

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA SLAUGOS FAKULTETAS
SLAUGOS IR RŪPYBOS KATEDRA

ILONA KERTENIENĖ

**POOPERACINIO SKAUSMO VALDYMAS PACIENTŲ
POŽIŪRIU**

Magistrantūros studijų programos „Klinikinė slauga“ baigiamasis darbas

Darbo vadovė
Doc. dr. Rūta Butkevičienė

KAUNAS, 2017

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICIJOS AKADEMIJA SLAUGOS FAKULTETAS
SLAUGOS IR RŪPYBOS KATEDRA

TVIRTINU

Slaugos fakulteto dekanas

Prof. dr. Jūratė Macijauskienė.....

2017 m.mėn.d.

**POOPERACINIO SKAUSMO VALDYMAS PACIENTŲ
POŽIŪRIU**

Magistrantūros studijų programos „Klinikinė slauga“ baigiamasis darbas

Darbo vadovė

Doc. Rūta Butkevičienė.....

2017 m.mėn.d.

Recenzentas

Dr. Alina Vaškelytė

2017 m.mėn.d.

Darba atliko

Magistrantė

Ilona Kertenienė.....

2017 m.mėn.d.

KAUNAS, 2017

TURINYS

IVADAS	10
TYRIMO TIKSLAS IR KLAUSIMAI	12
1.LITERATŪROS APŽVALGA	13
1.1.Skausmo samprata	13
1.1.1. Skausmo etiopatogenezė	13
1.1.2. Skausmo tipai	14
1.1.3. Pooperacinio skausmo poveikis	15
1.2. Skausmo vertinimas.....	16
1.3. Pooperacinio skausmo malšinimas	18
1.4. Priešoperacinio informavimo įtaka skausmo valdymui.....	18
1.4.1. Skausmo suvokimo ir emocijų įtaka skausmo valdymui.....	18
1.4.2. Edukacinis slaugytojo vaidmuo.....	21
1.4.3. Priešoperacinio pacientų informavimo organizavimas.....	23
2. TYRIMO METODIKA IR METODAI.....	26
2.1. Tyrimo metodo pasirinkimo pagrindumas.....	26
2.2. Tyrimo dalyviai ir jų atranka	27
2.3. Duomenų surinkimo būdai	28
2.4. Tyrimo įgyvendinimas.....	29
2.5. Tyrimo validumas ir patikimumas.....	29
2.6. Duomenų analizės metodai.....	30
2.7. Tyrimo etika	30
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	31
3.1. Pooperacinio skausmo raiška	32
3.1.1.“ Skausmas man netrukdė“	32
3.1.2.“ Skausmas pakankamai stiprus buvo“	33
3.1.3.“ Nežinau ar tai skausmas buvo“	35
3.2. Žinios apie pooperacinio skausmo valdymą.....	35
3.2.1.“ Nieko aš nežinojau“	35
3.2.2.“ Senokai guliu, prisižiūrėjęs buvau“	36
3.2.3.“ Maždaug žinojau viską“	37
3.3. Personalo veiksmai valdant skausmą	37

3.3.1. “Skausmo tema pokalbių nebuvo”	38
3.3.2. “Daugiau paaiškino gydantis gydytojas”	39
3.3.3. “Slaugytoja teiraujasi, ir suleidžia vaistų”	40
3.4. Skausmo valdymo trūkumai	42
3.4.1. “Nejudėjau, kad neskaudėtų”	42
3.4.2. “Vaistams buvo dar ne laikas”	43
3.4.3. “Nesinorėjo trukdyti kitų pacientų”	44
3.5. Priešoperacinio informavimo poreikis.....	45
3.5.1. “Reikėtų galbūt plačiau aptarti”	45
3.5.2. “Man tikrai nerūpėjo”	46
3.5.3. “Geriau nežinoti”	47
REFLEKSIJA	49
ĮŽVALGOS	50
REKOMENDACIJOS	51
TYRIMO RIBOTUMAI.....	52
MAGISTRANTO PARENGTŲ PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS	53
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	54
PRIEDAI	61

SANTRAUKA

Kertenienė I. Pooperacinio skausmo valdymas pacientų požiūriu, magistro baigiamasis darbas / mokslinė vadovė doc. dr. R. Butkevičienė; Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Slaugos fakultetas, Slaugos ir rūpybos katedra, Kaunas, 2017,- 60 p.

Tyrimo tikslas – atskleisti pacientų požiūrį į pooperacinio skausmo valdymą.

Tyrimo klausimai: 1) Kas ir kokiais būdais pacientui padeda valdyti pooperacinį skausmą?
2) Kas pacientų požiūriu, leistų pagerinti skausmo valdymą po operacijos?

Tyrimo metodai. Siekiant išsiaiškinti pacientų požiūrį į skausmo valdymą po operacijos naudotas kokybinis aprašomasis tyrimo metodas, taikant indukcinės turinio analizės strategiją. Duomenys rinkti taikant individualųjį, pusiau struktūruotą interviu.

Tyrimo dalyviai. 9 asmenys po kepenų ar kasos rezekcijos operacijos. Imtis sudaryta taikant tikslinę atrankos strategiją. Atrankos kriterijai: a) asmeniui atlikta kepenų ar kasos rezekcija b) po operacijos praėjo ne mažiau 48 valandų; c) asmuo kalba lietuviškai.

Tyrimo rezultatai. Atlikus interviu analizę išskirta penkiolika potemių kurios apjungtos į temas, atskleidžiančias tiriamą reiškinį: 1) Pooperacinio skausmo raiška; 2) Žinios apie pooperacinio skausmo valdymą; 3) Personalo veiksmai valdant skausmą; 4) Skausmo valdymo trūkumai; 5) Priešoperacinio informavimo poreikis.

Išvagos. 1)Interviu su pacientais atskleidė, kad daugiausiai paslaugų, valdant pooperacinį skausmą suteikia chirurgijos skyriaus slaugytojos. Jos teiraujasi ar pacientams skauda ir esant poreikiui malšina skausmą medikamentinėmis priemonėmis. 2)Analizuojant interviu išaiškėjo, kad pacientai sistematingai nėra informuojami apie skausmo valdymą. Nežiūrint to, pacientai kaip sėkmingą skausmo valdymo prielaidą, įvardina priešoperacinį informavimą apie skausmo valdymą. 3) Tyrimo metu nustatyta, kad pasitaiko situacijų, kai dėl pacientų ar sveikatos priežiūros specialistų, skausmo malšinimas būna neefektyvus.

Rekomendacijos. Anesteziologų tarnybos specialistams organizuoti mokymus skausmo valdymo tema; Slaugytojus skatinti dalyvauti organizuojamuose mokymuose apie skausmo valdymą tam, kad įgytų ar atnaujintų žinias ir galėtų efektyviai vertinti ir malšinti skausmą bei vykdyti pacientų psichoedukaciją; Skyriuje įvesti privalomą skausmo vertinimą skausmo skalių pagalba ir jo išraiškos dokumentavimą ligonio stebėjimo lape; Apsvarstyti signalizuojančios sistemos tobulinimo galimybes, siekiant sumažinti pacientų ramybės periodo trikdymą.

Reikšminiai žodžiai: skausmas, pacientas, ūminio pooperacinio skausmo valdymas

SUMMARY

Kertenienė I. Postoperative pain management from the patient's point of view, Master's thesis / scientific manager doc. dr. R. Butkevičienė; Lithuanian health science university, Nursing faculty, Nursing and care department, Kaunas, 2017- 60 p.

Research goal – reveal patients' view of postoperative pain management.

Research questions: 1) Who and how helps patient to manage his/her postoperative pain? 2) What would help to manage postoperative pain from the patient's point of view?

Research methods. A qualitative descriptive research method was used, applied inductive content analysis strategy. Data was collected using semi-structured interviews.

Research participants. 9 patients after liver or pancreatic resection participated in the study. Purposive sample was used. Selection's criteria: a) patients experienced a liver or pancreatic resection b) at least 48 hours have passed after the surgery c) the person speaks Lithuanian.

Results. Five themes were formulated after data analysis: 1) Postoperative pain experience 2) Knowledge of postoperative pain management 3) Coping strategies used by personnel to minimize pain 4) Pain management drawbacks 5) The need for information prior to surgery.

Insights. 1) Interviews with the patients revealed, that the majority of help in managing postoperative pain is provided by the nurses from the surgical department. They are constantly asking if the patient is in some kind of pain and if needed, suppresses the pain using medicaments. 2) The analysis of the interviews has shown that patients are not being systematically informed about pain management. Despite that, patients assume that information about pain management provided before the surgery is the most effective measure. 3) It was established during the research, that situations when the suppression of pain is not effective occur because of patient's or health care specialist's fault.

Keywords: pain, patient, acute postoperative pain management

Padėka

Širdingai dėkoju darbo vadovei docentei Rūtai Butkevičienei už profesionalias konsultacijas, kantrybę, patarimus ir dėmesį atliekant mokslinį darbą.

Dėkoju tyrimo dalyviams, už Jų dalyvavimą tyrime, bei atvirumą dalinantis patirtimi.

Dėkoju šeimai, kurie buvo kartu su manimi, suprato mane ir palaikė reikiamą akimirką.

SANTRUMPOS

LR – Lietuvos Respublika

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

ES – Europos Sąjunga

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

KK – Kauno klinikos

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

ŽODYNĖLIS

Emocijos – psichikos pažintiniai procesai, atspindintys žmogaus santykio su savimi ir kintančia aplinka išgyvenimą (Myers, 2000).

Įsitikinimas – išankstinės mintys apie realybę, kurios formuoja suvokimą apie mus pačius ir mūsų aplinką (Myers, 2000).

Įsitikinimai apie skausmą – asmeniui padeda sukurti stabilų supratimą apie įvykius, kuriuos jis patiria ar dar patirs (Williams, Thorn, 1989).

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis (LR SAM įsakymas Nr. XI-499)

Psichoedukacija – pacientų mokymas apie ligą bei sveikatą, remiantis mokslinėmis medicinos ir psichologijos teorijomis, siekiant, kad pacientas geriau įsisąmonintų savo būklę, bei pagerinti bendradarbiavimą gydymo procese (LR SAM įsakymas Nr. V-119).

Skausmo valdymas – procesas apimantis farmakologinius ir nefarmakologinius metodus, siekiant išvengti ar sumažinti skausmo pojūčius (Michael et al., 2000)

Slaugytojas – asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją. (LR medicinos norma MN 28: 2011).

IVADAS

Pagal LSMU ligoninės Kauno klinikų 2015 metų veiklos ataskaita, per metus buvo atlikta 67997 operacijos. Remiantis tyrimais yra teigiama, kad 80 proc. pacientų po operacijos patiria skausmą. Trys iš keturių minėtų pacientų patiria vidutinio stiprumo arba stiprų skausmą (The International Association for Study of Pain). Skausmas, kuris smarkiai pablogina žmonių gyvenimo kokybę, pooperaciniu laikotarpiu yra neišvengiamas. Skausmas yra objektyvus audinių pažeidimo reiškiny, kurio visiškai subjektyvus emocinis atsakas priklauso nuo žmogaus išsilavinimo, psichologinės būsenos, kultūros, ankstesnio patyrimo, motyvacijos ir daugybės kitų veiksnių (The International Association for Study of Pain).

Prieš operaciją pradėtas skausmo valdymas sumažina paciento patiriamą skausmą pooperaciniu laikotarpiu (Andrejaitienė, 2010). Vieną svarbiausių vaidmenų skausmo valdyme vaidina pacientų žinios ir įsitikinimai apie skausmą. Būtent todėl svarbu užtikrinti veiksmingo pooperacinio skausmo mažinimo galimybę, pasitelkiant ne tik visą standartinę ūminio skausmo gydymo taktiką, bet ir ligonių psichoedukaciją (Gareth et al., 2016; LR SAM įsakymas Nr. V-119)

Atsižvelgiant į darbo specifiką, didžiausią galimybę vykdyti pacientų psichoedukaciją turi slaugytojai (Zagurskienė, 2009; Ene et al., 2009).

Darbo mokslinis naujumas. Skausmo valdymo aktualijos dažnai nagrinėjamos užsienio autorių. Pubmed duomenų bazėje galima rasti nemažai publikacijų nagrinėjančių pacientų pooperacinio skausmo valdymo patirtis. Juose plačiai analizuojami pacientų poreikiai ir tų poreikių tenkinimas. Dažniausiai yra akcentuojama informacijos apie skausmo valdymą svarba. Tyrėja Diane Glowacki (2015) atstovaujanti vieną Niujorko (JAV) ligoninę, atliko tyrimą ir nustatė, kad jei pacientas turi žinių apie skausmo valdymą ir tiki, kad jo skausmas bus numalšintas, yra pasiekiami optimalūs skausmo valdymo rezultatai. Kitas tyrėjas G. Bozimowski (2012) iš Detroito (JAV) medicinos centro rado ryšį tarp pacientams suteiktos informacijos apie skausmo valdymą ir paciento pasitenkinimo skausmo malšinimu. Lietuvos autorių mokslinių darbų, įvertinančių pacientų požiūrį į pooperacinį skausmo valdymą rasti nepavyko.

Mūsų tyrimo metu, siekiant įvertinti pacientų pooperacinio skausmo valdymo patirtį, buvo apklausti pacientai po chirurginės intervencijos. Tyrimo dalyviai, dalyvavę skausmo valdyme, įvertino savo turėtas žinias apie skausmo valdymą iki operacijos, skausmo valdymą po operacijos ir priešoperacinio informavimo apie skausmo valdymą poreikį.

Darbo praktinė reikšmė. Dabartinis tyrimas gali būti naudingas, nes turint pacientų nuomonę apie skausmo valdymą, galima sukurti efektyvią pagalbą ir informavimo sistemą,

paremtą asmenų ekspertų patirtimi. Galima matyti kokių paslaugų ir/ar informacijos pacientams trūksta, ir kuo jos būtų naudingos. Savo patirtimi pasidalinę informantai ne visada tiesiogiai įvardino problemą, tačiau remiantis žiniomis apie skausmo valdymą ir egzistuojančiais teisės aktais galima daryti išvadas ir imtis priemonių problemų šalinimui.

Tyrimo tiksas – atskleisti pacientų požiūrį į pooperacinio skausmo valdymą. Buvo siekta išsiaiškinti kokia yra pacientų pooperacinio skausmo patirtis ir požiūris į šio skausmo valdymą? Tikslui pasiekti buvo pasitelktas kokybinis aprašomasis tyrimas su atvirais klausimais apie tyrimo objektą, kurie padedėjo gauti reikiamą informaciją apie subjektyvią tiriamųjų patirtį.

TYRIMO TIKSLAS IR KLAUSIMAI

Tyrimo tikslas

Atskleisti pacientų požiūrį į pooperacinio skausmo valdymą.

Tyrimo objektas

Tyrimo objektas– pacientų, patyrusių skausmo valdymą po operacijos, patirtis.

Tyrimo klausimai

- 1.Kas ir kokiais būdais pacientui padeda valdyti pooperacinį skausmą?
- 2.Kas pacientų požiūriu, leistų pagerinti skausmo valdymą po operacijos?

1.LITERATŪROS APŽVALGA

1.1.Skausmo samprata

Skausmas – nemalonus sensorinis ir emocinis patyrimas, sąlygojamas esamo ar galimo audinio pažeidimo, ar apibūdinamas kaip toks pažeidimas (Dima et al.,2011).

Dažniausiai skausmą galima apibūdinti kaip apsauginę reakciją, kuri perspėja apie organizmo pažeidimą arba ligą. Kaip jaučiamas skausmas priklauso nuo žmogaus būsenos ir fizinės buklės (Cotton, 1981).

Kopenhagos universiteto profesorius H. Kehlet (2006) su tyrėju grupe nustatė, kad skausmas yra visiškai objektyvus organizmo audinių pažeidimo reiškiny. Tačiau šio reiškinio išprovokuotas subjektyvus emocinis atsakas priklauso nuo žmogaus psichologinės būsenos, išsilavinimo, ankstesnio patyrimo, motyvacijos ir kitų veiksnių, kurie lemia kaip skausmas bus suvokiamas ir valdomas. Stiprus skausmas gali sukelti arba suintensyvinti jau turimus gyvybinių organų funkcijų sutrikimus, sukelti šoką, netgi staigią mirtį (Sinatra, 2010).

Pagal J.G.Samuels ir S. Fetzer (2009) atliktus tyrimus skausmo pojūčio negalima laikyti paprastu simptomu. Kaip parodė studija, skausmas yra penktasis organizmo gyvybinių funkcijų rodiklis, šalia tokių kaip širdies susitraukimų dažnis, kvėpavimas, arterinis kraujo spaudimas bei temperatūra .

