

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE
PROFESIONĀLĀ AUGSTĀKĀS IZGLĪTĪBAS
BAKALaura STUDIJU PROGRAMMA “MĀSZINĪBAS”

PACIENTU AR APAKŠSTILBA KAULA LŪZUMU LĪDZESTĪBA
APRŪPĒ PĒC ĶIRURĢISKAS VAI NEĶIRURĢISKAS ĀRSTĒŠANAS
METODES

Autore: Elīna Vestmane

Stud. apl. Nr. ev17038

Darba vadītājs: Mg.sc.sal. Laura Vīksna

RĪGA 2018

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma ir “Pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu līdzestība aprūpē pēc ķirurģiskas vai neķirurģiskas ārstēšanas metodes”. Tēmas aktualitāti nosaka lūzumu statistika – 2016. gadā no visām Latvijā reģistrētajām traumām, visvairāk reģistrēti tieši lūzumi. Apakšstilba kaula lūzumi ir visai izplatīti – tie veido aptuveni 10% no visu kaulu lūzumiem.

Pētījuma mērķis ir izpētīt pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu līdzestību aprūpē pēc ķirurģiskas vai neķirurģiskas ārstēšanas metodes.

Pētījuma uzdevumi ir izpētīt zinātnisko literatūru par apakšstilba kaula lūzumu un pacientu līdzestību ārstēšanās un atveseļošanās procesos. Raksturot Kalistas Rojas adaptācijas teoriju, un saistīt to ar pētījuma tēmu. Veikt pētījumu un intervēt respondentus, apstrādāt un izanalizēt iegūtos datus, izveidot secinājumus.

Pētījuma jautājums – kāda ir pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu līdzestība aprūpē pēc ķirurģiskas vai neķirurģiskas ārstēšanas metodes?

Pētījuma veikšanai tika izmantota kvalitatīvā pētniecības metode – daļēji strukturēta intervija. Pētniecības instruments – intervijas jautājumi. Pētījuma ietvaros tika intervēti 8 respondenti.

Pētījuma gaitā tika noskaidrots, ka līdzestības līmenis, ārstējot apakšstilba kaula lūzumu ir zems. Nelīdzestības pamatā ir zema izglītošanas kvalitāte. Tikai maza daļa respondentu bija labi informēti, kamēr lielākajai daļai vērojams ārstnieciskās informācijas deficīts. Neķirurģiskās ārstniecības metodes pārstāvjiem līdzestības līmenis ir mazliet augstāks. Kā arī konservatīvās ārstniecības metodes pārstāvji ir labāk informēti par ārstniecības shēmu kopumā. Tas skaidrojams ar to apstākli, ka ķirurģiskās metodes pārstāvji pārāk lielu uzmanību centrē uz pašu operāciju un tās rezultātu, uzskatot, ka ar to ārstēšanās process ir beidzies.

Atslēgas vārdi: līdzestība, apakšstilba kaula lūzums, ķirurģiskā un neķirurģiskā lūzumu ārstēšanas metodes.

ANNOTATION

The title of the bachelor's study is "Patients with shin bone fracture adherence after surgical or non – surgical treatment method". Topic relevance is determined by fracture statistics - in 2016, from all injuries recorded in Latvia, the most frequently recorded fractures. The shin bone fractures are quite common and make for about 10% of all bone fractures.

The aim of this study is to explore the patients with shin bone fracture adherence after surgical or non – surgical treatment method.

The research tasks are to study and analyze scientific literature about shin bone fracture and patient's adherence in treatment and recovery processes. To characterize Callista Roy's adaptation theory and relate it to the subject of research. To conduct research and interview respondents, to process and analyze the data obtained, to draw conclusions.

The question of the research – what are the patient with shin bone fracture adherence after surgical or non – surgical treatment method?

Qualitative research method as structured interview was used to conduct this particular study. Eight patients with shin bone fracture took an active part in the research.

The main conclusions: During the study, it was found that the level of adherence in the treatment of shin bone fracture is low. The main reason of non – adherence is low quality of medical information given. Only a small percentage of respondents were well-informed, while most of them reported a lack of medical information. The non-surgical treatment method participant's group level of adherence is a bit higher than surgical treatment method participant's group level. As well as conservative treatment method participants are better informed about the treatment scheme all together. This is due to the fact that participants of the surgical treatment method focus too much on the operation itself and its outcome, considering that the treatment process has ended with it.

Key words: adherence, shin bone fracture, surgical and non – surgical fracture treatment methods.

SATURS

IEVADS	5
1. PĒTĪJUMA TEORĒTISKĀ DAĻA	7
1.1. Kalistas Rojas adaptācijas teorijas saistība ar pacienta ar apakšstilba kaula lūzumu aprūpi	7
1.2. Pacientu līdzestība	10
1.2.1. Līdzestību ietekmējošie faktori	11
1.3. Apakšstilba kaula lūzumi un to klasifikācija	14
1.4. Lūzumu ārstēšana	16
1.4.1. Neķirurģiska jeb konservatīva apakšstilba lūzuma ārstēšana	17
1.4.2. Ķirurģiska jeb operatīva apakšstilba lūzuma ārstēšana	18
1.5. Pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu aprūpes īpatnības.	20
2. PĒTĪJUMA DAĻA	23
2.1 Pētījuma metodoloģija	23
2.2 Pētījuma rezultātu analīze	24
SECINĀJUMI	32
IZMANTOTO AVOTU SARAKSTS	33
PIELIKUMI	36
1.pielikums Apakšstilba kaula lūzums, ieskaitot potītes lūzumu	37
2.pielikums Intervijas jautājumi	38
3.pielikums Kontentanalīze	40

IEVADS

Lūzums ir viena no daudzām iespējamām traumām, kas cilvēku var piemeklēt jebkurā dzīves situācijā.

Runājot par lūzumu statistiku, tad pēc 2016.gada datiem, no visām Latvijā reģistrētām traumām, visvairāk reģistrēti tieši lūzumi – 50,42% (1). Tikai aiz lūzumiem seko sasitumi, smadzeņu satricinājumi, saindēšanās, apdegumi un citas traumas.

Pēc Slimību profilakses un kontroles centra datiem – 2015. gadā Latvijā reģistrēti 7119 lūzumi (2), savukārt 2016. gadā – 7491 lūzums (1). Apakšstilba kaula lūzumi ir visai izplatīti – tie veido aptuveni 10% no visu kaulu lūzumiem. Pēc ASV Nacionālā Statistikas centra datiem apakšstilba kaula lūzumu incidence veido 492000 gadījumu gadā (3).

Apakšstilba kaula lūzumu ārstēšanā tiek izmantotas gan ķirurģiskā, gan neķirurģiskā ārstēšanas metodes. Lai pilnībā atjaunotu visas kājas funkcijas, apakšstilba kaula lūzuma ārstēšana noslēdzas ar rehabilitācijas periodu. Par spīti osteosintēzes tehnikas attīstībai, ķirurģisko procedūru vienkāršošanai un to radīto risku samazināšanai, saglabājas visai augsta komplikāciju incidence – aptuveni 30% (4).

No ortopēdiskā viedokļa vienmēr ir ticis vērtēts ārstēšanas gala rezultāts, kas ir ar vai bez komplikācijām. To apliecina daudzi pētījumi, kas veikti, lai noskaidrotu komplikāciju veidus un incidenci pēc noteiktas ķirurģiskas iejaukšanās. Piemēram, 2009. gadā veiktais pētījums: “Distālie apakšstilba lūzumi: 101 gadījuma aprūpe un komplikācijas” (4) vai 2011. gadā veiktais pētījums: “Apakšstilba kaula šķēršļa lūzumi – klasifikācija, atšķirīgi ārstēšanas veidi un komplikācijas” (3).

Taču kāds būs pacienta vērtējums par viņa ārstēšanu un rezultātiem? Vai pacientiem dzīves kvalitāte un adaptācija tiek ietekmēta pat situācijās ar labu fizisko atveseļošanos?

2017. gadā Kanādā tika veikts pētījums: “Vecāka gadagājuma pacientu, kas uzņemti klīniskās izpētes programmā, pārdomas par atveseļošanos pēc gūžas kaula lūzuma” (5), kur tika noskaidroti dalībnieku atveseļošanās mērķi pēc lūzuma, galvenie atveseļošanās veicinātāji, kā arī izcelti nozīmīgākie šķēršļi ceļā uz optimālā rezultāta sasniegšanu. Pētījums tika veikts, lai noskaidrotu pacientu līdzestību atveseļošanās procesā, kā arī, lai, pamatojoties uz pētījuma rezultātiem, varētu izstrādāt ieteikumus rehabilitācijas programmām. Daļēji strukturētas intervijas tika veiktas ar 50 pilngadīgiem pētījuma dalībniekiem divas reizes 12 mēnešu laika periodā.

No visa dalībnieku skaita 40 respondenti spēja formulēt savus ārstēšanās mērķus postakūtājā periodā pēc gūžas kaula lūzuma operācijas. Savukārt tikai 18 pacienti apzinājās savus ārstēšanās mērķus 12 mēnešu rehabilitācijas periodam. Kā galvenos atveseļošanās veicinošos faktorus dalībnieki minēja – labu sociālo atbalstu, fizioterapijas pieejamību un pozitīvu perspektīvu. Šos faktorus ietekmēja dalībnieku zināšanas, resursi un ikmēneša kontakti ar mācībspēkiem (sociālā

atbalsta forma). Biežākie šķēršļi uz dalībnieku atveseļošanu tika minēti – dažādas komplikācijas, sāpes un ierobežota fizioterapijas pieejamība.

Līdzestību ārstniecības procesā var mērīt pēc tā, vai pacienta uzvedība sakrīt ar ārsta sniegtajām rekomendācijām un pacients atbilstoši līdzdarbojas savas veselības uzlabošanā. Pacienta līdzatbildība ir tieši atkarīga no tā, vai un kādi ir pieejamie resursi, motivācija, uzticēšanās starp ārstu un pacientu, zināšanas un izpratne, kā arī atbalsta sistēma (6).

Pacienta līdzestība nozīmē ne tikai slimnieka līdzdalību savā ārstēšanā, bet arī zināšanas un atbildību par savu veselību. Pašam pacientam ir jānonāk pie atziņas, ka viņš pats lielā mērā ir atbildīgs par savas ārstēšanas gala rezultātu.

Šo atklājumu potenciālie ieguvumi ir jaunu vai jau esošu lūzumu atveseļošanās programmu izstrāde un modifikācija, nosakot pacientu līdzestības un zināšanu uzlabošanās prioritātes.

Pētījuma mērķis: Izpētīt pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu līdzestību aprūpē pēc ķirurģiskas vai neķirurģiskas ārstēšanas metodes.

Pētījuma uzdevumi:

1. Izpētīt zinātnisko literatūru par apakšstilba kaula lūzumu, to ārstēšanas metodēm, aprūpes procesu un rehabilitāciju.
2. Izpētīt literatūru par pacientu līdzestību ārstēšanās un atveseļošanās procesos.
3. Izveidot intervijas jautājumus.
4. Veikt intervijas pilotpētījumu.
5. Veikt pacientu intervēšanu.
6. Apkopot un izanalizēt iegūtos interviju rezultātus.
7. Balstoties uz rezultātiem, izdarīt secinājumus.

Pētījuma jautājums: Kāda ir pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu līdzestība aprūpē pēc ķirurģiskas vai neķirurģiskas ārstēšanas metodes?

Pētījuma veids: Kvalitatīvā pētījuma metode – intervijas jautājumi.

Respondenti: 10 pacienti ar apakšstilba kaula lūzumu.

Pētījuma bāze: X stacionāra traumatoloģijas centrs.

Pētījuma koncepcija: Kallistas Rojas adaptācijas teorija.

1. PĒTĪJUMA TEORĒTISKĀ DAĻA

1.1. Kalistas Rojas adaptācijas teorijas saistība ar pacienta ar apakšstilba kaula lūzumu aprūpi

Apakšstilba kaula lūzuma rezultāts ir ne vien kaula un apkārtējo audu integritātes bojājums, bet arī traucēta fiziskā mobilitāte, bieži psiholoģiskā līdzsvara zaudējums un sociālo spēju ierobežojums. Veicot pacienta ar apakšstilba kaula lūzumu aprūpi, būtu jābalstās uz K. Rojas adaptācijas teoriju, jo lūzums uzskatāmi izraisa pielāgošanās deficītu kā fizioloģiskajā tā fiziskajā, psiholoģiskajā un sociālajā dimensijās.

Cilvēks Rojas teorijā ir holistiska apvienota sistēma, ko uzskata kā biopsihosociālu būtni, kas piemērojas (7). Cilvēks ir pacients, kas ietver sevī savstarpēji saistītas sistēmas – bioloģisko (anatomisko un fizioloģisko), psiholoģisko un sociālo, kuras ietekmē uzvedību. Kā fizioloģiskajām, tā psiholoģiskajām sistēmām eksistē relatīva līdzsvara stāvoklis, uz kuru cilvēks tiecas (8). Līdzsvara stāvoklis ir unikāls raksturlielums, un ja cilvēka sistēmas ir līdzsvarā, viņam ir vieglāk pielāgoties, vieglāk tikt galā ar vides sprieguma cēloņiem. Manā darbā cilvēks ir pacients ar apakšstilba kaula lūzumu, kura relatīvais līdzsvara stāvoklis ir izjaukts visās sistēmās, un viņam rodas nepieciešamība pēc adaptācijas.

Lai aprakstītu indivīda spēju veidot pielāgošanās reakcijas, K. Roja savā teorijā lieto jēdzienu – adaptācijas līmenis. Tas atspoguļo starpību starp situācijas prasībām un personas iekšējiem resursiem – spējām, centieniem, cerībām, sapņiem, motivāciju. K. Roja apraksta trīs adaptācijas līmeņus: integrācijas, kompensācijas un apdraudētos dzīvības procesus (9). Integrētais jeb pielāgotais līmenis pie apakšstilba kaula lūzuma pāriet kompensācijas procesā, kur indivīds aktīvi mēģina atjaunot pielāgošanos. Ja kompensatorie procesi nav adekvāti – iestājas apdraudēti dzīvības procesi.

Pēc Rojas cilvēks ir adaptīva sistēma ar regulatorām un izziņas subsistēmām, kas darbojas tā, lai uzturētu adaptāciju caur četriem pielāgošanās veidiem – fizioloģisko, pašuztveri, lomu funkciju un savstarpējo atkarību (7).

Pielāgošanās procesa pamata veids ir regulatora subsistēma, kas veido atbildes reakcijas caur neironāliem, ķīmiskiem un endokrīniem pielāgošanās kanāliem (8). Pacientam ar lūzumu stimuli no iekšējās un ārējās vides iedarbojas kā kairinātāji caur nervu sistēmas sajūtu orgāniem, ietekmējot šķidruma, elektrolītu, skābju – sārmu līdzsvaru, kā arī endokrīno sistēmu. Šīs atbildes reakcijas organisms producē automātiski, tās ir iedzimtas.

Otrs adaptīvais process ir izziņas subsistēma, kas atbild caur četriem izziņas kanāliem – uztveres un informācijas, mācīšanās, spriešanas un emociju kanāliem (8). Kognitīvos mehānismus

pacients lieto, lai atbrīvotos no trauksmes par savu veselības stāvokli, un veiktu efektīvu situācijas novērtējumu, kā arī lai veidotu pieķeršanos, izmantojot emocijas.

