

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE
VESELĪBAS ZINĀTŅU BAKALaura MĀSZINĪBĀS
STUDIJU PROGRAMMA

**APRŪPES ASPEKTI FTIZIOPULMONOLOĢIJAS
PACIENTU APRŪPĒ PEDIATRIJĀ**

BAKALaura DARBS

Autors : Olga Paegle
Stud. apl. op 06011
Darba vadītājs : Dr. oec.
LU MF docente Antra Sakne

RĪGA 2009

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma ir „Aprūpes aspekti ftiziolpulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā.” Pētījuma mērķis - noskaidrot būtiskākos aprūpes aspektus ftiziolpulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā. Pētījumā izmantota kvalitatīvā pētniecības metode, pētījuma instruments – intervija. Aptaujātas desmit māšas, kuras ikdienā aprūpē bērnus ar ftiziolpulmonoloģiskām saslimšanām. Darba gaitā tika noskaidrots, ka būtiskākie aprūpes aspekti ftiziolpulmonoloģijas pacientu aprūpē ir bērna labsajūta, sakārtota vide, ģimenes atbalsts, dienas režīms un aprūpes personāla attieksme. Pētījuma ietvaros tika analizēts K. Martinsenas rūpju teorijas pielietojums bērnu aprūpē. Tika veikta literatūras analīze par tuberkulozes izplatību, diagnostiku un ārstēšanu, bērna attīstību un bērna aprūpi slimnīcas vidē. Pētījumā izmantoti 32 literatūras avoti.

Atslēgvārdi – aprūpes aspekti, tuberkuloze, rūpes, bērns, slimnīcas vide.

ANNOTATION

The theme of bachelor written work is " The care aspects of tuberculosis and lung diseases in pediatric ". The aim of the research was to identify the essential aspects of care of paediatric patients suffering from tuberculosis and lung diseases. Qualitative method of research was applied, and interview as a research tool was used. Ten nurses daily taking care on children with tuberculosis and lung diseases were interviewed. Child's feeling of comfort, appropriate environment, family support, schedule of the day, and attitude of care givers as more essential aspects of paediatric care. were mentioned Care theory application worked out by Martinsena, K. as a part of the research was studied. Literature analysis on prevalence, diagnosis and treatment of tuberculosis, child's development and care in hospital environment was performed. Thirty-two references in research were used.

Kay words: care aspects, tuberculosis, care, child, hospital environment.

Saturs

Ievads.....	4
1. K. Martinsenas rūpju teorijas pielietojums bērnu aprūpē.....	7
2. Literatūras apskats.....	10
2.1. Tuberkuloze bērna vecumā.....	10
2.2. Bērna ar ftziopulmonoloģiskām saslimšanām aprūpe slimnīcas vidē.....	14
3. Praktiskā pētījuma daļa.....	19
3.1. Pētījuma metodoloģija.....	19
4. Pētījumā iegūto datu analīze.....	20
5. Secinājumi un ieteikumi.....	24
6. Izmantotā literatūra un avoti.....	25
7. Pielikumi.....	27
1. pielikums. Iesniegums ētikas komisijai.....	28
2. pielikums. Ētikas komisijas lēmums.....	29
3. pielikums. Intervijas dalībnieka piekrišanas forma.....	30
4. pielikums. Intervijas jautājumi.....	31
5. pielikums. Pētījuma datu analīzes tabula.....	32

IEVADS

Tuberkuloze ir viena no vecākām, cilvēcei pazīstamām infekcijas slimībām. To pazina jau senajā Ēģiptē un kopš tiem laikiem pasaule ir piedzīvojusi vairākas smagas tuberkulozes epidēmijas.

Vēsturiski tuberkulozes nosaukums ir bijis *phthisis*, cēlies no vārdiem *haemophthisis* – asins splaušana un *cachexia* – ātrs svara zudums. Sākumā slimības gaita tika atstāta Dieva varā. Vēlāk Hipokrāts un viņa skola, kas nodarbojās ar daudz un dažādām zinātnēm, formulēja skaidrus izteikumus tuberkulozes ārstēšanā. Renesanses laikā, kad notika strauja komunikāciju un informācijas apmaiņa, šie ārstēšanas paņēmieni tika modernizēti, un tika atzīmēta tuberkulozes „sabiedriskā” daba.

1882. gadā vācu zinātnieks R. Kohs atklāja tuberkulozes izsaucēju – tuberkulozes nūjiņu. 1945. gadā Vaksmans ieviesa streptomicīnu tuberkulozes ārstēšanā. Vēlāk tika atklāti citi prettuberkulozes līdzekļi, ko ļoti efektīvi tuberkulozes ārstēšanā izmanto arī šodien.

Šobrīd pasaule atrodas jaunas tuberkulozes epidēmijas briesmās. Pasaulē gada laikā ar šo slimību saslimst 8 miljoni un nomirst 3 miljoni cilvēku no ārstējamas slimības – vairāk nekā laikā, kad R. Kohs atklāja tuberkulozes izsaucēju, bet nebija zāļu ārstēšanai (1).

Vakcinācijai pret tuberkulozi mums pieejamā vakcīna ir BCG, kura savu nosaukumu ir ieguvusi pateicoties saviem atklājējiem. Imunitātes veids, ko nodrošina šī vakcīna ir visai komplikēts un grūti klasificējams. Pirmo reizi BCG vakcīna tika izmantota vairāk kā desmit gadus pēc tās atklāšanas. Bērniem ar iedzimtu tuberkulozi saslimšana gandrīz vienmēr beidzās fatāli, vakcīnas lietošana jaundzimušajiem nodrošināja iespēju pasargāt no nāvējošās slimības. Šodien pateicoties Pasaules Veselības organizācijas plašai imunizācijas programmai gandrīz 3 miljoni pasaules iedzīvotāju ir tikuši vakcinēti ar BCG. Šī vakcīna pasargā bērnus no smagām tuberkulozes formām, bet no saslimšanas ar šo infekciju tā diemžēl nepasargā (2).

Katru gadu pasaulē ar tuberkulozi saslimst 1 miljons bērnu līdz 15 gadu vecumam. Neraugoties uz tuberkulozes diagnostikas, ārstēšanas un profilakses mūsdienu iespējām, bērnu saslimstība un mirstība no tuberkulozes nav zaudējusi aktualitāti. Latvijā saslimstība ar tuberkulozi bērniem, līdzīgi kā citām vecuma grupām, sāka pieaugt pagājušā gadsimta deviņdesmitajos gados : 1992. gadā bērniem vecuma grupā no 0-14 gadiem tā bija tikai 7,1/100 000, bet, katru gadu turpinot palielināties, 2001.gadā sasniedza augstākos skaitļus: 38,9/100 000. Kopš 2002. gada vērojama pakāpeniska saslimstības pazemināšanās, un 2008. gadā tā bija 15,2/100 000 (3).

Kopš brīža, kad tika pierādīta tuberkulozes infekciozitāte, profilaktiskajiem, higiēnas un izolācijas pasākumiem ir vērā ņemama nozīme, lai cīnītos ar šo slimību. Agrīna infekciozu pacientu izolācija un pareiza ārstēšana, kā arī kvalitatīva aprūpe ir galvenie nosacījumi cīņā ar šo slimību.

Mana bakalaura darba tēma – aprūpes aspekti ftizopulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā. Tēmas izvēle saistīta ar manu darbu konkrētajā nozarē, lai akcentētu aprūpes nozīmi bērnu atveseļošanās procesā. Kvalitatīva aprūpe veicina šo procesu.

Pētījuma mērķis – noskaidrot būtiskākos aprūpes aspektus ftizopulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā.

Darba uzdevumi :

1. Analizēt literatūru par izvēlēto tēmu.
2. Sastādīt intervijas jautājumus.
3. Veikt pētījumu.
4. Veikt intervijas rezultātu apkopošanu un datu analīzi.
5. Izdarīt secinājumus un izteikt priekšlikumus.

Izvēlēta pētījuma metode – kvalitatīvā, pētījuma instruments – intervija. Kvalitatīvā pētījuma metode izvēlēta, lai intervētu māsas, kuras ikdienā aprūpē šos bērnus.

Respondentu skaits - 15.

Pētījuma jautājums – kādi ir būtiskākie aprūpes aspekti ftizopulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā.

Pētījuma bāze – viena no Latvijas slimnīcām, kurā atrodas bērnu ftizopulmonoloģijas nodaļa.

1. KARI MARTINSENAS RŪPJU TEORIJAS PIELIETOJUMS BĒRNU APRŪPĒ

Kari Martinsenas teorija ir izteikti filozofiska un viena no nedaudzajām teorijām, kurā morāle tiek uzskatīta par aprūpes pamatu. Morāle norāda, ko māsai vajadzētu darīt. Ētika sevī ietver principus, ko māsa liek pamatā tam, ko vajadzētu darīt. Māsas personiskie un profesionālie ētikas standarti veido viņas nostāju pret pacientiem un sabiedrību kopumā. Nonākot sarežģītās aprūpes situācijās, māsas profesionālās ētikas vadlīnijas palīdz viņai pieņemt galīgo lēmumu.

Tā kā bieži nav skaidras atbildes uz morālām dilemmām un tā kā cilvēki nevar vienoties, kas būtu labākais iznākums, nereti morāli lēmumi prasa grūtu personisku izvēli starp nepilnīgām izvēlēm. Ir svarīgi atcerēties, ka māsu morāles pamatprincips ir gādāt par cilvēkiem (4).

Teorijas galvenais mērķis ir vispusīgas rūpes par pacientu. Rūpes ir viens no māsu profesijas pamatakmeņiem. Māsas visa veida darbības ir saistītas ar rūpēm par pacientu. Rūpēm ir jābūt saprātīgām, tātad morālie principi jāpārdomā un jāpamato. Lai rīkotos saprātīgi, jāņem vērā divas aprūpē iesaistītās puses, kā arī ētiskās un morālās normas.

Kari Martinsena izsaka domu, ka rūpējoties par pacientu māsai jāstrādā neprasot kādu īpašu atalgojumu vai gandarījumu. Šai domai negribētu piekrist, jo māsai ir nepieciešams gan gandarījums, gan arī laba alga par padarīto. Ja cilvēkam ir materiālais nodrošinājums, tad arī pats cilvēks ir nosvērtāks, mierīgāks, spējīgs vairāk dot no sevis, nekā tad, ja viņam ir problēmas ar iztiku un nesamaksāti rēķini.