1.1.1. Skausmo etiopatogeneze

Skausmas yra normalus biologinis atsakas į žalingą aplinkos poveikį. Toks atsakas susiformavo evoliucijos eigoje ir turi apsauginę funkciją, kuri apsaugo žmogaus organizmą nuo jau minėto žalingo poveikio.

Siekiant suvokti skausmo fenomeną, reikia išmanyti jo fiziologinius mechanizmus. Skausmas turi fizinį ir emocinį komponentus.

Fizinis komponentas – nocicepcija, yra sudėtingi elektrocheminiai pokyčiai suskirstyti į:

- Transdukcija– nociceptorių dirginimas transformuojamas į elektrinį impulsą;
- Transmisija– elektriniai impulsai įvairiomis nervinėmis skaidulomis sunčiami į nugaros smegenų užpakalinius ragus;

- Moduliacija– nugaros smegenyse signalas gali būti siunčiamas į aukščiau esančius centrus, arba slopinamas priklausomai nuo simpatinės ir parasimpatinės nervų sistemos;
- Percepcija– iš nugaros smegenų signalas perduodamas į smegenų žievę, kur yra lokalizuojamas, interpretuojamas ir suvokiamas kaip skausmas. Šiame etape susijungia sensorinis ir emociniai komponentai.

Emocinį komponentą sudaro, limbinės sistemos reakcijos rezultatas į skausminį dirgiklį bei objektyvi skausmo interpretacija smegenų žievėje (Marchertienė, Kanaporytė, 2005).

Taigi, būtų galima teigti, kad ne vien pažeidimo dydis ir vieta lemia skausmo pojūtį, nes skausmo suvokimui ir vertinimui įtakos turi patiriama baimė ir nerimas, nuovargis, nusiteikimas, patirtis bei aplinkybės kuriomis kyla skausmas.

1.1.2. Skausmo tipai

Skausmas pagal trukmę klasifikuojamas į ūminį arba lėtinį. Ūminis vadinamas ne ilgiau trijų mėnesių užtrukęs skausmas (Marchertienė ir kt., 2012). Daugiau nei tris mėnesius trunkantis skausmas yra lėtinis.

Kadangi mūsų darbe bus nagrinėjamas ūmus pooperacinis skausmas, lėtinis skausmas bus minimas tekste kaip komplikacija, ir giliau nenagrinėjamas.

Ūminis skausmas– tai normalus fiziologinis, ribotos trukmės organizmo atsakas į skausminį stimulą, sukeltą operacijos, traumos ar ūmios ligos, ir išnyksta audiniams išgijus ar sugijus (Marchertienė ir kt., 2012).

Ūminio skausmo charakteristika:

- Pradžia aiški;
- Trukmė iki 3 mėnesių;
- Susijęs su liga;
- Išnyksta išgydžius ligą (Marchertienė ir kt., 2012).

Ūminis skausmas yra vienas iš dažniausių ir labiausiai gasdinančių simptomų siejamų su operacija. Jis yra neišvengiamas, nes tai susiję su trauma daugeliui skausmui jautrių organų (Andrejaitienė, 2010).

Aštrus, pastovus skausmas jaučiamas chirurginės intervencijos vietoje, kuris paaštrėja judant, išliekant baziniam skausmui, tačiau greitai silpsta taikant gydymą, yra būdinga ūmiam pooperaciniam skausmui. Pooperacinio skausmo intensyvumą ir pobūdį nulemia operacinio lauko vieta. Apatinėje pilvo ertmėje atliktos operacijos mažiau skausmingos, nei atliktos viršutinėje pilvo ertmės srityje ar krūtinės ląstoje. Tačiau apatinėje pilvo ertmėje atlikta operacija suteikia intensyvesnį pooperacinį skausmą nei atlikta galūnėse (Curatolo, 2011). Šalia operacijos vietos faktoriaus, skausmo intensyvumui įtakos turi paciento amžius, asmeninės savybės bei gretutinės patologijos. Taip pat didelę reikšmę skausmo raiškai turi palatos personalo požiūris ir priešoperacinis paciento apmokymas (Bazimowski, 2012).

1.1.3. Pooperacinio skausmo poveikis

Pooperacinis skausmas turi neigiamą poveikį įvairių organizmo sistemų funkcijai.

1 lentelė. Skausmo poveikis organizmo sistemų funkcijai (pagal I. Marchertienė ir kt., 2012)

Organizmo sistema	Poveikis sistemai
Kvėpavimo	Hipoventiliacija, pneumonija, atelektazės
Širdies ir kraujagyslių	Tachikardija, hipertenzija
Imuninė	Slopinamos imuninės funkcijos
Virškinimo	Žarnyno motorikos slopinimas
Urogenitalinė	Šlapimo susilaikymas
CNS	Sujaudinimas, baimė, miego sutrikimai

Taip pat skausmas paveikia:

- Socialinę funkciją– apsunkina bendravimą, sumažina aktyvumą, trukdo aktyviai leisti laisvalaikį, prisideda prie socialinės atskirties;
- Dvasinę funkciją– veikia vertybių, gyvenimo prasmės ir egzistencijos klausimus (Matsushita et al., 2007).

1.2.Skausmo vertinimas

Kaip teigia L.B.Milgrom su bendraautoriais (2004) iš JAV universiteto, tikslus ir kruopštus skausmo supratimas ir įvertinimas yra labai svarbus planuojant skausmo kontrolę ir optimizuojant pooperacinį gydymą.

Reakcija į skausmą yra labai individuali, ir jai įtakos turi genetiniai, kultūriniai, lyties ir amžiniai veiksniai. Nors skausmas yra subjektyvus pojūtis, yra galimybė jį objektyvizuoti. Lietuvoje naudojamos LR sveikatos apsaugos ministro 2004 metais patvirtintos trys skausmo intensyvumo vertinimo skalės.

2 lentelė. Lietuvoje taikomos skausmo skalės (pagal LR SAM įsakymą Nr.V-608)

					
„Veidukų“ skalė	1 „veidukas“	2 „veidukas“	3 „veidukas“	4 „veidukas“	5 „veidukas“
Skaitmeninė skalė	0	1 2 3	4 5	6 7 8	9 10
Žodinė skalė	Nėra skausmo	Silpnas skausmas	Vidutinis skausmas	Stiprus skausmas	Nepakeliamas skausmas

Antroje lentelėje pavaizduotomis skalėmis skausmo intensyvumas vertinamas:

- Veidukų išraiškos – šešių veidukų su skirtingomis emocijų išraiškomis nuo besišypsiančio iki verkiančio, naudojamos vaikams ir pacientams su kuriais neįmanoma bendravimas;
- Žodinė vertinimo skalė – skausmas vertinamas pasitelkiant penkis skausmo stiprumą apibūdinančius žodžius;
- Skaitmeninė vertinimo skalė – skaitinės išraiškos, kur 0 - skausmo nėra, o skaičius 10 - nepakeliamas skausmas (LR SAM įsakymas Nr.V-608).

Skaičių analogijos skalės savybes turinti „veidukų“ skalė, kuri rekomenduojama vaikams virš trijų metų, gali būti naudojama ir pagyvenusiems žmonėms, ypač esant kognityvinių funkcijų sutrikimams (Marchertienė ir kt., 2012).

Dažnai vertinti skausmo intensyvumą skalių pagalba yra neįmanoma, dėl pakitusio paciento sąmonės lygmens, bendravimo sutrikimo ar kitų nepalankių veiksnių, pavyzdžiui kurčėbyliai, dezorientuoti asmenys ar esant kalbos barjerui.

Nors vertingiausias yra paties ligonio skausmo vertinimas, nesant galimybei, gali būti taikomas stebėjimas, kurio metu vertinamos skausmo pasekmės ligoniui, kurios turi skaičių analogijos skalės savybes (3 lentelė).

3 lentelė. Lietuvoje taikoma skausmo apibūdinimo skalė (pagal LR SAM Nr.V-461)

Balas	Skausmo pasekmės
0	Neskauda
1	Labai nežymiai erzinantis skausmas
2	Nežymiai erzinantis skausmas
3	Pakankamai stiprus, kad blaškytų dėmesį
4	Gali būti nepaisomas, jei ligonis labai užimtas, tačiau blaško dėmesį
5	Negali būti nepaisomas ilgiau nei 30 minučių
6	Visai negali būti nepaisomas
7	Dėl jo tampa sunku susikaupti
8	Fizinis aktyvumas labai ribotas
9	Negali kalbėti, dejuoja ar šaukia
10	Nesamoningas, dėl skausmo netenka sąmonės

Skausmas turi būti vertinamas:

- Pirmą kartą apžiūrint pacientą;
- Kiekvieną kartą, atsiradus naujam skausmui arba pakitus skausmo pobūdžiui;
- Reguliariais laiko tarpais, gydymo eigoje (Marchertienė ir kt., 2012).

Pacientų negalinčių bendrauti dėl nesąmoningos būklės bei ligonių, kurių išsilavinimas ar kultūrinis lygis labai skiriasi nuo skausmą vertinančio asmens, taip pat gali būti vertinami gyvybiniai požymiai (AKS, ŠSD, kvėpavimo dažnis), kurių suaktyvėjimas būdingas skausmui (Herr et al., 2006).

Skausmo vertinimo principai:

- Skausmą vertinti ramybėje ir aktyvumo metu;
- Gydymo efektyvumą vertinti, nustatant skausmo intensyvumą prieš gydymą ir eigoje (chirurginėse palatose kas 4-8 val);
- Numatyti maksimalų skausmo lygį, kuriam esant jau būtina pradėti gydymą;

- Monitoruoti ir dokumentuoti (Marchertienė ir kt., 2012; Ene et al., 2008) .

Įvertintas skausmo intensyvumas yra pažymimas asmens medicinos dokumentuose ir yra laikomas pagrindu skirti atitinkamą skausmo malšinimo vaistą (LR SAM įsakymas Nr.V-608).

1.3. Pooperacinio skausmo malšinimas

Ūminis skausmas, kurį sukelia chirurginė intervencija, yra trumpalaikis ir prognozuojamas. Siekiant sumažinti ligonio patiriamą diskomfortą, pooperacinis skausmas malšinamas analgetikais. Pooperacinio skausmo mažinimui analgetikai skiriami pagal PSO parengtas „laiptinės analgezijos“ rekomendacijas, tai yra kuo intensyvesnis skausmas, tuo skiriamas stipresnis analgetikas (Wickstrom et al., 2007).

4 lentelė. Ūminio skausmo gydymas (pagal Lietuvos skausmo draugiją, 2005)

Pagalbos rūšis	Skausmo intensyvumas	Vizualios analogijos skalė	Tikrasis analgetikas	Adjuvantinis analgetikas
Nebūtinoji	Silpnas	1-3	Paracetamolis	-
	Vidutinis	4-5	NVNU	-
Būtinoji	Stiprus	6-8	NVNU	+AA
	Nepakeliamas	9-10	SO	+AA
			TO	+AA

NVNU-nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, +AA- pridedamas adjuvantinis analgetikas SO-silpnieji opioidai, TO- tikrieji opioidai

Optimaliai malšinamas pooperacinis skausmas suteikia pacientui komfortą, sumažina pooperacinių komplikacijų bei lėtinio skausmo išsivystymo galimybę, be to sumažina hospitalizacijos trukmę (Tier et al., 2014). Tuo tarpu nepakankamai malšinamas skausmas po operacijos pacientams sukelia nerimą, sąlygoja mažesnę ligonio aktyvumą, kuris lemia komplikacijų išsivystymą, ir įtakoja lėtinio skausmo išsivystymą.

1.4. Priešoperacinio informavimo įtaka skausmo valdymui

Koks emociškai stiprus asmuo bebūtų, būsima chirurginė intervencija jam sukelia vidinę įtampą, nerimą ir jį apima nesaugumo jausmas. Todėl galima teigti, kad pacientai prieš operaciją patiria psichologinę krizę (Robleda et al., 2014). Anot K.O.Polukordienės (Polukordienė, 2003, p.10) „psichologinė krizė – tai sveiko žmogaus reakcija į sunkią ir reikšmingą jam emociškai gyvenimo

situaciją, kuri reikalauja naujų adaptacijos ir įveikimo būdų, nes turimų nebepakanka“. S.Koranyi (2014) ir bendraautorių atliktame tyrime išaiškėjo, kad pooperacinis skausmas yra vienas labiausiai nerimą keliančių faktorių, kuriuos įvardina pacientai prieš operaciją.

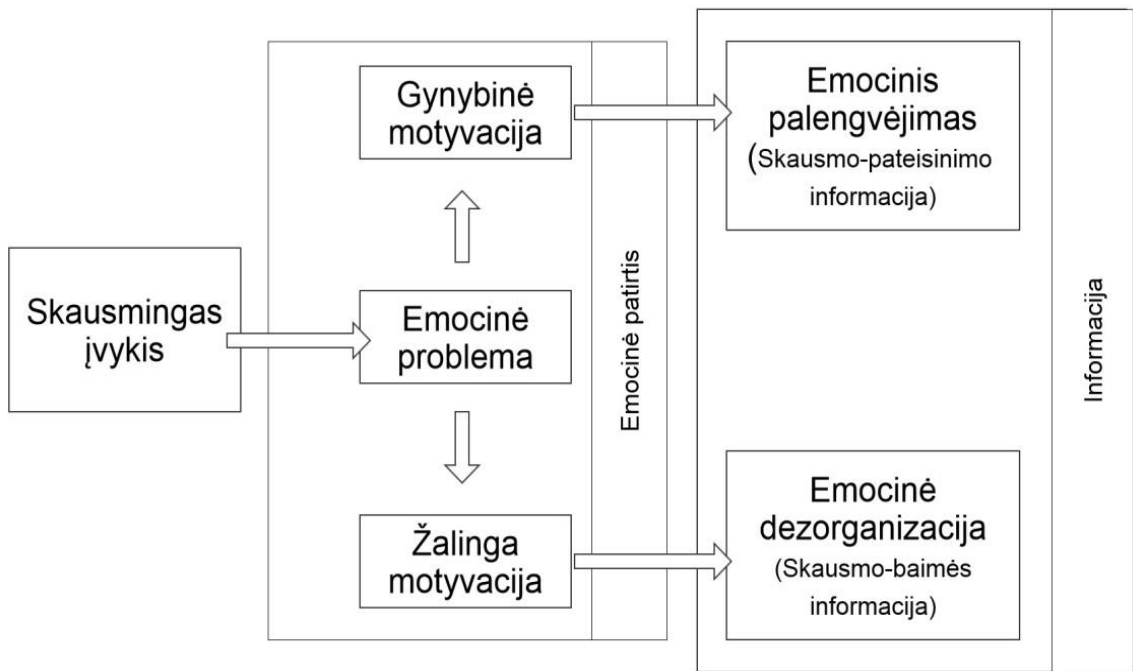
Tyrimų metu nustatyta, kad skausmas yra objektyvus audinių pažeidimo reiškinys, kurio visiškai subjektyvus emocinis atsakas priklauso nuo žmogaus psichologinės būsenos, kurią lemia paciento įsitikinimai ir žinios apie skausmą (Robleda et al., 2014). Būtent todėl svarbu užtikrinti veiksmingo pooperacinio skausmo valdymo galimybę, tam tikslui pasitelkiant priešoperacinį pacientų informavimą.

1.4.1. Skausmo suvokimo ir emocijų įtaka skausmo valdymui

Lygiagretaus informacijos apdorojimo skausmo suvokimo teorija (H. Leventhal ir D. Everhart, 1979) atskleidžia, kad emocijos, priklausomai nuo jų pobūdžio daro įtaką subjektyviam skausmo pojūčiui. H. Leventhal ir D. Everhart (1979) teigė, kad skausmas ir emocijos susijusios. Jie atkreipė dėmesį, kad subjektyviame skausmo pojūtyje emocijos užima reikšmingą vietą. Mokslininkai pabrėžė, kad emocijos, priklausomai nuo jų pobūdžio (teigiamos ar neigiamos), daro įtaką subjektyviam skausmo pojūčiui. Todėl, siekiant efektyviai malšinti skausmą, reikia koreguoti emocinį komponentą. Minėtos teorijos autoriai išaiškino, kaip skausmingas įvykis yra interpretuojamas:

- Pirmuoju jutiminiu (sensoriniu) keliu perduodami duomenys iš pažeidimo vietos į centrinę nervų sistemą ir teikia informaciją apie sužalojimo vietą, intensyvumą ir trukmę.
- Antruoju emociniu keliu perduodama emocinė patirtis ir iš gautų duomenų susiformuoja skausmo-pateisinimo (pvz. vaistai sumažina skausmą, situacija kontroliuojama) informacija arba skausmo-baimės informacija (pvz. skausmas nėra numalšinamas, tai sukelia didelį diskomfortą).