Lai gan var identificēt specifiskus procesus, kas raksturīgi regulatorai – izziņas subsistēmām, nav iespējams tieši novērot šo sistēmu darbību. Cilvēka izturēšanās, kas parāda šo mehānismu lietošanu, sadalās četros piemērošanās veidos: izdzīvošana, augšana, reprodukcija un meistarība (7).

Savukārt, uzvedību vai pielāgošanās reakciju var novērot četros adaptācijas režīmos – fizioloģiskajā, pašuztveres jēdzienā, lomu funkcijā un savstarpējā atkarībā.

Fizioloģiskā pielāgošanās ir šūnu, audu, orgānu un sistēmu, no kā sastāv organisms, fizioloģiskās darbības izpausme. Manā darbā fizioloģiskais pielāgošanās veids ir pacienta fizioloģiska reakcija uz ievainojumu – kaula un apkārtējo audu integrācijas bojājumu. Par fizioloģiskās adaptācijas izpausmi varētu būt, piemēram, šoks, tūska, sāpes, hipoksija, dehidratācija, traucēts hormonālais līdzsvars (10).

“Es” koncepcija jeb pašuztveres jēdziens ietver sevī fiziskā “es” komponentes, tai skaitā ķermeņa sajūtas un ķermeņa tēlu, personīgo “es” jeb pašidentitāti, kā arī morāli garīgo “es” (8). Pašuztveres jēdziena pamatvajadzība ir psihiska un garīga integrācija; tā ir indivīda vēlēšanās izprast un pieņemt pašam sevi – kā savu uzvedību, tā ķermeņa tēlu. “Es” koncepcijas adaptācijas izpausmes pacientam ar apakšstilba kaula lūzumu varētu būt trauksme, bezpalīdzība, vainas apziņa, agresija (10).

Lomu funkcija fokusējas uz indivīda lomu sabiedrībā vai grupā. Lomu funkcijas pamatvajadzība ir sociālā integrācija – tā ir nepieciešamība zināt, kas ir indivīds attiecībā pret citiem, kas savukārt nosaka tā izturēšanos. Tās, piemēram, ir situācijas, kur apgādnieks pēkšņi kļūst par apgādājamo, aprūpētājs par aprūpējamo. Lomu funkcijas adaptācijas reakcijas varētu izpausties kā neveiksmes sajūta jeb bieži konflikti (10).

Visbeidzot savstarpējās atkarības režīms fokusējas uz mijiedarbību, kas saistīta ar mīlestības, cieņas un citu vērtību dāvāšanu un saņemšanu. Savstarpējās atkarības pamatvajadzība ir sociāla un garīga integrācija. Dotās adaptācijas izpausmes varētu būt atsvešināšanās sajūta, vientulība, konkurence u.c. (10).

Vide ir cilvēka kā adaptīvas sistēmas iekšējā un ārējā pasaule (8). Vide ir jāsaprot kā visi tie apstākļi, gadījumi un iespaidi, kas ietekmē attīstību un personas izturēšanos (7). Vides mainīgums rosina cilvēkam veidot pielāgošanās atbildes.

Pēc K. Rojas teorijas vide iedarbojas uz indivīdu caur vides stimuliem jeb vides sprieguma cēloņiem. Tiek izšķirti trīs veida stimuli: centrālie, konteksta un reziduālie jeb atlikuma stimuli (9). Centrālie stimuli - iekšēji vai ārēji sprieguma cēloņi, kas vistiešāk saskaras ar indivīdu. Tā, piemēram, pacientam ar apakšstilba kaula lūzumu centrālais stimulants varētu būt pēcoperācijas brūce.

Konteksta stimuli ir visi pārējie stimuli, kas veicina centrālos sprieguma cēloņus. Piemēram, pēcooperācijas brūces infekcija ietekmē to, kā indivīds var tikt galā ar centrālajiem stimuliem, jeb dotajā gadījumā pašu brūci.

Reziduālie jeb atlikuma stimuli ir faktori, kuru ietekme nav skaidra. Tie pamatojas uz teoriju vai māsas pieredzi. Tā piemēram, brūces aprūpē medicīnas māasai ir jāievēro aseptikas un antiseptikas principi. Tikai medmāsas profesionalitāte un pieredze būs noteicošā, kā viņa šo brūci pārsies.

Veselību šai teorijā uzskata kā būtības stāvokli, kas sasniedz visu ietverošu iesaistīšanās stāvokli (7). Tātad veselība ir pozitīva piemērošanās un veiksmīga tikšana galā ar vides stimuliem (7). Kad situācijas prasības ir lielākas nekā indivīda piemērošanās mehānismi – seko apdraudēto dzīvības procesu līmenis.

Slimība tiek aprakstīta kā nespēja adaptēties, un rodas nepieciešamība pēc māsas aprūpes. Māsas prakse ir veselības aprūpes profesija, kas fokusējas uz cilvēka adaptācijas modeļiem, lai veicinātu veselību indivīdiem, ģimenēm, indivīdu grupām un sabiedrībai kopumā (8). Nosakot iespējamus sprieguma cēloņus, kas izsauc nepietiekamu pielāgošanos, māsa kopā ar pacientu izvirza mērķus, kas palīdzētu paplašināt adaptācijas līmeni. K. Roja uzskata, ka atšķirībā no ārstiem, kas galvenokārt koncentrē uzmanību uz anatomiskajām un fizioloģiskajām sistēmām, māsas loma ir veicināt indivīda adaptāciju, iedarbojoties uz vides sprieguma cēloņiem, kas traucē adaptācijai (10). Tā, piemēram, pacients ar apakšstilba kaula lūzumu nespēj pieņemt slimnieka lomu, un pēcooperācijas periodā neievēro saudzējošo režīmu. Māsa izglīto pacientu par imobilizācijas un samazinātas slodzes nepieciešamību, lai kauls veiksmīgi konsolidētos, dzīšanas process būtu bez komplikācijām un slimnieka loma neieilgtu.

Galvenā doma K. Rojas teorijā saistās ar pielāgošanās spēju. Adaptācija attiecas uz procesiem un to rezultātiem, kur indivīds lieto izpratni un izvēli, lai veidotu atbildi uz vides izmaiņām. Cilvēkam ir jāpielāgojas pastāvīgi mainīgai videi, lai saglabātu veselību. Māsas loma ir palīdzēt indivīdam veidot pozitīvas pielāgošanās atbildes, tādējādi saglabājot veselību.

1.2. Pacientu līdzestība

No medicīniskā viedokļa, pareiza diagnoze un efektīva ārstēšana ir būtiska pacienta izdzīvošanai un dzīves kvalitātei. Tomēr efektīvas ārstēšanas komponente ir līdzestība – pacienta sekošana ārsta vai cita veselības aprūpes speciālista rekomendācijām.

Ārstniecības likuma 5. pants nosaka, ka “ikvienam ir pienākums rūpēties un katrs ir atbildīgs par savu, tautas, savu tuvinieku un apgādībā esošo personu veselību” (11). Pacientu tiesību likuma 15. pants nosaka, ka “pacientam ir pienākums rūpēties par savu veselību” (12). Rūpes par veselību ietver ne vien savlaicīgu vēršanos pie veselības aprūpes speciālista, bet arī sekošanu rekomendējamai ārstniecības shēmai. Līdzestība un iesaistīšanās ārstniecības procesā ir pacienta atbildība.

Nelīdzestīgi pacienti ne vien apdraud savu veselību un labklājību, bet ir arī ievērojams ekonomiskais slogs valsts veselības aprūpes sistēmā. Tiek lēsts, ka pacientu nelīdzestības izdevumi ASV mērāmi miljardos dolāru gadā. Hospitalizācijas – kā medicīniskās nelīdzestības sekas, aplēses ASV ir tikpat augstas – tās sastāda 13,35 miljardus dolāru gadā. Papildus tiešajām izmaksām, nelīdzestība ir arī riska faktors sliktam ārstniecības rezultātam. Ikgadēji 125000 nāves gadījumu cēlonis ASV ir pacientu nelīdzestība (13).

Salīdzinoši nesenie pētījumi liecina, ka vidēji 40% pacientu neievēro ārstēšanās ieteikumus. Ja profilakses vai ārstēšanās režīms ir ļoti sarežģīts, kur nepieciešama dzīvesveida vai esošo paradumu maiņa, nelīdzestība sastāda pat 70% (14).

Pētījumos, kur tiek salīdzināti vienkārši medikamentu devu grafiki ar kompleksiem, konstatēts, ka līdzestība ievērojami samazinās, kad medikamentu uzņemšanas shēma kļūst sarežģītāka. Piemēram, medikamentu skaitam, kas jālieto dienā, var būt ievērojama ietekme; līdzestības līmenis samazināsies līdz pat 20% tiem pacientiem, kuriem ikdienā jāuzņem trīspadsmit un vairāk dažādu medikamentu. Pacientu ar hipertensiju pētījumā, līdzestība pacientiem ar trīsreiz dienā lietojamu medikamentu sastādīja tikai 59%, salīdzinoši ar vienreiz dienā lietojamu medikamentu – 84% (13). Profilaktisko ārstniecības pasākumu līdzestība ir vēl zemāka. Pētījumā, kur tika noskaidrota pacientu līdzestība medikamentozajai terapijai lūzumu profilaksē ar bifosfonātiem, tikai 21,1% no 5167 pacientiem bija līdzestīgi profilaktiskās terapijas shēmai (15).

Līdzestība rekomendācijām, kas ietver dzīvesveida maiņu, piemēram regulāra fiziskā aktivitāte, bieži vien sagādā pacientiem nozīmīgas grūtības. Tā piemēram, pacientiem ar hroniskām slimībām, pēc pētījumu rezultātiem, līdzestība fizisko aktivitāšu režīmam sastāda vien 19% (13). Citā pētījumā, kur ārstniecības shēmas ietvaros bija jāievēro fizikālās terapijas treniņu režīms, tikai 35% pacientu to ievēroja pilnībā, 65% pacientu sekoja noteiktajam režīmam tikai daļēji (13). Pierādīts, ka fizikālās rehabilitācijas programmas produktīvākas ir profesionāļa uzraudzībā (13).

Pacienta nelīdzestība ārstēšanā var tikt pārprasta un rezultēties veselības riskos pacientam. Piemēram, kad ārsts kļūdaini pieņem, ka viņa pacienti lieto izrakstītos medikamentus, viņš var veikt nepareizas devas izmaiņas vai izrakstīt nepiemērotu medikamentu, kas, savukārt, var izraisīt papildu komplikācijas vai nepietiekamu ārstēšanas rezultātu. Tādejādi pacientu nelīdzestības sekas ir ne vien neefektīvi izmantoti ārstniecības resursi, bet pacienti var tikt pakļauti arī kaitēšanas riskam. Līdz ar to nelīdzestības kontekstā jaunu slimību risks var palielināties. Piemēram, antibiotiku rezistentas bakteriālās infekcijas attīstās, jo pacients nav pilnībā lietojis noteiktas antibiotiku devas (13). Tādejādi ir skaidrs, ka pacientu nelīdzestība bieži rezultējas kā izšķērdēta medicīnas aprūpes līdzekļu un veselības aprūpes sniedzēju laika un enerģijas kombinācija.

Veselības psiholoģija un biheiviorālā medicīna pievērš lielu pētniecisko uzmanību attiecībai starp sociālo atbalstu pacientam un pacienta veselību. Sociālais atbalsts ir svarīgs faktors daudzu ķermeņa sistēmu slimību gadījumos, tai skaitā atlabšanā no slimībām un ievainojumiem, un veselības uzturēšanā. Sociālais atbalsts ietekmē spēju pielāgoties un sadzīvot ar slimībām. Pacienta līdzestība ir kā saikne starp sociālā atbalsta formām un veselības rezultātu.

Dažas meta analīzes jau ir sākušas noteikt sociālā atbalsta centrālo lomu veselības aprūpes iznākumā. Tā piemēram, pētījumos pierādīts, ka līdzestība ir 3,6 reizes augstāka tiem pacientiem, kas saņem praktisko atbalstu; nelīdzestības risks ir 1,35 reizes augstāks pacientiem, kas nesaņem emocionālo atbalstu; līdzestība ir 3,03 reizes augstāka pacientiem no vienotām, stiprām ģimenēm, salīdzinot ar ģimenēm, kur nevalda saskaņa; līdzestība pacientiem, kuri dzīvo vieni ir 1,38 reizes mazāka nekā tiem pacientiem, kuri dzīvo ģimenē (14).

Līdzestības kontekstā svarīgākais ir skaidra, precīza un efektīva komunikācija starp veselības aprūpes speciālistu un pacientu. Nepieciešams novērtēt pacienta zināšanas un izpratni par ārstēšanas modeli, jādod pacientam iespēja stāstīt par saslimšanu, jāizzin elementi: pārliecība, attieksme, kultūras un reliģijas īpatnības, atbalsta saņemšanas iespējas un iespējamās emocionālās veselības problēmas (depresija). Jāpārliecinās, vai pacients ir sapratis veselības ieteikumus, lūdzot tos saviem vārdiem atkārtot. Tad veidojas labs pamats, lai pacients kļūtu līdzestīgs. Sadarbība mazina iespējamos riskus, uzlabo aprūpes kvalitāti, kā arī samazina ekonomisko slogu.

1.2.1. Līdzestību ietekmējošie faktori

Kaut arī neviena iejaukšanās stratēģija nevar uzlabot visu pacientu līdzestību, pētījumu rezultāti piekrīt tam, ka veiksmīgi mēģinājumi to darīt ir atkarīgi no daudziem nozīmīgiem līdzestību ietekmējošiem faktoriem. Pirmkārt, no pacienta iekšējiem resursiem – spēka, gribasspēka un zināšanām. Otrkārt, vides ietekmei ir liela nozīme. Vide kā līdzestību ietekmējošs faktors tiek iedalīta: fizioloģiskajos faktoros (sāpes, nogurums, nepietiekams uzturs, atpūta), emocionālajos

faktoros (dusmas, bailes, pārdzīvojumi), sociālajos faktoros (attiecību problēmas, vientulība) un personīgajos faktoros (vērtības, ticējumi, dzīves pieredze, kultūras un reliģijas ietekme) (16).

Savukārt, Martins ar līdzautoriem (13) izdala sekojošus līdzestību ietekmējošus faktoros: kognitīvie faktori, starppersonu faktori, pacientu attieksme, kultūras atšķirības un depresija.

Runājot par kognitīvajiem faktoriem, lai pacienti varētu sekot medicīniskajiem ieteikumiem, viņiem rekomendācijas ir jāsaprot. Sniegtās informācijas sapratni ietekmē gan pacienta veselības un emocionālais stāvoklis (kognitīvie traucējumi, trauksme), gan izglītošanas kvalitāte. Izglītošanai ir jābūt tādā līmenī, lai indivīds spētu uztvert, apstrādāt un saprast pamatinformāciju par ārstniecību un veselības pakalpojumiem.