K. Martinsenas teorijas jēdzieni ir pacients, vide, aprūpe un rūpes. Galvenais jēdziens šajā teorijā ir rūpes. Aprūpe kā rūpju forma nozīmē stiprākā varas pār vājāko izmantošanu tikumiskā veidā ievērojot visus ētikas un morāles principus. Šo visu jēdzienu savstarpējā saistība ir acīmredzama, jo pacientam ir svarīga vide kādā viņš atrodas, svarīga ir aprūpe, kura savukārt saistās ar rūpēm. Māsa rūpējoties par pacientu veido savas morāli ētiskās vērtības (5).

Teorētiskā uzskata, ka galvenais pamatjēdziens ir rūpes. Tas ir relatīvs jēdziens, kas sevī ietver tuvas un atvērtas divu cilvēku attiecības. Šis jēdziens ietver sevī konkrētai situācijai atbilstošas darbības, ņemot vērā situācijas novērtējumu un prioritātes. Pastāv arī kā ētisks jēdziens, kas ietver sevī rūpes par vājāko.

K. Martinsena rūpes iedala relatīvās, morālās un praktiskās rūpēs. Relatīvās rūpes – divu cilvēku savstarpēja mijiedarbība nekaitējot, empātija, kura rodas dzīves pieredzes rezultātā. Tam, kurš rūpējas par otru nav vajadzīga kāda īpaša pateicība. Morālās rūpes – morāle tiek uztverta kā instruments, kas regulē cilvēku savstarpējās attiecības. Aprūpe kā rūpju forma nozīmē stiprākā varas pār vājāko izmantošanu nekaitējot pacientam.

Morālās rūpes ir atkarīgas no vēsturiskās situācijas un sociālās vides. Māsa rūpējoties veido savas morāli ētiskās īpašības. Aprūpējot pacientu, māsa rada apstākļus, kuros izpaužas cieņa pret šī cilvēka vērtību sistēmu, ieradumiem, ticību. Sieviete māsas darbā īsteno dabas doto un ieaudzināto spēju rūpēties par citiem, īpaši par bērniem. Rūpējoties par citiem, neapzināti tiek izmantoti uzvedības modeļi, kas apgūti agrā bērnībā attiecībās ar saviem vecākiem, un tie aktualizējas pieaugušo vecumā atbilstošā situācijā, piemēram, māsas un pacienta attiecībās. Personiskā pieredze māsas darbā var gan palīdzēt, gan traucēt. Rūpes par pacientu nav tikai rūpes par viņa fizisko labsajūtu un mehāniska norādījumu izpildīšana. Būtiskas ir emocionālās attiecības starp māsu un pacientu.

Māsas un pacienta attiecību veidošana atkarīga no māsas izpratnes par šo attiecību nozīmīgumu un no personības brieduma. Šajās attiecībās māsas personība ir vienīgais instruments, kas nosaka, kā veidosies šīs attiecības. Jebkuras māsas un pacienta attiecības ir unikālas, jo to pamatvērtība ir māsas un pacienta personība un viņu īpašā mijiedarbība (6).

Praktiskās rūpes – visas māsas darbības veicot aprūpi. Teorētiķe uzsver, ka aprūpes māksla parādās visvienkāršākajās darbībās, izmantojot visvienkāršākos instrumentus. Jācenšas izmantot pēc iespējas mazāk pacientam nezināmu priekšmetu un jēdzienu. Jāveic izskaidrojošais darbs, lai pacients saprastu, ko ar viņu darīs un kādas metodes tiks pielietotas. Īpaši daudz jāskaidro un jārāda mazajiem pacientiem, kuriem no visa ir bail. Lai panāktu to, ka bērns uzticas jābūt zināšanām par bērnu uztveri dažādos vecumposmos.

Pēc K.Martinsenas izteikumiem pacients ir jebkurš cilvēks, kurš ir vājš un atkarīgs no otra. Īpaša uzmanība tiek veltīta tiem, kuri nekad nekļūs neatkarīgi. Tie ir neglābjami slimie, kuriem ir dažādas patoloģijas, kā arī cilvēki ar īpašām vajadzībām, kuri nespēj veikt pašaprūpi un ir atkarīgi no citiem cilvēkiem. Tie ir arī zīdaiņi un mazi bērni, kuri pilnībā atkarīgi no aprūpes personāla un viņu godaprāta.

Vide kā cilvēce – katrs cilvēks ir tās daļa. Cilvēks ir cieši saistīts ar sociālo vidi un vēsturisko situāciju, kurā tas dzīvo. Kuri vides aspekti jāņem vērā, to nolemj māsa izvērtējot pacienta intereses, veselības stāvokli un konkrēto situāciju. Bērni, neatkarīgi no viņu vecuma pārdzīvo savas ierastās vides zaudēšanu. Nonākot slimnīcas vidē bērniem raksturīgs hospitalizācijas stress. Aprūpes personālam jā dara viss iespējamais, lai mazinātu šo stresu. Vislabāk bērnam, ja kāds no vecākiem ir kopā ar viņu, tad arī notiek ātrāka pielāgošanās slimnīcas videi. Bērns kopā ar māti vai tēvu jūtas vairāk pasargāts un drošībā (7).

Aprūpe – K.Martinsena uzsver, ka pacients nav patstāvīgs. Rūpes ilgst kādu laika periodu, kurā aprūpētājs jūt pienākumu un atbildību par aprūpējamo. Tas nozīmē, ka visu laiku,

kamēr bērns atrodas slimnīcā, mums par viņu ir jā rūpējas visos iespējamajos veidos. Aprūpes process ir vienreizējs mākslas un zinātnes sakopojums, kura mērķis ir uzlabot pacienta labklājību, pasargāt no slimībām un atjaunot veselību. Tas ir īpašs veids domāšanā un darbībā, tā ir sistemātiska problēmu risināšana, kuru veic, lai noteiktu, un ārstētu aktuālas vai potenciālas veselības vai slimības radušās problēmas un celtu pacienta labklājību. Aprūpes procesu raksturo dinamiskums un cikliskums, centrēts uz pacientu, tiešs mērķis, elastīgs, orientēts uz problēmu, izzinošs process, orientēts uz darbību.

Māsas prakses galvenais mērķis ir rūpes par cilvēku. Māsai, profesionāli izvērtējot situāciju un pacienta stāvokli, jā dara viss, lai pacientam būtu nodrošināts maksimāls komforts. Māsas prakse tradicionāli ir ietvērusi pacienta aprūpi, jo tā ir māsas prakses degpunkts. Māsas spējas sociālā, morālā un zinātniskā plāksnē parādās viņas cilvēcīgā aprūpē. Ja māsa savā aprūpes darbā iesaistās un iejūtas otra cilvēka pieredzē, atveras un paplašinās cilvēcīgo spēju robežas (8). Ar tuberkulozi slimu bērnu aprūpē svarīgs ir pareizs dienas režīms, regulāra medikamentu lietošana, pilnvērtīgs uzturs un sveigs gaiss. Šiem bērniem ilgstoši jā atrodas stacionārā, aprūpes personāla uzraudzībā. Tiek nodrošinātas iespējas mācīties un saturīgi pavadīt brīvo laiku. Aprūpējot mazos pacientus māsai jā būs mīlai, laipnai, draudzīgai un iejūtīgai. Rūpes ilgst diennakti, jo bērniem ir ierobežotas pašaprūpes spējas, kuras atkarīgas no viņu vecuma. Jo mazāks bērns, jo lielāka viņa atkarība no aprūpētājiem.

Visi jēdzieni, kuri pieminēti teorētiķes K. Martinsenas rūpju teorijā ir savstarpēji saistīti. Cilvēkam, kurš nokļuvis tādā stāvoklī, kad viņš ir atkarīgs no aprūpes personāla, ir nepieciešama visaptveroša un rūpīga aprūpe. Cilvēks, kuram nepieciešama aprūpe bieži ir disharmonijā ar savu vidi. Māsai ir jā rūpējas, lai radītu visus nepieciešamos apstākļus pacienta ātrākai atveseļošanai. Tas nozīmē, ka rūpes par pacientu šajā procesā ir primārās. Teorijas struktūras pamatā ir rūpes par cilvēku.

Teorijas pamatā ir pieņēmumi par to, ka morāle regulē savstarpējās attiecības starp aprūpētāju un pacientu, kur patients ir jebkurš cilvēks, kurš ir vājš un atkarīgs no otra. Pacientu aprūpē māsas bieži vien sastopas ar morāles dilemmām, kas rada grūtības izvēlēties piemērotāko darbību, kad ir iespējami dažādi risinājumi. Šādās situācijās ir svarīgi apzināties māsas prakses pamatvērtības, un ētikas norādījumus, lai īstenotu pacientam vispiemērotāko aprūpi. Vēl viens pieņēmums ir, ka patients nav patstāvīgs. Māsa sniedz aprūpi jebkurai vecuma grupai, sākot no zīdaiņa līdz sirmam vecumam un no dzimšanas līdz nāvei. Nepatstāvīgākā pacientu grupa neapšaubāmi ir bērni.

Darbā ar bērniem nepieciešams vairāk rūpju un gādības, nekā darbojoties ar pieaugušiem

pacienti. Pieņemums – aprūpe ir rūpju forma, kurā rūpes ilgst kādu laika periodu. Tas tā varētu būt, jo pacientam aprūpe ir nepieciešama tik ilgi, kamēr tiek atrisinātas viņa veselības problēmas. Kad šo problēmu vairs nav, tad viņš kļūst vesels un netiek uzskatīts par pacientu. Līdz ar to mūsu rūpēšanās par šo cilvēku ir beigusies.