Iš gautų jutiminių ir emocinių komponentų formuojasi pojūčių “schemos” (1 pav.).



1pav. Emocinio komponento priskyrimo schema

(schema sudaryta autorės, remiantis mokslinė literatūra)

Kiekvienas žmogus turi savitą patyrimą apie skausmą. Jei jis praeityje turėjo skaudžią patirtį ir dabar yra panašiose aplinkybėse, esamą situaciją “schema priskirs” skaudžiam potyriui ir atvirkščiai. Todėl, kai žmogaus jutimasis skausmo komponentas neturi neigiamo emocinio komponento, tai yra emocinės dezorganizacijos, jis jaus mažesnio intensyvumo skausmą. Motyvacija-tai poreikiai ir vertybės, kurie suteikia energijos ir nukreipia ją į tikslą (Myers,2000). Taigi “gynybinė motyvacija” yra teigiamos mintys, kurios formuoja pasitikėjimą galima pagalba ir savo jėgomis. “Žalinga motyvacija” veikia destruktiviai, neigiamomis nuostatomis formuojant nepasitikėjimą savo jėgomis arba galima pagalba.

Tuo tarpu emocijų teorijos nusako, kaip asmens fiziologinio sužadavimo lydimą reakcija, mintys ir elgesys yra tarpusavyje susiję. Vieną tokių teorijų 1962 m. pristatė amerikiečių socialinis psichologas, profesorius Stanley Schachter bei buvęs jo studentas ir pasekėjas Jerome Singer. Jų “Dviejų veiksnių teorija” teigia, kad emocijoms patirti reikalingi du komponentai: 1) fiziologinio sužadavimo lydimą reakcija ir 2) vertinimas. Vieno komponento emocijai patirti nepakanka. Suvokiamo objekto sukelta reakcija nėra pakankama emocijai patirti. Svarbiausia ne reakcijos, o kaip žmogus jas vertina. Pavyzdžiui, jei žmogus tam tikrą situaciją, sukėlusią fiziologinį sužadimą, įvertins kaip pavojingą, jis išsigąs ir atvirkščiai(Cotton,1981).

Anot autorių emocijos gali kilti dviem būdais: 1) kai aplinkos įvykiai vertinami kaip reikšmingi, ir 2) kai žmogus suvokia savyje esančią fiziologinę įtampą, bet neturi tam tinkamo paaiškinimo. Tada vyksta priežasčių ieškojimo procesas. Jei randamas paaiškinimas ir

įvertinimas (nesvarbu, teisingas ar ne), kyla atitinkami jausmai (Cotton, 1981; Hubert, 1990). Tuo remdamiesi, autoriai iškėlė hipotezes:

- Jei asmuo patiria būseną, apie kurią neturi išankstinio nusistatymo, jis ją išgyvens remdamasis esamomis aplinkybėmis. Pvz.: žmogus, kuris bus operuojamas pirmą kartą neturės jokių išankstinių nuostatų apie pooperacinį skausmą.
- Jei asmuo patiria būseną, apie kurią turi pakankamai tikslių žinių, jis ją išgyvens neieškodamas alternatyvių aiškinimų. Pvz.: žmogus, kuris žino, kodėl jam skauda po operacijos ir kokiais būdais tą skausmą mažinti, dėl pooperacinio skausmo papildomų klausimų nekels.

Jei asmuo patiria būseną, kuri praeityje jam sukėlė atitinkamą emociją, tuomet buvusi emocija pasireikš ir dabar (Hubert, 1990). Pavyzdžiui, žmogui po ankstesnės operacijos labai skaudėjo ir jam niekas nepadėjo, dabar jis jau prieš operaciją jaudinasi dėl galimos kančios ir būsimo diskomforto.

Apibendrinant galima teigti, kad emocijos daro įtaką žmogaus skausmo pojūčiui, todėl malšinant skausmą svarbu ne vien jutimai, bet ir paciento emocinė būklė. O emocijai kilti reikalinga ne tik reakcija, bet ir jos vertinimas, kuris remiasi žmogaus įsitikinimais, kurie padeda susikurti supratimą apie įvykius, kuriuos jis patiria ar dar patirs.

1.4.2. Edukacinis slaugytojo vaidmuo

Lietuvos Respublikos medicinos normoje MN 28:2011 priimtoje 2011 metų birželio 8d. numatoma, kad slaugytojas turi gebėti „mokyti pacientą ir jo artimuosius“. Lietuvos ir užsienio tyrėjų darbuose pasebima, kad atsižvelgiant į darbo specifiką, didžiausią galimybę mokyti pacientus turi slaugytojai (Zagurskienė, 2009; Ene et al., 2009). Anot Guo (2014) slaugytojams visuomet kyla sunkumų aiškiai nubrėžiant ribas tarp savo ir kitų komandos narių įtakos paciento sveikatos priežiūroje. Tačiau slaugytojo vaidmuo pooperacinio skausmo valdyme yra labai svarbus, nes jis pacientui skiria daugiausiai laiko ir dėmesio lyginant su kitais komandos nariais (Kalogianni et al, 2015). Slaugytojas turi unikalią galimybę padėti skausmą patiriantiems pacientams, kadangi daug laiko praleidžia betarpiškai bendraudami su jais, kas leidžia geriau įsigilinti į paciento būklę. Be to, kaip teigia M. Deyirmenjian (2006), užduoti klausimus ir išsakyti savo būklės įvertinimus pacientai labiau linkę slaugytojui, o ne gydytojui. Mokymo ir informavimo procese įgytos žinios pacientams sumažina emocinę įtampą ir baimę (Guo, 2015;

Matthias,2012).

Tyrimų metu nustatyta, kad patiriantys skausmą pacientai jaustųsi geriau, jei žinotų, kas jiems tą skausmą sukėlė (Williams et al.,1994). Siekiant tinkamai valdyti skausmą ir sulaukti bendradarbiavimo iš paciento, prieš operaciją reikėtų pacientui suprantama forma paaiškinti, koks yra pooperacinio skausmo mechanizmas, nuo ko skausmas gali stiprėti ar silpnėti. Tai sumažintų priešoperacinį nerimą.

Siekiant tinkamai vertinti skausmą, pacientą reikia mokyti kaip savo subjektyvius skausmo potyrius vertinti skausmo skale, pabrėžiant tikro skausmo vertinimo svarbą, vengiant stoicizmo ar perdėto vertinimo (stoicizmas būdingas asmenims linkusiems kentėti skausmą, o asmenys, linkę į perdėta vertinimą visiškai netoleruoja skausmo pojūčio). Tai ne tik palengvina skausmo vertinimą, bet ir sumažina neigiamas paciento emocijas. D.Williams (1994) su tyrėjų kolektyvu nustatė, jog įsitikinimai, kad skausmas yra pastovus ir nekintantis, lemia didesnį skausmo intensyvumo pojūtį. Tuo tarpu vertindamas skausmą prieš skausmą mažinančių priemonių vartojimą ir po to, pacientas turi galimybę stebėti skausmo dinamiką

Medikamentinė terapija plačiai taikoma malšinant pooperacinį skausmą. Medikamentų nauda niekas neabejoja, tačiau nemažai žmonių turi klaidingų įsitikinimų, susijusių su vaistų vartojimu. Vieni jų: 1) skausmas - normalus pooperacinis palydovas; 2) vaistus reikia vartoti tik tada, kai skausmas tampa nebepakeliamas (van Dijk, 2015). Šie mitai sudaro sąlygas vystytis lėtiniam skausmui. Pacientai vengia narkotinių analgetikų, bijodami priklausomybės nuo narkotikų išsivystymo, kiti linkę kentėti skausmą, kad vartotų mažiau vaistų nuo skausmo, kuriems, jų manymu, vystosi tolerancija ir didėja poreikis bei šalutinis poveikis (Bozimowski, 2012). Slaugytojas, siekdamas paciento gerovės, turi pacientui aiškinti vaistų vartojimo ypatumus ir tokiu būdu užkirsti kelią nepageidaujamiems padariniams, kurie atsiranda netinkamai vartojant medikamentines priemones nuo skausmo. Veiksmingas pooperacinis skausmo malšinimas svarbus ne tik dėl pooperacinių komplikacijų prevencijos, bet ir žmogiškąja prasme, gerėja ligonio gyvenimo kokybė.

Nemedikamentinės skausmo malšinimo priemonės yra ne mažiau reikšmingos. Apie jų efektyvumą ir teigiamą poveikį sveikatai diskutuoja slaugos ir medicinos specialistai. Specialiai įvertintos ir tinkamos strategijos taikymas, atkreipiant dėmesį į tam tikras pacientų grupes (vaikai, senyvi pacientai), duoda apčiuopiamus rezultatus. Išmokinti taisyklingos kvėpavimo technikos ir gebėjimo pasirinkti būklei palankią kūno padėtį, pacientai gali sumažinti dėl skausmo patiriamą diskomfortą (Bicek,2004). Pagal E.Bicek pateiktus duomenis su slaugytojo pagalba pacientas gali nesunkiai įvaldyti dėmesio nukreipimo (malonių vaizdinių kūrimas, veikla

reikalaujanti dėmesio sutelkimo, pavyzdžiui kryžiažodžio sprendimas ir kt.) techniką. Šių metodų taikymas turi teigiamą poveikį pacientų emocinei būklei, kadangi net ir nedidelis skausmo sumažėjimas suteikia žmogui palengvėjimo pojūtį.

Slaugytojas pacientui aktualią ir reikalingą informaciją pateikdamas įvairiausiais metodais ir priemonėmis (žodžiu, raštu per lankstinukus, plakatus, audio ir video įrašus) atsižvelgdamas į asmenines pacientų savybes, gali pasiekti maksimalaus rezultato - mažesnio skausmo intensyvumo.

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų mokymo ir informavimo tikslas yra skatinti pacientą aktyviai bendradarbiauti su sveikatos priežiūros specialistais ir priimti geriausius sveikatos priežiūros sprendimus (Gulbinienė, 2008). Kaip teigia Mažionienė (2011) „viena iš pagrindinių slaugytojo edukacinių funkcijų yra informavimas, kurį galima apibrėžti kaip vienpusį specialistų parengtą standartą sveikatos problemoms spręsti“.

1.4.3. Priešoperacinio pacientų informavimo organizavimas

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos atliginimo įstatyme priimtame 2009 metų lapkričio 19d. sakoma, kad pacientas turi „teisę gauti informaciją apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę, sveikatos priežiūros įstaigoje taikomus ar gydytojui žinomus kitus gydymo ar tyrimo būdus, galimą riziką, komplikacijas, šalutinį poveikį, gydymo prognozę ir kitas aplinkybes<...> informacija pacientui turi būti pateikiama, atsižvelgiant į jo amžių, sveikatos būklę, suprantamai paaiškinant specialius medicinos terminus“. Tuo remiantis, prieš operaciją, sveikatos priežiūros specialistai pacientui turėtų paaiškinti, ko galima tikėtis prieš operaciją, jos metu ir pooperaciniu laikotarpiu (Andrejaitienė, 2010).

Tam, kad vyktų edukacinis procesas, kaip nurodo C.Zhang su bendraautorais (2012), turi būti asmuo kuris nori gauti žinių, asmuo, kuris tas žinias turi ir gali jas perduoti, bei juos siejantis mokymo tikslas. Tai yra universalus mokomosios sąveikos modelis, kuris tinka sveikatos priežiūros sistemoje.

Planuojant informavimo procesą, reikia turėti omenyje, kad procesas atitinka mokymo procesą ir susideda iš planavimo, organizavimo ir vertinimo (Mažionienė, 2011).

Atsakingai reiktų apgalvoti kiekvieną etapą:

- Planavimo metu reikia išsiaiškinti paciento informacijos poreikio lygį ir tuo remiantis apmastyti informavimo tikslą bei turinį. Planavimo metu duomenys apie informacijos poreikį renkami pokalbio su pacientu metu, išsiaiškinant jo požiūrį, nuostatas ir motyvaciją.

Informacijos turinys turi apimti tik aktualiausias paciento problemas, kurios apima realius jo poreikius. Informacijos teikėjas turi bandyti sužinoti, ko pacientas tikisi ir tuomet pradėti formuoti lūkesčius, kurie sutaptų su realiu tikslu (Niemi-Murola et al., 2007)

- Organizavimo metu svarbu apgalvoti informacijos pateikimo laiką, aplinką ir formą, tam kad nesukelti neigiamų emocijų pacientui. Slaugytojas pacientui aktualią ir reikalingą informaciją pateikdamas įvairiausiais metodais ir priemonėmis atsižvelgdamas į asmenines pacientų savybes, gali pasiekti maksimalaus rezultato. Informacijoje, skirtoje pacientui, turėtų būti kuo mažiau medicininių terminų (Rankinen et al., 2007), kurių pacientai nesupranta, o perklausti nedrįsta (Reck, 2013). Kaip nurodo I.Mikutavičienė (2008), be galo svarbi yra socialinė - psichologinė aplinka: jei pacientas jausis gerbiamas jis taps atviresnis, dalinsis savo nuogastavimais ir lengviau priims jam suteiktą informaciją.
- Vertinimo metu svarbu sužinoti ar pasiekti tikslai. Sveikatos priežiūros specialistas, taikydamas įvairius metodus, turi nustatyti ar pacientas informaciją suprato ir įgytos žinios yra teisingos (Rankinen et al., 2007). Jei pacientas informacijos nesuprato, ją reikia pakartoti, užduodant atvirusius klausimus, kurie padės išsiaiškinti kokia informacija neaiški.

Efektyvus edukacinis procesas yra daugiau nei informacijos perdavimas. Jį sudaro empatija, kantrybė, emocinis ryšys ir net informaciją teikiančio asmens kūno kalba (Bjornnes et al., 2017). Taigi, apibendrinant galima teigti, kad kokybišką ir efektyvų bendravimą atspindi grįžtamasis ryšys, kuris parodo kaip specialistas gerai pateikė informaciją, o pacientas ją suprato. Slaugytojas, planuodamas paciento informavimą, turėtų orientuotis į jo emocinę būklę. Informavimo strategijos esmė yra eliminuoti neigiamą emocinį komponentą iš skausmo “schemas”, kas užtikrintų mažesnio intensyvumo skausmą arba jo nebuvimą po chirurginės intervencijos.

Apibendrinant galima teigti, kad daugelis pacientų, kuriems atlikta chirurginė intervencija, patiria ūmų pooperacinį skausmą. Kaip esminis chirurginio paciento priežiūros akcentas yra efektyvus pooperacinio skausmo valdymas. Veiksmingas pooperacinis skausmo malšinimas užtikrina ne tik paciento komfortą, bet ir mažesnę kvėpavimo, širdies- kraujagyslių ir kitų sistemų komplikacijų kiekį. Taip pat iki minimumo sumažina lėtinio skausmo išsivystymo galimybę.

Įrodymais pagrįsta rekomendacija apie skausmo valdymą, grindžiama prielaida, kad optimalus skausmo valdymas, atsižvelgiant į chirurginės intervencijos pobūdį ir paciento asmeninius ypatumus, pradėtas prieš operaciją užtikrina optimalų skausmo malšinimą ir po operacijos. Pacientą prieš operaciją vertėtų supažindinti su galimais skausmo malšinimo būdais, jų taikymo esme, akcentuojant tikro skausmo vertinimo svarbą, vengiant stoicizmo ir perdėto vertinimo. Turėdamas pakankamai informacijos, ligonis suvokia, kad skausmą galima numalšinti.

Taip yra užtikrinama gera paciento emocinė būklė, kuri užtikrina paciento bendradarbiavimą valdant skausmą, kuris yra būtinas optimaliam skausmo valdymui. Atsižvelgiant į darbo pobūdį, priešoperacinį pacientų mokymą turėtų vykdyti slaugytojai.

2.TYRIMO METODIKA IR METODAI

2.1. Tyrimo metodo pasirinkimo pagrindumas

Skausmo valdymas yra tema, kuri tiesiogiai siejasi su asmenine profesine patirtimi dirbant anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytoja. Kasdienis darbas operacinėje su asmenimis, kurie patiria skausmą, privertė susimąstyti ar pacientas yra pasiruošęs susidurti su pooperaciniu skausmu. Daugelis pacientų, atvykę į operacinę, anesteziologų komandos nariams užduoda vieną ir tą patį klausimą „ar man skaudės po operacijos?“ Todėl kilo poreikis išsiaiškinti, ką žmogus turėtų žinoti prieš operaciją, kad jo nekankintų nerimas dėl pooperacinio skausmo. Kas galėtų padėti? Kokios pagalbos reikėtų?