Pētījumā, kurā piedalījās 2500 pacientu, konstatēja, ka pacientiem ir grūtības ar tās vai citas medicīniskās informācijas izpratni. No 2500 pacientiem 42% nesaprata norādījumus par zāļu lietošanu, 25% nepareizi saprata nākamās ārsta vizītes plānoto apmeklējuma laiku, un gandrīz 60% nespēja saprast informētas piekrišanas ārstniecībai nozīmi (13). Arī citi pētījumi apstiprina šīs tendences, un norāda uz nepieciešamību pilnveidot pacientu izglītošanu. Tādejādi pacientu zināšanas spēlē centrālo lomu līdzestības nodrošināšanā.

Valodas barjeras arī tiek pieskaitītas pie kognitīvajiem faktoriem. Pat tad, kad ar pacientiem tiek runāts dzimtajā valodā, daudzi nespēj saprast medicīnisko terminoloģiju.

Vecums pat bez patoloģijas ir uzskatāms par kognitīvo funkciju pavājināšanās iemeslu. Vecāka gadagājuma pacientiem pētījumos bija lielākas problēmas saprast viņu ārstniecības shēmu, salīdzinājumā ar gados jaunākiem pacientiem.

Vēl viens svarīgs kognitīvais faktors, kas ietekmē līdzestību ir atmiņa – pacientu nespēja atcerēties atsevišķus ieteikumus un rekomendācijas. Pat tad, ja medicīniskās vizītes laikā informācija tiek sniegta efektīvi un saprotami, daudz kas no tās tiek aizmirsts jau atstājot ārsta kabinetu. Pētījumā par atmiņas ietekmi uz līdzestību pierādīts, ka pacienti aizmirst 56% no medicīniskajiem ieteikumiem (13). Tādejādi nelīdzestības risks ir ļoti augsts, un tiek ieteikts – detalizēti skaidrot ārstniecības modeļa īpašos soļus, vairākkārt uzsverot galveno; iedrošināt pacientus uzdot jautājumus; sniegt pacientiem medicīniskās instrukcijas rakstveida formātā.

Ar starppersonu faktoriem tiek saprasta ārsta – pacienta attiecību dinamika, kas spēlē nozīmīgu lomu, ietekmējot līdzestību terapeitiskajam režīmam un ārstniecības rezultātu. Pacienti, kurus ārsts aktīvi iedrošina iesaistīties savā medicīniskajā aprūpē un veselības uzturēšanā, ir motivētāki. Tāpat sekmīga saziņa starp ārstu un pacientu veicina lielāku pacientu apmierinātību ar medicīnisko aprūpi, kas savukārt sekmē augstāku līdzestības līmeni.

Pacientu izpratne par ārstniecības rekomendācijām un labas terapeitiskās attiecības tomēr nav pietiekamas, lai novērstu nelīdzestības risku. Pacientu attieksme un uzskati ietekmē līdzestību jēgpilnā un reizēm ļoti sarežģītā veidā. Dažādi kognitīvie un uzvedības modeļi – tādi kā “Pamatotas

darbības teorija” un “Pamatotas uzvedības teorija” parāda, ka cilvēku uzvedības nodomi (piemēram, sekot ārstniecības shēmai) ir prekursori pašai uzvedībai (13). Savukārt, nodomi ir atkarīgi no indivīdu uzskatiem, ticības un attieksmes. Tādējādi, ja pacienta viedoklis nesaskan ar ārsta ieteikumiem, ja viņu ģimenes vai sociālās kopas locekļiem ir atšķirīga nostāja par slimību un ārstēšanu, pacientiem var būt grūtības pat formēt vēlmi – būt līdzestīgam.

Provizoriskie rezultāti no notiekošiem pētījumiem ar vairākām etniskām grupām Indonēzijā demonstrē, ka vadlīnijām līdzestības uzlabošanā jābūt pielāgotām katra pacienta kultūras fonam. Daži pētījumi rāda pozitīvas korelācijas un rezultātus no sadarbības, kur ārstam un pacientam ir viena etniskā piederība, savukārt, citos pētījumos nav izdevies pierādīt šo efektu (13).

Protams etniskā piederība, vecums un dzimums nav mazsvarīgi, bet to mijiedarbība ir ļoti sarežģīta, un nav tik nozīmīga kā komunikācijas un izglītošanas faktori. Tāpat dati liecina, ka saskanīgas terapeitiskās attiecības un pacienta iesaistīšana aprūpē ir svarīgāki kā demogrāfiskie mainīgie lielumi.

Meta – analīzēs ir pierādīts, ka viens no būtiskākajiem pacientu nelīdzestības prediktoriem terapeitiskajam režīmam ir pacientu depresija. Nelīdzestības risks pacientiem ar depresiju ir par 27% lielāks nekā pacientiem bez tās (14). Depresīvi pacienti ir pesimistiski, cieš no kognitīvajiem traucējumiem, un atsakās no sociālā atbalsta. Pierādīts, ka primārās aprūpes ārstiem neizdodas diagnosticēt 50% - 70% personas ar esošu depresīvu slimību, nodarot potenciālu kaitējumu pacientu veselībai un līdzestībai. Pat, kad depresija tiek diagnosticēta, tā tiek precīzi ārstēta vien 30% - 40% gadījumu (14).

Kādēļ tik nopietns nelīdzestības riska faktors tik bieži netiek atpazīts primārajā aprūpes iestādē, un noris bez atbilstošas medicīniskās iejaukšanās? Pētījumi liecina, ka abi – gan pacienti, gan ārsti ir vainojami šai situācijā. Pacienta faktori, kas kavē depresijas atpazīšanu ir izpratnes trūkums par depresijas simptomiem, tikai fiziskas dabas sūdzības, kas ir priekšplānā un sagroza klīnisko ainu, kā arī bailes no mentālām slimībām. Pie ārstu faktoriem pieskaitāmi zināšanu trūkums par slimību, pieredzes trūkums depresijas ārstēšanā, nevēlēšanās noskaidrot pacienta emocionālos stāvokļus un ierobežots laiks, ko velta pacientam.

1.3. Apakšstilba kaula lūzumi un to klasifikācija

Pēc definīcijas lūzumi ir mehāniska spēka iedarbībā izraisīti kaulu bojājumi, kas rada lielāka vai mazāka tipa bojājumus arī apkārtējo audu struktūrās (muskuli, saites, nervi, asinsvadi) (17).

Pēc etioloģijas apakšstilba kaula lūzumi tiek iedalīti: traumatiski lūzumi – notiek gadījumos, kad traumatiskais spēks, kas iedarbojas uz kaulu, pārsniedz tā izturības iespējas. Var būt tieša un netieša traumatiskā spēka rezultātā radušies lūzumi. Pirmajā gadījumā lūzumi rodas tieša trieciena rezultātā, otrajā gadījumā – ja uz ekstremitāti iedarbojas rotācijas vai izlieces spēks (18).

Stresa (spriedzes, slodzes, noguruma) lūzumi rodas gadījumos, kad izmaiņas kaulos veidojas atkārtotas vai nepierastas, ilgstošas slodzes iedarbības dēļ. Normāli kaulu atjaunošanās procesi pēc mikrotraumām notiek katru dienu atpūtas periodā, kad osteoklastiskie un osteoblastiskie procesi ir līdzsvarā. Ja atpūtas ilgums ir nepietiekams, tad kaula atjaunošanās ir traucēta un, uzkrājoties mikrotraumu sekām, rodas stresa lūzums. Klasiski stresa lūzumus biežāk novēro fiziski aktīviem cilvēkiem – sportistiem, karavīriem, profesionāliem dejotājiem, biežāk sievietēm nekā vīriešiem (19).

Patoloģiskie lūzumi – šo lūzumu iemesls ir dažādas kaulu slimības (osteomielīts, kaulu audzēji). Traumatiskais spēks patoloģisko lūzumu gadījumos parasti ir nenozīmīgs (17).

Ļoti svarīgs ir klīniskais lūzumu iedalījums slēgtos un vaļējos lūzumos. Slēgtā lūzuma gadījumā ir bojāts kauls un apkārtējie audi, bet āda ir vesela. Vaļējam lūzumam ir raksturīgs ādas bojājums – brūce. Tā kā apakšstilba kauls ir subkutāns kauls, tad visai bieži apakšstilba kaula lūzumi ir vaļēji lūzumi (20). Vaļēju lūzumu gadījumā brūce parasti ir kontaminēta un var kļūt par ieejas vārtiem infekcijai, ne tikai tieši savienojoties ar kaulu, bet arī lokalizējoties tiešā lūzuma tuvumā (18).

Pēc lokalizācijas garo kaulu lūzumus iedala diafizāros, metafizāros un epifizāros lūzumos. Kā arī klīniskajā praksē liela daļa ķirurgu pēc lokalizācijas klasificē apakšstilba kaula lūzumus ar vienkāršu aprakstošo metodi – proksimālās, vidējās un distālās trešdaļas lūzumos.

Lūzumu dalījums stabilos lūzumos un lūzumos ar nobīdi bieži vien ir ārstnieciskās metodes indikācija. Stabils lūzums ir praktiski bez dislokācijas, kas neprasa repozīciju. Lūzums ar nobīdi – lūzuma vietas nobīdās, kaulu līnijas nesakrīt. Šāda veida lūzumi bieži prasa operatīvu iejaukšanos.

Pēc lūzuma līnijas apakšstilba kaula lūzumi tiek iedalīti: šķērslūzumos, slīpos lūzumos, spirālveida lūzumos, lūzumos ar ķīli jeb starpfragmentu un šķembainos lūzumos jeb multifragmentālos lūzumos (18). Šķērsam lūzumam ir raksturīga horizontāla lūzuma līnija. Šis lūzums var būt nestabils, sevišķi, ja lūzuši abi lielakauli. Slīps lūzums – jau pēc nosaukuma var pateikt, ka lūzuma līnija ir slīpa. Šī tipa lūzums sākotnēji var būt stabils ar nelielu nobīdi, taču

tālākā klīnikā lūzums nereti veidojas ar sarežģījumiem. Spirālveida lūzums – veidojas rotācijas spēka iedarbībā, kā rezultātā lūzuma līnijai ir spirāles forma. Šāda veida lūzums var būt gan stabils, gan ar nobīdi, kuras lielums atkarīgs no rotācijas spēka stipruma. Lūzums ar ķīli – no kaula ir atšķelts viens fragments. Jo lielāks fragments, jo nestabilāks lūzums. Šķembains jeb multifragmentāls lūzums – šāda lūzuma gadījumā kauls ir sadalījies vairākos sīkos gabaliņos, padarot lūzumu ļoti nestabilu.

Klīniskajā praksē garo stobrkaulu lūzumiem tiek lietota Millera AO/OTA klasifikācija (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen/ Orthopaedic Trauma Association). AO/OTA klasifikācija ir burtu – ciparu kodu sistēma, kur garo kaulu lūzumus iedala pēc: bojātā kaula; lūzuma lokalizācijas; lūzuma līnijas veida; kaulu fragmentu dislokācijas veida; konkrēto lūzumu ārstēšanas sarežģītības pakāpes (21).

Pēc izveidotā Starptautiskā Slimību Klasifikatora 10. izdevuma (SSK10) apakšstilba lūzumus klasificē kā – apakšstilba kaula lūzums, ieskaitot potītes lūzumu (skat.1. pielikumu) (22).

1.4. Lūzumu ārstēšana

Lūzumu ārstēšanas uzdevums ir atjaunot lauztā kaula anatomisko vienotību un cietušās ķermeņa daļas funkciju. Lai saprastu, kādu ārstēšanas metodi izmantot, svarīgi ir noteikt sāpju lokalizāciju un lūzuma veidu, veikt precīzu diagnostiku. Apakšstilba kaula diagnostikas gadījumā ir nepieciešams ievērot noteiktu shēmu, kur liela loma ir vietējiem simptomiem – sāpēm, ekstremitātes deformācijai, funkcijas traucējumiem, abnormālam kustīgumam lūzuma vietā, locekļa saīsinājumam, asinsizplūdumam vai krepitācijai (23). Lielāko daļu no vietējiem simptomiem iespējams noskaidrot jau no anamnēzes datiem. Tomēr izšķiroša nozīme precīzai lūzuma diagnostikai ir rentgenogrāfijai. Rentgenoloģiskie uzņēmumi jāizdara vismaz divos virzienos, jo dažkārt vienā projekcijā lūzuma līnija nav saskatāma vai var rasties maldīgs priekšstats par kaula gala novirzīšanos (24). Rentgenogrammā tiek izvērtēta lūzuma lokalizācija (epifīze, metafīze un diafīze, kura tiek iedalīta proksimālā, vidējā un distālā trešdaļā), lūzuma līnijas veids (šķērslūzums, slīps, spirālveida, ar ķīli jeb multifragmentāls), kaula fragmentu dislokācija, un vēlākā ārstēšanas etapā – lūzuma konsolidācijas vai nesadzīšanas pazīmes.

Senākos laikos galvenā lūzumu ārstēšanas metode bija kaula trakcija vai šinas uzlikšana, bet mūsdienās apakšstilba kaula lūzumu ārstē konservatīvi vai operatīvi, kur galvenokārt ārstēšanas taktiku nosaka kaulu fragmentu dislokācijas pakāpe un to stāvoklis pēc slēgtas repozīcijas (25). Ārstēšanas metodes izvēle ir atkarīga arī no pacienta vispārējā stāvokļa. Jo pacienta stāvoklis ir smagāks, jo vienkāršāku ārstēšanas metodi izvēlas.

Visu lūzumu ārstēšana, neatkarīgi no izvēlētās ārstēšanas metodes, sastāv no četrām pamatkomponentēm – lūzuma repozīcijas, imobilizācijas jeb fiksācijas, funkcionālās ārstēšanas un kaula rumbējuma stimulācijas.

Repozīcija ir kaula galu novietošana iepriekšējā, pareizā stāvoklī. Ar repozīciju tiek uzsākta jebkura lūzuma ārstēšana, izņemot gadījumus, kad nav notikusi kaulu dislokācija (17). Tiek izšķirta vienmomenta un ilgstošā repozīcija. Vienmomenta repozīciju var izdarīt manuāli, kad kaula fragmentus saliek ar rokām – tos iestiepnot vai sabīdot tā, lai tie būtu kontaktā, un pēc iespējas precīzāk atjaunotu kaula anatomiju. Tāpat vienmomenta repozīciju var izdarīt ar dažādu aparātu palīdzību vai operatīvi. Sāpju dēļ lūzuma vietā notiek muskuļu kontrakcijas, kas notur kaulu fragmentus dislocētā stāvoklī, tādēļ pirms repozīcijas jāveic atsāpināšana (26). Ilgstošu repozīciju nodrošina skeleta ekstensijas vai iestiepšanas metode. Muskuļu pretestība pakāpeniski samazinās, līdz beidzot izzūd, un kauli var novietoties pareizā stāvoklī.

Pēc kaula galu novietošanas pareizā stāvoklī apakšējā ekstremitāte ir jāfiksē – jāpadara nekustīga līdz kaulu sadzīšanai. Imobilizācijai izmanto trīs pamatfiksācijas veidus – ģipša pārsēju, ekstensijas tehniku un operatīvo metodi (17).

