 5 skalės:

1. Fizinio išsekimo.
 2. Virškinamojo trakto sutrikimų.
 3. Sąnarių skausmų.
 4. Širdies negalavimų.
 5. Bendro negalavimų intensyvumo (sumuojami pirmų 4 skalių įvertinimai).
- Nuotaikos klausimyną (MSF) sudaro 60 klausimų. Faktorių analizės būdu

išskirti tokie nuotaikos faktoriai:

1. Depresyvumas.
2. Susikaupimas.
3. Gera nuotaika.
4. Nuobodulys.
5. Nervingumas.
6. Nerūpestingumas.
7. Nerimas.
8. Aktyvumas.
9. Įsitraukimas.
10. Nuovargis.
11. Atsipalaidavimas.
12. Pyktis.

Kai kurios iš šių skalių koreliuoja tarpusavyje ir sudaro tris grupes:

1. Nemalonių jausmų grupė (depresyvumas, nerimas, nervingumas ir pyktis).
2. Malonių jausmų grupė, negatyviai koreliuojanti su nemalonių jausmų grupe (gera nuotaika, nerūpestingumas, atsipalaidavimas).
3. Aktyvumo sindromas su poliarinėmis aktyvumo–susikaupimo ir nuovargio–nuobodulio skalėmis.

Metodikos aprobuotos Lietuvos psichologų sąjungos psichodiagnostikos komisijos ekspertų posėdyje (1993 03 05, protokolo Nr. 10).

Smulkesnis klausimynų aprašymas pateikiamas nurodytoje literatūroje.

Statistinė duomenų analizė buvo atliekama naudojant programinį paketą SPSS/PC+.

Tyrimo eiga. Ligoniai tirti du kartus. Pirmą kartą – paskutinę dieną prieš operaciją. Antrą kartą – 4–6 dieną po operacijos.

Abi pacientų grupės buvo tiriamos tomis pačiomis metodikomis (MSF, FKV, STAI, GBB, FEGK) tuo pačiu metu operacijos atžvilgiu.

Tiriant lietuvius, prieš pateikiant klausimynus, su pacientais buvo kalbamasi siekiant užmegzti kontaktą ir padidinti ligonių kooperatyvumą. Atsiskiusieji dalyvauti tyrime sudarė apie 5 proc. visų operuojamų ligonių.

Antrą kartą ligoniai būdavo apklausiami vidutiniškai 4–6 parą po operacijos, perkelti iš intensyvios slaugos palatos į chirurginį skyrių. Jie atsakė į nerimo kaip būsenos skalės (STAI-S), nuotaikos klausimyno (MSF) ir Gyseno negalavimų klausimyno (GGB) klausimus.

Rezultatai

Pagrindinis abiejų grupių palyginimo tikslas – patikrinti hipotezę, kad abiejų grupių tiriamųjų nuotaika, išgyvenimai ir įveikimo būdai skiriasi, t. y. skirtingos socioekonominės ir kultūrinės sąlygos daro įtaką pacientų psichologinei būklei prieš ir po operacijos. Tyrimo rezultatai jokių būdu nerodo išgyvenimų ir įveikimo būdo ryšio su socioekonominėmis ir kultūrinėmis sąlygomis dėl metodinių tyrimo parengimo ypatybių: grupių įvertinimų vienodumą ar skirtingumą gali lemti ir kiti veiksniai, nekontroliuojami tyrimo metu, pavyzdžiui, mikroklimatas klinikoje, operacijos laukimo laikas ir kt. Tačiau socioekonominis ir kultūrinis grupių skirtingumas yra vienas ryškiausių požymių, skiriantis abi grupes. Tyrimo rezultatai gali padėti kelti naujas, tikrintinas hipotezes apie socioekonominių veiksnių ir pacientų psichologinės būklės ryšį, tuo labiau kad panašias prielaidas, remdamiesi tyrimais, darė ir kiti tyrinėtojai [žr. Rueger, Blomert, Foerster, 1990]. Tokias hipotezes paremia ir žinomi faktai apie suicidų padaugėjimą socioekonominės krizės metais Lietuvoje – dalis žmonių ypač skausmingai išgyvena socialinius pasikeitimus. Socialiniai pasikeitimai paliečia visus visuomenės narius. Atkreipiame dėmesį, kad mūsų tyrimas vyko 1993–1994 m., kai socialinės problemos buvo ypač aštrios: milžiniška infliacija, labai mažos socialinės garantijos, masiškas darbo vietų praradimas. Apie skausmingus pasikeitimus kasdieniniame gyvenime pokalbio metu užsimena dažnas pacientas. Vidutinis ligonių amžius yra 61 metai. Tai sutampa su ligonių vyrų išėjimu į pensiją. Galime tvirtai teigti, kad lietuvių ligonių grupę sudaro daugiausia socialiai pažeidžiami žmonės – 40,35 proc. pensininkų ir invalidų. Tai žmonės, smarkiai paliesti socioekonominės krizės.