Tyrimo „Pacientų požiūris į pooperacinio skausmo valdymą“ pasirinktas kokybinis aprašomasis tyrimo metodas, taikant indukcinę turinio analizę (Elo, Kyngas, 2007), kuri leidžia atskleisti tyrimųjų išgyvenimus, jų lūkesčius, ir požiūrius į nagrinėjamos temos aspektus (Finfgeld-Connett, 2008; Graneheim, Lundman, 2004). Anot P. Liamputtong (2009), žmonių požiūris į juos supantį pasaulį yra kiekybiškai neišmatuojamas parametras.

Vis dažniau sveikatos moksluose yra pasitelkiamas kokybinis tyrimas, leidžiantis suprasti asmens jautimus, elgesį ir kaip juos įtakoja aplinkos veiksniai. Atlikdami darbą naudojome kokybinį tyrimą siekdami sistemingo situacijos ar asmenų grupės tyrimo natūralioje aplinkoje, siekdami suvokti tiriamuosius reiškinius ir pateikti interpretacinį jų paaiškinimą, orientuodamiesi ne į matavimus, o į situacijos ir elgesio ryšį (Kardelis, 2007). Kokybinį tyrimą pasirinkau remdamasi R. Libermanaitės pastebėjimais, norėdama sužinoti asmenų nuostatas/ įsitikinimus tam tikros temos atžvilgiu ir dėl kokių priežasčių yra elgiamasi vienaip ar kitaip, bei siekdami išsiaiškinti poreikius (cituojama iš Pupenienė, 2013).

Kokybinis tyrimo metodas dažniausiai naudojamas psichiatrinės, gerontologinės slaugos ir visuomenės sveikatos tyrimuose ir turi ilgą istoriją (Elo, Kyngas, 2007).

Todėl, siekiant atskleisti tiriamo objekto savitumą, panaudotas tik kokybiniam tyrimui būdingas „gilus“ objekto pajautimas. Tyrimo dėmesio centras- pacientų patyrusių pooperacinį skausmą, subjektyvus reiškinių pažinimas, išreikštas savais žodžiais. Kiekvieno asmens patirtis yra unikali, todėl svarbus kiekvieno dalyvio požiūris ir asmeninė patirtis.

2.2. Tyrimo dalyviai ir jų atranka

Tyrimas buvo vykdomas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų chirurgijos skyriuje. Tyrimo duomenys buvo renkami nuo 2016 metų gruodžio mėnesio iki 2017 metų vasario mėnesio.

Tyrimo populiacija – asmenys, kuriems minėtu laikotarpiu atliktos kepenų ar kasos rezekcijos operacijos, dėl ligų nesusijusių su onkologiniais susirgimais. Per šį laikotarpį buvo atlikta 15 tokių operacijų. Tyrime dalyvauti sutiko 9 asmenys. Šeši asmenys tyrime dalyvauti atsisakė. Trys iš jų atsisakymą motyvavo prasta sveikatos būkle. Du asmenys atsisakė motyvuodami nepasitikėjimu mokslu ir mokslinę veiklą vykdančiais asmenimis. Vienas priežasčių nenurodė.

Tiriamųjų atrankos kriterijai – Tyrime taikyta tikslinė kriterinė atranka. Į tyrimą buvo pakviesti asmenys, kuriems tiriamuoju laikotarpiu buvo atliktos operacijos ir atitiko šiuos kriterijus:

- Asmeniui atlikta kepenų ar kasos rezekcija;
- Po operacijos praėjo ne mažiau 48 valandų;
- Asmuo kalba lietuviškai.

Tyrimo dalyvių charakteristika

Tyrimo dalyvių socialinės ir demografinės charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių socialinės ir demografinės charakteristikos

Dalyvio Nr.	Lytis	Suteiktas vardas	Amžius	Išsimokslinimas	Gyvenamoji vieta
1	Vyras	Mindaugas	50	Profesinis	Kaime
2	Moteris	Rasa	54	Universitetinis	Mieste
3	Vyras	Tadas	29	Pagrindinis	Kaime
4	Moteris	Asta	63	Aukštesnysis	Mieste
5	Vyras	Jonas	60	Universitetinis	Mieste
6	Vyras	Benas	36	Pagrindinis	Kaime
7	Moteris	Danutė	62	Aukštesnysis	Kaime
8	Vyras	Petras	70	Universitetinis	Mieste
9	Vyras	Domas	42	Universitetinis	Mieste

Tyrimė dalyvavo šeši vyrai ir trys moterys. Vyrų amžius svyravo nuo 29 iki 70 metų. Tuo tarpu jauniausia moteris buvo 54 metų, o vyriausia 63-jų. Maždaug pusė dalyvių gyvena mieste. Šeši iš devynių informantų yra įgiję aukštąjį ar aukštesnįjį išsilavinimą.

Tyrimui buvo pasirinkta ekspertų imtis, kurią sudarė, asmenys patyrę pooperacinį skausmą bei jo valdymą, ir galintys kompetetingai vertinti tyrimo objektą. Pasirinkus individualų interviu, kaip duomenų rinkimo metodą, siūlomas imties dydis – nuo 5 iki 30 žmonių, kadangi kokybinio tyrimo išvados labiau siejasi ne su imties dydžiu, o su surinktų duomenų informatyvumu (Bitinas ir kt., 2008).

Nedidelės apimties tyrimuose suformuotos grupės nepilnai atspindi populiaciją ir jos nuomonę, tačiau yra pakankamai patikimi neketinant jų pritaikyti visai populiacijai, tai yra transformuoti už tiriamosios grupės ribų (Kardelis, 2007).

2.3. Duomenų rinkimo būdai

Tyrimo priemonė. Duomenų rinkimui buvo pasirinktas pusiau struktūruotas interviu, pateikiant atviro tipo klausimus:

- Kas ir kokiais būdais pacientui padeda valdyti pooperacinį skausmą?
- Kas pacientų požiūriu, leistų pagerinti skausmo valdymą po operacijos?

Deja, surinkti duomenų naudojant tokius klausimus nepavyko, informantai atsakydavo keliais sakiniais, ir tolimesnė diskusija vykdavo labai vangiai. Dialogo užmegzti nepavykdavo. Todėl išanalizavus gautą informaciją ir pasitelkus teorines išvalgas buvo parengti pusiau struktūruoto interviu teminiai klausimai, kurie padėjo užsitikrinti, kad informantai kalbės tyrėjai svarbiomis temomis. Pateikti klausimai padėjo informantams nenukrypti nuo temos, tuo pačiu laisvai reišti mintis ir pasakoti kiek patys nori. Užduodant papildomus klausimus, tiriamieji buvo skatinami prisiminti ir analizuoti potyrius, kurie jiems galėjo atrodyti nereikšmingi.

Teminiai interviu klausimai:

- Kaip pacientas apibūdina savo patirtą skausmą po operacijos?
- Ką pacientas žinojo apie pooperacinio skausmo valdymą prieš operaciją?
- Kas ir kada, paciento nuomone, suteikė informaciją apie pooperacinio skausmo valdymą?
- Kokios pagalbos, paciento nuomone, labiausiai reikia valdant pooperacinį skausmą?

Tyrimo įrankiu pasirinktus pusiau strukturuotą interviu, buvo keliamas tikslas klausytis ir klausinėti. Tokiu būdu interviu metu galima formuluoti klausimus, interpretuoti, siekiant surinkti informatyvius duomenis (Bitinas ir kt., 2008; Butkevičienė, 2010).

2.4. Tyrimo įgyvendinimas

Interviu su dalyviais buvo atliekami ligoninėje, vienvietėse ar bendrosiose palatose. Su informantais, kurie gulėjo vienvietėse palatose, interviu buvo atliekamas dalyviui patogiu laiku, prisilaikant schemas, kad duomenys renkami trečią- ketvirtą parą po atliktos operacijos.

Informantai, gulėję bendrosiose palatose, kalbinti tyrėjo pasirinktu laiku, kai palatos kaimynai pasišalino iš palatos. Taip buvo siekiama maksimaliai užtikrinti komfortą ir konfidencialumą.

Toks interviu atlikimo laikas buvo pasirinktas neatsitiktinai. Užsienio tyrėjų duomenimis, didžiausio intensyvumo skausmą pacientai patiria per 48 valandas po operacijos (Sommer et al., 2008). Remiantis tuo buvo nutarta netrukdyti pacientų jiems fiziškai ir emociškai sunkiu laikotarpiu, tai yra per pirmas 48 valandas po operacijos. Tačiau, norint užčiuopti pooperacinio skausmo valdymo aktualijas, pasirinktos trečia- ketvirta para po atliktos operacijos, kai skausmo potyriai dar neišblėse.

Visi pokalbiai, sutikus dalyviams buvo įrašomi į diktofoną. Interviu įrašinėjimas vyko nuo 8 iki 15 minučių. Vidutinė interviu trukmė 12 minučių. Atsižvelgiant į tiriamųjų sveikatos būklę, interviu laikas nebuvo dirbtinai tęsiamas.

Skirtingų autorių teigimu, interviu trunka nuo 40 minučių iki dviejų valandų (Kardelis, 2007; Bitinas ir kt., 2008; Girdzijauskienė, 2006). Tačiau gali pakakti ir labai trumpo 10-15 minučių interviu, jeigu tyrėjui reikia gauti savitos informacijos (Bitinas ir kt., 2008).

Garsinė medžiaga, po kiekvieno interviu, buvo klausoma ir transkribuojama į teksto redagavimo programą *Microsoft Word*. Tekstas transkribuotas autentiška kalba.

2.5. Tyrimo validumas ir patikimumas

Kokybinio tyrimo validumui užtikrinti, anot P.Liamputtong, labai svarbus yra detalus tyrimo metodikos aprašymas (Liamputtong, 2009). Tik taip tyrimą vertinantis skaitovas galės spręsti apie tyrimo perkeliamumą, tai yra ar tyrimo rezultatai gali būti naudojami aiškinant kitus

panašius atvejus (Kemmis, McTaggart, 2005). Tuo tikslu tyrimo metodika ir eiga tyrėjos yra detaliai aprašyta anksčiau.

Taip pat taikyta duomenų trianguliacija, tai yra rezultatų aptarime vienai temai paaiškinti naudojamos kelių informantų citatos (Liamputtong, 2009).

2.6. Duomenų analizės metodai

Gautų tyrimo duomenų apdorojimui, buvo naudojama indukcinę turinio analizę. Šio metodo pagalba buvo indentifikuojamos teminės kategorijos, kurių pagrindu pateiktas sisteminis tiriamo reiškinių vertinimas (Elo, Kyngas, 2007). Siekiant išskirti prasminius vienetus, gauti duomenys buvo daug kartų skaitomi ir analizuojami. Vėliau prasminiai vienetai, turintys bendras reikšmes grupuojami į potemes. Sekančiu etapu potemės apjungiamos į temas.

Indukcinės kaip ir kokybinės turinio analizės metodo esmė – tekste išskirti prasminius vienetus ir įvertinti jų vartojimo dažnį visuose analizuojamuose tekstuose. Pagal prasminių vienetų pasikartojimą skirtinguose interviu tekstuose apibūdinamas jų reikšmingumas (Kardelis, 2007; Graneheim, Lundman 2004; Bitinas ir kt., 2008). Minėtoji analizė dėkinga, nes leidžia objektyviai ir sistemingai išnagrinėti teksto ypatybes bei daryti patikimas išvadas (Morkevičius ir kt., 2008).

2.7. Tyrimo etika

Šiam tyrimui atlikti 2016-03-21 buvo gautas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos centro pritarimas (Nr.BEC-KS(M)-178) (1 priedas). Tyrimui vykdyti gautas LSMUL KK administracijos leidimas.

Kiekvienam tyrimo dalyviui buvo suteikta informacija apie tyrimą. Tyrėja atsakė į visus iškilusius klausimus, bei pateikė rašytinę „Tiriamąjo asmens informavimo formą“(2 priedas).

3.TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Remiantis tyrimo duomenimis buvo išskirtos penkios temos, apjungiančios potemes, kurios atspindi pacientų požiūrį į pooperacinį skausmo valdymą. Tyrimo metu išskirtos svarbiausios temos ir potemės pateiktos 2 lentelėje.

2 lentelė. Svarbiausios temos ir potemės

POOPERACINIO SKAUSMO RAIŠKA	„Skausmas man netrukde“
	„Skausmas pakankamai stiprus buvo“
	„Nežinau ar tai skausmas buvo“
ŽINIOS APIE POOPERACINIO SKAUSMO VALDYMĄ	„Nieko aš nežinojau“
	„Senokai guliu, prisižiūrėjęs buvau“
	„Maždaug žinojau viską“
PERSONALO VEIKSMAI VALDANT SKAUSMĄ	„Skausmo tema pokalbių nebuvo“
	„Daugiau paaiškino operuojantis gydytojas“
	„Slaugytoja teiraujasi, ir suleidžia vaistų“
SKAUSMO VALDYMO TRŪKUMAI	„Nejudėjau, kad neskaudėtų“
	„Vaistams buvo dar ne laikas“
	„Nesinorėjo trukdyti kitų pacientų“
PRIEŠOPERACINIO INFORMAVIMO POREIKIS	„Reikėtų galbūt plačiau aptarti“
	„Man tikrai nerūpėjo“
	„Geriau nežinoti“

3.1. Pooperacinio skausmo raiška

Šioje temoje atsiskleidžia informantų potyriai, kiek ir kada jiems skaudėjo po operacijos. Vieni tirti asmenys galėjo savo skausmo pojūčius aiškiai apibūdinti bei išdiferencijuoti juos laiko ir skausmo intensyvumo atžvilgiu. Kitiems buvo sunkiau aiškiai įvardinti skausmo potyrius, kadangi jie buvo tarsi sumišę su kitais nemaloniais pojūčiais.

Tema atskleidžiama per tris potemes.

3.1.1. „Skausmas man netrukdė“

Skausmas pooperaciniu laikotarpiu, yra viena svarbiausių problemų su kuria susiduria pacientas. M. Sommer ir kolegos 2008 metais atlikę tyrimą padarė išvadą, kad 43 procentai pacientų per pirmas 48 valandas po operacijos jaučia vidutinio stiprumo ar stiprų skausmą. Atitinkamai praėjus 72 valandoms po operacijos tą patį vidutinio stiprumo ar stiprų skausmą patiria jau tik 16 procentų operuotų asmenų (Sommer et al., 2008).

Tyrimo metu pastebėta, kad pacientai, kuriems pirmą parą po operacijos buvo taikomas epidurinis nuskausminimas, skausmo nejautė ir tai lemė didesnę paciento pasitenkinimą. Jie su dideliu pasitenkinimu konstatavo skausmo nebuvimą ar buvusį nedidelio intensyvumo skausmą.

„Pirmą parą, kai buvo nuskausminama į nugarą – neskaudėjo.“<...>(Domas)

„Nieko nejutau, buvo man į stuburą įvestas kateteris toks, ten švirkštas su aparatūra tokia, tai man pilvas užtirpęs, beveik to skausmo į nejutau.“(Tadas)

Tokie tiriamųjų pasisakymai informatyviai apibūdina jų fizinę ir emocinę būsenas.

Ūminis skausmas po operacijos yra neišvengiamas, nes operacijos metu yra traumuojami daugelis skausmui jautrių organų (Breivik, Stubhaug, 2008). Tačiau, pritaikius tinkamus skausmo malšinimo metodus, pacientai patiria nedidelio intensyvumo skausmą, o kai kuriais atvejais skausmo visai nejaučia. Epidurinės analgezijos atsiradimas stipriai pakeitė pooperacinio skausmo malšinimo efektyvumą. Epidurinė analgezija pacientams po didelių ir sudėtingų operacijų užtikrinta nuolatinę analgeziją (Andrejaitienė, 2010).