Manā praksē šo teoriju varētu pielietot vislielākajā mērā, jo mans darbs saistīts ar dažāda vecuma bērnu aprūpi. Veicot bērnu aprūpi māšai nepieciešams cienīt pacientu kā personību, izprotot bērna individuālās psiholoģiskās īpašības un attiecību pieredzi. Izprast noteiktā vecumposma īpatnības, fiziskos, emocionālos, morālos, izziņas, seksuālos attīstības aspektus, adaptācijas iespējas, stresa pārvarēšanas veidus. Sniegt emocionālu atbalstu – apmierināt bērna vajadzību pēc drošības un miera. Veidot bērna attīstībai atbilstošu saskarsmi – sarunājoties ar bērnu, svarīgi izteikties saprotami, atbilstošā tempā, izmantojot bērnam pazīstamus un tēlainus skaidrojumus. Pie tam ir svarīgi pārliecināties, vai bērns teikto ir sapratis pareizi, tātad jāņem vērā atgriezeniskā saite. Noskaidrot un veicināt bērna izpratni par slimības izcelsmi, norisi un atveseļošanās iespējām. Bērnam atbilstošā veidā un saudzīgi jāsniedz izpratne par slimību, ārstnieciskām procedūrām, jāatbild uz bērna jautājumiem un jāizskaidro viņa līdzdalība. Bērna izpratne par slimību balstās uz informāciju, ko bērns interpretē atbilstoši savam izziņas attīstības līmenim (9).

2. LITERATŪRAS APSKATS

2.1 Tuberkuloze bērna vecumā

Tuberkuloze ir hroniski noritoša infekcijas slimība, kas skar visu organismu, bet visbiežāk elpošanas orgānus. Slimības izraisītājs ir tuberkulozā mikobaktērija, ļoti noturīga apkārtējā vidē. Parasti slimības izraisītājs nokļūst organismā, to ieelpojot, bet iespējams inficēties arī caur gremošanas traktu, baktēriju norijot, vai arī grūtniecības laikā caur asinsriti. Infekcijas avots parasti ir plaušu TB slimnieks, kurš izdala izsaucēju apkārtējā vidē klepojot, šķaudot vai arī runājot un pat elpojot. TB izsaucējs ātri iet bojā tiešā saules gaismas iedarbībā (10).

Ja TB nūjiņa ir nokļuvusi bērna organismā, tā ar asins un limfas starpniecību var tikt iznēsāta pa visu ķermeni. Bērna vecumā visbiežāk TB izsaucējs nonāk limfmezglos, kas atrodas ap traheju un bronhiem. Šādu slimības formu bērniem sauc par intratorakālo limfmezglu TB. Tomēr slimība attīstās tikai nelielam skaitam bērnu, parasti tiem, kam ir pazeminātas organisma pretestības spējas un kontakts ar TB slimnieku. Slimības attīstību veicina nepilnvērtīgs uzturs, slikti sadzīves apstākļi, blakusslimšanas, psihoemocionāls stress un pārslodzes (11).

TB riska grupai pieskaitāmi šādi bērni : bieži slimojoši ar vīrusu infekcijām, atkārtotiem bronhītiem, pneimonijām, bērni ar hroniskām slimībām, cukura diabēta slimnieki, bērni, kas saņem ilgstošu glikokortikoīdu terapiju, kas nav saņēmuši prettuberkulozes (BCG) vakcīnu, kam nav izveidojusies rētiņa pēc BCG vakcīnas, sociāli nelabvēlīgu ģimeņu bērni, ciešā kontaktā esošie ar TB slimnieku, iebraucēji no ārvalstīm ar nelabvēlīgu epidemioloģisko situāciju, bērni, kuri bieži mainījuši dzīvesvietu, internātskolās, patversmēs dzīvojoši bērni (12).

TB visbiežāk nav pašai savu raksturīgu simptomu. Šī slimība var noritēt kā akūta respiratora vīrusu infekcija, gripa, pēc kuras bērns neatlabst, ieildzis bronhīts, pneimonija, kas nepadodas ārstēšanai, perifēro limfmezglu palielinājums daudzās grupās u.c. Slimības sākums bieži ir nemanāms. Mazie bērni sāk sliktāk pieņemties svarā, ir nervozi, raudulīgi, kaprīzi, saguruši, ar pazeminātu apetīti. Lielākie bērni var sūdzēties par galvassāpēm, reiboņiem, nogurumu, miegainību, sirdsklauvēm, var būt paaugstināta temperatūra 37,1 – 37,8 C. Slimībai progresējot, var pievienoties klepus (ar vai bez krēpu izdales), elpas trūkums, reizēm sāpes krūšu kurvī. Ja netiek uzsākta ārstēšana un bērns turpina atrasties kontaktā ar slimo cilvēku, vieglā TB forma var komplikēties ar plaušu audu bojājumu, pleiras iekaisumu, nieru, acu, kaulu – locītavu sistēmas vai centrālās nervu sistēmas TB (13).

Ir iespējama aktīva un pasīva TB diagnostika. Pasīvās diagnostikas gadījumā slimnieks ar sūdzībām vēršas pie ārsta, un, veicot izmeklēšanu, tiek noteikta diagnoze, taču bērniem sūdzības bieži parādās jau komplikētu, ielaistu TB formu gadījumos. Tāpēc daudzās valstīs, arī Latvijā, lieto aktīvo TB diagnostiku, izmantojot tuberkulīna ādas raudzi jeb Mantū testu. Tuberkulīna ādas raudzi lieto, lai noteiktu vai persona ir inficēta ar TB. Šajā testā substanci, ko sauc par tuberkulīnu, injicē ādā. Tuberkulīns ir proteīns, kas iegūts no tuberkulozes baciļiem, kuri ir gājuši bojā tos karsējot. Vairumam cilvēku, kas ir inficējušies ar TB, viņu imūnā sistēma atpazīst tuberkulīnu, jo tas ir līdzīgs TB mikobaktērijām, kuras izraisījušas infekciju, tādējādi izraisot reakciju uz tuberkulīnu. Tuberkulīns nav vakcīna (14).

Mantū raudze tiek izdarīta lietojot šļirci ar adatu, lai injicētu 0,1 ml ar 2 vienībām šķidrā tuberkulīna starp ādas slāņiem (intrakutāni), parasti apakšdelmā. Tuberkulīna vienības ir tuberkulīna stipruma standarts. Mantū ādas raudzi novērtē 72 stundas pēc tuberkulīna injicēšanas. Vairumam ar TB inficētu cilvēku ir pozitīva reakcija uz tuberkulīnu. Reakcija ir pāpula - pietūkums, ko var iztaustīt ap injekcijas vietu. Indurētā lauka diametru mēra perpendikulāri pret apakšdelma garenisko asi. Eritēma (apsārtums) ap pāpulu netiek mērīta, jo eritēmas klātbūtne nenorāda, ka persona ir inficēta. 5 milimetrus liela pāpula tiek uzskatīta par negatīvu reakciju, bet lielāka tiek uzskatīta par pozitīvu reakciju (15).

Krūšu kurvja rentgenogramma ir noderīga TB slimības diagnosticēšanā, jo apmēram 85% no pacientiem ir plaušu TB. Parasti, ja personai ir plaušu TB, krūšu kurvja rentgenogrammā ir izmaiņas. Tās varētu uzrādīt infiltrātus (šķidrums un šūnu uzkrāšanās plaušu audos) vai kavernas (dobumus plaušās, kas var saturēt daudz TB baciļus). Krūšu kurvja rentgenogrammas mērķis ir palīdzēt diagnosticēt plaušu TB personai, kurai ir pozitīva tuberkulīna ādas raudze, kā arī pārbaudīt izmaiņas plaušās cilvēkiem, kuriem ir TB simptomi.

Nākošā TB diagnosticēšanas metode ir bakterioloģiskā izmeklēšana. Paraugu, kuru jāsūta uz laboratoriju, var iegūt vairākos veidos. Parasti pacients, kuram ir aizdomas par plaušu TB , vienkārši izklepo krēpas sterilā konteinerā to apstrādei un izmeklēšanai. Ja pacients pats nevar atklepot krēpas, tad var lietot citas metodes, lai iegūtu paraugu (16).

Inducēto krēpu paraugu var iegūt, ja pacients inhalē sālsūdens tvaikus, kuri izraisa pacientam dziļu klepošanu. Šī procedūra ir viegli veicama un to var lietot, lai palīdzētu pacientiem atklepot krēpas, ja viņi paši to nespēj. Cita procedūra ir bronhoskopija, tā var tikt lietota, lai iegūtu plaušu sekrētu vai plaušu audus. Instrumentu, ko lieto šajā procedūrā sauc par bronhoskopu un to ievada caur muti tieši slimības skartajā plaušas daļā, un iegūst sekrētu vai plaušu audus. Bronhoskopiju bieži pielieto bērnu izmeklēšanā, jo bērniem ir problēmas ar krēpu atklepošanu. Vēl viena

procedūra, ko veic izmeklēšanas nolūkos ir kuņģa skalošana. Pacienta degunā ievada caurulīti, kurai jānokļūst kuņģī. Mērķis ir iegūt krēpu paraugu, kas bija izklepots mutē un pēc tam norīts. Kuņģa skalošanu veic no rīta tukšā dūšā, jo pacienti krēpas norij nakts laikā. Parasti šo procedūru veic tikai tādos gadījumos, ja pacients pats nevar atklepot krēpas, nevar iegūt inducētos paraugus un arī nevar izdarīt bronhoskopiju. Šo procedūru bieži izdara bērniem līdz 3 gadu vecumam (17).

Pēc tuberkulīna testa izvērtēšanas bērnus ar aizdomām par inficēšanos ar TB nosūta uz konsultāciju pie ftiziopneimologa. Ar TB inficēts cilvēks ir vesels, TB mikobaktērijas nēsātājs, kurš nav bīstams apkārtējiem, jo TB izsaucēju apkārtējā vidē neizdala. Mūsdienās ar TB ir inficēti vairāk nekā 1/3 daļa no pasaules iedzīvotājiem. Samazinoties organisma pretestības spējām, kā arī dažādu nelabvēlīgu faktoru ietekmē daļai inficēto personu var attīstīties TB, tāpēc ar TB inficētiem bērniem bieži nozīmē ķīmijprofilakses kursu ar izoniazīdu uz 4-6-9 mēnešiem, kas var nomākt mikobaktēriju vairošanos un pasargāt no slimības attīstības. Ja bērns ir saslimis ar TB, viņam jāsaņem ilgstoša ārstēšana ar vairākiem prettuberkulozes preparātiem (18).