Funkcionālā ārstēšana nav mazsvarīgāka par repozīciju vai imobilizāciju. Funkcionālās ārstēšanas principus izmanto visu lūzumu ārstēšanā, neatkarīgi no ārstēšanas pamatmetodes. Funkcionālā ārstēšana palīdz atjaunot cietušā locekļa funkciju un novērš daudzus sarežģījumus. Tā jā sāk jau no ārstēšanas pirmās dienas. Jebkura locītava, kas uz laiku jā padara nekustīga ar ģipša pārsējiem vai ekstensijas aparātiem, jāfiksē fizioloģiskā stāvoklī, kad abas galvenās muskuļu grupas – fleksori un ekstensori, ir vienādi atslābinātas. Fizioloģiskais stāvoklis neļauj iestāties locītavas sastingumam un pasargā no sekundāras dislokācijas (17). Locītavām, kas nav jāfiksē ir jānodrošina pilns kustību apjoms. Lūzumu funkcionālā ārstēšana turpinās arī pēc ģipša pārsēja vai ekstensijas noņemšanas, kad sāk līdz šim fiksēto locītavu kustību vingrojumus. Tie sākotnējā periodā jā sāk uzmanīgi un pakāpeniski, jo kaula rumbējums šai laikā vēl nav nostiprinājies, un pastāv augsts atkārtota traumatisma risks.

Kaula rumbējuma stimulāciju panāk ar fizikālām procedūrām, kalcija un fosfora preparātiem. Arī speciālai diētai ir liela nozīme – nepieciešams olbaltumvielām un vitamīniem bagāts uzturs (17).

1.4.1. Neķirurģiska jeb konservatīva apakšstilba lūzuma ārstēšana

Lai noteiktu piemērotu apakšstilba kaula lūzuma ārstēšanu, ķirurgam ir jāapsver daudzi faktori, kuri, nepareizi izvēloties ārstniecības metodi, var novest pat pie invaliditātes. Aizkavēta kaula saaugšana, kaula nesaaugšana, infekcija, nervu traumas, kontraktūras un leņķveida deformācijas – ārstēšanas metodei ir jābūt tādai, kas samazina šo problēmu iespējamību.

Imobilizācijas veids nosacīti sadala ārstēšanas veidus – ķirurģiskajā un neķirurģiskajā. Konservatīvas ārstēšanas pamatā imobilizācijai izmanto ģipša longetes un cirkulāros ģipša pārsējus kā arī ekstensijas tehniku.

Ir norādīts, ka ekstremitātes ieģipsēšana prasa īpašu prasmī un iemaņas (21). Ģipša longetes ir jāpiemēro traumētajam loceklim, savukārt cirkulāro ģipša saiti jāsaīta vaļīgi un nepievelkot, lai ģipsis nespīestu un neizsauktu asinscirkulācijas traucējumus vai ādas nekrozi (17). Ģipša žūšanas laikā atkārtoti jāpārliedzinās, vai ģipsis nespīž, jānovērtē – kāda ir ekstremitātes pirkstu krāsa un vai nav parādījusies audu tūska. Vienlaicīgi ir jānosaka arī ieģipsētā locekļa jutība, jo, nepareizi to ieģipsējot, var rasties nervu bojājumi un ekstremitātes gangrēna (17). Nereti vispirms pieliek tikai ģipša longetes, bet cirkulāro ģipša pārsēju uzliek tikai pēc dažām dienām, kad sāk mazināties pietūkums. Tā piemēram, lielā lielakaula proksimālās metaepifīzes nedislocētus vai minimāli dislocētus lūzumus parasti ārstē konservatīvi, sākotnēji kāju fiksējot “L” veida un divās sānu ģipša longētēs līdz augšstilba vidējai trešdaļai. Pēc tūskas mazināšanās un iespējamās sekundārās kaulu fragmentu dislokācijas izslēgšanas, veicot atkārtotu rentgenogrammu, 5. – 7. dienā pēc traumas

longetes nostiprina ar cirkulāro ģipša pārsēju vai elastīgo saites pārsēju (27). Savukārt, izolētus lielā lielakaula diafizārus lūzumus un nedislocētus apakšstilba kaulu diafizārus lūzumus var ārstēt konservatīvi – sākotnēji ar “L” un “U” veida ģipša longetēm, kuras pēc tūskas mazināšanās nostiprina ar cirkulāro ģipša vai elastīgo pārsēju (27). Profesors Augusto Sarmiento no ASV diafizāru apakšstilba kaulu lūzumu ārstēšanā iesaka funkcionālu cirkulāru ģipša pārsēju – tutoru izmantošanu (neietverot ceļa un pēdas locītavas). Tādejādi tiek panākta laba kaulu fragmentu konsolidācija un funkcionālais rezultāts (27).

Kad beidzas paredzētais imobilizācijas laiks, ģipša pārsēju noņem un rentgenoloģiski pārbauda lūzuma konsolidāciju. Ja tā ir nepilnīga – ģipša pārsēju atjauno.

Skeleta ekstensija ir konservatīvās ārstēšanas metode, kas mūsdienu traumatoloģijas klīniskajā praksē tiek lietota arvien retāk. Agrāk pacientus ārstēja, sākotnēji lietojot skeleta ekstensiju, kamēr izveidojās primārais kaulu rumbējums (6 – 8 nedēļas), pēc tam ekstensiju nomainīja pret ģipša pārsēju. Pašreiz skeleta ekstensiju kā ārstēšanas metodi izmanto nestabiliem apakšējās ekstremitātes kaulu lūzumiem. Lielā lielakaula lūzumiem ekstensijas stiepli izvada caur papēža kaulu. Ekstensijas svars, ko lieto, pacientu ārstējot konservatīvi, parasti ir 1/6 – 1/5 no ķermeņa svara (18).

Ekstensija kā ārstēšanas metode vienlaicīgi nodrošina gan repozīciju, gan imobilizāciju. Atšķirībā no fiksācijas ar ģipša pārsēju, ar ekstensijas metodi locītavās iespējamas kustības, tādejādi neiestājas muskuļu atrofija un nerodas trofiskas traucējumi. Tāpat ekstremitāte netiek saspiesta, tāpēc saglabājas adekvāta asinsrite, kas veicina lūzuma konsolidāciju. No otras puses, lietojot ekstensijas metodi, nepieciešams ilgstošs gultas režīms un ir apgrūtināta pacienta rentgenoloģiskā kontrole.

1.4.2. Ķirurģiska jeb operatīva apakšstilba lūzuma ārstēšana

Operatīvā metode vienlaikus nodrošina gan kaulu fragmentu repozīciju, gan fiksāciju. Klīniskajā praksē ir pieejamas dažādas lūzumu ķirurģiskās ārstēšanas metodes. Taču runājot tieši par apakšstilba kaulu lūzumiem visizplatītākās ir osteosintēze ar kaulu ārējās fiksācijas aparātu, osteosintēze ar plāksni un intramedulāra osteosintēze ar stieni.

Osteosintēzi ar ārējās fiksācijas aparātiem biežāk tiek lietota vaļēju lūzumu gadījumos, kad osteosintēzes implantu ievietošana kontaminētā brūcē ir riskanta infekciozu komplikāciju dēļ. Kā arī ārējās fiksācijas aparāti tiek lietoti, ja lūzumu pavada izteikta mīksto audu tūska.

Runājot par apakšstilba kaula lūzumiem, osteosintēzi ar plāksni lieto epifizāriem, metafizāriem un diafizāriem lūzumiem un to seku ārstēšanai. Tā piemēram, lielā apakšstilba kaula proksimālās metaepifīzes dislocētu lūzumu gadījumā veic vaļēju kaula fragmentu repozīciju un

osteosintēzi ar bloķētajām plāksnēm, “L” vai “T” veida plāksnēm vai anatomiskajām plāksnēm (plāksnes atbilst kaula anatomiskajai formai) (27). Tāpat diafīzes proksimālās vai distālās trešdaļas lūzumiem izmanto osteosintēzi ar bloķētām vai cita veida plāksnēm (27). Savukārt, lielā lielakaula distālās metaepifīzes lūzumiem jeb pilona lūzumiem visbiežāk izmanto vairāketapu ārstēšanu. Sakarā ar to, ka pilona lūzumiem ir raksturīgs izteikts mīksto audu pietūkums, tad kā pirmais ārstēšanas posms tiek izmantota kaulu ārējās fiksācijas metode, kas nereti tiek papildināta ar mazā lielakaula osteosintēzi ar plāksni. Pēc tam, kad mīksto audu tūska ir mazinājusies, lielā apakšstilba kaula distālās metaepifīzes osteosintēzei par visatbilstošākajām ir uzskatāmas leņķi stabilizējošās jeb bloķētās plāksnes (27).

Osteosintēze ar stieni kļūst aizvien nozīmīgāka traumatoloģijas klīniskajā praksē (18). To galvenokārt izmanto lielā lielakaula diafīzāru lūzumu gadījumos. Kaulu fragmentus slēgtā veidā reponē rentgena kontrolē. Kaulā ievada attiecīgā izmēra stieni, kuru fiksē ar bloķējošām skrūvēm, kas iet cauri kaulam un stienim perpendikulāri tā asij (18).

Pētījumā, kas veikts Ortopēdisko Traumu Asociācijā ASV, dalībniekiem tika jautāts, norādīt viņiem vēlamāko ārstniecības metodi slēgtiem, diafīzāriem apakšstilba kaula lūzumiem bez kaulu dislokācijas. Lielākā daļa respondentu izvēlējās ģipša imobilizāciju nevis operatīvo terapiju. Tas skaidrojams ar to, ka pacienti nevēlas operatīvu iejaukšanos, kas prasa speciālu sagatavošanos, kā arī nevēlas pēcoperācijas brūci un rētu. Savukārt, pacienti, kas izvēlējās operatīvo terapiju, kā plusus atzīmēja agru mobilizāciju, agrāku darbaspēju atjaunošanos un mazākas adaptācijas problēmas (21).

Citā pētījumā Litenbergs ar līdzautoriem veica literatūras meta analīzi par slēgtiem, diafīzāriem apakšstilba kaula lūzumiem, lai noteiktu, kura ārstniecības metode ir piemērotāka – konservatīvā vai operatīvā – situācijās, kad var tikt izmantotas abas. Tikai 19 no 2372 pētījumiem atbilda autoru striktajiem atlasē kritērijiem. Šie pētījumi uzrādīja, ka operatīvas terapijas rezultātā ir procentuāli lielāka iespējamība, ka laužtais kauls saauks, savukārt neķirurģiskās terapijas laikā ir mazāks infekciju risks (28).

1.5. Pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu aprūpes īpatnības.

Pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu aprūpe iekļauj sevī ne tikai pacienta slimības un dzīves anamnēzes ievākšanu, dažādu diagnostisko, laboratorisko izmeklējumu un ārstniecisko procedūru veikšanu, bet arī pacienta un viņa piederīgo izglītošanu. Pacienta izglītošana ir aprūpes neatņemama sastāvdaļa vērsta uz pozitīvu ārstēšanās iznākumu, kuras rezultātā māsa palīdz samazināt nemieru, veicina uzticēšanos, paātrina adaptāciju un veido kvalitatīvu saskarsmi (29).

Nonākot stacionārā, esošos veselības traucējumus katrs pārdzīvo citādi – vieniem pielāgošanās ir vieglāka, pacienti ir pozitīvi noskaņoti un labprāt piedalās ārstēšanas un aprūpes procesos. Savukārt, adaptācijas grūtības, ko pastiprina fiziska nespēja, sāpes un uztraukums, var radīt pacientu nelīdzestību, nevēlēšanos iesaistīties savā aprūpes procesā. Māsai ir jāprot veidot atbilstošu, uz pacientu vērstu, individuālu saskarsmi, kas pieskaņota pacienta attieksmei un veicina ātrāku un rezultatīvāku atveseļošanos.

Stacionārā perioda ilgums ir atkarīgs no lūzuma lokalizācijas, veida, kaulu fragmentu dislokācijas pakāpes, no ārstēšanās veida un pacienta vispārējā stāvokļa. Šajā periodā pacients tiek informēts par ārstēšanas gaitu, veiktajām manipulācijām, lūzumu dzīšanu ietekmējošiem faktoriem, tālāko rehabilitāciju, saņem ārstnieciska rakstura un aprūpes rekomendācijas, savukārt medicīnas aprūpes speciālisti sagaida no pacienta līdzdarbošanos savas veselības atjaunošanā.

Pacientiem ar apakšstilba kaula lūzumu ir savas aprūpes īpatnības, kas jāievēro māsai, nodrošinot aprūpi. Pie apakšstilba kaula lūzumiem imobilizācijas veids ne vien sadala ārstnieciskos veidus – operatīvajā un konservatīvajā, bet arī daļēji nosaka pašaprūpes līmeni, pacientu atkarību no aprūpes personāla. Tiek izdalīti trīs pašaprūpes līmeņi (7): pilnīgi kompensējošais, kad pacients pilnīgi nespēj fiziski vai garīgi par sevi rūpēties un māsa nodrošina visu aprūpi; daļēji kompensējošais, kad pacienta spējas ir daļēji ierobežotas, māsa sniedz veselības informāciju vai piemēro vidi, lai palīdzētu klientam sasniegt pašaprūpi; atbalstoši – izglītojošā sistēma, kur māsa paplašina pacienta zināšanas par pašaprūpi un palīdz pamatotu lēmumu pieņemšanā.

Pilnīgi kompensējošais pašaprūpes līmenis pacientam ar apakšstilba kaula lūzumu ir gadījumos, kad tiek izmantota ekstensijas metode, smagos multifragmentālu lūzumu gadījumos, kur ārsts ir nozīmējis stingru gultas režīmu, vai smagas blakussaslimšanas gadījumā, kuras dēļ pacients nevar nodrošināt pašaprūpi. Šajā periodā māsai ir jāplāno un jānodrošina pacientam pilna aprūpe – adekvāta uztura un šķidruma uzņemšana, eliminācijas funkcijas, jānodrošina izgulējumu profilakse, tromboembolijas profilakse, jāmāca pacientam veikt elpošanas vingrojumus, lai novērstu elpošanas sistēmas komplikācijas, kas rodas ilgstoši ievērojot gultas režīmu.

Daļēji kompensējošais pašaprūpes līmenis pacientiem ar apakšējo ekstremitāšu lūzumiem sākas ar to brīdi, kad pacients var sākt trenēties staigāt. Māsas loma šai periodā galvenokārt ir saistīta ar izglītošanu par palīglīdzekļu lietošanu un vides piemērošanu.

Atbalstošais pašaprūpes līmenis raksturojas ar to, ka pacients var nodrošināt sev pašaprūpi, izmantojot palīglīdzekļus. Šajā periodā mācai ir izglītojošā funkcija, kur pacientam tiek sniegtas rekomendācijas par saudzējošo režīmu un vingrošanas nepieciešamību, tiek skaidroti uztura ieteikumi un kaitīgo ieradumu negatīvā ietekme uz dzīšanas procesu.

Viena no galvenajām ārstnieciskās shēmas rekomendācijām pacientiem ar apakšstilba kaula lūzumu, neatkarīgi no ārstniecības metodes ir terapeitiskā režīma ievērošana. Līdz pilnīgai kaula konsolidācijai pacienti nedrīkst balstīt svaru uz lauztās kājas. Taču bieži vien operatīvās terapijas pacienti neievēro saudzējošo režīmu, jo, atšķirībā no konservatīvās terapijas pacientiem, viņi spēj staigāt arī bez palīglīdzekļiem.