„Nu nežinau po šitos paskutinės operacijos čia kažkaip iš vis neskaudėjo, net keista.<...> Nes kaip tą nuskausminimą pastoviai davė į nugarą dabar davė, į stuburą leido tai šitą ir paskui

atjungė, kitiem būdavo tokie laužymai, žinot, tada užaina skausmo priepoliai, kai atjungia jau tą pastovų, o paskui jau leidžia į raumenis, tada tai būdavo tas jiems tarpas, kaip čia prisižiūrėjau, labai sunkiai.<...> O man – nieko, net nejutau, kad te perėjau.“ (Mindaugas)

Tiriamasis Mindaugas išsakė nusistebėjimą skausmo nebuvimu, kuris parodo, jo išankstinį nusistatymą, kad jam skaudės, o gal net ir stipriai. Remdamiesi išankstinėmis nuostatomis asmenys padidina savo nerimo lygį, kuris turi įtakos pooperacinei skausmo išraiškai (Vaughn et al., 2007). Suteikus savalaikę informaciją apie skausmo valdymą tokių įsitikinimų ženkliai sumažėtų.

Kita dalis pacientų buvo visiškai patenkinti konservatyviu nuskausminimo metodu, kuris traktuojamas kaip nuskausminimas „pagal poreikį“. Jo esmė yra pastovus analgetikų kiekis, kuris skiriamas visą parą, bei papildomas protarpinio skausmo malšinimas pasikliaunant paciento skausmo vertinimu (Wickstrom et al., 2008). Tokią skausmo malšinimo schemą po operacijos tenka rinktis, kai epidurinis nuskausminimas yra negalimas, arba, kai dėl įvairių priežasčių, pacientai nesutinka su jiems siūlomu epiduriniu nuskausminimu.

„Man netrukde.< ... >Būn tas skausmas sukyl, bet pasiprašau vaistų ir vėl viskas labai gerai.“(Asta)

„Būna užaina, bet tai čia greitai suleidžia tam tikrų nuskausminančių ir praktiškai normaliai viskas<...> Kaip žmogus esi toks staigesnių judesių, tai va tik tas varžymas ir pasireiškia, kad staigesni judesiai sukelia skausmą. O taip tai gan pakankamai yra normaliai. Skausmas yra pakenčiamas, jis gan numalšinamas normaliai, gyvent galima.“(Jonas)

Vadinasi galima teigti, kad tinkamas pooperacinio skausmo malšinimas ne tik svarbus žmogiškąją prasme, bet ir padidina paciento pasitenkinimą gydymu.

3.1.2. „Skausmas pakankamai stiprus buvo“

Įvairūs pokyčiai po operacijos gali turėti įtakos skausmo raiškai. Vienas tokių faktorių dažnai būna nuskausminimo metodo pasikeitimas.

„ Kai ištraukė iš nugaros tą daiktą, atsirado stiprokas skausmas.<...> Vakar buvo sunkoka diena, sunku buvo judėti.“(Domas)

Domas, kuriam pirmą parą po operacijos skausmas nekėlė problemų, apie antrą parą to pasakyti jau negali, kas gana aiškiai iliustruoja kokius pokyčius sukelia nuskausminimo metodo pasikeitimas. Tuo remiantis galima drasiai teigti, kad tiriamojo būklė buvo nepatenkinama, nes nevaisingos

pastangos numalšinti skausmą sukelia psichosocialinių padarinių– nusivylimą medicina, bejėgiškumą, nerimą (Andrejaitienė, 2010).

Išanalizavus interviu matosi, kad ne visada kalbinti informantai nejautė skausmo. Kai vieni akcentavo, kad skausmo nebuvo, kiti pasakojo apie patirtą mažesnio ar didesnio intensyvumo skausmą.

„Suleidžia, kažkiek laiko taip normaliai būna, paskui, kai vaistai apstoja te veikti po kiek laiko ir vėl pradeda taip aštriai skaudėti“ (Benas)

Indianos universiteto tyrėjai L.B. Milgrom (2004) ir jo kolegos nurodo kad ūmų pooperacinį skausmą veikia ne tik operacijos pobūdis, apimtis ir lokalizacija, bet ir fiziniai, aplinkos, socialiniai ir net kultūriniai veiksniai. Šie veiksniai jungiasi tarpusavyje ir sukuria individualią skausmo patirtį.

„Po operacijos patyriau skausmą pačioj pradžioj stiprų<...> skausmas atrodo, kad būtų įstatytas tavyje kažkoks daiktas ir tu nepajudi<...> Suleidus vaistus, nuskausminamuosius, po kokio pusvalandžio ar trumpesnio laiko pasidarė geriau. Nu ir tą dieną po operacijos tai buvo sunkiausia, nes vakaras buvo ilgai laukiamas, bet kažkaip vėl nebuvo įmanoma užmigti. Vėl teko prašyti, kad suleistų, nu nuo skausmo. Kaip suleido, buvo suleisti vaistai nuo skausmo vėl susitvarkiau, viską pasidariau, pasėdėjau. Bet toks maudulys, kad lygtai kažkas tave nemaloniai duria, jautėsi praėjusias dvi paras.“ (Danutė)

„Labai skaudėjo vakar po vakarienės iki suleido kažkokius vaistus man nuo skausmo, bet nepadėjo. Ir šitoj, va, vietoj, saulutės vietoj, skaudėjo iki antros valandos nakties, kol pas jį atėjo (rodo į palatos kaimyną) kraujo patikrint, tai suleido ketanovo, tai praėjo skausmas ir užmigau.<...>“ (Tadas)

Ne tik tiriamieji, bet įvairių šalių tyrėjai teigia, kad skausmas paveikia miegą. Skausmą patiriantis pacientas negali užmigti, to pasekoje jaučiasi nepailsėjęs, išvargęs, sudirgęs ir neramus (Andrejaitienė, 2010; Powell et al., 2016). Visi auksčiau paminėti jausmai gana stipriai įtakoja skausmo raišką neigiama linkme, tai yra jaučiamas didesnio intensyvumo skausmas (Finan et al., 2013).

Apibendrinant galima teigti, kad intensyvus skausmas sutrikdo įvairias funkcijas, tuo suteikdamas diskomfortą pacientui.

3.1.3. „Nežinau ar tai skausmas buvo“

Šioje potemėje atsiskleidė įdomus faktas- kai kuriems asmenims sunku išskirti skausmo pojūtį iš kitų nemalonių pojūčių, kuriuos jie patiria po operacijos.

„Skausmo nebuvo, tikrai labai labai, aš nežinau gal čia ir yra skausmas.<...> Man visą laiką dūrė nuskausminamų, va.<...> Ir dabar, va, jeigu vienas žmogus galėtų pasakyti, kad jam skauda taip, o aš pasakyčiau, kad mane pykina.“ (Rasa)

Kiekvienu individualiu atveju, pacientas gali patirti skirtingas skausmo pojūčio išraiškas. Stiprus skausmas dažnai yra lydimas ir kitų pojūčių (Dima et al., 2011). Šiuo konkrečiu atveju informantė, akcentuoja pykinimą kaip skausmo išraišką.

K. McRae (2008) su bendraautoriais linkę teigti, kad skirtingų asmenų skausmo raiška priklauso nuo jų skausmo suvokimo bei tolerancijos lygio. Šiuos skirtumus lemia įvairūs, tam tikram žmogui būdingi faktoriai. Šie faktoriai gali būti: lytis, amžius, išsilavinimas, emocinis konstruktas, ankstesnė patirtis, socialinis bei kultūrinis elementai.

3.2. Žinios apie pooperacinio skausmo valdymą

Kiek ir kokių žinių apie skausmo valdymą iki operacijos turėjo asmenys, išryškėjo trijose potemėse.

3.2.1. „Nieko aš nežinojau“

Dar prieš atvykstant į stacionarą, pacientai susiduria su vienokia ar kitokia informacija apie skausmo valdymą. Manoma, kad dalis pacientų užsiima savišvieta, pasitelkdami masinio informavimo priemones. Kiti gauna informacijos iš asmenų kurie buvo patyrę operacinį gydymą ir turėjo patirties skausmo valdyje.

Gauti informacijos apie pooperacinio skausmo valdymą, pacientai turi galimybę apsilonkę pas savo šeimos gydytoją, kurie pagal medicinos normą MN 14:2005 turi išmanyti pooperacinį ligonių gydymą ir slaugymą, bei konsultuoti pacientą. Taip pat remiantis medicinos norma MN 28:2011 bendrosios praktikos slaugytojai dirbantys su šeimos gydytoju turi žinoti skausmo valdymo principus bei gebėti mokyti pacientą.

Deja, dalis tyrimo dalyvių įvardino nieko nežinoję apie skausmo valdymą prieš operaciją.

„Nieko. Nieko nežinojau.“ (Benas)

„Praktiškai nieko.“ (Petras)

Kitų žinios apsiribojo asmenine medikamentų nuo skausmo vartojimo patirtimi.

„Nieko aš nežinojau, nesu turėjęs operacijų, tai nieko ir nežinojau. Apie operaciją internete skaičiau.<...> O apie skausmą ne, žinau ka yra nuo skausmo vastai ir man. Aš namuose pats, kai man skausmas užeidava, diklaką į šikynę ir viskas.“ (Tadas)

„Nu nelabai ką žinojau. Kadangi tas skausmas buvo, tai lyg tai jau buvai įpratęs, kad jis turi būti, na ir va iškart po operacijos jis irgi nedingo. Tai aš ir nežinojau. Namie tai išgerdavau tabletes, jeigu labai jau skaudėdavo.“ (Danutė)

„Tų skausmų turėjęs, vaistų gavęs, gėręs, bet kažkokios specialios informacijos tai negavęs.“ (Domas)

Vadinasi galima teigti, kad tyrimo dalyviai iki operacijos neturėjo žinių apie pooperacinio skausmo valdymą.

3.2.2. „Senokai guliu, prisižiūrėjęs buvau“

Tyrimo metu išaiškėjo, kad vienas pacientas pooperacinio skausmo valdymo patirties sėmėsi jau būdamas stacionare ir stebėdamas kitų pacientų potyrius.

„Aš tai jau žinojau, jau čia senokai guliu, tai prisižiūrėjęs buvau ir prisišnekėję buvom. Jo, jo.“ (Mindaugas)

Nors tokią patirtį išsakė tik vienas informantas, jos negalima praleisti kaip nereikšmingos. Stebint svetimą skausmo valdymo patirtį ne visada yra padaromos teisingos išvados. Visada lieka galimybė klaidingoms interpretacijoms, kurių pasekoje susiformuoja klaidingi įsitikinimai. K. Raichle (2007) su bendraautorių kolektyvu nustatė, kad įsitikinimai lemia prisitaikymą prie skausmo.

Prie klaidingų įsitikinimų verta paminėti ir medikamentų vartojimo mitus. Kai kurie kalbinti informantai, išsakė nuomonę, kad dėl tam tikrų priežasčių vengė vaistų mažinančių skausmą.

„ Aš prašiau, kad man nedarytų nuskausminimo<...>aš tai skaitau, kad viskas čia chemija ir viskas, jeigu ką nors palengvina, tai kokiam nors organui vis vien kenkia.“(Rasa)

„Bet aš jau žinau, kad nėra jie labai sveika, visi šitie vaistai.“(Asta)

Vis dar pasitaiko asmenų, kurie vengia vartoti vaistus. Dažniausios priežastys, dėl ko vengiama medikamentų yra įvairūs, dažnai klaidingi įsitikinimai apie vaistų vartojimą. Vienas dažniausių įsitikinimų yra, kad prie vaistų galima priprasti (van Dijk et al., 2015)

Taigi, susiformavus klaidingiems įsitikinimams, padarytą žalą ištaisyti gali būti labai sunku. Tokiu atveju yra svarbu įvertinti įgytus įsitikinimus apie skausmą. Išsiaiškinus, kad asmuo įgijo neadaptivių įsitikinimų, su jais reikia kovoti, motyvuojant pacientą siekti kuo didesnės skausmo kontrolės. Todėl yra labai svarbu laiku suteikti pacientui informaciją apie pooperacinio skausmo valdymą.

3.2.3. „Maždaug žinojau viską“

Iš dalyvių pasakojimų matoma, kad dalis jų jau prieš operaciją turėjo žinių, ar patyrimų iš po ankstesnių operacijų, apie pooperacinį skausmo valdymą. Jie jautėsi pasirengę akistatai su skausmu. Tyrimo dalyvių teigimu, nuosava patirtis jiems suteikia pasitikėjimo.

„Ką aš žinojau. Nu žinojau ka gal skaudėti, kad reik sakyti, nereik laikyti savyje viso to, reik kreiptis pagalbos, va tą tai aš žinojau.<...> Mano patirtis jau yra didelė. Aš jau turiu žinių“ (Asta)

„Nu ką aš, nu aplamai su medikais susidūręs esu kadangi antra pusė yra medikė, taip, kad maždaug žinojau viską, kad bus skauda. Prieš tai dvi operacijas turėjau.“ (Jonas)

Remiantis tuo galima daryti prielaidą, kad patirtis ar informacija apie skausmo valdymą teigiamai įtakoja pacientų emocinę būklę prieš operaciją, kuri yra sėkmingo skausmo valdymo prielaida.

3.3. Personalo veiksmai valdant skausmą

Kiekvienas sveikatos priežiūros specialistas, paciento gydymo stacionare metu, atlieka jam įstatymų tvarka numatytas pareigas, siekdamas paciento sveikatos būklės pagerėjimo.

Tęsiant užsibrėžtus tiriamojo darbo tikslus, buvo aktualu sužinoti kokie specialistai ir kokius veiksmus atlieka, valdydami pacientų pooperacinį skausmą. Pastebėjimus, kokius veiksmus specialistai vykdo valdydami pooperacinį pacientų skausmą atskleidė kalbinti tiriamieji. Išgirstus atsakymus, dominančia tema, sugrupavome į tris potemes.

3.3.1. „Skausmo tema pokalbių nebuvo“

Skausmo valdymas turėtų būti planuojamas dar iki operacijos, pasitelkiant žinias apie operacijos apimtį, trukmę bei individualius paciento ypatumus. Skausmas yra individuali patirtis ne tik pacientui bet ir sveikatos priežiūros specialistams. Minėta patirtis priklauso nuo aplinkybių, kuriomis kyla skausmas.

Skausmo suvokimas yra subjektyvus ir tam įtakos turi įvairūs veiksniai. Todėl būtų gerai, jei pooperacinio skausmo valdymas prasidėtų dar prieš operaciją, aiškinant pacientui ko galima tikėtis prieš operaciją, operacijos metu ir pooperaciniu laikotarpiu. Todėl paciento ir sveikatos priežiūros specialistų bendravimas yra labai svarbus. Pacientui reikia suteikti informaciją, kurios jis neturi, turi mažai, o kartais turi netgi klaidinančios informacijos.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad informantai, būdami stacionare informacijos apie pooperacinį skausmo valdymą negavo.

„Ne, taip specialiai, tai nieks nemokė.“ (Mindaugas)

„Nežinau. Ne, manęs visą laiką paklausdavo ar skauda. Sakau jeigu ne, tai ne, jeigu taip, tai leidžiam, leidžiam.“ (Rasa)

„Kaip te tas zoologas [anesteziologas-aut.past.]. Jo, prieš operaciją čia atėjo rytą, prieš aštuonias, išaiškino ten visą politiką, ten pasiūlė koki variantą, kad geresnis ir viskas, ir tiek.“ (Tadas)

„Nei paaiškino, nei turėjau kontakto.“ (Danutė)

„Taigi aš tokio dalyko nei klausiau, nei man labai rūpėjo.“ (Petras)

Tam, kad pacientas domėtusi pooperacinio skausmo valdymu, jis pirmiausiai turėtų žinoti ko reikia paklausti pas sveikatos priežiūros specialistą. Šioje vietoje turėtų atsirasti slaugytojo ar kito specialisto iniciatyva, kai informacija būtų teikiama nelaukiant, kol pacientas paklaus.

„Nu tai anesteziologas prieš operaciją paaiškino apie nuskausminimą. Daugiau šia tema kažkokių pokalbių kaip ir nebuvo. Tik sesutės nuolat klausdavo dėl to skausmo, skauda neskauda, reikia nereikia vaistų.“ (Domas)

Prieš bet kurią operaciją pacientas turėtų pasikalbėti su sveikatos priežiūros specialistu, kuris turėtų išaiškinti ko tikėtis po operacijos. Dar prieš operaciją pacientas su specialistu turėtų aptarti kokios skausmo malšinimo priemonės jam labiausiai tiktų, tai yra išsiaiškinti vaistų

vartojimą, įskaitant opioidus (Louw et al., 2012). Tuo tarpu šio tyrimo metu išaiškėjo, kad sistemingas pacientų informavimas minėtame skyriuje nevyksta.