Tyrimo rezultatai patvirtina hipotezę, kad Lietuvoje ir Vokietijoje operuotų ligonių išgyvenimai prieš ir po operacijos skirtingi. Daugumos tirtų požymių ir skalių vidutiniai įvertinimai lietuvių ir vokiečių imtyse statistiškai reikšmingai skiriasi. Apibendrintai juos galima pateikti taip: lietuviai ligoniai prieš operaciją ir po jos yra pasyvesni, mažiau susikaupę, labiau abejingi ir nusišalinę. Apskritai jų nuotaika prastesnė, jie labiau įsitempę (žr. 5 lent.). Pažymėtina, kad nerimas ir kaip bruožas, ir kaip būseną visada aukštesnis tarp lietuvių ($p < 0,01$, žr. 6 lent.).

5 lentelė. Lietuvių ir vokiečių ligonių grupių palyginimas pagal MSF rezultatus operacijos išvakarėse (lietuvių $n = 106$, vokiečių $n = 120$)

MSF skalės	Stjudento testas			Mann-Whitney testas		
	lietuviai	vokiečiai	t	lietuviai	vokiečiai	U
Depresyvumas	8,8649	8,7769	0,21	121,98	120,16	7106,0
Susikaupimas	13,2752	15,5573 *	6,39	92,42	143,87 ***	4078,5
Gera nuotaika	10,6036	11,7084 **	2,72	108,00	132,94 **	5772,0
Nuobodulys	7,5130 **	6,7000	2,36	133,92 **	108,33	5567,5
Nervingumas	9,0000	9,6103	1,60	114,29	127,61	6470,0
Nerūpestingumas	5,1636	5,6412 *	2,03	111,90	128,64	6204,0
Nerimas	9,6636	9,7023	-0,11	121,87	120,27	7107,5
Aktyvumas	12,4554	13,2846 *	-2,08	111,33	130,26 *	6141,5
Išitraukimas	13,6075	14,6850 **	3,20	103,43	129,36 **	5288,5
Nuovargis	8,0091	7,5420	1,45	132,74 *	111,15	5914,0
Atsipalaidavimas	11,0450	12,6489 ***	4,13	100,98	138,89 ***	4993,0
Pyktis	6,8182	6,4809	1,21	131,23 *	112,41	6080,0

* įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,05$

** įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,01$

*** įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,001$

6 lentelė. Lietuvių ir vokiečių ligonių grupių palyginimas pagal STAI ir CESD rezultatus operacijos išvakarėse (lietuvių $n = 106$, vokiečių $n = 120$)

	Stjudento testas			Mann-Whitney testas		
	lietuviai	vokiečiai	t	lietuviai	vokiečiai	U
STAI nerimas	46,0000 *	42,6774	2,34	127,37 *	105,35	5314,0
STAI nerimastingumas	40,6316 **	37,3730	5,06	152,54 **	91,52	3530,0
CESD	14,3925	15,1463	0,60	112,73	117,91	6204,0

* įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,05$

** įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,001$

Bendras somatoforminių negalavimų intensyvumas prieš ir po operacijos statistiškai reikšmingai nesiskiria. Kai kurių GBB skalių įvertinimai yra skirtingi (žr. 7 lent.), tačiau bendram negalavimų intensyvumui tai įtakos nedaro. Panašus yra ir abiejų grupių depresyvumo lygis (žr. 6 lent.).