Visā ārstniecības periodā liela nozīme ir ārstnieciskai vingrošanai, ar kuras palīdzību var aktivizēt pacientu un novērst vai mazināt pēc lūzuma radušās komplikācijas. Sevišķi jāpievērš uzmanību otrās veselās kājas vingrojumiem, kuru nodarbinot reflektori uzlabojas asinsrite arī traumētajā ekstremitātē, kas savukārt veicina kaula konsolidāciju. Kā galvenās fizioterapeitiskās aktīvās ārstēšanas metodes pie apakšējās ekstremitātes lūzumiem var minēt terapeitiskos vingrojumus. Uzsākot ārstniecisko vingrošanu, nevar aizmirst, ka pacientam kustību ierobežojums sākotnēji rodas arī sāpju dēļ, tāpēc ārstēšanas procesā tiek pielietota medikamentozā terapija un nozīmētas fizikālās procedūras, kuru galvenais mērķis ir ne tikai mazināt sāpes, bet arī mazināt tūsku un uzlabot asins un limfas cirkulāciju.

Uztura loma kaulu veselībā ir ļoti nozīmīga. Sabalansēts uzturs, kas bagāts ar olbaltumvielām, minerālvielām un vitamīniem var ievērojami uzlabot kaulu veselību. Nesen tika veikta pieejamo pētījumu meta – analīze par kaulu uzturvielu aspektiem, veselību un lūzumu dzīšanu, izmantojot sekojošus atslēgvārdus: kaulu veselība, uzturs, lūzumi (30). Meta – analīzē tika iekļauti tikai tie pētījumi, kur pierādījās korelācijas starp atsevišķām uztura komponentēm un kaulu veselību. Rezultātā tika izdalītas galvenās lūzumu dzīšanu veicinošās uzturvielas. Galvenokārt lūzumu ārstēšanas procesā tiek ieteikts lietot uzturā kalciju saturošus produktus, kā arī D vitamīnu, kas palīdz kalcija absorbcijā. Kalcijs un D vitamīns veicina kaula rumbējuma formēšanos, kā arī vēlākā laika posmā palīdz atkārtotu lūzumu profilaksē. Citi mikroelementi, kas ietekmē kaulu veselību ir varš, nātrijs, fosfors, cinks un magnēzijs, kas iesaistīti kaulaudu metabolismā un ietekmē kaula stiprību. Samazināts K vitamīna līmenis ir saistīts ar samazinātu kaulu blīvumu, savukārt laboratorijas dzīvniekiem B6 vitamīna deficīts samazināja kaula mehānisko izturību. Arī C vitamīns saistīts ar kaulu blīvuma palielināšanos, kamēr tādi komponenti kā olbaltumvielas un folijskābe samazina kaulu masas zudumu. Ar uzturu uzņemtajām olbaltumvielām ir liela loma kaulu dzīšanā

un metabolisma uzturēšanā. Proteīni sastāda aptuveni 30% no kopējās kaulu masas. Turklāt olbaltumvielu deficīts ievērojami veicina komplikāciju attīstību pacientiem ar lūzumiem. Pētījumos pierādīts, ka tieši dzīvnieku valsts proteīni nepieciešami lūzumu dzīšanas procesā.

Randomizētā, placebo kontrolētā klīniskajā pētījumā, kurā piedalījās 131 pacients ar apakšstilba kaula lūzumu vecumā no 15 – 75 gadiem, tika vērtēts uzturvielu papildinošais efekts kaula dzīšanas procesā. Pētījumā tika konstatēts, ka pacientiem, kuri tiek ārstēti ar būtiskām mikroelementu piedevām, lūzuma dzīšanas laiks sastādīja vidēji 14 nedēļas, salīdzinoši ar placebo kontrolēto grupu, kur apakšstilba kaula lūzumi sadzija vidēji pēc 17 nedēļām (30).

Kaitīgo ieradumu negatīvā ietekme uz kaulu un brūču dzīšanu ir pierādīta. Oglekļa monoksīds – cigarešu smēķēšanas komponents, asinīs saistās ar hemoglobīnu. Tas savukārt samazina skābekļa saturāciju asinīs, un palēnina kaulu un brūču dzīšanas (svarīgi operatīvās terapijas pacientiem) procesu. Zināmā mērā, tāda pati reakcija ir indivīdiem, kas pakļauti pasīvās smēķēšanas ietekmei (31). Nikotīns, savukārt, izraisa ilgstošu vazokonstrikciju – sakarā ar arteriālo nepietiekamību, negatīvā ietekme īpaši skar pacientus ar apakšējo ekstremitāšu brūcēm. Šiem pacientiem smēķēšanas atmešana dažkārt ir faktors, kas izšķir – vai nu brūce sadzīs, vai arī būs nepieciešama amputācija (32).

2. PĒTĪJUMA DAĻA

2.1 Pētījuma metodoloģija

Bakalaura darba ietvaros tika veikts pētījums, kurā tika noskaidrota, kāda ir pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu līdzestība aprūpē pēc ķirurģiskas vai neķirurģiskas ārstniecības metodes.

Pētījuma veikšanai tika saņemta ētikas komitejas atļauja Nr. 63/2018, tās oriģināls atrodas pie autores. Pētījums tika veikts laika posmā no 18.05.2018. – 25.05.2018. Norises vieta – X slimnīcas traumatoloģijas un ortopēdijas klīnika.

Pētījuma mērķa sasniegšanai tika izmantota kvalitatīvā pētniecības metode – daļēji strukturēta intervija. Tā tika izvēlēta, lai iegūtu pēc iespējas detalizētākus datus, uzklusot pacientu viedokļus par viņu līdzestību apakšstilba kaula lūzuma ārstēšanā un aprūpē.

Pirms pētījuma – 17.05.2018. tika veikts pilotpētījums, lai novērtētu izstrādātā pētniecības instrumenta kvalitāti un atbilstību sasniedzamajam mērķim. Pilotpētījumā piedalījās viens respondents. Pēc pilotpētījuma intervijas jautājumos izmaiņas netika veiktas. Pilotpētījuma intervija pētījumā iekļauta netika.

Pētījuma dalībnieku atlases metode – izvēle par pamatu ņemot konkrētu pazīmi, nevarbūtīgā izlase, ērtuma metode. Pirms pētījuma uzsākšanas, pētījuma dalībnieki tika iepazīstināti ar pētījuma mērķi, uzdevumiem, norisi un respondentiem tika lūgta mutiska informēta piekrišana. Tāpat respondenti tika informēti par pētījuma anonimitāti un konfidencialitāti. Intervēšanai tika izvēlēta klusa atsevišķa telpa, lai novērstu traucējošos blakusfaktorus. Visiem respondentiem bija vienādi intervēšanas apstākļi. Intervijas vidējais ilgums aptuveni 30 minūtes.

Pētījuma dalībnieki – 8 pacienti ar apakšstilba kaula lūzumu: 3 vīrieši un 5 sievietes vecumā no 38 – 81 gadam. Pētījumā piedalījās 4 respondenti, kuru apakšstilba kaula lūzums ārstēts ar konservatīvo metodi, un 4 respondenti, kuru lūzums ārstēts operatīvi. Pielietotā ārstēšanas metode nosacīti sadalīja visus pētījuma dalībniekus divās salīdzināmās grupās.

Dotā pētījuma veikšanai tika izstrādāts pētniecības instruments – intervijas jautājumi. To veido 20 atvērtie jautājumi (skat. 2. pielikumu), kas tika sagatavoti, vadoties pēc darba pētījuma mērķa un pētījuma jautājuma. Intervijas jautājumi nosacīti sastāv no trīs daļām. Pirmo daļu veido demogrāfiskie, lūzumu un ārstniecības metodes raksturojošie jautājumi. Atbildes uz šiem jautājumiem tika gūtas no pacientu medicīniskajām kartēm. Šī informācija tika izmantota, lai pētījuma rezultātus interpretētu dažādos rakursos, piemēram, lai salīdzinātu dažādu ārstniecības metožu vai dzimumu pārstāvju viedokļus. Otra liela jautājumu daļa veltīta pacientu līdzestības un līdzestību ietekmējošo faktoru – tādu kā pacientu informētības, atbalsta sistēmas un ārstēšanās mērķa noskaidrošanai. Tāpat tika apzināti faktori, kas veicina un kas kavē būt līdzestīgam. Trešā

jautājumu daļa veļtīta māsas lomas noskaidrošanai apakšstilba kaula lūzuma ārstēšanas un aprūpes procesā.

Pētījuma rezultātu analīzē tika piemērota kontentanalīze, kurā tika izdalītas satūra vienības un izveidotas kategorijas ar atbilstošiem jēdzieniem. Pamatojoties uz respondentu atbildēm un kontentanalīzē izveidotajiem jēdzieniem, tika izdarīti secinājumi.

2.2 Pētījuma rezultātu analīze

Pētījumā tika intervēti 8 pacienti – 3 vīrieši un 5 sievietes ar apakšstilba kaula lūzumu vecumā no 38 līdz 81 gada vecumam. Vidējais respondentu vecums bija aptuveni 55 gadi. Visi respondenti tika šifrēti pēc kodiem K̇V1, K̇S2, NS3, NS4, K̇V5, NS6, NV7, K̇S8, lai nodrošinātu pacienta anonimitāti. Pirmais burts K̇ vai N apzīmē ķirurģisku vai neķirurģisku ārstēšanas metodi. Savukārt ar otro burtu V vai S tika atzīmēts respondenta dzimums, kur ar V burtu tika atzīmēti vīrieši, attiecīgi ar S burtu – sievietes. Kods tika noteikti ar mērķi salīdzināt atšķirīgu ārstniecības metožu un dzimumu pārstāvju atbildes.

Visi pētījumā iesaistītie respondenti bija atvērti un gatavi sadarboties. Intervijas laikā respondentiem tika uzdoti 16 jautājumi, savukārt atbildes uz pirmajiem četriem jautājumiem tika gūtas no pacientu medicīniskajām kartēm. Intervijas protokoli tika šifrēti pēc pacientu kodiem.

Intervijas 1. jautājums “Pacienta vecums” un 2. jautājums “Pacienta dzimums” atspoguļo respondentu demogrāfiskos datus (skat. 1. tabulu).

1.tabula

Intervējamo respondentu vecuma, dzimuma, lūzuma un ārstniecības metodes rādītāji

Nr	Kods	Vecums	Dzimums	Lūzums	Ārstniecības metode
1.	K̇V1	67 gadi	vīrietis	pirmreizējs	Ķirurģiska ārstniecības metode
2.	K̇S2	46 gadi	sieviete	atkārtots	Ķirurģiska ārstniecības metode
3.	NS3	45 gadi	sieviete	pirmreizējs	Neķirurģiska ārstniecības metode
4.	NS4	43 gadi	sieviete	pirmreizējs	Neķirurģiska ārstniecības metode
5.	K̇V5	53 gadi	vīrietis	pirmreizējs	Ķirurģiska ārstniecības metode
6.	NS6	68 gadi	sieviete	pirmreizējs	Neķirurģiska ārstniecības metode
7.	NV7	38 gadi	vīrietis	pirmreizējs	Neķirurģiska ārstniecības metode
8.	K̇S8	81 gads	sieviete	pirmreizējs	Ķirurģiska ārstniecības metode

**Atsauce: Elīna Vestmane “Respondentu demogrāfiskie, lūzuma un ārstniecības metodes dati”, Rīgā 2018.*

Intervijas 3. jautājums tika iekļauts intervijā, lai noskaidrotu, vai dotais lūzums ir pirmreizējs vai atkārtots (skat. 1. tabulu). Intervijas gaitā tika noskaidrots, ka tikai vienam

respondentam dotais lūzums ir atkārtots, un agrāk jau ir bijusi pieredze, ārstējot apakšstilba kaula lūzumu. Pārējiem septiņiem respondentiem dotais lūzums ir pirmreizējs.

Intervijas 4. jautājums noskaidro, kāda ārstniecības metode ir pielietota katram respondentam ārstniecības procesā. Ārstniecības metode sadala visus dotā pētījuma respondentus divās salīdzināmās grupās. Pētījumā 4 respondenti tika ārstēti ar ķirurģisku ārstniecības metodi, savukārt pārējie 4 respondenti tika ārstēti konservatīvi.

Intervijas 5. jautājums tika uzdots, lai noskaidrotu, kāds ir respondentu veselības stāvoklis dotajā brīdī. Kāds ir stacionēšanas iemesls. Tikai divi respondenti atbildēja konkrēti: *“Man ir lauza kāja”* un *“Šobrīd ir trauma”*. Pārējie respondenti vairāk pauda subjektīvu viedokli, un tikai pēc papildjautājuma uzdošanas, konkrētēja galveno veselības problēmu. Piemēram respondents ĶS2 atbildēja: *“Kopumā apmierinošs, tikai nevaru staigāt un braukt ar mašīnu”*. Tikai palūdzot respondentu paskaidrot, kas tam ir par iemeslu, tika saņemta atbilde: *“Kājas lūzums”*. No respondentu atbildēm bija nojaušama arī pacientu attieksme pret lūzumu. Tā piemēram, respondents ĶV5 atbildēja: *“Nesūdzos. Pa 53 gadiem vienreiz var tikt slimnīcā. Līdz šim nezināju, ko nozīmē slimnīca”*.

Apkopojot rezultātus, visiem respondentiem bija apakšstilba kaula lūzums un ar to saistītās veselības problēmas.

Intervijas 6. jautājums tika uzdots ar mērķi noskaidrot, cik daudz pacients zina par sev paredzamo lūzuma ārstēšanas un rehabilitācijas ilgumu. Pacienta zināšanas par ārstniecības shēmu ir pamatā viņa līdzestības formēšanai, un uzskatāmi parāda, cik ieinteresēts pacients ir savā ārstniecības procesā. Apkopojot rezultātus, redzams, ka respondenti NS4 un ĶS8 neko nezina par sev paredzamo ārstēšanās un rehabilitācijas ilgumu. Respondents ĶV5 atbildēja: *“Ilgs, bet konkrēti es vēl nezinu, arī ārsts nevar konkrēti pateikt”* – norādot uz to, ka ir ticis informēts, taču lūzuma sarežģītības dēļ, pagaidām nav skaidrības arī ārstniecības personu vidū. Savukārt respondents NV7 atbildēja: *“Es nezinu. Ārsts man teica, bet es neatceros”* – tādejādi apliecinot, ka ir ticis informēts ārstniecības procesa gaitā. Pārējie četri respondenti sniedza atbildi uz doto jautājumu, konkrēti nosaucot paredzamo ārstēšanās un rehabilitācijas ilgumu.

Salīdzinot ķirurģiskās un neķirurģiskās ārstniecības metodes pārstāvjus, jāsecina, ka zināšanas par ārstēšanās laiku abām grupām ir līdzīgas (skat. 3. pielikumu). Gan pārstāvji, kas neko nezina par ārstniecības perioda ilgumu, gan pārstāvji, kas konkrēti zināja sev paredzamo ārstēšanās un rehabilitācijas laiku, bija abu grupu sastāvā.

Intervijas 7. jautājums tika uzdots ar mērķi uzzināt, vai respondentiem ir skaidra jēdziena “līdzestība” nozīme. Dotā termina izpratne nebūt nav rādītājs pacienta līdzestības līmenim. Drīzāk pacienti, kas līdzestību izprot kā iesaistīšanos ārstniecības un aprūpes procesā, apzinās arī to, ka ārstēšanās rezultāti daudzējādā ziņā ir viņu pašu atbildība.