TB ir infekcijas slimība, un pamatnosacījums, lai samazinātu saslimstību, ir infekcijas avota likvidēšana, t.i., savlaicīga atklāšana un efektīva pieaugušo TB slimnieku ārstēšana. Tā ir ne tikai medicīnas darbinieku, bet katra indivīda atbildība par savu un līdzcilvēku veselību. Bērnus no smagām TB formām pasargā BCG vakcīna, kuru visiem veseliem jaundzimušajiem izdara dzemdību nodaļā 3.– 5. dzīves dienā vai arī vēlāk ģimenes ārsts. Lai pasargātu bērnus no TB un lai savlaicīgi atklātu šo slimību, jāatceras, ka bērnus ar TB parasti aplipina pieaugušie. Ja saslimis ģimenes loceklis, tuvs radnieks, kaimiņš, ar ko bērns ir ticis, nepieciešams bērnu tūlīt izmeklēt, bet slimniekam ir jāārstējas nekavējoties, lai apturētu slimības izplatību. Vecākiem ir jāzina, vai bērns ir saņēmis prettuberkulozes poti. Ja bērns ir TB riska grupā, īpaši rūpīgi jāseko tuberkulīna raudžu izdarīšanai 1 reizi gadā. Nekādā ziņā nedrīkst uzsākt pašārstēšanos, jo nepareizas un neregulāras zāļu lietošanas iespaidā tuberkulozes izsaucējs kļūst nejutīgs pret medikamentiem un slimība kļūst neizārstējama (19).

2.2. Bērna ar ftizipulmonoloģiskām saslimšanām aprūpe slimnīcas vidē

Jau prenetālās attīstības stadijā bērnam ir divas svarīgas vajadzības – drošība un attīstība. Mazā cilvēka personību veido no dabas dotās īpašības, sociālā vide un viņa paša ieguldījums savā attīstībā. Lai bērns varētu augt kā personība ir daudzi faktori, kas to var veicināt, vai arī kavēt šo procesu. Aprūpējot bērnus, kuri ir slimi ar TB visi šie faktori jāņem vērā.

Atbilstoši Apvienoto Nāciju Organizācijas konvencijai par bērna tiesībām, par bērnu uzskatāma katra cilvēciska būtne līdz 18 gadu vecumam (20). Bērns ir personība, kura nepārtraukti turpina attīstīties.

Bērna apziņas centrā ir uztvere. Viņš uztver un iegaumē labāk to informāciju, ko iegūst ar sajūtām – redzi, dzirdi, tausti, garšu. Bērnam raksturīga uzskatāmi darbīgā domāšana. Tas nozīmē, ka bērns pasauli apgūst eksperimentēdams. Bērns attīstās, apmierinot vajadzības. Vajadzības ir nepieciešamība pēc tā, kas veicina indivīda dzīvību un personības attīstību. Ļ. Vigotskis ir akcentējis vajadzību pēc saskarsmes un vajadzību sadarboties. Kopš dzīves pirmā brīža reizē ar miegu, uzturu un elementāru aprūpi bērnam ir vajadzīga saskarsme ar cilvēkiem, īpaši emocionāls kontakts ar māti, vajadzīga informācijas uztvere, iespējas darboties. Tās ir pamatvajadzības, kuru apmierināšana nodrošina bērna normālu fizisko un psihisko attīstību (21). Ilgstoši atrodoties stacionārā, ar TB slimajiem bērniem bieži vien veidojas attīstības aizture un dažreiz ir novērojama arī regresija. Tāpēc aprūpes personālam jādara viss iespējamais, lai mazinātu attīstības aizkavēšanos, apmierinot bērnu pamatvajadzības.

Personība veidojas pašattīstīšanās procesā, taču arī iedzimtības un vides ietekmē. Iedzimtība ir genotips, instinkti, nervu darbības tips, dotības u.c. Ir pazīstami divi vides jēdzieni : makrovide un mikrovide. Ar mikrovidi saprot bērna attīstības tuvāko apkārtni – ģimeni, dzīvesvietu, cilvēkus tuvumā u.c. Makrovide ir bērna attīstības apkārtnē plašākā nozīmē – sabiedrība, kultūrvide kopumā, zīmes, simboli, priekšmeti un to lietojums, iepriekšējo paaudžu pieredze, morāle, audzināšana, kas veido ievirzes cilvēka psihē, īpaši pirmajos piecos dzīves gados.

Ē. Ēriksons postulē visai cilvēcei kopīgu stadiālu attīstību. Pirmā stadija - 0-1 g. v. – inkorporatīvā. - tiek akcentēta jaundzimušā pilnīga atkarība no ierobežotas sociālās vides – ģimenes un, galvenokārt, mātes gādības un mīlestības. Ar mātes starpniecību uz viņu iedarbojas sabiedrība un sākas socializācija. Šajā periodā tiek likts personības pašizjūtas un dzīvotspējīguma pamats (fiziskā un garīgā veselība). Pozitīvais risinājums ietver emocionāli mīmisko un fizisko kontaktu, kā arī bērns ātri (bez ilgas raudāšanas) saņem visu, kas tam

nepieciešams un ko tas vēlas. Baudu centrs – mute, svarīga aktivitāte – ēšana (22).

Aprūpējot zīdaiņus, kuri atrodas stacionārā bez vecākiem ir novērots, ka līdz 3 mēnešu vecumam tie pieņem jebkuru cilvēku, kas viņus aprūpē, jo viņiem šajā periodā galvenais ir barības uzņemšana. Ja zīdains ir apkopts un paēdis, tad viņš ir apmierināts. Ar lielākiem zīdaiņiem vairāk problēmu, jo paliekot bez mātes tie raud, klieudz, protestē ar visu savu būtību, ar acīm meklē māti un neatrodot satraucas vēl vairāk. No kontaktiem ar svešiem izvairās un noraida tos. Tikai ar laiku notiek samierināšanās un virspusēja pielāgošanās, tas ir, parādās interese par apkārtni, draudzīgums, pat pieķeršanās kādam no aprūpētājiem. Atrodies ilgstoši slimnīcā, sakarā ar ārstēšanos no TB, rodas tāda situācija, ka pēc pusgada vai gada bērns izrakstoties no stacionāra vairs nepazīst savu māti. Viņš jau ir pieradis pie aprūpētājiem un negrib no tiem šķirties. Tā notiek gadījumos, kad bērna vecāki pamet bērnu slimnīcā un visu ārstēšanās laiku neizrāda interesi par viņu un pat neatbrauc ciemos.

Otrā stadija – 2-3 g. v. – agrās bērnības vai muskulāri anālā – sākas ar otro dzīves gadu, kad nobriest muskuļi un attīstās fiziskās aktivitātes, kuras bērns mācās kontrolēt. Ja to prot, rodas lepnums, prieks un pašcieņa, kas nostiprina autonomiju. Bērns izjūt prasības un ierobežojumus, izkopj pašapkalpošanās iemaņas, kārtības un tīrības izjūtu (23).

Ja viņam atļauj veikt patstāvīgi to, kas ir viņa spēkos, nesteidzina, nekritizē, tad rodas izjūta, ka viņš pārvalda savas kustības, sevi, apkārtni. Pētījumi pierādījuši, ka tie, kuri iemācījušies sevi kontrolēt šajā stadijā, vēlāk prot ievērot likumus, neuzskatot tos par ārēji uzspiestu netaisnīgumu, jo tie nodrošina katra brīvību un neatkarību likuma ietvaros. Negatīvais risinājums ietver vecāku nekoncekvenci, skarbu kritiku, darīšanu bērnu vietā, tā pavairojot bērnu nedrošību, kļūdas, neveiksmju nosodījuma pārdzīvojumus, izraisot šaubas gan par vecāku taisnīgumu, gan paša varēšanu. Tā tiek pavairota bērna atkarība. Nonākot ftiziopulmonoloģijas nodaļā mazbērna vecuma bērni atšķiršanu no vecākiem pārdzīvo smagāk. Viņu pierastais dzīves ritms tiek izmainīts ļoti krasi. Sākumā ir protests, tad izmisums un beidzot seko samierināšanās. Šajā vecumposmā visbiežāk parādās regresīvas izmaiņas attīstībā. Bērns pēkšņi pats vairs neprot paēst, pazūd prasmes lietot podiņu. Bērns ir apjucis, jo zaudējis savu ierasto vidi. Aprūpētājiem jāpieliek vairāk pūļu un enerģijas, lai palīdzētu bērnam atgriezties iepriekšējā attīstības līmenī. Dažreiz tas arī tā īsti neizdodas. Trešā stadija – 4-5 g. v. – Edipa stadija, kuras laikā bērni prot un var brīvi pārvietoties, būt uzstājīgi, veidot saskarsmi ar citiem cilvēkiem ārpus ģimenes loka. Šai stadijai raksturīga „lielā domāšana”, spēlēs tiek piemērotas visdažādākās lomas un ir novērojamas dzimumatšķirības aktivitātē, rotaļlietu izvēlē. Ēriksons pasvīturo, ka pēdējā gan ir tikai viena no dzimumuzvedības determinantēm, ko savukārt ietekmē tuvo cilvēku paraugi,

kultūras un vēstures īpatnības (24). Bērns iekļaujas darbībās, rotaļās, modelējot dzīves situācijas. Ja vecāki ļauj bērnam pašam izvēlēties darbības veidu, netraucē viņam fantazēt, atbild uz viņa jautājumiem, nostiprinās iniciatīva.