7 lentelė. Lietuvių ir vokiečių ligonių grupių palyginimas pagal GBB rezultatus operacijos išvakarėse (lietuvių n = 106, vokiečių n = 120)

GBB skalės	Stjudento testas			Mann-Whitney testas		
	lietuviai	vokiečiai	t	lietuviai	vokiečiai	U
<i>Fizinis išsekimas</i>	14,3925	5,7863 *	2,06	110,75	120,61 *	6076,5
<i>Viršk. trakto sutrikimai</i>	2,0270	2,7937 *	1,74	110,94	130,45 *	6070,5
<i>Sqnarių skausmai</i>	5,7838	2,7937	1,50	131,31 *	113,19	6101,5
<i>Sirdies negalavimai</i>	7,0755	6,1923	1,55	127,07	111,51	5701,5
<i>Bendras negalavimų intensyvumas</i>	19,1143	19,6385	0,30	110,40	117,60	6703,5

*įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,05$

Grupės labai išsiskiria ir kontrolės lokuso sveikatos atžvilgiu požiūriu. Tarp lietuvių yra žymiai daugiau eksternalios ir mažiau internalios kontrolės nuostatų (žr. 8 lent.). Tai rodo mažesnę lietuvių pasitikėjimą savo jėgomis ir atsakomybės už savo sveikatą prisiėmimą. Į šio testo rezultatus reikėtų žiūrėti kiek atsargiau, kadangi atsakymams daug įtakos galėjo daryti socialinio pageidaujamos veiksnys – dauguma internalios kontrolės nuostatos rodančių teiginių laikomi labai šiuolaikiškais ir yra plačiai propaguojami Vakarų visuomenėje, pavyzdžiui, “jei žmogus rūpinasi savimi, jis gali išvengti daugelio ligų”. Tačiau tokius palyginimo rezultatus patvirtina ir kitų metodikų, pvz., MSF ir FKV, rezultatai, rodantys didesnę lietuvių pasyvumą ir abejingumą (žr. 5 lent., 9 lent.). Nuostatos savo sveikatos atžvilgiu, kaip rodo mūsų tyrimas, turi ryšį su psichologine būkle prieš operaciją.

8 lentelė. Lietuvių ir vokiečių ligonių grupių palyginimas pagal FEGK rezultatus (lietuvių n = 106, vokiečių n = 120)

FEGK skalės	Stjudento testas			Mann-Whitney testas		
	lietuviai	vokiečiai	t	lietuviai	vokiečiai	U
<i>Internalus kontrolės lokusas</i>	68,1524	70,1484 **	1,74	108,29	124,14 **	5805,5
<i>Eksternalus kontrolės lokusas</i>	48,4717 ***	40,5079	6,35	146,33 **	91,40	3515,5

**įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,01$

***įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,001$

Panagrinėsime skirtumus tarp lietuvių ir vokiečių grupių įveikimo strategijų (įvertintų FKV) požiūriu. Tyrimo rezultatai (žr. 9 lent.) nuosekliai papildo jau pastebėtus lyginant grupes pagal FEGK rezultatus grupių bruožus. Svarbiausias grupių skirtumas – tai žymiai silpniau ($p < 0,001$) tarp lietuvių išreikštas į problemos išsprendimą orientuotas įveikimas. Tai psichologiškai siejasi su mažesniu pasitikėjimu savimi, konstruktyvaus, atsakingo elgesio įgūdžių stoka, polinkiu perduoti atsakomybę už save kitam. Lietuvių įvertinimai statistiškai reikšmingai žemesni už vokiečių problemos analizės bei dėmesio perkėlimo ir savo vertės stiprinimo skalėse. Tai lemia bendrą žemesnę kognityvinio arba į problemą orientuoto įveikimo įvertinimą, nes savęs drąsinimo ir guodimosi, lyginant su kitais, skalių įvertinimai statistiškai nesiskiria. Gali būti, kad tai reiškia įpratimo prisiimti atsakomybę už savo sveikatą ir gyvenimą trūkumą tarp lietuvių. Kognityvinis įveikimas laikomas viena pagrindinių, svarbių ir adaptyvių įveikimo strategijų. Jis teigiamai koreliuoja su geresne pacientų savijauta ir nuotaika prieš ir po operacijos. Todėl kognityvinio įveikimo strategijos skatinimas darytų teigiamą įtaką pacientų savijautai ir geresniam prisitaikymui prie sunkios operacijos ir jos padarinių.

9 lentelė. Skirtumai tarp lietuvių ir vokiečių ligonių grupių pagal FKV rezultatus (lietuvių $n = 106$, vokiečių $n = 120$)

<i>FKV skalės</i>	<i>lietuviai</i>	<i>vokiečiai</i>	<i>t</i>
<i>Problemos analizė ir sprendimo vykdymas</i>	37,0377	43,1429***	4,06
<i>Depresinis įveikimas</i>	32,3398	32,6797	0,20
<i>Hedonizmas</i>	27,5283	32,6719***	4,70
<i>Reliingumas ir prasmės ieškojimas</i>	16,5963	16,7364	0,14
<i>Nepasitikėjimas ir pesimizmas</i>	17,0091	17,9675	1,27
<i>Kognityvinis vengimas ir disimuliacija</i>	21,0411	21,7422	0,10
<i>Dėmesio nukreipimas ir savo vertės jausmo stiprinimas</i>	10,1101	19,0430*	2,26
<i>Jausmų kontrolė ir socialinis pasitraukimas</i>	14,8559	15,8906	1,77
<i>Regresyvios tendencijos</i>	7,9007	8,9313*	2,22
<i>Guodimasis lyginant su kitais</i>	13,1427	13,9457	1,69
<i>Paklusimas ir pasitikėjimas rydytojais</i>	17,2057	18,7442***	-4,57
<i>Savęs drąsinimas</i>	18,0177	18,7077	-1,37

* įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,05$

*** įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,001$

Lyginant grupes pagal depresyvaus įveikimo lygį, statistiškai reikšmingo skirtumo nėra. Visų skalių, sudarančių depresyvaus įveikimo veiksnių (depresyvaus įveikimo, religingumo ir prasmės ieškojimo, nepasitikėjimo ir pesimizmo, kognityvinio vengimo ir disimuliacijos, jausmų kontrolės ir socialinio nusišalinimo), rezultatai, tikrinant Stjudento testu, nesiskiria ($N > 100$ abiejose grupėse). Tokį rezultatą patvirtina ir CESD įvertinimai, kurie statistiškai reikšmingai nesiskiria abiejose grupėse. Statistiškai lygūs ir MSF depresyvumo skalių įvertinimai abiejose imtyse prieš ir po operacijos (žr. 5 ir 10 lent.) Vadinasi, lietuvių ir vokiečių pacientų imtyse depresinis įveikimas pasireiškia vienodai.