Apkopojot rezultātus, redzams, ka respondenti ĶS2, NS3 un ĶV5 definē jēdzienu “līdzestība” kā “*ārsta rekomendāciju/norādījumu pildīšanu*”. Respondents ĶV1 līdzestību izprot kā “*uzticēšanos veselības aprūpes speciālistiem*”. Lai gan līdzestības jēdziens ietver sevī ārstniecības personas autoritāti un savstarpēju uzticēšanos, tomēr šāds definējums vairāk asociējas ar autoritatīvām, vertikālām ārsta – pacienta attiecībām, kur valda uzskats, ka ārstēšanas rezultāts ir vienīgi medicīniskās aprūpes speciālista atbildība. Pārējie respondenti jēdziena “līdzestība” nozīmi neizprot.

Salīdzinot operatīvās un konservatīvās terapijas grupu datus, jāsecina, ka rezultāti ir samērā līdzīgi (skat. 3. pielikumu).

Intervijas 8. jautājums tika uzdots ar nolūku noskaidrot, vai respondentiem ir sniegta pietiekoša un efektīva informācija par veselību un ārstniecības shēmu. Informācija par ārstniecības shēmu ietver sevī ne vien lūzumu raksturojošos parametrus un ārstniecības plānu, bet arī ārstnieciskās rekomendācijas. Kā jau iepriekš minēts tieši informācija un pacienta zināšanas ir līdzestības formēšanās pamatā. Pie tam zinoši pacienti ir motivētāki.

Apkopojot intervijas rezultātus, redzams, ka tikai maza daļa respondentu ir labi informēti, kamēr lielākajai daļai vērojams ārstnieciskās informācijas deficīts. Tā piemēram respondenti NS4 un ĶS8 strikti uzskata, ka nav saņēmuši pietiekošu informāciju. Respondents NS3 atbildēja: “*Neskaidri, kaut ko stāsta, bet sīki būšot aprakstīts izrakstā*”. Respondents ĶS2 atbildēja: “*Lielos vilcienos - jā*” – tādejādi uzsverot detalizētas informācijas nepietiekamību. Savukārt, respondents ĶV1 sacīja: ” [..] *Visu, ko es viņam (ārstam) prasīju, viņš atbildēja*” – tādejādi norādot, ka ārstniecības persona nav bijusi informācijas sniegšanas iniciators. Respondents ĶV5 atbildēja: “*Domāju, ka jā. Pirms operācijas, pēc operācijas – viss tika izstāstīts*”. Atbilde uzskatāmi parāda, ka respondentam veselības informācija saistās tikai ar informāciju par operāciju. Tikai diviem respondentiem sniegtās informācijas apjoms bija pietiekams. Piemēram, respondents NS6 atbildēja: “*Jā. Man visu smalki izstāstīja*”.

Salīdzinot operatīvās un konservatīvās terapijas grupu datus, jāsecina, ka neķirurģiskās ārstniecības metodes pārstāvji ir labāk informēti par ārstniecības shēmu kopumā (skat. 3. pielikumu). Tas varētu būt izskaidrojams ar to apstākli, ka ķirurģiskās metodes pārstāvji, galvenokārt, centrē uzmanību uz pašu operāciju un tās rezultātu.

Intervijas 9. jautājums tika uzdots ar nolūku, noskaidrot, kas bija ārstnieciskās informācijas sniedzējs. Jo detalizētāks un kvalitatīvāks izglītošanas process, jo zinošāks un līdzestīgāks pacients. Pilnīgi visi respondenti atbildēja, ka informācijas sniedzējs esot bijis ārstējošais ārsts, un tikai divi respondenti – ĶS2 un NS6 pieminēja māsu kā izglītošanas procesa dalībnieci. Tas daļēji izskaidro, kādēļ vairums pacientu uzskata, ka sniegtās veselības informācijas apjoms nav pietiekams. Ārsts kā

vienīgais informācijas sniedzējs nespēj nodrošināt detalizētu izglītošanas procesu visiem pacientiem lielās noslogotības pēc.

Salīdzinot ķirurģiskās un neķirurģiskās grupu atbildes, jāsecina, ka līdzīga situācija ir abu grupu sastāvā (skat. 3. pielikumu).

Intervijas 10. jautājums tika uzdots ar mērķi noskaidrot piemērotākās izglītošanas metodes, jo daudzi pētījumi norāda uz nepieciešamību pilnveidot pacientu izglītošanu. Pacientu izglītošanai ir jābūt tādā līmenī, lai indivīds spētu uztvert, saprast un iegaumēt pamatinformāciju par ārstniecību un ārstnieciskās rekomendācijas.

Analizējot rezultātus redzams, ka tikai divi respondenti – NS4 un ĶV5 izvēlas individuālas pārrunas kā piemērotāko izglītošanas metodi. Respondents NS6 atbildēja: *“Par ārstēšanās gaitu mutiski, bet rekomendācijas un tas, ko darīt pēc izrakstīšanās labāk rakstiski”*, tādejādi norādot vairāku izglītošanas metožu lietderību. Savukārt pārējie respondenti uzsvēra nepieciešamību saņemt ārstēšanās informāciju un rekomendācijas rakstītā formā.

Salīdzinot grupu datus, jāsecina, ka gan vienai gan otrai respondentu grupai vēlamās izglītošanas metodes ir rakstveida instrukcija un individuālas pārrunas.

Intervijas 11. jautājums tika uzdots ar nolūku noskaidrot kādas adaptācijas problēmas respondenti izjūt visstiprāk kaula lūzuma ārstēšanās gaitā. Adaptācijas grūtības, ko pastiprina sāpes un uztraukums, var radīt pacientu nelīdzestību, nevēlēšanās iesaistīties savā aprūpes procesā.

Apkopojot rezultātus, redzams, ka abu salīdzināmo grupu pārstāvji izjūt gan fiziskas, gan psiholoģiskas adaptācijas problēmas. Piemēram, respondents NS3 atbildēja: *“Atsākt staigāt, paņemt priekšmetus, jo vienā rokā paliek kruķi”* – tādejādi norādot uz fizisku nespēju un ar to saistītām adaptācijas grūtībām. Respondents ĶV1 atbildēja: *“[...] Ja es būtu visu darījis savādāk, es nebūtu salauzis kāju”* – tā uzsverot, ka psiholoģiski jūtas vainīgs notikušajā. Respondents NS4 norādīja: *“Jālūdz palīdzība citiem cilvēkiem, jūtos bezpalīdzīga”*, savukārt respondents ĶV5 atbildēja: *“Tas, ka esmu spiests sēdēt dīkā, kamēr visi darbi stāv”*. No dotajām atbildēm redzams, ka respondentiem ir psiholoģiski grūti piemēroties savam pašreizējam stāvoklim, atbildēs tiek uzsvērtā bezpalīdzības izjūta. Respondents ĶS8 atbildēja: *“Man bail, ka varu zaudēt kāju”* – tādejādi parādot savas bažas un bailes, un nevēlēšanos pieņemt negatīvu ārstēšanās iznākumu. Savukārt respondents NV7 norādīja, ka nekādas adaptācijas problēmas neizjūt.

Intervijas 12. jautājums tika uzdots ar nolūku noskaidrot kādas tieši rekomendācijas respondenti ievēro jau stacionārajā periodā. Kādiem medicīniskā personāla ieteikumiem par režīmu, aktivitātēm, uzturu un kaitīgajiem ieradumiem respondenti seko. Ārstniecisko rekomendāciju ievērošana tieši parāda respondentu līdzestības līmeni.

Analizējot iegūtās intervijas atbildes, jāsecina, ka kopumā līdzestības līmenis apakšstilba lūzuma ārstēšanā ir zems. Tikai respondents NS6 sekoja visām medicīnas aprūpes personāla

sniegtajām rekomendācijām: *"Sekoju pilnīgi visam. Ievēroju saudzējošo režīmu, ievēroju uztura ieteikumus, vingroju, nesmēķēju"*. Pārējie respondenti ievēro ārstu rekomendācijas tikai daļēji vai neievēro nemaz, pamatojot savu rīcību ar nezināšanu. Tā piemēram respondents NS3 atbildēja: "Nē, neko īpašu neteica", tādejādi norādot izglītošanas centrālo lomu pacienta līdzestības formēšanā.

Apkopojot visas dotā jautājuma atbildes jāsecina, ka fiziskās aktivitātes rekomendācijas ievēro tikai viens no astoņiem respondentiem; uztura ieteikumiem seko tikai divi no astoņiem respondentiem; četri no astoņiem respondentiem uzsver, ka nesmēķē. Ārstniecisko rekomendāciju kontekstā, galvenokārt, tiek uzsvērts, ka tiek ievērots saudzējošais režīms. Pieci no astoņiem respondentiem atzīmē, ka ievēro saudzējošo režīmu, kamēr viens respondents to ievēro tikai daļēji: *"Cenšos ievērot saudzējošo režīmu kājai. [..]"*, bet viens respondents to praktiski neievēro: *"Gadās, ka neievēroju režīmu, jo nevaru visu laiku nogulēt. [..]"*.

Salīdzinot grupu datus, jāsecina, ka neķirurģiskās metodes pacientiem līdzestības līmenis ir mazliet augstāks (skat. 3 pielikumu). Tas varētu būt izskaidrojams ar to apstākli, ka neķirurģiskās ārstēšanas pārstāvji nemaz nevar balstīt svaru uz lauztās kājas (izņemot tutoru), jo pretējā gadījumā ģipsis var pārlūzt. Turpretī ķirurģiskās metodes pacienti bieži vien neievēro režīmu, balstot svaru uz operētās kājas, nedomājot par iespējamo komplikāciju attīstību. Kā arī ķirurģiskās metodes pārstāvji pārāk lielu uzmanību centrē uz pašu operāciju un tās rezultātu, uzskatot, ka ar to ārstēšanās process ir beidzies.

Intervijas 13. jautājums tika uzdots ar mērķi noskaidrot no kā respondenti saņem atbalstu atrodoties stacionārā. Pētījumos tiek minēts, ka līdzestības kontekstā sociālajam atbalstam ir ļoti liela nozīme. Pacienti, kas saņem sociālo atbalstu ir motivētāki un biežāk iesaistās ārstēšanas un aprūpes procesos. Pie tam pacientiem, kas saņem atbalstu no ģimenes ir plašākas iespējas sekot ārstnieciskajām rekomendācijām, jo viņiem ir iespēja saņemt tīri praktisku palīdzību (nopirkt vitamīnus, diētas ieteikumiem atbilstošu uzturu, sagādāt palīglīdzekļus).

Analizējot pētījuma rezultātus, redzams, ka pārsvarā respondenti saņem atbalstu no ģimenes, tuviniekiem. Respondents NS4 atbildēja: *"No māsām, sanitāriem"* – tādejādi norādot, ka medicīnas aprūpes personāls arī ir atbalsta forma. Respondents NS6 atbildēja līdzīgi, un arī iekļāva medicīnas personālu atbalsta grupā: *"No ārstējošā personāla, no tuviniekiem un draugiem"*. Savukārt respondents NV7 atbildēja: *"Ne no viena. Man nav neviena piederīgā"*. Arī respondents ĶS8 atbildēja līdzīgi: *"Man neviena nav. Visi mani tuvinieki ir ārzemēs"* – tādejādi norādot, ka nesaņem nedz sociālu, nedz emocionālu, nedz praktisku atbalstu. Salīdzinot grupu datus, jāsecina, ka gan operatīvajā, gan konservatīvajā grupā situācijas ir ļoti līdzīgas.

Intervijas 14. jautājums tika uzdots ar nolūku noskaidrot no kā respondenti varētu saņemt atbalstu, atrodoties mājās. Sakarā ar to, ka apakšstilba kaula lūzuma ārstēšanās periods ir ilgstošs, tad ir svarīgi saņemt atbalstu arī pēc stacionārā perioda beigām.

Identiski kā iepriekšējā jautājumā, lielākā respondentu daļa minēja ģimeni un tuviniekus kā atbalsta sniedzējus. Respondents NS6 iekļāva atbalsta grupā arī ārstniecības personas, atbildot: *"No ģimenes locekļiem, fizioterapeita"*. Respondents ĶS8 atbildēja: *"Būs jāgriežas sociālajā dienestā"* - tādejādi uzsverot, ka nav no kā saņemt atbalstu, atrodoties mājās. Savukārt respondents NV7 atbildēja: *"Ne no viena, man pat māju nav. [...] Dzīvoju uz ielas"*- norādot, ka pat elementārās vajadzības netiek apmierinātas, un šādos apstākļos ir gandrīz neiespējami formēt līdzestību.

Salīdzinot grupu datus, jāsecina, ka abās grupās par galvenajiem atbalsta sniedzējiem tiek nosaukti ģimene un tuvinieki. Jāuzsver, ka abās grupās bija respondenti, kuriem nav sociālā atbalsta.

Intervijas 15. jautājums tika uzdots ar mērķi noskaidrot, kas respondentiem sagādā vislielākās raizes, izrakstoties mājās. Apkopojot rezultātus, jāsecina, ka tika saņemtas visdažādākās atbildes. Respondenti NS3, ĶV5 un ĶS8 bija pozitīvi noskaņoti un atzīmēja, ka viņus nekas nesatrauc. Respondents ĶS2 atbildēja: *"..kruķi! Uztrauc kā varēšu tik ilgstošu laika periodu staigāt ar kruķiem"* – tādejādi norādot, ka uztraukuma iemesls ir palīglīdzekļu lietošana. Respondents ĶV1 atbildēja: *"..lai atkārtoti netraumēju kāju"*. Savukārt respondenti NS4 un NS6 norādīja, ka viņus satrauc fiziskas dabas problēmas, attiecīgi atbildot: *"Pašaprūpe, sāpes, dzīšanas process"* un *"Lai ātrāk atgriežas kustības kājā, lai ātrāk sadzīst"*. Respondents NV7 atbildēja: *"Kur naktī palikt. Par kāju rūpju man nav, gan sadzīs"* – norādot, ka elementāro vajadzību apmierināšana ir priekšplānā.

Apkopojot grupu rezultātus, jāsecina, ka abās grupās galvenie uztraukuma iemesli izrakstoties ir atkārtota kājas traumatizācija, palīglīdzekļu lietošana, fiziskas un sociālas dabas problēmas.

Intervijas 16. jautājums tika uzdots, lai noskaidrotu kādu ārstēšanās rezultātu respondenti vēlētos sagaidīt, sekojot terapeitiskajam režīmam. Pacienti, kas apzinās savus ārstēšanās mērķus gūst papildus motivāciju rezultāta sasniegšanai.

Pēc intervijas atbildēm, redzams, ka vairākums respondentu vēlas, lai atjaunotos kājas funkcijas. Respondenti ĶV1, NS3 un ĶS8 norādīja, ka vēlētos kvalitatīvu rezultātu attiecīgi atbildot: *"Vēlams, lai nebūtu komplikāciju. [...]"* , *"Lai nesaaug nepareizi, lai nesāp"* un *"Galvenais, lai saaug kauli. Lai nevajadzētu amputēt kāju"*. Savukārt respondents ĶV5 nespēja formulēt vēlamo ārstniecības rezultātu, atbildot: *"Kāds būs, tāds būs. Es jau nevaru pareģot"* – tādejādi norādot, ka nespēj ietekmēt ārstniecības iznākumu.