3.3.2. „Daugiau paaiškino gydantis gydytojas“

Priešoperacinis paciento vertinimas ir skausmo valdymo planavimas yra neatsiejama pooperacinio skausmo valdymo dalis (Liddle et al., 2012). Informaciją, kuri reikalinga planuojant operaciją, minėtoje institucijoje tradiciškai renka gydytojai anesteziologai ir chirurgai. Priešoperacinio pokalbio su pacientu metu yra ne tik renkama informacija, bet ji teikiama ir pacientams.

Vienas iš aspektų, kurį akcentavo pacientai, buvo teigiama patirtis po pokalbio su gydytoju.

„Čia skyriuj? Taip, aiškino.< ...> daugiau paaiškino operuojantis gydytojas, daugiau dar aiškino anesteziologas. Aiškino, siūlė ten visokių priemonių, ką aš galėčiau pasirinkti skausmui malšinti.<...> Aš žinojau kas bus, kas manęs laukia, nes aš buvau supažindinta. Ir čia žmogus vistiek turi kažkiek žinoti, kas jo laukia, padarys operaciją ir kas tavęs laukia“ (Asta)

„Ne išaiškino ten, kodėl gi ne, paaiškino gydytojas, kaip viskas vyks, kokios procedūros, kaip gali būti. Viską jie paaiškino, bet tai aš jau maždaug žinojau iš kitų žmonių, iš medikų teisingiau. Tai manęs daug nenustebino. Nu stengiuos klausyt ką sako medikai, kol kas viskas pasiteisino“ (Jonas)

„Nu aš nežinau kaip suteikė informaciją, sulėidžia visus vaistus ir viskas.<...> Nu daktaras kažkas sakė, kad nereikia leisti įsiskaudėti, nes paskui sunkiai numalšina, nu kenti, kenti, paskui su vaistai jau sunkiai nusiėma tas skausmas.“ (Benas)

Pacientui rūpi, kaip skausmas po operacijos paveiks jo kasdienį gyvenimą. Šioje situacijoje gydytojo suteikta informacija yra labai reikšminga. Informantai akcentuoja, kad gydytojas disponuoja didesnėmis medicinos žiniomis. Savo turimas žinias perteikia pacientui, kuris remdamasis jomis gali tikėtis sklandesnio skausmo valdymo po operacijos.

Informantai pažymėjo, kad jų poreikiai gauti tam tikros informacijos buvo patenkinti. Pacientai, kurie yra supažindinti su pooperacinio skausmo valdymu iki operacijos, yra ženkliai mažiau jautrūs ir nerimastingi po jos (Guo et al., 2012).

3.3.3. „Slaugytoja teiraujasi, ir suleidžia vaistų“

Skausmo valdymo sąvoką sudaro du vienas kitą papildantys komponentai, tai yra skausmo vertinimas ir skausmo malšinimas (Ramsay et al., 2012).

Slaugytojas skiria daugiausiai laiko ir dėmesio pacientui, lyginant su kitais sveikatos priežiūros komandos nariais (Medrzycka-Dabrowska et al., 2016). Todėl turi unikalią galimybę įsigilinti į paciento poreikius ir lūkesčius.

Po operacijos vienas svarbiausių paciento poreikių yra skausmo valdymas. Remiantis medicinos norma MN 28:2011 bendrosios praktikos slaugytojas privalo išmanyti skausmo valdymo principus, bei gebėti atlikti veiksmus reikalingus skausmo valdymui. Vienas tokių veiksmų būtų - vadovaujantis gydytojo paskyrimais, tiksliai ir metodiškai malšinti pacientų patiriamą pooperacinį skausmą.

Dauguma apklaustų tiriamųjų, įvardijo atsakingą slaugytojų požiūrį į jų skausmo malšinimą po operacijos.

„<...> jei jau kur suskausta, iš karto prašai, jos jau nedelsia<...>“ (Mindaugas)

„Personalas labai normaliai reagavo, jeigu jie vis dėlto siūlė nekenėt, gal padaryt tą, na, vaistuką suleisti.“ (Rasa)

„Negaliu skųstis, labai viskas. Tik užtekdamo pasakyt, paprašyt ir laike penkių minučių, aš gaudavau pagalbą.“ (Asta)

„Pastoviai klausia jos, jos praktiškai ateina, labas rytas, kaip jūs miegojot, kaip skauda, ar skauda, neskauda.“ (Jonas)

„Personalo darbas, buvo pasakyčiau geras, jeigu ateidavo, vat paklausdavo ar reikia, ar skauda ką nors. Ir jei paprašydavai, kad tau nelabai kokia savijauta, kad tas skausmas tave tiesiog nu, nemaloniai jautiesi, tai ateidavo suleisdavo ir maloniai visada.“ (Danutė)

Tačiau buvo ir tokių kurie, gavo ne visai tokias paslaugas kaip tikėjosi.

„Nu man personalas gerai, paklausdavo, teiraudavosi, suleisdavo reikalui esant. Viskas gerai, tik kartais vaistai nesuvedavo kiek norėtūsi, bet tai gal ne personalo problema.“ (Domas)

Pacientui vertinant gautas paslaugas vyksta požiūrių transformacijos procesas, kai neigiamas požiūris konvertuojamas į teigiamą. Anot V. Leonavičiaus (2007) ir bendraautorių „pacientai yra labiau linkę išreikšti pasitenkinimą, nes jaučia poreikį išlaikyti konstruktyvius

santykius su sveikatos priežiūros specialistais“. Čia tiriamasis palankiai atsiliepė apie slaugytojo darbą, tačiau tai nebūtinai reiškia, kad šis vertinimas nėra privačiai išlaikomo požiūrio priešprieša. Informantas apibūdindamas savo poreikį, vengia kritikuoti slaugytojo veiksmus, numanomai dėl nuostatų, kad nepriimtina kritikuoti žmogų besirūpinanti jo gerove ir, kad kritiški jų vertinimai nieko nepakeis.

Kai kurie pacientai tarsi slepiasi po „nereiklumo kauke“.

„Ten vieną kartą kaip aš paprašiau, man suleido tų vaistų. Kaip jie vadinasi aš nelabai domėjausi ir negaliu pasakyti. O daugiau aš neprašiau, tai nei aš čia jūsų tom kolegoms nei skundžiausi, nei turiu kokių pretenzijų.“ (Petras)

Dalis žmonių, yra linkę slėptis po „gero paciento“ įvaizdžiu. Jie yra nereiklūs, nieko neklausinėja ir visuomet pasiruošę bendradarbiauti. Tokie asmenys labai išgyvena, kai negali kontroliuoti situacijos (Myers, 2000). Taigi, „geri pacientai“ dažnai nesulaukia deramo dėmesio, nors jiems dažnai trūksta paslaugų ir informacijos. Tuo tarpu „blogi pacientai“, linkę reikalauti ir skūstis, nors visiškai nebendradarbiauja. Tokiems pacientams, dažnai teikiamos perteklingos paslaugos, siekiant patenkinti neracionalius poreikius, vien tam, kad pacientai „nekeltų problemų“. Tokiu atveju daug kas priklauso nuo slaugytojo gebėjimo bendrauti su pacientu, nes, jei pacientas neišsako jokių nusiskundimų ar lūkesčių, tai dar nereiškia, kad jų nėra. Nuo bendradarbiavimo su pacientu, kuris prasideda nuo bendravimo, priklauso ar pacientas liks patenkintas personalo darbu.

Valdant skausmą nemažiau svarbus už skausmo malšinimą yra skausmo vertinimas. Kaip matosi analizuotuose pokalbiuose visur stebimas apibūdinimas „klaušė ar skauda“. Tačiau visose pasaulinio masto studijose yra akcentuojamas tikslus skausmo vertinimas, pasitelkiant vienokias ar kitokias skausmo vertinimo skales. Tyrėjas B.Sindhu (2011) su bendraautorių grupe iš Milvokio (JAV) universiteto nustatė, kad ūmaus pooperacinio skausmo intensyvumą tikslinga vertinti skaitmenine ar/ir žodine skausmo intensyvumo vertinimo skale. Taip pat Lietuvos sveikatos ministro 2004 metų balandžio 8d. patvirtintame teisės akte Nr.V-208 numatoma, kad skausmo vertinimo skalių pagalba įvertintas skausmo intensyvumas pažymimas paciento medicinos dokumentuose ir yra laikomas pagrindu skirti atitinkamą vaistą skausmui malšinti.

Iš informantų pateiktų atsakymų, galima suprasti, kad stacionare skausmas skalių pagalba nėra vertinamas. Slaugytojai apsiriboja skausmo apibūdinimu klausdami ar neskauda.

„Gal man ir rodė, bet aš jums sakau, kad aš po operacijos, na, na, labai sunku prisiminti.“ (Rasa)

„Manęs klausdavo.<...> Čia ne. Šiauliuose yra klausė, Anglijoje, kai gulėjau ligoninėj klausė.“(Tadas)

„Esu mačius, bet šiuo metu man jos nerodė, bet aš ją žinau. Nu tai kol kas manim pasitikėdavo, be reikalo neprašydavau, gal yra tokių žmonių kurie prašo be reikalo.“(Asta)

„Manęs vieną sykį klausė. Ne paklausia a neskauda, pasakau man viskas normaliai, man nereikia. Aš sakau pasakysiu kai man skaudės ir reikės vaistų. Pastoviai klausia jos, jos praktiškai ateina, labas rytas, kaip jūs miegojot, kaip skauda, ar skauda, neskauda.“(Jonas)

„Ne, pakakdavo, kad skauda, pasakai ir.“(Benas)

„Kažkur ta skalė man matyta, bet skyriuj tai nevertino, tiesiog paklausia skauda ar neskauda ir tiek.“(Domas)

Vis dėlto tai nereiškia, kad toks skausmo vertinimo būdas netinka pacientams. Galima teigti, kad tiriamieji net nežino kaip jų skausmas turėtų būti vertinamas. Todėl trumpas skausmo buvimo ar nebuvimo konstatavimas pacientui yra patogus. Tai yra matoma iš gan palankių atsiliepimų apie skausmo malšinimą po operacijos.

3.4. Skausmo valdymo trūkumai

Nors kiekvienoje gydymo įstaigoje yra parengtos aiškos nuorodos, kaip malšinti ūmų pooperacinį skausmą, o kiekvienas sveikatos specialistas turi tikslą kiek galima geriau teikti paslaugas pacientui, visuomet pasitaiko situacijų, kai skausmo malšinimas būna neefektyvus.

Šios temos trijose potemėse, pasitelkiant informantų išsakytas mintis, aptariami neefektyvaus skausmo malšinimo epizodai.

3.4.1. „Nejudėjau, kad neskaudėtų“

Skausmas yra pojūtis, kuris pablogina žmogaus gyvenimo kokybę. Po operacijos nepakankamai numalšintas skausmas ne tik sukelia emocinį diskomfortą, bet ir lemia sumažėjusį paciento aktyvumą.

Tyrimė dalyvavęs septinasdešimties metų Petras teigė, stengėsis nejudėti vien tam, kad nesuteiktų sau papildomų fizinių kančių.

„Hm. Skausmas pakankamai stiprus buvo. Dabar jau apsiramino, lyg ir <...> nu judėt aš nejudėjau praktiškai, jeigu nesijudinu, nesivartau, nejudu, kaip ir visai neskauda, šiuo momentu. Jeigu pasijudinu, tai tada suskausta.“(Petras)

Tokiu būdu vengti skausmo bandęs Petras nesuvokia, kad tai gali sietis su nepakankamu skausmo malšinimu. Nemaža pacientų dalis, o ypač vyresnės kartos atstovų mano, kad skausmas yra normalus pooperacinio periodo palydovas (Svirušytė, 2012).

Kitas tiriamasis, tiesiogiai neįvardino vengęs judėti, kad neskaudėtų. Tačiau iš Domo interviu matome, kad jis taip pat patyrė sunkumą judėdamas po operacijos.

„ Kai ištraukė iš nugaros tą daiktą, atsirado stiprokas skausmas.<...> Vakar buvo sunkoka diena, sunku buvo judėti.“(Domas)

Tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė, kad skausmo lygis po operacijos trukdė jiems laisvai judėti bei užsiimti įprastine veikla.

„Atsibudus po operacijos praėjus kažkiek laiko reikėjo atsikelti, kažkur nueiti ir negali atsikelt, nes tiesiog nelaiko kojos, ir skausmas atrodo, kad būtų įstatytas tavyje kažkoks daiktas ir tu nepajudi. Skausmas riboja. Sunku buvo atsistoti iš lovos. Atsikelti, reikėjo papildomai sutelkti jėgas, kad galėtum atsiremti ranka. Ir iš lovos pirma atsisėsti, o paskui jau atsistoti, nueiti nusiprausti ar taip kokius reikalus sutvarkyti.“(Danutė)

Pagal pooperacinių komplikacijų išsivystymo galimybę, kepenų ir kasos rezekcijos operacijos yra priskiriamos didelės rizikos grupei (Hoefnagel et al., 2014). Atrodytų anokia čia problema, ribotos judėjimo galimybės. Tačiau sumažėjęs ligonio aktyvumas po operacijos blogina kvėpavimo funkciją bei didina tromboembolinių komplikacijų atsiradimo galimybę (Tatematsu et al., 2013). Tokiu būdu tie tiriamieji, kurie siekdami mažesnio diskomforto judėjo mažiau, patyrė didesnes pooperacinių komplikacijų galimybes.

3.4.2. „Vaistams buvo dar ne laikas“

Ūminis skausmas po operacijos yra neišvengiamas. Šioje vietoje yra labai svarbus ligonio ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimas. Tik pacientas žino kiek jam skauda. Ligonio skausmo apibūdinimas esti svarbus, nes padeda suprasti jo išgyvenimus. Tačiau tyrimai atskleidė, kad vidurinysis medicinos personalas yra linkęs abejoti pacientų nusiskundimais ir skirti per mažai farmakologinių priemonių skausmui malšinti (Andrejaitienė, 2010).

Ne išimtis yra ir mūsų atliktas tyrimas. Informanto teigimu, slaugytoja atsisakė jam malšinti skausmą, teisindamasi per mažu laiko intervalu tarp vaistų dozių.

„Nu gal koks vienas momentas buvo kai buvo ne laikas. Bet tai taip buvo normaliai viskas. Vienu momentu norėjos, kad suleistų, bet dar ne laikas buvo. Bet tik viens momentas per tas dvi paras.“ (Benas)

Tyrimo informantas šioje situacijoje pateisina personalo veiksmus, teigdamas, kad taip nutiko tik vieną kartą. Tiriamasis nelinkęs abejoti slaugytojos kompetencija. Pacientas gauna kvalifikuoto specialisto paaiškinimą kodėl jam negalima duoti vaistų nuo skausmo ir tuo tikėdamas kantriai laukia. Tačiau remiantis PSO rekomendacijomis atsiradusį skausmą reikia malšinti, pasitelkiant trijų žingsnių planą. Šio plano esmė - skausmą malšinti priklausomai nuo jo intensyvumo- kuo intensyvesnis skausmas, tuo stipresnis analgetikas skiriamas.

Pagal PSO rekomendacijas ūmus pooperacinis skausmas neturėtų viršyti trijų balų skausmo skalėje pacientui esant ramybės būsenoje ir keturių balų, kai pacientas yra aktyvus (Svensson et al., 2000). Didesnio intensyvumo skausmas sukelia ne tik fizinę ir emocinę kančią, bet ir sąlygoja didesnę komplikacijų atsiradimo galimybę. Jei pooperacinio skausmo gydymas yra neefektyvus, galima įtarti personalo žinių apie skausmo gydymą trūkumą bei skausmo gydymo organizacines problemas.

3.4.3“ Nesinorėjo trukdyti kitų pacientų“

Siekian užtikrinti medicinos personalo pasiekiamumą įvairios fizinės būklės pacientams, stacionaruose yra įrengta slaugytojos iškviatimo sistema, kurios pagalba asmuo iš savo palatos turi galimybę pasikviesti slaugytoją esant reikalui. Tokia sistema užtikrina, kad pacientas bet kuriuo paros metu gali gauti pagalbą, net jei neturi galimybių nueiti iki skyriaus personalo.

Tokia sistema yra įrengta ir skyriuje, kuriame buvo atliekamas tyrimas. Kaip neigiamą šios sistemos savybę informantai įvardijo per didelį garsą, kuris nakties metu trukdo viso skyriaus ramybę.