10 lentelė. Lietuvių ir vokiečių ligonių grupių palyginimas pagal MSF rezultatus 4–6 d. po operacijos (lietuvių $n = 106$, vokiečių $n = 120$)

MSF skalės	Stjudento testas			Mann-Whitney testas		
	lietuviai	vokiečiai	t	lietuviai	vokiečiai	U
Depresyvumas	8,2451	8,1017	0,35	112,53	108,74	5810,5
Susikaupimas	12,0388	14,0547 ***	8,06	78,42	138,74 *	2721,5
Gera nuotaika	11,0980	12,5294 **	3,02	97,88	122,24 **	4731,0
Nuobodulys	7,6796 *	7,0588	2,06	120,55 *	103,67	5176,5
Nervingumas	8,7087	8,0427	1,70	118,25 **	103,60	5227,5
Nerūpestingumas	5,1740	5,7521 *	2,20	100,35	119,43 *	4980,5
Nerimas	8,9126	8,6581	0,66	113,10	108,14	5747,5
Aktyvumas	10,0303	11,2521 **	2,02	96,70	119,90 **	4643,0
Įsitraukimas	12,6634	14,2119 ***	4,77	90,20	126,96 ***	2757,0
Nuovargis	10,4563	11,4661 *	2,26	102,72	118,23	5224,0
Atripalaidavimas	10,7707	12,0475 ***	5,01	88,43	130,70 ***	3752,0
Pyktis	6,8317	6,5126	0,70	117,43	104,62	5307,5

* įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,05$

** įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,01$

*** įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,001$

Depresinis įveikimas yra tiesiogiai susijęs su mirties baimės išgyvenimu, sveikatos, jėgų praradimo jausmu. Tam tikrose ribose tai yra natūrali ir adaptyvi reakcija. Ji laikoma viena iš labiausiai būdingų įveikimo strategijų. Depresinis įveikimas susijęs su eksternaliu kontrolės lokusu, taip pat su liūdesiu, nerimu, nervingumu, pykčiu, nuovargiu, prasta nuotaika prieš operaciją ir po jos (žr. Rueger, Blomert, ir kt., 1990, 22 lent.). Pastarieji jausmai teigiamai koreliuoja su somatoforminių negalavimų skalių įvertinimais prieš operaciją ir po jos.

Trečiasis FKV metodikos veiksnys – įveikimas per regresyviais tendencijas ir socialinės paramos ieškojimą – yra mažiau svarus (13 proc. pasiskirstymo, pgl. Muthny, 1989), tačiau reikšmingas. Hedonizmo ir regresijos skalių įvertinimai, sudarantys įveikimo per socialinės paramos ieškojimą ir regresyviais tendencijas veiksnius, reikšmingai skiriasi lietuvių ir vokiečių imtyse, t. y. lietuvių įvertinimai abiejose skalėse yra statistiškai reikšmingai žemesni (Stjudento testas, žr. 9 lent.). Tai mes pirmiausia sietume su kultūrinių ir socioekonominių sąlygų skirtingumu – lietuviai turėjo mažiau galimybių pasilepinti.

Norint geriau įsigilinti į rezultatus, reikėtų peržvelgti skalių turinį. Skalių klausimai daugiausia liečia paciento sugebėjimą gauti pasitenkinimą iš aplinkos ir leisti sau būti šiuo metu svarbiausiam, t. y. gauti pasitenkinimą iš meilės pačiam sau. Socialinės paramos, kaip paramos iš artimų žmonių, ieškojimas, mūsų nuomone, šiose dviejose skalėse nepakankamai atsispindi, todėl manytume, kad žodžiai “socialinės paramos ieškojimas” strategijos pavadinime daugiau nurodo sugebėjimą gauti paramą iš visuomenės teikiamų galimybių. Todėl skirtumai tarp lietuvių ir vokiečių grupių (statistiškai reikšmingai žemesni lietuvių įvertinimai) yra svarbūs rezultatai, patvirtinantys išvadą, jog kultūrinės ir ekonominės sąlygos lemia įveikimo procesą.