Pirmsskolas vecuma bērni nonākot stacionāra apstākļos izjūt bailes un nemieru saistībā ar savu slimību, dažādām sāpīgām manipulācijām un pārdzīvo atšķirtību no vecākiem. Šiem bērniem jāļauj izteikt savas izjūtas un bailes. Jānodrošina iespējas rotaļās izspēlēt savas emocijas. Svarīgi, lai bērnam būtu kāda mīļa mantiņa no mājām. Ceturtā stadija – 6-12 –g. v. – latentā vai skolas vecuma stadija, kurā bērniem parādās interese par lietu uzbūvi, kā tās apgūt un pielāgot, kā mācīties un kā veikt darbu. Bieži šai laikā ir orientācija uz tēviem kā vairāk zinošiem un protošiem, un kuri veicina bērnu tehniskās jaunrades prasmju un spēju attīstību. Ja vecāki šo interesi atbalsta, dod iespēju kaut ko meistarot, veidot, attīstot prasmes, intelektu, fizisko veiklību, bērni sāk sevi identificēt ar noteiktu profesiju pārstāvjiem. Veidojas īpašības, kas ir nepieciešamas sociālās darba pieredzes iegūšanai. Negatīvais risinājums provocē infantilu nepilnvērtības sajūtu, kas ietekmē raksturu. Skolnieku vecuma bērni nonākot slimnīcā parasti nedemonstrē protestu un izmisumu. Viņi cenšas vairāk iegūt informāciju par to, kas viņus sagaida. Viņi var būt nospīestā garastāvoklī, depresīvi un klusībā pārdzīvo bailes no slimības. Šie bērni jāiesaista viņu vecumam atbilstošās aktivitātēs un jānodrošina skolas apmācības. Aprūpes personālam daudz jārunā un jāskaidro manipulācijas, kuras tiek veiktas.

Piektā stadija – 13 -19 g. v. – jaunības stadija saistās ar identitātes krīzi, kam, pēc Ēriksona domām, ir noteicošā vieta pieauguša cilvēka personības attīstībā. Pusaudzim, kurš jau ir apguvis spēju vispārināt, jāapvieno viss, ko viņš jūt un zina par sevi kā skolnieku, dēlu, draugu, sportistu un citām sociālajām lomām, lai izveidotu iekšējo pasauli kā viengabalainu veselumu. Viengabalainības izjūta rodas, apgūstot tradīcijas, nostādnes, priekšstatus, kurus sniedz konkrētā sabiedriskā un kultūrvēsturiskā vide. Cilvēks vienmēr savu Es cenšas formulēt jēdzienos, kuri sakņojas šajā vidē. Identitātes jēdziens faktiski ir cilvēka personības noteikta brieduma raksturojums (25). Pusaudžiem nonākot slimnīcas vidē var būt depresija un pastāvošās kārtības noraidījums. Galvenās bailes ir saistītas ar identitātes zaudēšanu un uzspiestu atkarību. Svarīgi ir izskaidrot procedūras, ārstēšanu, nodaļas noteikumus un dienas kārtību. Jāpalīdz izstrādāt pozitīvu pārvarēšanas mehānismu, nodrošināt ar skolas apmācību un individuālu izklaidi. Aprūpējot jebkura vecuma bērnus svarīgi ir nodrošināt drošu, pieņemamu un atbalstošu vidi, kur bērns bez bailēm var runāt par savām raizēm un nedrošību. Lai nodrošinātu šādu vidi nepieciešams mazināt bailes no nezināmā – izskaidrot bērna attīstības līmenim atbilstošā valodā dienas kārtību, procedūras un pasākumus. Bērnam ir jājūt, ka viņš tiek aprūpēts, mīlēts un

cienīts kā personība. Sabiedrības kultūra 19.gds. sākumā jau bija attīstījies tik tālu, ka kļuva pilnīgi skaidrs – bērnu ārstēšanai nepieciešamas bērnu ārstniecības iestādes. 1802. gadā Parīzē bērniem no 2 – 15 gadu vecumam atvēra pirmo bērnu slimnīcu pasaulē – Hospital des enfants malades. Latvijā pirmo bērnu slimnīcu atvēra 1899. gadā Rīgā – James Armitstaed slimnīca, tolaik tā bija piektā Krievijā (26).

Daudzās rajonu slimnīcās ir bērnu nodaļas, jo bērnu ārstēšanai un aprūpei ir nepieciešami speciāli sagatavoti ārsti un māsas. Aprūpējot slimu bērnu ir jāzina viņa anatomiskās, fizioloģiskās un psiholoģiskās attīstības īpatnības, jo bērns nav samazināta pieaugušā kopija.

Dzīvnieki, augi un mikroorganismi, ekoloģiski tīra pārtika, vide būtiski ietekmē bērna augšanu un veselību. Bērna attīstību izteikti kavē saslimšanas. Pēc Ļ. Vigotska attīstības teorijas, katru attīstības stadijas garāku pakāpeniskas attīstības posmu nomaina īsāks strauju pārvērtību – lūzuma jeb krīzes posms. Krīze ir saistīta ar kādu problēmu, vajadzību, kas jāpārvar. Laikam ritot, mainās uzskati un iespējas bērna aprūpē, bet bērna bioloģiskā attīstība norit gandrīz nemainīgi, pēc noteiktām likumsakarībām. Bērna augšanas laikā daudzkārt ir grūti atrast pareizo risinājumu, izvēloties iespējam atbilstošu bērna aprūpi (27). Bērnā, kurš slimo ar TB, nonākot slimnīcas svešajā vidē rodas bailes un neziņa par to, kas viņu šeit sagaida. Aprūpētājiem jānodrošina siltu un atsaucīgu atmosfēru. Bērna attīstības līmenim atbilstošā veidā jāizskaidro nodaļas režīms, procedūras un dažādas manipulācijas. Bērns jāatbrīvo no jebkādas vainas sajūtas sakarā ar hospitalizāciju. Ļoti svarīga ir bērna vecāku iesaistīšanās aprūpes procesā. Bērns jūtas daudz drošāk slimnīcas vidē, ja kopā ar viņu ir māte vai tēvs. Šī kopā būšana jūtami ietekmē atveseļošanās procesu. Tie bērni, kuri slimnīcā atrodas bez vecākiem, jūtas pamesti un bieži vien ir nomāktā garastāvoklī. Nokļūstot slimnīcā bērns ne tikai tiek atrauts no ģimenes, tuviem cilvēkiem, vienaudžiem, bet viņš kļūst par objektu dažādām procedūrām, izmeklēšanām, kā arī tiek ierobežota bērna brīvība un rīcībspējas. Viņam ir jāpakļaujas noteiktajam dzīves režīmam jaunajos apstākļos, kas ne vienmēr ir bērnam pieņemami. Īpaši problēmas rada pusaudžu uzvedība, kuri cenšas daudzas prasības ignorēt un neievērot. Svarīgi ir atrast kontaktu ar pusaudzi. Jāpalīdz bērnam izjust, ka viņš tiek aprūpēts kā personība. Drīkst kritizēt nepieņemamu uzvedību, nevis bērnu (28).

Slimnīca bērnam šķiet, kā sveša pasaule ar saviem ieradumiem, valodu un likumiem, pie kuriem viņam jāpierod. Vairāki pētījumi liecina par to, ka tikai neliela daļa bērnu saprot nepieciešamību ārstēties slimnīcā. Turpretī lielākā daļa bērnu to uzskata par sodu. Bērniem līdz 7 gadu vecumam slimība saistās ar augstākstāvošiem spēkiem, bet no 7 – 10 gadu vecumam bērni sāk saprast, ka slimība atrodas organismā. Sākot no 11 gadu vecuma bērni jau ir ieguvuši precīzāku priekšstatu

par slimību (29). Bērni no nepilnām ģimenēm sastāda riska grupu, kas varētu nelabvēlīgi adaptēties. Tāpat sliktāk adaptējas bērni, kuriem ģimenē ir hroniski slimnieki. Adaptācijas procesam stacionārā liela nozīme ir vairākiem faktoriem – hospitalizācijas ilgumam, personāla attieksmei un vienaudžu attiecībām. Brīvajā laikā, kad bērnam netiek veiktas procedūras un izmeklēšanas, nepieciešams nodrošināt bērnam izklaides un rotaļas.

Tās palīdz bērnam justies drošāk svešajā vidē, mazina ilgas pēc mājām, nodrošina iespēju mazināt spriedzi un paust savas izjūtas, ierosina sadarbību un pozitīvu attiecību veidošanos ar apkārtējiem, kā arī palīdz realizēt ārstnieciskos mērķus. Z. Freids, Ž. Piažē, K. Levins rotaļu saista ar bērna nerealizētajām tendencēm un ar bērna emocionālā stāvokļa izmaiņām, kas notiek rotaļu rezultātā atbrīvojoties no aizturētā pārdzīvojuma. Rotaļā bērns atklāj savu pašsajūtu, pārdzīvojumus un konfliktus, ko nevar izteikt vārdiski. Tādā veidā viņš mazina iekšējo sasprindzinājumu. Tas palīdz adaptēties svešajā vidē (30).

Jebkura slimība ietekmē bērnu. Kad bērns ir slims ar TB, viņš pret savu gribu, piespiedu kārtā uz kādu laiku tiek šķirts no savas ierastās vides. Nevilšus viņam sāk likties, ka viņu izstumj, iespējams viņš zaudē kaut kādas pozīcijas, kuras ieņēmis savu draugu vidū. Jebkurš bērns saskaras ar bailēm, izmisumu, dūsmām un citām emocionālajām reakcijām. Katrā bērna attīstības periodā reakcijas ir citādas. Mazākiem bērniem ir bailes no procedūrām, lielākie uztraucas par slimības ietekmi uz turpmāko dzīvi. Aprūpes darbiniekiem svarīgi atpazīt bailes un rosināt bērnu par tām izrunāties (31). Ilgstoši atrodoties stacionārā bez vecākiem, bērniem rodas vajadzība piekerties kādam no aprūpes personāla. Īpaši šo pieķeršanās uzvedību var novērot mazākiem bērniem, kuriem ļoti nepieciešama ir mīlestība un glāsti. Pieķeršanās uzvedība ir jebkura darbības forma, kuras rezultātā bērnam izveidojas noturīga pieķeršanās citam skaidri identificētam indivīdam, kuru viņš uzskata par labāk sagatavotu dzīvei pasaulē. Vislabāk tā ir novērojama brīžos, kad bērns ir nobijies, piekūsis vai saslimis un viņam ir nepieciešams mierinājums un atbalsts. Kaut arī pieķeršanās uzvedība visvairāk izpaužas agrā bērnībā, to var novērot visa dzīves cikla laikā, īpaši kritiskās situācijās. Pieķeršanās teorija īpašu uzmanību pievērš vecāku lomas nozīmei bērna attīstības veicināšanā. Droša pieķeršanās norāda, ka bērns paļaujas uz to, ka viņa vecāki būs pieejami, atsaucīgi un izpalīdzīgi grūtās vai biedējošās situācijās (32). Lai palīdzētu bērnam iejusties slimnīcas vidē nepieciešams mazināt bērna bailes, palīdzēt iejusties un adaptēties, ļaut vecākiem piedalīties bērna aprūpē, veidot uzticēšanās attiecības ar bērnu, ļaut izteikt savas izjūtas, slimības laikā pieļaut regresiju un nodrošināt rotaļu un mācību iespējas. Svarīga ir aprūpes personāla attieksme pret bērnu.