„Mano galva dienos metu gal ir gerai ten viskas buvo, prasčiau gal naktį. Nesinorėjo tos garsinės iškviesti, labai šaukia, kaimynus pažadint gali, kitus ligonius. Bet aš ligoninėj jau nebe pirmas kartas. Esu gulėjęs, tai tiesiog turėjau su savim vaistų paėmęs ir , ir, ir, ir išgeriu.<...> Bandžiau vieną kartą ieškoti, nieko aš ten neradau. Grįžau į palatą ir savų išgėriau.“ (Domas)

Iš šio interviu matome, kad pacientas nakties metu, nepanoręs trukdyti kitų ligonių iškvietimo sistema negavo pagalbos malšinant skausmą. Reikia pažymėti, kad pacientas bandė ieškoti budinčio slaugytojo, tačiau pastangos buvo nevaisingos.

Tokia pačia patirtimi pasidalino ir kitas informantas, nepanoręs drumsti kitiems ramybės, kuris pagalbą malšinant skausmą gavo tik tada, kai slaugytojas atėjo atlikti planinių slaugos veiksmų palatos kaimynui.

„Labai skaudėjo vakar po vakarienės iki suleido kažkokius vaistus man nuo skausmo, bet nepadėjo ir šitoj, va, vietoj, saulutės vietoj, skaudėjo iki antros valandos nakties<...> Buvau išėjęs aš parukyt, bet kaip numirę nieko nebuvo, niekas nevaikščiojo. Man yra sakę - kviesk čia tą signalizaciją, bet, kad čia ant viso kalidorio<...> kol pas jį atėjo (rodo į palatos kaimyną) kraujo patikrint, tai suleido ketanovo, tai praėjo skausmas ir užmigau.“ (Tadas)

Pasakojimai atskleidžia, kad kai kuriais atvejais pagalba gali būti sunkiai pasiekama, ypač kai pacientai kitų ramybę vertina labiau nei savo pačių poreikius.

3.5. Priešoperacinio informavimo poreikis

Vis dažniau išgirstame, kad ligonio būklė priklauso nuo to kaip ją supranta ir interpretuoja pats žmogus. Didelė dalis pacientų prieš operaciją jaučia baimę ir nerimą (Pinto et al., 2013). Dažniausiai šie jausmai sukyta tada, kai žmogus nežino kas jo laukia. Todėl labai svarbu užtikrinti pacientų psichoedukaciją. Tam, kad pacientas taptų aktyvus savo sveikatos priežiūros dalyvis, jis turi įgyti tam reikalingų žinių.

Šioje temoje, išaiškėjo, kiek ir kokių žinių pacientai norėtų gauti iš sveikatos priežiūros specialistų prieš operaciją.

3.5.1. „Reikėtų gal būt plačiau aptarti“

Daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių asmenų, vienareikšmiai teigė, kad jiems būtų naudinga prieš operaciją sužinoti pooperacinio skausmo valdymo ypatumus.

„Reikėtų galbūt plačiau aptarti, papasakoti kaip ten ta savijauta po operacijos, nes kai ištraukė iš nugaros kateterį, skausmas sunkiai malšinosi. Tai tiesiog manau būtų naudinga žinoti tuos visus niuansus, kaip turi būti ir kaip toliau elgtis. Aišku man jau ne pirma operacija, bet vis tiek kai turi tos informacijos daugiau, kažkaip ramiau reaguoji į viską.“ (Domas)

„Nu jeigu grynai subjektyvi mano nuomonė, tai būtų gerai. Tai žmogus tiksliai žinotų, kaip reikia elgtis, kaip bus. Ir jisai vertintų savo jėgas ir savo stovį. Čia būtų tiesiog kažkoks tai žingsnis į kontaktą tarp paciento ir med. personalo. Būtų labai naudinga ir emociniam ir fiziniam lygmeny.“ (Danutė)

„Nu žinot, čia individualiai nuo žmogaus, kaip koks žmogus priėm, kitas gali sakyti ką nori, jis nereguoja, mato tiktai save, bet būtų gerai, kad su žmogum pakalbėtų, kad gali būti ir taip, kad gali būti sunkūs atvejai, kad ne visiems vienodi vaistai padeda.“ (Asta)

„Paaiškintų? Tai jo. Man tai nieks nieko neaiškino.<...> Reikėtų, tai taip.<...> Nusiteikti geriau operacijai, dabar į nežinią važiuoji.“ (Tadas)

„Ne nu čia aišku gerai, jeigu žmogus žinotų ko gali tikėtis. Nu tai va, narkozė baigėsi, gal labiau pradės skaudėti, na, tai tu, žmogus, žinai ko tikėtis, ko laukti, žinai ko prašyti tada, o ne taip staigiai kaip užaina, va, kaip narkomaną laužyti nu.“ (Mindaugas)

Analizuojant interviu, atsiskleidė, kad tiriamieji jautėsi tarsi keliaujantys į nežinomą. Jiems norėjosi turėti žinių kas jų laukia, ir kaip su tuo bus tvarkomasi.

Prieš operaciją pacientui, būtų tikslinga sužinoti, kokio skausmo po operacijos galima tikėtis, atsižvelgiant į operacijos pobūdį bei anestezijos metodą. Pacientas turėtų žinoti skausmo vertinimo principus pabrėžiant, kaip svarbu vengti perdėto vertinimo ar stoicizmo. Vertėtų supažindinti su skausmo malšinimo būdais ir jų esme.

3.5.2. „Man tikrai nerūpėjo“

Tuo tarpu, kai daugelis tirtų asmenų jautė poreikį gauti informacijos apie skausmo valdymą po operacijos, atsirado tokių, kurie jokio informacijos poreikio nejautė.

„Na tai aš ne mažas vaikas, įsivaizdavau, jeigu perpjaus ir išoperuos, ten kažką nupjaus, susius ir taip toliau.<...> O tai aš tuo ir neabejojau, kad skaudės, tai man aktualu, kad kuo greičiau viską padarytų. Tai koks gali būti rūpestis, kas ten bus paskui. Man tikrai nerūpėjo.“ (Petras)

Tyrimo dalyvis teigė, tikėjęsis skausmo po operacijos. Jis tikėjosi, kad skausmas po operacijos mažės, nes operacijos metu bus pašalinta priežastis, sukelianti skausmą.

„Negaliu pasakyti, nu ką aš pacientas gali kaip sakant pats sureguliuot, koks skirtumas. Doktorai žino, užtenka man atrodo, kad paklausia ar skauda ir suleidžia tų vaistų. O ne taip pradėtų pats pacientas sakyti man.“ (Benas)

Benas visą atsakomybę už pooperacinio skausmo valdymą perkelia sveikatos priežiūros specialistams. Manoma, kad pacientams dalyvavimas sprendžiant jų sveikatos priežiūros klausimus yra aktualus, tačiau Švedijoje tyrėjos Larsson ir bendraautorių (2011) atliktas tyrimas parodė, kad pacientai dažnai renkasi pasyvų gavėjo vaidmenį. Tai įrodo, kad skirtingi asmenys nori skirtingų vaidmenų priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros. V. Leonavičiaus ir bendraautorių teigimu (2007) „kuo bejėgiškesniu žmogumi save laiko, tuo labiau jis yra linkęs pritaikyti savo lūkesčius ir poreikius prie tų paslaugų, kurios jam pasiūlomos“.

3.5.3. „Geriau nežinoti“

Daugelis tyrėjų akcentuoja, kad žmogus prieš operaciją turėdamas žinių kas jo laukia, mažiau bijo ir nerimauja. Anaipol tai nėra visais atvejais. Viename interviu tyrimo dalyvė teigė, jog informacija apie pooperacinę būklę ją veiktų neigiamai.

„Pirmas dalykas kiekvienas skirtingai, bet aš galiu jums pasakyti vieną - jeigu man pasakytų, kad aš būsiu tokiam stovy po operacijos, aš atsisakyčiau operacijos. Viskas. Aš gyvenčiau kiek man lemta ir viskas.“ (Rasa)

Nors pacientės nuostatos gali atrodyti keistos, ji turi teisę į nežinojimą. Tokią teisę nežinoti numato Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (2010). Jis skelbia, kad „Informacija apie paciento sveikatos būklę, ligos diagnozę, sveikatos priežiūros įstaigoje taikomus ar gydytojui žinomus kitus gydymo ar tyrimo būdus, galimą riziką, komplikacijas, šalutinį poveikį, gydymo prognozę negali būti pacientui pateikiama prieš jo valią. Atsisakymą gauti informaciją pacientas turi aiškiai išreikšti ir patvirtinti parašu“.

Taigi, vadovaujantis holistinio, o ne biomedicininio sveikatos modelio koncepcija, negalima nuspręsti už pacientą, o privaloma atsižvelgti į paciento informacijos poreikį bei motyvus.

Apibendrinant galima teigti, kad skausmas yra jausmas, kurio ignoruoti nepavyksta. Jis vargina, neleidžia atsipalaiduoti, dažnai kelia baimę. Po chirurginės intervencijos, skausmas yra neišvengiamas, todėl labai svarbu rasti būdą kaip padėti kenčiančiam.

Mes, sveikatos priežiūros specialistai, visi ir kiekvienas stengiamės daryti tai, kas geriausia pacientui. Tačiau ne mažiau šioje situacijoje yra svarbus ir vartotojas, tai yra pacientas. Labai daug kas priklauso nuo to kaip savo būklę interpretuoja pats žmogus. Jei pacientas aktyviai dalyvaus savo gydyme, bendraus ir bendradarbiaus su sveikatos priežiūros specialistais, sėkmė bus garantuota.

Manau pirmiausiai nuoširdaus bendravimo pacientas turėtų tikėtis iš slaugos specialistų, kurie daugiausiai laiko praleidžia su juo, lyginant su kitais komandos nariais. Skausmo valdymo atveju labai svarbu, kad slaugytojas turėtų pakankamai žinių ir įgūdžių padėti pacientui susidoroti su skausmu, nes pasenę požiūriai, mitai ir klaidingos nuomonės apie skausmą ir jo valdymą tarp pacientų ir net sveikatos priežiūros specialistų sudaro salygas netinkamam skausmo valdymui. Dažnai pacientai gali pervertinti arba sumenkinti savo reakcijas į skausmą. Esminis sėkmės elementas yra suteikti pacientui savalaikių žinių, reikalingų efektyviam skausmo valdymui. Kaip atskleidė mūsų tyrimas, kai kurie pacientai, dėl įvairių priežasčių, yra linkę neišsakyti skausmo pojūčio. Todėl labai svarbu sistematingai, ne mažiau trijų kartų per dieną, vertinti skausmo intensyvumą ramybės ir aktyvumo periodais tam pritaikytomis skausmo vertinimo skalėmis. To nepadarius pacientai gali per ilgai kęsti skausmą. Sistemingas skausmo vertinimas ir dokumentavimas leidžia vertinti skausmo malšinimo efektyvumą, be to, remiantis dokumentuota skausmo analize yra lengviau organizuoti tarpdisciplininės komandos pagalbą skausmo malšinimui. Tuo pačiu tai ir objektyvus kiekvieno paciento gydymo įvertinimas. Todėl, manyčiau labai svarbu, kad dar iki operacijos pacientas gautų informaciją, kokio intensyvumo skausmas po operacijos yra priimtinas. Tai galėtų sumažinti nenorą prašyti papildomos analgezijos ar kitos pagalbos skausmo malšinimui.

Slaugytojams visuomet kyla sunkumų aiškiai nubrėžiant ribas tarp savo ir kitų komandos narių įtakos paciento sveikatos priežiūroje. Tačiau slaugytojo vaidmuo pooperacinio skausmo valdyme yra labai svarbus, kadangi jis daug laiko praleidžia betarpiškai bendraudami su pacientais, kas leidžia geriau įsigilinti į jų būklę. Slaugytojas, šalia veiklų orientuotų į standartinį ūmaus skausmo gydymą, mokydamas pacientą, sudarytų prielaidas optimaliai emocinei paciento būklei pasiekti. Tinkamas pooperacinis skausmo malšinimas svarbus žmogiškąja prasme, nes gerina paciento gyvenimo kokybę.

REFLEKSIJA

Atliekant pusiau struktūruotą interviu išaiškėjo, kad pokalbio vystymas nėra lengvas užsiėmimas. Šiuo atveju būtų buvusi labai naudinga interviu vedimo patirtis. Interviu metu ne visiems informantams buvo lengva kalbėti, o man juos prakalbinti.

Nors, prieš pradėdant pokalbį, visų dalyvių buvo pasiteirauta ar sutinka dalyvauti tyrime ir gauti rašytiniai sutikimai, eigoje jautėsi pacientų atsargumas ir įtarumas. Ir tik po papildomų paaiškinimų apie tyrimo esmę ir pritaikomumą, bei užtikrinus, kad tyrimo tikslas nėra kam nors pakenkti, respondentai pradėdavo atviriau kalbėti. Tačiau jautėsi nenoras kažką pasakoti apie sveikatos priežiūros specialistus. Ypač jautėsi vengimas kalbėti apie slaugytojas. Gal tam turėjo įtakos tyrėjos atstovaujama specialybė. Tačiau daugelis apklaustųjų akcentavo, kad slaugytojos dėl nieko nekaltos, o yra tik techniniai darbuotojai procedūroms atlikti. Buvo labai aišku, kad slaugytojai jų manymų nėra savo srities specialistai, o tik gydytojų pagalbininkai.

Norėčiau pastebėti, kad pastangos perteikti tyrimo esmę, nuoširdžiai klausantis ne tik dominančių temų, bet diskutuojant asmenims aktualiomis temomis, paskatina informantus atsiverti ir tokiu būdu yra išsiaiškinama daug svarbių faktų, kurių jie neatskleistų pildydami anketas.

IŽVALGOS

1. Pokalbiai su informantais atskleidė, kad malšinant skausmą daugiausiai paslaugų suteikia chirurgijos skyriaus slaugytojos. Jos teiraujasi ar pacientams skauda ir esant poreikiui malšina skausmą medikamentinėmis priemonėmis. Interviu rezultatai parodė, kad teisės aktais numatytos skausmo skalės, vertinant skausmą nenaudojamos, tačiau informantai teigiamai vertino slaugytojų veiksmus valdant jų skausmą po operacijos.
2. Informantai atskleidė, kad iki patekdami į stacionarą turėjo nepakakamai žinių apie pooperacinio skausmo valdymą. Stengdamiesi susidoroti su skausmu rėmėsi ankstesne patirtimi, bei stebėjo kitus pacientus, kuriems buvo atliktos chirurginės intervencijos. Pacientų nuomonė apie informacijos svarbą malšinant skausmą svyravo nuo „būtų gerai“ iki „nerūpėjo“. Pacientai kaip sėkmingo skausmo valdymo prielaidą įvardina priešoperacinį informavimą apie skausmo valdymą, tačiau pacientams svarbi informacija apie skausmo valdymą Kauno klinikų chirurgijos skyriuje sistematingai nėra teikiama.
3. Tyrimo metu nustatyta, kad pasitaiko situacijų, kai skausmo malšinimas būna neefektyvus. Vienais atvejais patys pacientai vengia pranešti sveikatos priežiūros specialistams apie savo skausmą, ir situaciją sprendžia savitais būdais, pavyzdžiui „nejuda, kad neskaudėtų“ arba geria savo asmeninius vaistus nuo skausmo, nesuprasdami rizikos. Kiti nakties metu patys ieško budinčio personalo, taip saugodami kitų skyriaus pacientų ramybę. Pasitaiko, kad slaugytojos, kurios vertina ir malšina pacientų patiriamą skausmą, abejoja paciento nusiskundimais ir vengia skirti farmakologinių priemonių skausmui malšinti.

REKOMENDACIJOS

Remdamiesi tyrimo metu gautais rezultatais siūlome:

LSMUL KK chirurgijos skyriaus administracijai:

1. Anesteziologų tarnybos specialistams organizuoti mokymus skausmo valdymo tema.
2. Slaugytojus skatinti dalyvauti organizuojamuose mokymuose apie skausmo valdymą tam, kad įgytų ar atnaujintų žinias ir galėtų efektyviai vertinti ir malšinti skausmą bei vykdyti pacientų psichoedukaciją.
3. Skyriuje įvesti privalomą skausmo vertinimą skausmo skalių pagalba ir jo išraiškos dokumentavimą ligonio stebėjimo lape.
4. Apsvarstyti slaugytojos iškvietimo sistemos tobulinimo galimybes, siekiant sumažinti pacientų ramybės periodo trikdymą.