Ketvirtoji svarbi įveikimo strategija, kurią išskiria F. A. Muthny, yra pasitikėjimo ir religingumo strategija (ketvirtasis FKV veiksnys, 11 proc. pasiskirstymo). Ji apima paklusimo tendencijų ir pasitikėjimo gydytojais skalę bei religingumo ir prasmės ieškojimo skalę. J. Jordan (1991) nuomone, tai svarbi įveikimo strategija, besiremianti paciento sugebėjimu perkelti gydytojams ir kitoms autoritarinėms figūroms teigiamus jausmus, t. y. aktualizuoti pasitikėjimo santykius su autoritarinėmis figūromis. Tai svarbus vidinis psichologinis resursas. Tyrimo rezultatai rodo, kad lyginant bendrą veiksnio įvertinimą, lietuvių ir vokiečių pacientų įvertinimai statistiškai reikšmingai nesiskiria (žr. 11 lent.). Statistiškai lygūs ir religingumo bei prasmės ieškojimo skalės rezultatai abiejose imtyse (žr. 9 lent.). Tačiau paklusimas ir pasitikėjimas gydytojais tarp lietuvių yra statistiškai reikšmingai mažesnis (žr. 9 lent.). Gali būti, jog tai irgi susiję su kultūriniais ir socialiniais skirtumais Lietuvos ir Vokietijos visuomenėse, tačiau apie tai galime tik spėlioti, kadangi jokių duomenų apie tai neturime. Visgi bendras pasitikėjimo ir religingumo strategijos įvertinimas abiejose imtyse yra statistiškai lygus, o tai svarbu, nes ši

įveikimo strategija kaip ir depresyvaus įveikimo strategija pirmiausia siejasi su vidiniais psichologiniais pacientų resursais, labai individualiais, kultūriškai ir socioekonomiškai mažai sąlygotais išgyvenimais.

11 lentelė. Lietuvių ir vokiečių ligonių grupių palyginimas pagal įveikimo strategijų įvertinimus remiantis FKV (lietuvių $n = 106$, vokiečių $n = 120$)

<i>Įveikimo strategijos</i>	<i>lietuviai</i>	<i>vokiečiai</i>	<i>t</i>
<i>Depresinis įveikimas</i>	17,0091	17,9695	1,27
<i>Kognityvinis įveikimas</i>	27,0377	33,1429 *	2,03
<i>Socialinės paramos ir gyvenimo džiaugsmo ieškojimas</i>	13,1429	14,9457 *	2,32
<i>Pasitikėjimas ir religingumas</i>	16,5963	16,7364	1,77

*įvertinimas aukštesnis, kai $p < 0,05$

Rezultatų aptarimas

Apibendrinami lietuvių ir vokiečių pacientų grupių palyginimą pagal FKV rezultatus, galime teigti, kad išryškėję panašumai ir skirtumai yra dėsningi. Remdamiesi prielaida, kad grupės visų pirma skiria kultūrinės ir socioekonominės sąlygos, juos pateiktume šitaip. Įveikimo strategijos, besiremiančios vidiniais psichologiniais pacientų resursais ar jų stoka, t. y. depresinis įveikimas ir pasitikėjimo bei religingumo strategija, abiejose imtyse pasireiškia vienodai. Strategijos, kurių panaudojimui reikalingos tam tikros visuomeninio gyvenimo sąlygos, pasireiškia skirtingai. Turime galvoje pirmiausia socialinės paramos ieškojimo ir regresyvių tendencijų strategiją bei kognityvinio įveikimo strategiją. Pastarąją laikome socioekonomiškai sąlygota ta prasme, kad efektyviam kognityviniam problemos sprendimui reikalinga ilgametė efektyvaus ir atsakingo sprendimo patirtis bei pasitikėjimas savo jėgomis. Manome, kad ilgą laiką Lietuvos ir Vokietijos visuomenės šiuo požiūriu skyrėsi ir lietuviai pacientai turėjo iš esmės mažiau galimybių atsakingai ir konstruktyviai spręsti savo gyvenimo problemas. Todėl manome, kad tyrimo rezultatai pagrindžia išvadą, jog skirtingos kultūrinės, socialinės ir ekonominės sąlygos lemia psichologinį ligos įveikimo procesą.