3. PRAKTISKĀ PĒTĪJUMA DAĻA

3.1. Pētījuma metodoloģija

Bakalaura darba pētījums tika veikts vienā no Latvijas slimnīcas bērnu nodaļām, 2009. gada marta beigās. Pētījumā tika izmantota kvalitatīvā pētniecības metode, pētījuma instruments – intervija. Lai uzzinātu māsu viedokli par būtiskākajiem aprūpes aspektiem ftiziopulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā, sastādīju 10 intervijas jautājumus. Respondenti – 10 māsas, kuras ikdienā aprūpē šos pacientus. Vidējais respondentu darba stāžs šajā nodaļā ir 18 – 30 gadi. Intervijas jautājumus sastādīju pati, balstoties uz savu pieredzi darbā ar šiem pacientiem un literatūras avotiem(4. pielikums). Intervijā tika izmantoti atvērtie jautājumi. Jautājumi tika sagatavoti latviešu valodā. Slimnīcas ētikas komisijas atļauja pētījuma veikšanai tika dota 25. martā (2. pielikums). Tika veiktas divas pilotintervijas, pēc to veikšanas intervijas jautājumi netika mainīti, jo respondentiem neradās nekādas problēmas atbildēt uz šiem jautājumiem. Pirms intervijas respondenti tika lūgti ar parakstu apliecināt savu dalību pētījumā (3. pielikums). Respondentiem tika izskaidrots pētījuma mērķis. Interviju ilgums 10 – 15 minūtes. Intervijas tika ierakstītas diktofonā.

1. jautājums intervijā tika iekļauts, lai uzzinātu cik ilgu laiku māsa strādā ftiziopulmonoloģijas nodaļā. 2., 9., 10., jautājums tika iekļauts intervijā, lai uzzinātu ar kādām aprūpes problēmām saskaras māsas, kādi ir svarīgākie aspekti šo bērnu aprūpē un ko vajadzētu uzlabot. 3. jautājums tika veidots tā, lai saprastu kādas ir atšķirības starp bērna un pieaugušā aprūpi. 4. jautājums tika veidots, lai izprastu kādas medikamentu blaknes respondenti ir novērojuši aprūpējot šos pacientus. 5. jautājums ir par bērnu psihoemocionālo stāvokli atrodoties stacionārā un tā izpausmēm. 6. jautājums tika veidots, lai izprastu kādi faktori ietekmē bērna labsajūtu stacionārā. 7. jautājums tika sastādīts, lai noskaidrotu vai māsas ir pietiekami informētas par atšķirībām bērnu aprūpē dažādos vecumposmos. 8. jautājums veidots, lai saprastu bērna ģimenes atbalsta nozīmi atveseļošanās procesā.

Pētījuma ierobežojumi – sākot pētījumu tika plānots intervēt 15 iespējamus respondentus. Divas māsas atteicās no intervijas, bet trīs atradās kārtējā atvaļinājumā. Rezultātā tika veiktas 10 intervijas. Vajadzēja pielāgoties respondentu darba laikam, atrast īsto brīdi intervijai, lai neviens neiztraucētu. Intervijas tika veiktas nodaļā „klusās stundas” laikā, pētnieks un respondents atradās atsevišķā telpā. Kvalitatīvā pētījuma metode tika izvēlēta tādēļ, ka ir ierobežots māsu skaits, kuras aprūpē bērnus ar ftiziopulmonoloģiskām saslimšanām.

4. PĒTĪJUMĀ IEGŪTO DATU ANALĪZE

Pētījuma ietvaros tika veiktas desmit intervijas ar respondentiem, kuri veic aprūpi bērniem ar ftziopulmonoloģiskām saslimšanām. Iegūtie dati ir kvalitatīvi, bet ir nepieciešamība tos kvantificēt un kategorizēt, tādēļ tiek izmantota kontentanalīze. Teksts tiek sadalīts jēdzienos, kategorijās un satura vienībās (5. pielikums).

1. Aprūpes problēmas

Aptaujājot pētījuma dalībniekus par aprūpes problēmām, lielākā daļa māsu minēja bērnu bailes no dažādām sāpīgām manipulācijām – injekcijām, asins analīzēm, bronhoskopijas. Gadās, ka mātai darba steigā nav laika pastāstīt bērnam, ko ar viņu darīs un kā tas notiks. „No rīta ir jāņem daudz analīzes, ir steiga, uztraukums, lai visu paspētu izdarīt. Bērni raud, satraucas, bieži vien bērns ir jātur vairākiem cilvēkiem, lai varētu iedurt vēnā.” Vēl viena no lielākajām, respondentu pieminētajām aprūpes problēmām ir vides maiņa. Bērni nonākot stacionārā zaudē savu ierasto vidi un viņiem ir jāpielāgojas jaunajiem apstākļiem. Bērni smagi pārdzīvo atšķirtību no ģimenes un vecāku prombūtni. Visapkārt ir sveši cilvēki un liela neziņa par to, kas bērnu sagaida. Ja vecāki nespēj nodrošināt bērnam regulāru medikamentu lietošanu ambulatori, tad bērnam jāārstējas ilgstoši stacionārā. „Bērni ļoti pārdzīvo, ka ilgi jādzīvo slimnīcā. Gandrīz katru dienu prasa, kad es braukšu mājās. Ko, lai es viņiem saku, kad būsi vesels, tad arī brauksi. Žēl jau man to bērnu.” Kopumā aptaujātās māsas satrauc minētās aprūpes problēmas un viņas savā darbā mēģina rast labvēlīgākos risinājuma veidus.

2. Atšķirības bērna un pieaugušā pacienta aprūpē

No respondentu sniegtajām atbildēm var secināt, ka galvenās atšķirības bērna un pieauguša pacienta aprūpē ir pastiprināta uzmanība un rūpes. Bērni ir nepatstāvīgi, visu laiku jāuzmana un jā rūpējas.

„Man jāseko līdzi, lai bērni kārtīgi paēstu, jo tas ir svarīgi pie tuberkulozes. Tāpat katru vakaru viņiem jāmazgājas, citi mājās nav raduši tik bieži mazgāties, tāpēc jāseko, lai visi ir tīri. Tie, kam ir zobu birstes un pastas tīra zobus, bet daudziem vecāki nemaz neatnes tādas lietas. Tā nu tas ir.” Māsas uzsver, ka lielākās rūpes nepieciešamas pavisam maziem bērniem un zīdaiņiem.

„Atved mums te tādu mazu brēkulīti, kas bieži jābaro, jāmaina pamperi un jāucina. Mammai jāārstējas pašai, tāpēc mazulis ir mūsu ziņā. Vēl negaršīgās zāles jāiemāna.” Respondenti atzīst, ka katram bērnam nepieciešama sava pieeja, bērni ir atšķirīgi, katrs nāk no savas vides un ģimenes, kur ir atšķirīgi audzināšanas modeļi. „Mājas bērni ir tādi mierīgāki, foršāki. Trakāk iet ar bērniem no bērnu namiem un aprūpes centriem, tie ir baigie žipčiki vai arī atpalikuši attīstībā. Ar tādiem vairāk ņemšanās.”

Māsas norāda, ka bērni vairāk jānodarbina ar spēlēm un rotaļām, jo tad nav laika blēņoties. Siltā laikā vairāk jāiet pastaigāties, jo svaigs gaiss šiem bērniem ir svarīgs. Ar bērniem vairāk jārunā, jāstāsta un jāskaidro nepieciešamās aprūpes darbības. Vērtējot respondentu viedokļus par atšķirībām bērna un pieaugušā pacienta aprūpē, var saprast, ka bērnu aprūpes procesā jāiegulda vairāk laika un darba.

3. Medikamentu blaknes

Tuberkulozes ārstēšanai tiek izmantoti daudzi efektīvi medikamenti, bet diemžēl gandrīz katram no tiem ir nepatīkamas blaknes. Aptaujātās māsas kā pirmo nevēlamo medikamentu blakusparādību min uzvedības izmaiņas. Bērni kļūst nervozi, neklausīgi, uzbudināti un raudulīgi. Viņi paši nesaprot, kas ar viņiem notiek. „Ienāca normāls bērns, bet pēc mēneša liekas, ka tas ir kāds cits puika. Trako, neklausā, aiztiek citus bērnus, nu kaut kāds ārprāts. Es jau saprotu, ka tas ir no zālēm, bet dienas beigās man pašai vairs nervi netur. Grūti savaldīties, lai neuzkliegtu.” Respondenti atzīmē, ka bērniem bieži ir slikta pašsajūta un sāpes. Pārsvarā tās ir galvassāpes un locītavu sāpes. Gastrointestinālās problēmas ir viena no blaknēm, kas izpaužas kā apetītes zudums, slikta dūša un vemšana. „Tā ir liela problēma, jo bērniem ir jāēd un jāpieņem svarā. Es sēžu klāt un visādi mēģinu pierunāt, lai vismaz kaut ko apēd. Bērns saka, ka neēdīs, es saku, ka vajag ēst. Tā mēs strīdamies.” Māsas ir novērojušas, ka dažiem bērniem ir ādas problēmas, kuras izpaužas kā izsitumi un nieze. Kopumā aptaujātās māsas pauž viedokli, ka gandrīz katram bērnam var novērot kādu no medikamentu blaknēm, tās var būt arī vairākas.