TYRIMO RIBOTUMAI

Atlikto mokslinio tyrimo didžiausias ribotumas yra tas, kad tyrime dalyvavo nedidelis informantų kiekis. Nors tyrimo prisotinimui pasiekti užteko penkių pusiau strukturuotų interviu su asmenimis patyrusiais pooperacinį skausmą ir skausmo valdymą, o buvo atlikti dar keturi interviu, tačiau įtraukus į tyrimą didesnį informantų kiekį, galimai būtų atsiskleidę įvairesnės patirtys. Atsižvelgiant į tai, tyrėjai turėtų iš anksto numatyti ilgesnį laiką duomenų rinkimui, atlikdami panašius kokybinius tyrimus. Be to, pacientų sveikatos būklė po operacijos riboja interviu trukmės laiką.

MAGISTRANTO PARENGTŲ PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

1. Kertenienė I. Slaugytojo vaidmuo informuojant pacientus apie skausmo valdymą pooperaciniu laikotarpiu. Anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojų draugija, 2015
Prieiga per Internetą: <http://www.laitsd.lt/slaugytojo-vaidmuo-informuojant-pacientus-apie-skausmo-valdyma--pooperaciniu-laikotarpiu-ilona-kerteniene/50>
2. Kertenienė I., Butkevičienė R. Pooperacinio skausmo valdymas pacientų požiūriu. Pranešimas. Konferencija. „Studijos ir sveikata: 2017“. Vilnius, 2017.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Andrejaitienė J. Pooperacinio skausmo malšinimo aktualijos širdies chirurgijoje. Lietuvos chirurgija. 2010; 8(1): 6-22.
2. Bitinas B., Rupšienė L., Žydžiūnaitė V. Kokybinių tyrimų metodologija. Knyga. Klaipėda; 2008.
3. Butkevičienė R. Socialinio darbo interviu. Knyga. Kaunas: KMU leidykla; 2010.
4. Girdzijauskienė S. Kokybinis interviu. VU Specialiosios psichologijos laboratorija. Metodinė priemonė. Vilnius 2006.
5. Gulbinienė J. Mokymo reikšmė pacientų, kuriems suformuota žarnyno stoma, savirūpai ir gyvenimo kokybei. Daktaro disertacija. Kaunas, 2008.
6. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: vadovėlis. Šiauliai: Lucilijus; 2007.
7. Leonavičius V., Baltrušaitytė G., Naujokaitė I. Sociologija ir sveikatos priežiūros sistemos paslaugų vartotojas. Knyga. Vytauto Didžiojo universitetas, 2007, Kaunas.
8. LR „Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“ Nr.XI-499.Vilnius; 2009.
9. LR SAM įsakymas Nr. V-119 „Valgymo sutrikimų gydymo psichiatrijos specializuotame stacionare ir dienos stacionare paslaugų teikimo suaugusiesiems tvarkos aprašas“ Vilnius, 2010.
10. LR SAM medicinos norma MN 28:2011. „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ Vilnius; 2011.
11. LR SAM įsakymas Nr. V- 608 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ Vilnius, 2004.
12. LR SAM įsakymas Nr. V- 461 „Greitosios medicinos pagalbos kvietimo kortelė“ Vilnius, 2013.
13. LR SAM medicinos norma MN 14:2005. „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ Vilnius; 2005.
14. LSMU KK 2015 m. veiklos ataskaita. [interaktyvus] 2016 Prieiga per Internetą:
http://www.kaunoklinikos.lt/kk/images/2015_veiklos_ataskaita.pdf
15. Marchertienė I., Macas A., Gelmanas A., Dulevičius Z. Ūminis skausmas ir jo malšinimas. Mokomoji knyga. Vitae Litera, 2012.
16. Marchertienė I., Kanaporytė L. Pooperacinis skausmas ir jo gydymas. Skausmo medicina 2005; 1:18–27.
17. Mažionienė A. Sveikatos ugdymas. Mokomoji knyga. Klaipėda, 2011.

18. Mikutavičienė I. Ugdymo mokslo pasiekimai modernioje slaugos praktikoje. Kaunas: Vitae Litera; 2008
19. Morkevičius V., Telešienė A., Žvaliauskas G. Kompiuterizuota kokybinių duomenų analizė su NVIVO ir TEXT ANALYSIS SUITE. [interaktyvus] 2008. Prieiga per Internetą:
http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/NVivo/nvivo.html&course_file=nvivo_III_10.html
20. Polukordienė K.O. Psichologinės krizės ir jų įveikimas. Praktinis vadovas. Vilnius, 2003.
21. Pupenienė I. Vyresnio amžiaus darbuotojų įdarbinimas ir išlaikymas organizacijose Lietuvoje. Paskatos ir kliūtys. Magistro darbas. Vilnius 2013.
22. Svirušytė D. Lėtinį sąnarių ar nugaros skausmą patiriančių asmenų įsitikinimų apie skausmą sąsajos su emocijų reguliacija ir socialiniu palaikymu. Magistro darbas. VDU 2012, Kaunas.
23. Zagurskienė D. Pacientų sveikatos raštingumo vertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas 2009.
24. Bicek E. Nurses' Attitudes, Knowledge, and Use of Nonpharmalogical Pain Management Techniques and Therapies.[interaktyvus] 2004. [žiūrėta 2015 08 06] Prieiga per Internetą:
http://digitalcommons.iwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=nursing_honproj
25. Bjornnes A., Parry M., Lie I., Fagerland M., Watt-Watson J., Rustoen T., Stubhaug A., Leegaard M. The impact of an educational pain management booklet intervention on postoperative pain control after cardiac surgery. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 1:18-27.
26. Blakely W., Paige G. Pathophysiology of pain in 21. critically ill patients. Crit Care Nurs Clin North Am 2001; 13:167–179.
27. Bozimowski G. Patient perceptions of pain management therapy: a comparison of real-time assessment of patient education and satisfaction and registered nurse perceptions. Pain Management Nursing. 2012; 4:186-193.
28. Breivik H., Stubhaug A. Management of acute postoperative pain: still a long way to go! Pain. 2008; 2: 233-240.
29. Cotton L.J. A review of research on Schachter's theory of emotion and the misattribution of Arousal. European journal of Social Psychology. 1981;October/December. p.365-397.
30. Deyirmenjian M., Karam N., Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? Patient Education and Counseling. 2006; 1: 111-117.

31. Dima A., Gillanders D., Power M. Dynamic pain-emotion relations in chronic pain: a theoretical review of moderation studies. *Health Psychology*. 2011; 7: 1-68.
32. Elo S., Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 62: 107-115.
33. Ene K., Nordberg G., Bergh I., Johansson F., Sjostrom B. Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 15: 42-50.
34. Fifgield-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 2:196-204.
35. Finan P., Goodin B.R., Smith M.T. The association of sleep and pain: An update and a path forward. *Journal of Pain*. 2013; 12: 39-52.
36. Gareth D., Amanda C., Williams C. Nursing Education Interventions for Managing Acute Pain in Hospital Settings: A Systematic Review of Clinical Outcomes and Teaching Methods. *Pain Management Nursing* 2017; 18: 3-15.
37. Glowacki D., Effective pain management and improvements in patients' outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*. 2015; 3: 33-41.
38. Graneheim U., Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 2: 105-112.
39. Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*. 2015; 1-2: 34-46.
40. Guo P., East L., Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 2: 29-37.
41. Herr K., Coyne P.J., Key T., Manworren R., McCaffery M., Merkel S., Pelosi-Kelly J., Wild L. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*. 2006; 2: 44-52.
42. Hoefnagel D., Kwee L., van Putten E., Kros J., Dirven C., Dammers R. The incidence of postoperative thromboembolic complications following surgical resection of intracranial meningioma. A retrospective study of a large single center patient cohort. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2014; 123:150-154.
43. Hubert W., Renate de Jong-Meyer. Psychophysiological response patterns to positive and negative film stimuli. *Biological Psychology*. 1990;1:73-93.

44. Kalogianni A., Almpanti P., Vastardis L., Baltopoulos G., Charitos C., Brokalaki H. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016; 6: 447-458.
45. Kehlet H., Jensen T., Woolf C. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006; 9525: 1618-1625.
46. Kemmis S., McTaggart R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. [interaktyvus] 2007 [žiūrėta 2017 02 02]. Prieiga per Internetą: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.473.4759&rep=rep1&type=pdf>
47. Koranyi S., Barth J., Trelle S., Strauss B., Rosendahl J. Psychological interventions for acute pain after open heart surgery. *Cochrane Databases Systematic Reviews*. 2014; CD009984.pub2.
48. Larsson I., Sahlsten M., Segesten K., Plos K. Patients' Perceptions of Nurses' Behaviour That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study.[interaktyvus] 2011. [žiūrėta 2015 05 03] Prieiga per Internetą: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/534060/>
49. Leventhal H., Everhard D. Emotion, pain, and physical illness. In C.E. Izard, editor. *Emotion and Psychopathology*. New York: Plenum Press; 1979. p. 261-299.
50. Liamputtong P. *Qualitative Research Methods*. OXFORD University Press; 2009.
51. Liddle C. Preparing patients to undergo surgery. *Nursing Times*. 2012; 48:12-13.
52. Louw A., Diener I., Butler S.D., Peuntedura E.L. Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: Review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2012; 29: 175-194.
53. Matsushita T., Murata H., Matsushima E., Sakata Y., Miyasaka N., Aso T. Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2007; 1: 84-93.
54. Matthias A., Samarasekera D. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*. 2012; 1: 3-6.
55. Medrzycka-Dabrowska W., Dabrowski S., Gutysz-Wojnicka A., Basinski A. Polish nurses' perceived barriers in using evidence-based practice in pain management. *International Nursing Review*. 2016; 3: 316-327.
56. Michael A. E. Ramsay. *Acute postoperative pain management*. Baylor University Medical Center Proceedings 2000; 13: 244-247.

57. Milgrom L., Brooks J., Qi R., Bunnell K., Wuestefeld S., Beckman D. Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*. 2004;13:116-125.
58. Milgrom L., Brooks J., Bunnell K., Wuestefeld S., Beckman D. Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*. 2004; 2 :116-125.
59. McRae K., Ochsner K.N., Mauss I., Gabriel J., Gross J.J. Gender Differences in Emotion Regulation: An fMRI Study of Cognitive Reappraisal.[interaktyvus] 2008 [žiūrėta 2016 03 28]. Prieiga per Internetą.
http://nzaher710.free.fr/pdf/pdf23/2008_McRae_Gender_differences_in_emotion_regulation.pdf
60. McTier L., Botti M., Duke M. Patient participation in quality pain management during an acute care admission. *Clinical Journal of Pain*. 2014; 4: 316-323.
61. Myers D.G. *Psichologija. Poligrafija ir Informatika*; 2000
62. Niemi-Murola L., Poyhia R., Onkinen K., Rhen B., Makela A., Niemi T. Patient satisfaction with postoperative pain management-effect of preoperative factors. *Pain Management Nursing*. 2007; 8: 122-129.
63. Postoperative pain management – good clinical practice. General recommendations and principles for successeful pain management.[interaktyvus] 2005. [žiūrėta 2014 03 15] Prieiga per Internetą:
<http://polanest.webd.pl/pliki/varia/books/PostoperativePainManagement.pdf>
64. Powell R., Scott N., Manyande A., Bruce J., Vogele C., Byrne-Davis L., Unsworth M., Osmer C., Johnston M. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Databases Systematic Reviews*. 2016; CD008646.pub.2.
65. Raichle K., Hanley m., Jensen M., Cardenas D.D. Cognitions, Coping and Social Environment Predict Adjustment to Pain in Spinal Cord Injury. *Journal of Pain*. 2007; 9: 18-29.
66. Ramsay A.M. Acute postoperative pain management. *Baylor University Medical Center Proceedings* 2000; 13: 244-247.
67. Rankinen S., Salanterä S., Heikkinen K., Johansson K., Kaljonen A., Virtanen H., Leino-Kilpi H. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19: 113-119.
68. Reck D. Can and should nurses be aware of patients' expectations for their nursing care? *Nursing Administration Quarterly*. 2013; 2: 109-115.

69. Robleda G., Sillero A., Puig T., Gich I., Banos J.E . Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery. [interaktyvus] 2014.[žiūrėta 2017 01 10] Prieiga per Internetą:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292684/>
70. Samuels G., Fetzter S. Evidence-based pain management: analyzing the practice environment and clinical expertise. *Clinical Nurse Specialist*. 2009; 23: 245-251.
71. Sindhu B., Shechtman O., Tuckey L. Validity, reliability, and responsiveness of a digital version of the visual analog scale. *Journal of Hand Therapy*. 2011; 4 p. 56-64.
72. Sinatra R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Medicine*. 2010; 12: 59-71.
73. Sommer M., de Rijke J., van Kleef M., Kessels A., Peters M., Geurts J., Gramke J., Marcus M. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *European Journal of Anaesthesiology*. 2008; 4: 267-274.
74. Svensson I., Sjostrom B., Haljamae H. Assessment of pain experiences after elective surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2000; 3: 193-201.
75. Tatematsu N., Park M., Tanaka E., Sakai Y., Tsuboyama T. Association between physical activity and postoperative complications after esophagectomy for cancer: a prospective observational study. *APJCP*. 2013; 1: 47-51.
76. The International Association for the Study of Pain. Improving the quality of pain management through measurement and action. Joint Commission resources. [interaktyvus] 2003 [žiūrėta 2014 10 15]. Prieiga per Internetą:
<http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Improving-the-Quality-of-Pain-Management-Through-Measurement-and-Action.pdf>
77. Van Dijk J., van Wijck A., Kappen T., Peelen L., Kalkman C., Schuurmans M. The effect of a preoperative educational film on patients' postoperative pain in relation to their request for opioids. *Pain Management Nursing*. 2015; 2: 137-145.
78. Vaughn F., Wichowski H., Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN Journal*. 2007; 3: 589-604.
79. Wickstrom K., Nordberg G., Sjostrom B., Bergh I. Prediction of postoperative pain after radical prostatectomy. [interaktyvus] 2008 [žiūrėta 2016 03 28]. Prieiga per Internetą:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2635357/>
80. Wickstrom M., Danielsson K., Rickardson L., Gullbo J., Nygren P., Isaksson A., Larsson R., Lovborg H. Pharmacological profiling of disulfiram using human tumor cell lines and human tumor cells from patients. *Biochemical Pharmacology*. 2007; 1: 25-33.

81. Williams, D. A., Thorn, B. E. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain* 1989; 36(3): 351-358.
82. Williams D. A., Robinson M. E., Geisser M. E. Pain beliefs: assessment and utility. *Pain* 1994; 59: 71-78.
83. Zhang C., Jiang Y., Yin Q., Chen F., Ma L., Wang L. Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012; 1: 84-88.

PRIEDAI

**LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS****BIOETIKOS CENTRAS**

Kodas 302536989, A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas, tel.: (8 37) 327233, viet. tel.: 5121, www.lsmuni.lt, el.p.: sochumkatedra@lsmuni.lt

Medicinos akademijos (MA)
Antrosios (magistrantūros) pakopos studijų
programa – KLINIKINĖ SLAUGA
III k. magistr. Ilonai Kertenienei

2016-03-21

Nr. *BEC-KS(K)-178***DĖL PRITARIMO TYRIMUI**

LSMU Bioetikos centras, įvertinęs (MA) antrosios (magistrantūros) pakopos studijų programos – KLINIKINĖ SLAUGA (ištęst. studijos) III k. magistr. Ilonos Kertenienės (mokslinio darbo vadovė: doc. Rūta Butkevičienė, LSMU Socialinių ir humanitarinių mokslų katedra) mokslinio-tiriamąjo darbo temos: „Pooperacinio skausmo valdymas pacientų požiūriu“ tiriamojo darbo anotaciją, tiriamojo asmens informavimo formą, tiriamojo asmens informuoto sutikimo formą ir atvirusius interviu klausimus, leidžia spręsti, jog planuojamame tyrime neturėtų būti pažeistos tiriamojo teisės, todėl šiam tyrimui pritariama.

Bioetikos centro vadovo pavaduotoja

prof. Z. Liubarskienė

TIRIAMOJO ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto studentė savarankiško mokslinio darbo rengimo metu atlieka tyrimą, skirtą atskleisti pacientų požiūrį į pooperacinio skausmo valdymą. Tyrimo dalyviai – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų (LSMUL KK) pacientai, kuriems atlikta pilvo chirurgijos operacija. Jų anonimiškumas ir gautų duomenų konfidencialumas garantuojamas. Tyrimo duomenys bus panaudoti tik apibendrinti.

Iškilus neaiškumams tiriamasis gali kreiptis:

Tel.: (+370 37) 32 72 33, doc. Rūta Butkevičienė

LSMU Socialinių ir humanitarinių mokslų katedra

Dėkojame už Jūsų pagalbą

Darbo mokslinis vadovas

Doc. Rūta Butkevičienė

Tyrėjas

Ilona Kertenienė