Šią išvadą patvirtina ir kontrolės lokuso sveikatos atžvilgiu palyginimo rezultatai. Kaip ir Rytų bei Vakarų vokiečių studentų tyrime (Schauenburg, Kuda ir Rueger, 1992), išryškėja tos pačios tendencijos: žymiai labiau išreikštos eksternalios, o ne internalios kontrolės tendencijos. Tai visiškai atitinka jau minėto tyrimo rezultatus, t. y. kad rytiečiams būdingas mažesnis pasitikėjimas savo jėgomis ir bejėgiškumo jausmas. Tačiau mūsų rezultatai nepatvirtina šiame tyrime padarytų išvadų, jog eksternali kontrolė siejasi su didesniu somatoforminių negalavimų intensyvumu. Gali būti, kad tam lemiamą įtaką turėjo skirtingos tyrimo sąlygos: studentų tyrimas ir operuojamų ligonių tyrimas.

Vertinant abi imtis pagal emocinę būklę ir nerimo lygį, abiejų matavimų atvejais matyti, kad vokiečių ligonių emocinė būklė prieš operaciją ir po operacijos yra statistiškai reikšmingai geresnė. Jie išgyvena daugiau teigiamų jausmų, pvz., geros nuotaikos, atsipalaidavimo, nerūpestingumo. Bendras nerimo ir nerimastingumo lygis vokiečių ligonių grupėje yra statistiškai reikšmingai mažesnis. Taigi galime manyti, jog vokiečių ligonių įveikimas arba psichologinis pasirengimas operacijai sėkmingesnis, nes subjektyvi pacientų būklė yra geresnė. Manome, kad tai gali turėti ryšį su didesniu vokiečių ligonių socialiniu saugumu. Labai neaiški, nesaugi socialinė lietuvių ligonių padėtis turėtų sietis su pesimistiškomis nuotaikomis ir didesniu nerimu. Kaip žinia, pasirengimas operacijai ir būklė pooperaciniu laikotarpiu turi tiesioginį ryšį su vėlesniu ligonių prisitaikymu gyvenime arba gyvenimo kokybe [Boll, 1986]. Todėl galime prognozuoti, kad lietuvių ligonių būsima gyvenimo kokybė bus prastesnė.

Išvados

Mūsų tyrimo rezultatai patvirtina hipotezę, kad Lietuvoje ir Vakarų Vokietijoje operuotų ligonių širdies operacijos baimės įveikimo būdai bei emocinė būklė prieš ir po operacijos skiriasi. Šie rezultatai pagrindžia hipotezę, jog socialinės ekonominės gyvenimo sąlygos daro įtakos ir įveikimo procesų pobūdžiui, ir įveikimo procesų efektyvumui.

Literatūra

1. Blacher, R. S. Death, Resurrection and Rebirth. Observations in Cardiac Surgery. *Psychoanal. Quart.* 52, 1983.
2. Boll, A. Laengerfristige psychische Anpassung Herzoperierter. *Phil. Diss. Hamburg*, 1986.
3. Braehler, E., Richter, H. E., Deutsche Befindlichkeiten im Ost-West-Vergleich. *Psychosozial*, 1995. Heft I.
4. Braehler, E., Scheer, J. Der Giessener Beschwerdebogen (GEB). *Bern-Stuttgart-Wien*.
5. Davies-Osterkamp, S., Salm, A. Psychische Bewältigungsprozesse in kardiologischen Belastungssituationen / Langosch (ed.). 1985.
6. Hecheltjen, K. G., Mertesdorf, F. Entwicklung eines mehrdimensionalen Stimmungsfragebogens (MSF) // *Gruppendynamik*, 1973.
7. Janis, I. L. Psychological Stress: Psychoanalytical and Behavioral Studies of Surgical patients. *New York: Wiley and Sons*, 1958.
8. Jordan, J. Zum Erleben und zur psychischen Bewältigung medizinischer Technologie am Beispiel der percutanen transluminalen CoronaranGIOplastie. *Frankfurt*, 1991.
9. Lazarus, R. S., Folkman, S. *Stress Appraisal and Coping*. *New York*, 1984.
10. Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C. D. *Das State-Trait-Angstinventar*. *Weinheim*, 1981.
11. Meffert, H. J. Zur Psychologie herzoperierter Patienten. *Theoretische, praktische und forschungskritische Aspekte / L. R. Schmidt (ed.)*, 1992.
12. Muthny, F. A. *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*, FKV. *Weinheim*, 1989.
13. Rueger, U., Blomert, A. F., Foerster, W. *Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. *Goettingen*, 1990.
14. Schauenburg, H., Kuda, M., Rueger, U. Unterschiedliche Kontrollüberzeugungen (locus of control) bei ost- und westdeutschen Studierenden. *Zsch. psychosom. Med.* 38.
15. Schmidt, L. R. (ed.) *Psychologische Aspekte medizinischer Massnahmen*. *Jahrbuch der medizinischen Psychologie 7*. *Berlin-Heidelberg-New York*, 1992.
16. Schroeder, H., Schumacher, J. *Bewältigung von chirurgischen Operationsanforderungen*. 1992 / L. R. Schmidt (ed.). 1992a.
17. Voegelé, C.: *Perioperativer Stress*. 1992 / L. R. Schmidt (ed.). 1992a.