4. Psihoemocionālais stāvoklis

Pētījuma dalībnieces norāda uz bērnu psihoemocionālā stāvokļa izpausmēm, kuras ir saistītas ar bērna slimību un atrašanos stacionāra apstākļos. Visbiežāk novērotās reakcijas ir bailes, agresivitāte un nervozitāte. Baiļu sajūta rodas no tā, ka bērns domā, ka viņš nekad nebūs vesels un netiks mājās. Bērniem ir bailes, ka viņi varētu būt pamesti un vecākiem nevajadzīgi. Lielākiem bērniem un pusaudžiem tiek novērota paaugstināta agresivitāte pret citiem bērniem. Viņi kļūst dusmīgi, neiecietīgi un kauslīgi. „Ir tādas dienas, kad nepārtraukti kāds bērns dara citiem pāri. Tikko atrisināts viens konflikts, kad jau atkal kāds nāk un sūdzas. Visu laiku jābūt sasprindzinājumā, vai nenotiks, kas slikts.” Māsas norāda uz to, ka ir bērni, kuri paliek ļoti emocionāli, raudulīgi un sliktāk guļ. No rīta pēc pamošanās tiek konstatēts fakts, ka bērns ir piecūrājis gultu. Bērns ir nelaimīgs un nesaprot, kā tas gadījās. Tā notiek arī ar lielākiem bērniem. Kopumā pētījuma dalībnieces ievēro bērnu psihoemocionālā stāvokļa svārstības un izprot to rašanās iemeslus.

5. Bērna labsajūta

Lai varētu nodrošināt bērna labsajūtu stacionārā, pētījuma dalībnieces pieminēja divus svarīgus momentus – apkārtējās vides sakārtotību un pozitīvu saskarsmi.

Apkārtējās vides sakārtotība saistās ar skaistām, saulainām un bērniem piemērotām telpām. „Gribētos, protams, lai bērnu nodaļa tiktu izremontēta un sakārtota. Diemžēl slimnīcai pietrūkst līdzekļu šiem pasākumiem. Man liekas, ka par bērniem valstij jādomā vairāk. Tie ir mūsu nākotnes cilvēki.” Nodaļā plaši tiek svinēti dažādi svētki. Māsas atzīmē, ka tas ir pozitīvs lādiņš gan bērniem, gan aprūpes personālam. „Bērni, kopā ar audzinātājām, jau laicīgi sāk gatavoties Jāņu, Ziemassvētku un Lieldienu svinēšanai. Mācās dzejoļus, dziesmas un dejas. Tie ir skaisti kopā būšanas brīži.” Lai bērns nodaļā labi justos, svarīgi ir kādi cilvēki ir apkārt. Ja darbinieki ir jauki, mīļi, atsaucīgi, smaidīgi, tad arī bērniem ir labāka sajūta. Pozitīva saskarsme ar bērniem lielā mērā ir atkarīga no personāla attieksmes pret šiem bērniem. „Man tie bērniņi visi mīļi, vai liels, vai mazs. Es te strādāju jau daudz gadu, bet pie lielajiem negribētu strādāt. Pie bērniem labāk.” Lielākā daļa respondentu atzīst, ka galvenais nosacījums darbā ar bērniem ir mīlestība pret viņiem. Māsas uzsver, ka bērna labsajūtas nodrošināšana stacionārā ir viens no galvenajiem aprūpes darba uzdevumiem.

6. Aprūpe dažādos vecumposmos

Aprūpējot dažāda vecuma bērnus, jāņem vērā katra vecumposma bērnu vajadzības. Pētījuma dalībnieces uzsver, ka zīdaiņu vecuma bērniem un mazbērniem vairāk nepieciešamas rūpes, pirmsskolas un skolas vecuma bērniem jānodrošina izklaides – spēles un rotaļas, kā arī mācību iespējas. Pusaudžiem vairāk nepieciešama individuāla pieeja un pārrunas par dažādām tēmām. Lielākajai daļai respondentu ir problēmas ar pusaudžiem, jo trūkst izpratnes par viņu psiholoģiju. „Ar tiem pusaudžiem, kā ar bitēm, nekad neko nevar zināt. Brīžiem uzvedas normāli, kā lieli cilvēki, brīžiem kā mazi bērni.” Kopumā aptaujātās māsas atzīst, ka bērna vecumam nav nozīmes, jo svarīgi ir aprūpēt ikvienu bērnu vislabākajā veidā.

7. Ģimenes atbalsts

Visi pētījuma dalībnieki uzsver lielo ģimenes atbalsta lomu bērnu atveseļošanās procesā. Viņi uzskata, ka ģimenes atbalsts ir pats svarīgākais, ka tas palīdz bērnam pārvarēt raizes par savu slimību. „Ja bērnam ir laba ģimene, kura ir ar bērnu kopā visu slimības laiku, tad ārstēšanas rezultāti ir ātrāki. Bērns ir mierīgāks, viņam ir ģimenes mīlestība un tas ir ļoti svarīgi.” Tiem bērniem, kuri ir no nelabvēlīgām ģimenēm, no bērnu namiem šis atbalsta posms iztrūkst un viņu atveseļošanās process ieilgst. Šie bērni nereti pieķeras kādam no aprūpes personāla, un izrakstoties no nodaļas ļoti pārdzīvo šķiršanos. Māsas atzīst, ka tie brīži ir smagi abām pusēm.

8. Aprūpes aspekti

Visbiežāk respondentu pieminētie aprūpes aspekti bērniem ar ftziopulmonoloģiskām saslimšanām ir vide, režīms, ģimene un aprūpes personāls. Videi ir jābūt sakārtotai, estētiskai un piemērotai bērnu vajadzībām. Svarīgi ievērot dienas režīmu, regulāri ēst, dzert zāles, nepieciešams svaigs gaiss, jāguļ diendusa un saturīgi jāpavada brīvais laiks. Bērniem nepieciešams ģimenes atbalsts un rūpes. Māsas uzsver aprūpes personāla attieksmes nozīmi aprūpes procesā. Būtiski, lai bērni uzticētos saviem aprūpētājiem un nebaidītos runāt par to, kas viņus satrauc. „Mūsu bērniem ir regulāri jādzert zāles māsas klātbūtnē, dūšīgi jāēd, jāiet pa mežu staigāt, klusā stundā jāpaguļ un protams, ka to mammu vajag. Lai vismaz reizi nedēļā piezvana un ciemos atbrauc. Kādu našķi jau arī bērniem gribas. Es nopērku kādu saldumu tiem, kuriem neviens nebrauc. Tie ir bērni, kuri saviem vecākiem nav vajadzīgi. Saņēmu pabalstu un nodzer, par bērniem nemaz nedomā. Traki!” Aptaujātās māsas ir vienotas savā skatījumā uz svarīgākajiem aprūpes aspektiem bērniem ar ftziopulmonoloģiskām saslimšanām.

SECINĀJUMI UN IETEIKUMI

Pētījuma mērķis bija noskaidrot būtiskākos aprūpes aspektus ftizipulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā. Pētījuma jautājums - kādi ir būtiskākie aprūpes aspekti ftizipulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā. Domājams, ka mērķis ir sasniegts, jo analizējot pētījuma rezultātus var izdarīt secinājumus:

1. Būtiskākie aprūpes aspekti ftizipulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā ir bērna labsajūta, sakārtota vide, ģimenes atbalsts, dienas režīms un aprūpes personāla attieksme.
2. Aprūpējot bērnus ir nepieciešama pastiprināta uzmanība un lielākas rūpes.
3. Māsām jāņem vērā katra vecumposma bērnu vajadzības.
4. Māsām, aizņemties dēļ, nepietiek laika bērnu informēšanai, kas ir viens no iemesliem mazo pacientu bailēm no sāpīgām manipulācijām.
5. Biežāk minēta, medikamentu izraisīta blakne ftizipulmonoloģijas pacientiem pediatrijā ir uzvedības izmaiņas.
6. Biežākās psihoemocionālā stāvokļa izpausmes bērniem ftizipulmonoloģijas stacionārā minētas - bailes, agresivitāte, nervozitāte.
7. Lai uzlabotu pacientu aprūpi, nepieciešami izglītoti un zinoši aprūpes darbinieki, psihologa iesaistīšana aprūpes darbā, izremontētas, sakārtotas telpas un plašākas iespējas bērniem, brīvā laika pavadīšanai.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. **Leimans, J.** *24. marts – Pasaules tuberkulozes diena*. Latvijas ārsts, 2003, Nr.3, 12. – 13. lpp.
2. **Brila, A.** Infekcijas slimību epidemioloģija. Rīga : Nacionālais apgāds, 2003. 128 lpp.
3. TPSVA statistikas dati, 2008.
4. **Priede Kalniņa, Z.** Māsas prakse, pamatota teorijā. Milwaukee, WI USA : Heritage Printing/Graphics, 1998. 209 lpp.
5. **Dubkēvičs, L.** Saskarsmes stunda māasai. Rīga : MPIC, 1998. 153 lpp.
6. **Šiliņa, M., Dāboliņa, D.** Ievads aprūpē. Rīga : Latvijas pēcdiploma apmācības, specializācijas un kvalifikācijas celšanas institūts, 1998.
7. **Markova, I.** Bērns slimnīcas mikrovidē : bakalaura darbs. LU Medicīnas fakultāte. Rīga : 2003. 40 lp.
8. Rokasgrāmata pediatrikajā aprūpē. Rīga : MPIC, 1999. 173 lpp.
9. **Šiliņa, M., Dupure, I.** Pacientu izglītošana māsas kompetence. Rīga : Nacionālais apgāds, 2004. 103 lpp.
10. Vēlreiz par tuberkulozi. TPSVA, 2000. 16 lpp.
11. **Rudņeva, A., Zepa, D., Slokenberga, A.** Retas plaušu slimības. Rīga : Nacionālais apgāds, 2005. 134 lpp.
12. **Lauska, Z.** *Bērnu tuberkuloze Latvijā*. Medicine, 2007, Nr.10, 29.- 30. lpp.
13. **Ozere, I.** *Elpošanas orgānu tuberkulozes klīniskās izpausmes*. Latvijas pediatrs, 2002, Nr.8, 34. – 40. lpp.
14. Pašmācības modulis. Tuberkulozes infekcijas un slimības diagnostika. CDC, Atlanta, ASV, 2001. 40.lpp
15. Диагностика и лечение внелёгочного туберкулёза. Москва : издательство Медицина и жизнь, 2002. 59. стр.
16. **Leimane, V.** *Tuberkuloze*. Latvijas ārsts, 2003, Nr. 3, 14. – 16. lpp.
17. Атлас по диагностике внутригрудного туберкулёза у детей. Париж : Международный Союз по борьбе с туберкулёзом и болезнями лёгких, 2006. 37. стр.
18. **Ридер, Г.** Эпидемиологические основы борьбы с туберкулёзом. Москва : Весь мир, 2001. 192 стр.
19. Tuberkulozes agrīna atklāšana, ārstēšana un profilakse Latvijā. TPSVA, 2000. 45 lpp.