Salīdzinot grupu datus, jāsecina, ka rezultāti ir samērā līdzīgi. Gandrīz visi respondenti vēlējas pozitīvu rezultātu, izņemot vienu operatīvās ārstniecības metodes pārstāvi, kurš vēlamo rezultātu neprecizēja.

Intervijas 17. jautājums tika uzdots ar mērķi noskaidrot faktorus, kas sekmē iesaistīšanos aprūpes procesā un lūzuma ārstēšanā. Pētījumu rezultāti piekrīt tam, ka veiksmīgi mēģinājumi

uzlabot pacientu līdzestību ir atkarīgi no daudziem nozīmīgiem līdzestību ietekmējošiem faktoriem. Tādēļ ir svarīgi apzināt šos faktoros.

Apkopojot atbildes uz doto jautājumu redzams, ka galvenie faktori, kas sekmē pacientu līdzestību ir iekšējie resursi (vēlme izārstēties), speciālista autoritāte, efektīva un izsmeļoša informācija kā arī sociālais atbalsts. Piemēram, respondents NS6 atbildēja: *"Tā ir paša iniciatīva, vēlme izārstēties. Kā arī uzticēšanās speciālistam"*. Respondenti ĶS2 un NS3 uzsvēra izglītošanas centrālo nozīmi, attiecīgi atbildot: *"Ja man normāli visu paskaidrotu, tā, lai es saprotu"* un *"Detalizēts izraksts"*. Savukārt, respondents ĶS8 norādīja uz sociālā atbalsta lielo lomu, atbildot: *".. ģimenes atbalsts"*. Salīdzinot grupu datus, jāsecina, ka minētie līdzestību sekmējošie faktori ir līdzīgi abām grupām.

Intervijas 18.jautājums tika uzdots ar nolūku noskaidrot respondentu līdzestību kavējošos faktoros. Apkopojot atbildes uz intervijas jautājumu jāsecina, ka galvenie līdzestību kavējošie faktori ir informācijas deficīts, fiziskais, psiholoģiskais un emocionālais diskomforts, un sociālās problēmas. Piemēram respondents ĶS2 atbildēja: *"Ka es neko nezinu"* – tādejādi norādot uz sniegtās ārstniecības informācijas nepietiekamību. Respondents NS4 atbildēja: *"Sāpes, ierobežotas kustības, slikts garastāvoklis"* – uzsverot fiziskos un emocionālos faktoros. Savukārt, respondents ĶV5 norādīja: *"Sāpes, nepadarītie darbi"* – akcentējot gan fizisko, gan psiholoģisko faktoros. Jāmin, ka respondenti ĶV1, ĶS8 un NS6 pauda pozitīvu viedokli, atzīmējot, ka viņus nekas nekavē, iesaistīties aprūpes procesā. Salīdzinot grupu datus, jāsecina, ka abās grupās nosaukti samērā līdzīgi līdzestību kavējošie faktori (skat 3. pielikumu).

Intervijas 19. jautājums tika uzdots ar mērķi noskaidrot, kāda ir māsas loma lūzuma ārstēšanas procesā. Apkopojot intervijas rezultātus, galvenokārt māsas loma tiek asociēta ar medicīnisko aprūpi. Piemēram respondents ĶV1 atbildēja: *"Ievada medikamentus, pārsien, vienu vārdu sakot, veic ārstniecības procesu"*. Arī respondents NS6 atbildēja līdzīgi: *"Nodrošina medikamentu saņemšanu"*. Respondents ĶS2 atbildēja: *"Dod zāles. Pamāca kā labāk lietot krukus"* – tādejādi uzsverot arī māsas izglītojošo funkciju. Savukārt, respondents NS3 norādīja: *"Māsiņa rūpējas un veicina atveseļošanās procesu"* – tādejādi asociējot māsu ar vienu no sociālā atbalsta formām. Salīdzinot grupu datus, tad tie ir ļoti līdzīgi – medicīniskā aprūpe, izglītojošā funkcija un atbalsts tiek uzskatīti par galvenajiem māsu pienākumiem apakšstilba kaula lūzuma aprūpē.

Intervijas 20. jautājums tika uzdots ar nolūku noskaidrot, kādu aprūpi esot stacionārā respondenti vēlētos saņemt no māsas. Respondenti ĶS2 un ĶS8 bija apmierināti ar māsas aprūpi, un attiecīgi atbildēja: *"Viss ir labi. Nezinu, ko vairāk prasīt"* un *"Mani viss apmierina"*. Arī respondents ĶV1 atbildēja līdzīgi: *"Mani viss apmierina. Ja kaut ko pajautā, māsa vienmēr savas kompetences līmenī atbild"*. Daļa pacientu atzīmē, ka vēlētos, lai māsa viņiem veltītu vairāk laika.

Piemēram respondents NS6 atbildēja: *“Lai vairāk uzmanību veltītu pacientam”*. Savukārt, respondents NV7 atbildēja: *“Vēlētos laipnāku attieksmi. Lai (māšas) nebūtu tik stingras”*.

Apkopojot atbilžu rezultātus, var secināt, ka galvenā joma, kur respondenti vēlas redzēt uzlabojumus māšas aprūpē ir komunikācija un attieksme. Salīdzinot grupu datus, var secināt, ka komunikācijas deficīts un apmierinātība ar aprūpi atzīmēti kā operatīvās tā konservatīvās grupas pārstāvju atbildēs (skat. 3. pielikumu).

SECINĀJUMI

1. Kopumā līdzestības līmenis apakšstilba lūzuma ārstēšanā ir zems – fiziskās aktivitātes rekomendācijas ievēro tikai viens no astoņiem respondentiem; uztura ieteikumiem seko tikai divi no astoņiem respondentiem; pieci no astoņiem respondentiem atzīmē, ka ievēro saudzējošo režīmu, kamēr viens respondents to ievēro tikai daļēji.
2. Līdzestības līmenis ir augstāks sievietēm nekā vīriešiem, jo sievietes vairāk rūpējas par savu veselību un nopietnāk izturas pret aprūpes procesu un ārstniecisko rekomendāciju ievērošanu.
3. Nelīdzestības pamatā ir zema izglītības kvalitāte. Tikai maza daļa respondentu ir labi informēti, kamēr lielākajai daļai vērojams ārstnieciskās informācijas deficīts.
4. Salīdzinot grupu datus, jāsecina, ka neķirurģiskās metodes pacientiem līdzestības līmenis ir mazliet augstāks. Kā arī konservatīvās ārstniecības metodes pārstāvji ir labāk informēti par ārstniecības shēmu kopumā nekā operatīvās metodes pārstāvji. Tas varētu būt izskaidrojams ar to apstākli, ka ķirurģiskās metodes pārstāvji pārāk lielu uzmanību centrē uz pašu operāciju un tās rezultātu, uzskatot, ka ar to ārstēšanās process ir beidzies.
5. Galvenie faktori, kas sekmē pacientu līdzestību ir iekšējie resursi (vēlme izārstēties), speciālista autoritāte, efektīva un izsmeljoša informācija kā arī sociālais atbalsts.
6. Nozīmīgākie līdzestību kavējošie faktori ir informācijas deficīts, fiziskais, psiholoģiskais un emocionālais diskomforts, un sociālās problēmas.
7. Respondenti uzskata, ka māsas loma ir medicīniskā aprūpe, izglītojošā un atbalsta funkcijas.
8. Galvenā joma, kur respondenti vēlas redzēt uzlabojumus māsas aprūpē ir komunikācija un attieksme.

IZMANTOTO AVOTU SARAKSTS

1. **Slimību profilakses un kontroles centrs**, 2016. gadā reģistrētais ievainojumu skaits sadalījumā pa dzimumiem un vecuma grupām. [tiešsaiste] - [atsauce 30.11.2017]. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1/get/nid/14>
2. **Slimību profilakses un kontroles centrs**, 2015. gadā reģistrētais ievainojumu skaits sadalījumā pa dzimumiem un vecuma grupām. [tiešsaiste] - [atsauce 30.11.2017]. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1/get/nid/1>
3. **Madadi F., Eajazi A., Madadi F. et. al.** (2011) Adult tibial shaft fractures – different patterns, various treatments and complications. [tiešsaiste] – [atsauce 11.11.2017.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539506/>
4. **Joveniaux P., Ohl X., Harisboure A. et.al.** (2009) Distal tibia fractures: management and complications of 101 cases. [tiešsaiste] – [atsauce 19.11.2017.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903136/>
5. **Stott – Eveneshen S., Sims – Gould J., McAllister M. M. et. al.** (2017), Reflections on hip fracture recovery from older adults enrolled in a clinical trial. [tiešsaiste] – [atsauce 19.11.2017.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5433673/>
6. **Pacientu Ombuds** (2013) *Diskusija par pacientu līdzestību veselības aprūpē*. Doctus, 6. [tiešsaiste] – [atsauce 12.11.2017.]. Pieejams: <https://www.doctus.lv/2013/6/diskusija-par-pacientu-lidzestibu-veselibas-aprupe>
7. **Priede – Kalniņa Z.** (1998), *Māsas prakse pamatota teorijā*. Milwaukee, USA: Heritage Printing/ Graphics.93 – 95lpp., 210 lpp.
8. **Masters K.** (2015), *Nursing theories. A Framework for professional practice*. Jones & Bartlett learning. Pg.117 – 118.
9. **Rajamani S.** (2012), *Roy adaptation model*. [online]. [cited: 15.12.2017]. Available: <https://www.slideshare.net/mhnsathish/sister-calista-roy-adaptation-model>
10. *Модель К. Рой адаптационная* [online]. [cited:14.12.2017.]. Available: <http://sestrinskoe-delo.ru/modeli-sestrinskogo-uchoda/model-k-roy-adaptatsionnaya>
11. *Ārstniecības likums*. 12.06.1997. [tiešsaiste]. [skatīts 15.03.2018]. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=44108>
12. *Pacientu tiesību likums*. 17.12.2009.[tiešsaiste]. [skatīts 15.03.2018]. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=203008>
13. **Martin L.R., Williams S.L., Haskard K.B. et. al.** (2005), The challenge of patient adherence. [online]. [cited: 10.03.2018]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1661624/>

14. **DiMatteo M.R.** (2004), *Social support and patient adherence to medical treatment: a meta analysis*. Health Psichology No 2. [online]. [cited: 16.03.2018]. Available: <https://pdfs.semanticscholar.org/c3a7/33746dfadedd2a0bbc1f7c22274022f60c95.pdf>
15. **Tarantino U., Ortolani S., Esposti L.D. et al.** (2011), *Analysis of the costs and consequences of adherence to therapy in hip fracture patients*. [online]. [cited 11.03.2018]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3230925/>
16. **Dāboliņa D., Šiliņa M.** (1998), *Ievads aprūpē*. Latvijas pēcdiploma apmācības specializācijas un kvalifikācijas institūts, 123.lpp.
17. **Volkolakovs J.** (1985), *Vispārīgā ķirurģija*. Rīga, "Zvaigzne", 209 lpp.
18. **Jumtiņš A.** (2016), *Traumatoloģija un ortopēdija*. Kaulu lūzumu etiopatogēnētiskās īpatnības, klasifikācija, diagnostika, ārstēšanas principi un komplikācijas. A. Jumtiņa redakcija. Rīga, RSU, 15 lpp.
19. **Dūze S.** (2011), *Stresa lūzumi*. Doctus, Februāris. [tiešsaiste]. [skatīts 11.04.2018]. Pieejams: <https://www.doctus.lv/2011/2/stresa-luzumi>
20. **Patel M.** (2018), *Open Tibia Fractures*. [online]. [cited 18.04.2018]. Available: <https://emedicine.medscape.com/article/1249761-overview>
21. **Schmidt A.H., Finkemeier C.G., Tornetta P.** (2003), *Treatment of closed tibial fractures*. The Journal of bone & joint surgery. [online]. [cited 16.04.2018]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12690886>
22. **Slimību profilakses un kontroles centrs**. SSK10 klasifikācija – kodu tabulsaraksts un skaidrojumi. [tiešsaiste] – [skatīts 7.04.2018]. Pieejams: <http://preda.spkc.gov.lv/ssk/indexdced.html?p=%23284>
23. **Ejubs L., Peredistijs A.** (2006), *Slimību, sindromu, testu un muskuloskeletālu bojājumu vārdnīca*. Rīga. Nacionālais apgāds, - 56 lpp.
24. **Līkums P.** (2005), *Skeleta rentgenogrāfijas rokasgrāmata*. Rīga. Nacionālais apgāds, - 248.lpp.
25. **Lācis A., Lācis G.** (2007), *Mazā klīniskā traumatoloģija un ortopēdija*. Rīga. Jāņa Rozes apgāds, - 200 lpp.
26. **Valtneris A.** (2010), *Cilvēka fizioloģija. Rokasgrāmata*. Rīga. Zvaigzne ABC, - 252 lpp.
27. **Jumtiņš A.** (2016), *Traumatoloģija un ortopēdija*. Lielā lielakaula proksimālās metaepifizes un diafizāri apakšstilba kaulu lūzumi. A. Jumtiņa redakcija. Rīga, RSU, 204 lpp.
28. **Littenberg B., Weinstein L.P., McCarren M. et al.** (1998), *Closed fractures of the tibial shaft. A meta – analysis of three methods of treatment*. The Journal of bone & joint surgery. [online]. [cited 16.04.2018]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9486723>
29. **Vorobjovs A.** (2002), *Sociālā psiholoģija*. Rīga. Izglītības soli, - 330lpp.

30. **Karpouzos A., Diamantis E., Farmaki P. et al** (2017), *Nutritional aspects of bone health and fracture healing*. [online]. [cited 14.04.2018]. Available:
<https://www.hindawi.com/journals/jos/2017/4218472/>
31. **Slachta A.P.** (2016), *Wound care made incredibly easy*, Pg. 13 – 23.
32. **Beitz M. J.** (2016), *Wound healing, Wound management*, Emory University Hospital Atlanta, GA, USA, WOC Nurses Society, Pg. 25 – 35.

PIELIKUMI

Apakšstilba kaula lūzums, ieskaitot potītes lūzumu

S82.0	Ceļa kauliņa lūzums.
S82.1	Lielā lielakaula (tibia) proksimālā gala lūzums.
S82.2	Lielā lielakaula (tibia) diafizārs lūzums.
S82.3	Lielā lielakaula (tibia) distālā gala lūzums.
S82.4	Izolēts mazā lielakaula (fibula) lūzums.
S82.5	Mediālās potītes lūzums. Lielais lielakauls, ietverot potīti.
S82.6	Laterālās potītes lūzums. Mazais lielakauls, ietverot potīti.
S82.7	Multipli apakšstilba kaula lūzumi.
S82.8	Citu apakšstilba daļu lūzumi. Potītes lūzums. Bimalleolārs, trimalleolārs lūzums.
S82.9	Apakšstilba lūzumi, neprecizējot lokalizāciju.

**Atsauce: Slimību kontroles un profilakses centrs "SSK10 klasifikācija – kodu tabulsaraksts un skaidrojumi", Rīgā 2018.*

Intervijas jautājumi.