A COMPARISON OF COPING WITH CORONARY BY-PASS SURGERY BETWEEN LITHUANIAN AND WEST GERMAN PATIENTS

**SIMONA BIVEINYTĖ, EUGENIJUS LAURINAITIS,
GIEDRIUS UŽDAVINYS**

Summary

The given study deals with a problem of coping of the coronary bypass surgery. The aim of this study is to contribute to the further identification of factors predicting poor emotional and related somatic adjustment after the surgery. The second aim of the study is to compare the forms of coping and the outcomes of coping between Lithuanian and West German patients. The level of anxiety, emotional state and intensity of psychosomatic complaints were used as criteria for evaluating the effectiveness of coping processes.

In the Vilnius University Heart Surgery Centre 114 patients undergoing coronary artery by-pass surgery were investigated using the Freiburger Questionnaire of Coping with Illness (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV), the Giessener Questionnaire of Somatic Complaints (Der Giessener Beschwerdebogen, GBB), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the mood inventory (Der Mehrdimensionaler Stimmungsfragebogen, MSF), the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), and the locus of control scale (Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen, FEGK). The first measurement using FKV, MSF, STAI, CES-D, GBB, and FEGK was made on the last day before surgery. The second measurement using MSF, STAI, and GBB was made during the fourth to sixth day after surgery.

In the University Clinic in Frankfurt am Main 131 patients undergoing coronary artery by-pass surgery were investigated using the same procedure.

The results were analysed using the means of SPSS/PC+. The Student test, Mann-Whitney test, and Wilcoxon test for uniformity of distributions, and Pearson correlation coefficient were the main methods of statistical analysis.

The results support hypothesis that cognitive way of coping is the most favourable one in the heart bypass surgery situation. Patients demonstrating cognitive avoidance before the surgery were significantly relieved in the fourth to sixth day after the surgery. Patients demonstrating depressive way of coping showed the poorest emotional adjustment after the surgery (feelings of despair, anger and nervousness) and high intensity of somatoformic complaints. Patients demonstrating depressive way of coping and patients coping through social support seeking and hedonism showed many similar emotional and somatoformic characteristics after the surgery. Coping through trust and religiosity was associated with a stable and satisfactory emotional state before and after the surgery.

Intensity of somatic complaints was positively associated with the level of anxiety preoperatively and postoperatively. All ways of coping were positively related with feelings of involvement, tiredness, concentration and physical exhaustion in the last day before the surgery. Anxiety as a trait predicted depressive way of coping and poor emotional adjustment preoperatively and postoperatively.

The results strongly support the hypothesis that socio-economic and cultural living conditions influence the way of coping and its outcomes. German patients showed better emotional adjustment postoperatively.