20. Konvencija par bērna tiesībām. Rīga : Bērnu tiesību aizsardzības centrs, 2000. 31 lpp.
21. **Svence, G.** Attīstības psiholoģija. Rīga : Zvaigzne ABC, 1999. 158 lpp.
22. **Omārova, S.** Cilvēks dzīvo grupā. Rīga : Kamene, 2002.
23. **Karpova, Ā.** Personība. Teorijas un to radītāji. Rīga : Zvaigzne ABC, 1998. 222 lpp.
24. **Ivanusa, B., Malina, S., Saresma, M., Tūnala, E., Vuorinens, R.** Cilvēka attīstības posmi. Rīga : Zvaigzne ABC, 1999. 120 lpp.
25. **Vuorinens, R., Tūnala, E.** Cilvēka attīstības posmi. Rīga : Zvaigzne ABC, 1999. 146 lpp.
26. **Mozģis, Dz., Kaidaks, S., Gardovska, D.** *Vai bērniem ir vajadzīgas bērnu slimnīcas un nodaļas.* Latvijas ārsts, 2001, Nr. 6, 2. – 4. lpp.
27. **Geske, R.** Bērna bioloģiskā attīstība. Rīga : RaKa, 2005. 314 lpp.
28. **Reņģe, V.** Psiholoģija. Personības psiholoģija. Rīga : Zvaigzne ABC, 2000. 125 lpp.
29. **Vorobjovs, A.** Vispārīgā psiholoģija. Rīga : SIA Izglītības soļi, 2000. 212 lpp.
30. **Piažē, Ž.** Bērna intelektuālā attīstība. Rīga : Pētergailis, 2002. 318 lpp.
31. **Vecgrāve, A.** Bailes. Rīga : Zvaigzne ABC, 1999. 24 lpp.
32. **Boulbijs, Dž.** Drošais pamats. Rīga : Apgāds Rasa ABC, 1998. 198 lpp.

Pielikumi

1. pielikums

Slimnīcas ētikas komisijas priekšsēdētājam

LU MF Veselības zinātņu bakalaura mācīnībās
programmas studentes Olgas Paegles

Datums

iesniegums

Veicu pētījumu par tēmu „Aprūpes aspekti ftziopulmonoloģijas pacientu aprūpē
pediatrijā.” Lūdzu atļauju, pētījuma ietvaros, intervēt māsas.

Paraksts

2009. gada 25. martā

Slimnīcas Medicīnas Ētikas Komisijas lēmums Nr. 97

Analizētie dokumenti : medicīnas māsas Olgas Paegles pētījuma protokols pētījumam „ Aprūpes aspekti ftziopulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā ” ar tā pielikumiem :

1. intervijas jautājumi
2. pētnieka CV
3. intervijas dalībnieka piekrišanas forma

Medicīnas Ētikas Komisija novērtējot secina, ka iesniegtie dokumenti atbilst medicīnas ētikas prasībām un pacientu datu aizsardzībai. Medicīnas Ētikas Komisijas lēmums : atzinīgs vērtējums, pozitīvs slēdziens.

MĒK priekšsēdētājs

Paraksts

Pētnieciskā darba „Aprūpes aspekti ftziopulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā”

Intervijas dalībnieka piekrišanas forma

Es, Veselības zinātņu māksliniecības bakalaura programmas studente Olga Paegle, veikšu interviju ar māsām, lai izzinātu būtiskākos aprūpes aspektus ftziopulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā.

Pamatojums

Piekrišanas forma paskaidro pētījuma saturu un mērķi. Pēc piekrišanas formas izlasīšanas, lūdzu uzdot neskaidros jautājumus. Pēc atbilžu sniegšanas uz visiem Jūsu jautājumiem, varat pieņemt lēmumu par (ne –) piedalīšanos šajā pētījumā.

Šis pētījums notiks stacionārā.

Procedūras

Lūdzu Jūs atbildēt uz intervijas jautājumiem. Jūsu atbildes tiks ierakstītas diktofonā .

Vēlos uzzināt, vai Jūs piekrītat atbildēt uz intervijas jautājumiem.

Ieguvumi un risks

Jums no piedalīšanās pētījumā nebūs nekādu ieguvumu. Piedalīšanās šajā pētījumā ir brīvprātīga. Atteikšanās piedalīties šajā pētījumā nekādā gadījumā neietekmēs Jūsu turpmāko profesionālo darbību.

Kompensācija

Par piedalīšanos šajā pētījumā Jūs nesaņemsiet nekādu atlīdzību.

Konfidencialitāte

Šie pētījuma rezultāti tiks apspriesti tikai ar personām, kas piedalījušās šajā pētījumā. Visas intervijas ir anonīmas, vārdi/uzvārdi netiks minēti nevienā no ziņojumiem par šo pētījumu. Interviju ieraksti glabāsies nepieejamā vietā, seifā.

Tiesības atteikties

Jūsu dalība pētījumā ir brīvprātīga. Jums ir tiesības atteikties atbildēt uz jebkuru jautājumu jebkurā laikā. Ja Jūs piekrītat atbildēt uz jautājumiem, lūdzu, iepazīstieties ar zemāk norādīto informāciju un parakstieties.

Dalībnieka piekrišana

Esmu iepazīsies (–usies) ar augstāk norādīto informāciju (vai tā man ir nolasīta) un es saprotu, ka man būs jāatbild uz intervijas jautājumiem un, ka pētnieks jebkurā brīdī paskaidros man neskaidros jautājumus. Visas atbildes es saņemšu saprotamā veidā. Es saprotu, ka man ir tiesības atteikties no dalības pētījumā jebkurā brīdī. Es piekrītu atbildēt uz jautājumiem.

Dalībnieka vārds, uzvārds

paraksts

datums

.....

.....

.....

Pētnieka vārds, uzvārds

paraksts

datums

.....

.....

.....

Intervijas jautājumi

1. Cik ilgu laiku Jūs strādājat šajā nodaļā ?
2. Ar kādām aprūpes problēmām Jūs saskaraties strādājot ar šiem pacientiem ?
3. Kādas atšķirības pastāv starp bērna un pieaugušā aprūpi ?
4. Kādas medikamentu blaknes Jūs esat novērojusi šo bērnu aprūpē ?
5. Kādi faktori ietekmē bērna psihoemocionālo stāvokli atrodoties stacionārā ?
6. Kādi faktori veicina bērna labsajūtu stacionārā ?
7. Kādas atšķirības pastāv bērnu aprūpē dažādos vecumposmos?
8. Kāda nozīme ir bērna ģimenes atbalstam atveseļošanās procesā ?
9. Kādi aprūpes aspekti ir svarīgi ftiziopulmonoloģijas pacientu aprūpē ?
10. Ko jūsprāt vajadzētu uzlabot pacientu aprūpē ?

Pētījuma datu analīze

1. tabula

Jēdziens	Kategorija	Satura vienība
Aprūpes problēmas	Bailes Vides maiņa	<ul style="list-style-type: none"> - injekcijas - bronhoskopija - asins analīzes - atšķirtība no ģimenes - vecāku trūkums - ilgstoša atrašanās - nepazīstami cilvēki
Atšķirības bērna un pieaugušā pacienta aprūpē	Uzmanība (pastiprināta) Rūpes (pastiprinātas)	<ul style="list-style-type: none"> - individuāla pieeja - nav patstāvīgi - „ jāuzmana ” - „ vairāk jārunā ” - jāizglīto - „ vairāk jāatbalsta ” - nav patstāvīgi - jānodarbina
Medikamentu blaknes	Uzvedības izmaiņas Sāpes Gastrointestinālās problēmas Ādas problēmas	<ul style="list-style-type: none"> - nervozi - neklausīgi - uzbudināti - raudulīgi - galvassāpes - locītavu sāpes - apetītes zudums - vemšana - slikta dūša - nieze - izsitumi

5. pielikuma turpinājums

Psihoemocionālais stāvoklis	<p>Bailes</p> <p>Agresivitāte</p> <p>Nervozitāte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „ domā, ka nebūs vesels nekad ” - „ jūtas pamesti ” - dusmīgi - neiecietīgi - kauslīgi - „ sliktāks miegs ” - „ sāk čurāt gultā ” - Raudulīgi
Bērna labsajūta	<p>Apkārtējās vides sakārtotība</p> <p>Saskarsme</p>	<ul style="list-style-type: none"> - skaistas telpas - svētku svinēšana - „ sirsnīgi cilvēki ” - personāla attieksme
Aprūpe dažādos vecumposmos	<p>Rūpes</p> <p>Izklaides</p> <p>Pārrunas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „ mazākiem pietrūkst mamma” - nepatstāvīgi - „ vajag spēles un rotaļas ” - „ nepieciešams nodarbināt ” - problēmas ar pusaudžiem - individuāla pieeja

Ģimenes atbalsts	Palīdzība atveseļošanās procesā	„veicina atveseļošanos” - „tas ir pats svarīgākais” - „palīdz pārvarēt raizes” - „svarīga loma ”
Aprūpes aspekti	Vide Režīms Ģimene Aprūpes personāls	- sakārtota vide - „zāļu dzeršana ” - „brīvais laiks ” - „svaigs gaiss ” - „svarīgs atbalsts ” - „uzticība personālam” personāla attieksme

Bakalaura darbs „Aprūpes aspekti ftziopulmonoloģijas pacientu aprūpē pediatrijā”
izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie
informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: Olga Paegle

Rekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītāja: docente, ekonomikas doktore Antra Sakne

Recenzents:

Darbs iesniegts Medicīnas fakultātē _____

Studiju metodiķe: Līga Stutāne

Darbs aizstāvēts Bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

_____ prot. Nr. _____, vērtējums _____

Komisijas sekretāre: lektore Dagnija Gulbe