Esmu Latvijas Universitātes medicīnas fakultātes profesionālās augstākās izglītības bakalaura studiju programmas “Māszinības” studente Elīna Vestmane. Lūdzu Jūsu piekrišanu piedalīties intervijā. Intervija nepieciešama manam bakalaura darbam “Pacientu ar apakšstilba kaula lūzumu līdzestība aprūpē pēc ķirurģiskas vai neķirurģiskas ārstēšanas metodes”. Atteikšanās no intervijas neietekmēs Jūsu veselības aprūpi. Sniegtā informācija būs anonīma un tiks izmantota tikai šī bakalaura darba ietvaros. Intervijas paredzamais ilgums ir vidēji 30 minūtes.

1. Pacienta vecums?
2. Pacienta dzimums?
3. Pirmreizējs vai atkārtots apakšstilba kaula lūzums?
4. Kāda ārstēšanas metode pielietota?

Atbildes uz pirmajiem četriem jautājumiem tiks gūtas no pacienta medicīniskās kartes.

5. Sakiet lūdzu, ko Jūs variet teikt par savu veselības stāvokli?
6. Vai Jums ir zināms, kāds ir Jums paredzamais ārstēšanas un rehabilitācijas ilgums?
7. Ko, pēc Jūsu domām, nozīmē būt līdzestīgam, ārstējot apakšstilba kaula lūzumu?
8. Kā Jūs domājat, vai esat saņēmis/usi pietiekošu informāciju par savu veselību un ārstniecības shēmu no medicīnas aprūpes speciālistiem?
9. Sakiet lūdzu, kas bija šīs informācijas sniedzējs?
10. Norādiet lūdzu, kādā veidā Jūs labprātāk saņemtu informāciju par savu veselību un ārstnieciskajām rekomendācijām?
11. Pēc Jūsu domām, kādas adaptācijas problēmas Jūs izjūtat visstiprāk lūzuma ārstēšanas procesā?
12. Sakiet lūdzu, kādiem medicīniskā personāla ieteikumiem par režīmu, aktivitātēm, uzturu, kaitīgajiem ieradumiem Jūs sekojat ārstniecības shēmas ietvaros?
13. Sakiet lūdzu, no kā Jūs saņemat atbalstu esot stacionārā?
14. Kā Jūs domājat, no kā Jūs varētu saņemt atbalstu, atrodoties mājās?
15. Sakiet lūdzu, kas Jums sagādā raizes, domājot par izrakstīšanos mājās?
16. Kādu ārstēšanas rezultātu Jūs vēlētos sagaidīt, sekojot terapeitiskajam režīmam?

17. Kā Jūs domājat, kas sekmē Jūsu līdzestību/iesaistīšanos aprūpes procesā un lūzuma ārstēšanā?
18. Kā Jūs domājat, kas kavē Jūsu līdzestību/iesaistīšanos aprūpes procesā un lūzuma ārstēšanā?
19. Sakiet lūdzu, kāda pēc Jūsu domām ir māsas loma Jūsu aprūpē un lūzuma ārstēšanā?
20. Norādiet lūdzu, kādu aprūpi esot stacionārā Jūs vēlētos saņemt no māsas?

5.Sakiet lūdzu, ko Jūs variet teikt par savu veselības stāvokli šobrīd?			
Ārstniecības metode.	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Veselības palicis mazāk. Man ir lauza kāja. Bija operācija.”	Lūzums	Trauma
	“Kopumā apmierinošs, tikai nevaru staigāt un braukt ar mašīnu. [...] Kājas lūzums.”		
	Nesūdzos. Pa 53 gadiem vienreiz var tikt slimnīcā. Līdz šim nezināju, ko nozīmē slimnīca. [...] Dēļ kājas lūzuma.		
	“Viss ir slikti. Kāja sāp. [...] Es nokritu un salauzu kāju.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Šobrīd ir trauma. Pārējais viss ir kārtībā. [...] Kājas lūzums.”	Lūzums	Trauma
	“Grūti, jo ir sāpes. Arī garastāvokļa nav. [...] Lauza kāja.”		
	Apmierinošs. [...] Sakarā ar kājas lūzumu.		
	Diezgan švaki. Knapī varu paiet. [...] Jo salauzu kāju.		
6. Vai Jums ir zināms, kāds ir Jums paredzamais ārstēšanās un rehabilitācijas ilgums?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Četri mēneši – ārstēšanās. Rehabilitācijas periods būs īss, jo lūzums nav sarežģīts.”	Ārstēšanās un rehabilitācijas ilgums	Ārstniecības periods
	“..gada laikā sadzīs, jo lūzums ir smags.”		
	“Ilgs, bet konkrēti es vēl nezinu. Arī ārsts konkrēti nevar pateikt.”		
	“Neviens man neko nav teicis.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“..pēc diviem mēnešiem būs kontrolrentgens, un tikai tad varēs pateikt, kas tālāk.”	Ārstēšanās un rehabilitācijas ilgums	Ārstniecības periods
	“Nē, bet domāju, ka ilgs.”		
	“Jā. Kopumā trīs mēneši. Divi mēneši jānēsā ģipsis un mēnesis – rehabilitācija.”		
	“Es nezinu. Ārsts man teica, bet es neatceros.”		
7. Ko, pēc Jūsu domām, nozīmē būt līdzestīgam, ārstējot apakšstilba kaula lūzumu?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Tas nozīmē, ka ir jāuzticas speciālistam”.	Laba informētība	Līdzestības izpratne
	“..darīt, ko liek. Ievērot norādījumus.”		
	“Izpildīt ārstu ieteikumus”.	Informācijas trūkums	
	“Nezinu”.		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“..pildīt ārsta rekomendācijas.”	Laba informētība	Līdzestības izpratne
	“Nav ne jausmas.”		
	“Nezinu.”	Informācijas trūkums	
	“Nemāku atbildēt.”		

8. Kā Jūs domājat, vai esat saņēmis/usi pietiekošu informāciju par savu veselību un ārstniecības shēmu no veselības aprūpes speciālistiem?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“..es medicīnas jomā neesmu speciālists. Lai kādu informāciju man sniegtu, es vienalga nevaru to līdz galam saprast. Bet ārsts stāstīja, skaidroja situāciju. Visu, ko es viņam prasīju – atbildēja.	Informācijas deficīts	Zināšanas par veselību un ārstniecības shēmu
	“Lielos vilcienos – jā.”		
	“Domāju, ka jā. Pirms operācijas, pēc operācijas – viss tika stāstīts.”		
	“Nē.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Neskaidri. Kaut ko stāsta, bet sīki būšot aprakstīts izrakstā.”	Informācijas deficīts	Zināšanas par veselību un ārstniecības shēmu
	“Nē”.	Laba informētība	
	“Jā. Man visu smalki izstāstīja.”		
	“Katrā gadījumā.”		
9. Sakiet lūdzu, kas bija šīs informācijas sniedzējs?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Ārstējošais ārsts – ķirurgs.”	Ārstniecības persona	Informācijas avots
	“Ārsts, dežurējošā māsa.”		
	“Ārstējošais ārsts.”		
	“Ārsts.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Ārsts.”	Ārstniecības persona	Informācijas avots
	“Ārstējošais ārsts.”		
	“Ārstējošais ārsts un māsa.”		
	“Ārstējošais ārsts.”		
10. Norādiet lūdzu, kādā veidā Jūs labprātāk saņemtu informāciju par savu veselību un ārstnieciskajām rekomendācijām?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Man ir svarīgi saprast tos norādījumus, ko dod ārsts – viņa rekomendācijas. Būs izraksts no slimnīcas, tur būs rakstīts, kas man turpmāk jādara.”	Individuālas pārrunas	Izglītošanas metodes
	“Labāk uz papīra.”	Rakstveida instrukcijas	
	“Individuāli pārrunājot.”		
	“Mutiski.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Rakstveidā, jo pusi varu aizmirst.”	Individuālas pārrunas	Izglītošanas metodes
	“Individuāli, pārrunu veidā.”	Rakstveida instrukcijas	
	Par ārstēšanās gaitu – mutiski. Bet rekomendācijas un tas, ko darīt pēc izrakstīšanās – labāk rakstiski.”		
	“Mutiski, lai ārsts izstāsta.”		
11. Kādas adaptācijas problēmas Jūs izjūtat visstiprāk kaula lūzuma ārstēšanas procesā?			

Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Ja es būtu darījis visu savādāk, es nebūtu salauzis kāju.”	Fiziskas problēmas	Pielāgošanās deficīts
	“Nespēju samierināties, ka ilgstoši nevarēšu braukt ar mašīnu.”	Psiholoģiskas problēmas	
	Tas, ka esmu spiests gulēt gultā, kamēr visi darbi stāv.”		
	“Man bail, ka varu zaudēt kāju.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Atsākt staigāt, paņemt priekšmetus, jo vienā rokā jātur kruķi.”	Fiziskas problēmas	Pielāgošanās deficīts
	“Tas, ka jālūdz palīdzība citiem cilvēkiem. Jūtos bezpalīdzīga.”	Psiholoģiskas problēmas	
	“Ka nevar pilnvērtīgi staigāt, veikli kustēties.”		
	“Nekādas adaptācijas problēmas es neizjūtu.”		
12. Sakiet lūdzu, kādiem medicīniskā personāla ieteikumiem par režīmu, aktivitātēm, uzturu, kaitīgajiem ieradumiem Jūs sekojat ārstniecības shēmas ietvaros?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Dzeru zāles. Cenšos ievērot saudzējošo režīmu kājai. Nesmēķēju. [...] Kājas funkcijas pašas atjaunosies – vingrošana nav nepieciešama. Uztura rekomendācijas ievērošu, kad būšu mājās.”	Rekomendāciju daļēja ievērošana	Līdzestības deficīts
	“Nestaigāju, nesmēķēju, ēdu, ko dod. Klausu. [...] Vingrot nesanāk.”		
	“Es jau neko nevaru darīt, kamēr jāievēro gultas režīms. [...] Vingrojumus nepildu – pašlaik tiem nav jēgas, uztura ieteikumiem nav iespējas sekot slimnīcā.”	Rekomendāciju neievērošana	Nelīdzestība
	“Nekādas īpašas rekomendācijas nav sniegtas. [...] Nevingroju, bet kustinu kājas pirkstus.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Nekas īpašs nav teikts. [...] Staigāju ar kruķiem, neko citu īpaši nedaru.”	Rekomendāciju daļēja ievērošana	Līdzestības deficīts
	“Vairāk vitamīnus lietoju. Nedaru neko tādu, kas apgrūtinātu manu stāvokli vēl vairāk. [...] Nevingroju, jo nezinu, kādus tieši vingrojumus jāpilda.”		
	“Sekoju pilnīgi visam. Ievēroju saudzējošo režīmu, vingroju, nesmēķēju, neēdu saldu, ēdu kalciju saturošus produktus, vitamīnus.”	Visu rekomendāciju ievērošana	Līdzestība
	“Viss ir kārtībā. [...] Gadās, ka neievēroju režīmu, jo nevaru visu laiku nogulēt. [...] Nevingroju. [...] Smēķēju un neesmu gatavs atmest smēķēšanu.”	Rekomendāciju neievērošana	Nelīdzestība
13. Sakiet lūdzu, no kā Jūs saņemat atbalstu esot stacionārā?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
	“..no sievas, bērniem.”		

Ķirurģiskā ārstniecības metode	“..no ģimenes.”	Tuvinieki	Atbalsta grupa
	“No ģimenes, draugiem.”		
	“Man neviena nav. Visi mani tuvinieki ir ārzemēs.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“..no savējiem – ģimenes.”	Tuvinieki	Atbalsta grupa
	“No māsām, sanitāriem.”	Medicīnas aprūpes personāls	
	“No ārstējošā personāla, no tuviniekiem un draugiem.”		
	“Ne no viena. Man nav neviena piederīgā.”		
14. Kā Jūs domājat no kā Jūs varētu saņemt atbalstu, atrodoties mājās?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“..no ģimenes, darba biedriem.”	Tuvinieki	Atbalsta grupa
	“No ģimenes. Man ir laba ģimene – vīrs, dēli.”	Sociālā palīdzība	
	“..no ģimenes, draugiem.”		
	“Būs jāgriežas sociālajā dienestā”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“..no ģimenes.”	Tuvinieki	Atbalsta grupa
	“..no ģimenes.”	Medicīnas aprūpes personāls	
	“..no ģimenes locekļiem, fizioterapeita.”		
	“Ne no viena. Man pat māju nav. [...] Dzīvoju uz ielas.”		
15. Sakiet lūdzu, kas Jums sagādā raizes, domājot par izrakstīšanos mājās?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Uztrauc kā tikšu līdz mašīnai. Kā arī, lai atkārtoti netraumēju kāju.”	Atkārtota traumatizācija	Nākotnes redzējums
	“..kruķi! Uztrauc kā varēšu tik ilgstošu laika periodu staigāt ar kruķiem.”	Palīglīdzekļu lietošana	
	“Pagaidām nekas neuztrauc. Mājās viss ir vienkāršāk – lielāka telpa, kur staigāt.”	Pozitīvisms	
	“Mājas ir mājas. Tur būs redzams.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Nekas nesatrauc – atpūtīšos beidzot, varēšu palasīt, paadīt.”	Pozitīvisms	Nākotnes redzējums
	“Pašaprūpe, sāpes, dzišanas process.”	Fiziskas problēmas	
	“Lai ātrāk atgriežas kustības kājā. Lai ātrāk sadzīst.”	Sociālas problēmas	
	“Kur naktī palikt. Par kāju rūpju man nav, gan sadzīs.”		
16. Kādu ārstniecisko rezultātu Jūs vēlaties sagaidīt sekojot terapeitiskajam režīmam?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Vēlams, lai nebūtu komplikāciju. Lai pilnīgi atjaunotos kājas funkcijas.”	Pozitīvs rezultāts	Ārstnieciskais rezultāts
	“Pēc iespējas ātrāk sākt staigāt.”	Neprecizēts rezultāts	
	“Kāds būs, tāds būs. Kā dzīs. Es jau nevaru pareģot.”		
	“Galvenais, lai saaug kauli. Lai nevajadzētu amputēt kāju.”		
	“..lai nesaaug nepareizi, lai nesāp.”		

Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Labu protams.[..] Lai varētu staigāt tāpat kā pirms lūzuma.”	Pozitīvs rezultāts	Ārstnieciskais rezultāts
	“Vislabāko. Pilnīgi atjaunot kustības kājā.”		
	“Lai kāja sadzīst.”		
17.Kā Jūs domājat, kas sekmētu Jūsu līdzestību/iesaistīšanos aprūpes procesā un lūzuma ārstēšanā?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Vēlme izārstēties. Uzticība medicīniskajam personālam.”	Iekšējais resurss	Pozitīva motivācija
	“..ja man sāki visu izskaidrotu, tā, lai es saprotu.”	Speciālista autoritāte	
	“Tikai pats, no paša atkarīgs.”	Efektīva informācija	
	“..ģimenes atbalsts.”	Atbalsta grupa	
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Detalizēts izraksts.”	Efektīva informācija	Pozitīva motivācija
	“Ārsta ieinteresētība.”	Speciālista autoritāte	
	“Tā ir paša iniciatīva. Kā arī uzticēšanās speciālistam.”	Iekšējais resurss	
	“Nezinu.”		
18.Kā Jūs domājat, kas kavē Jūsu līdzestību/iesaistīšanos aprūpes procesā un lūzuma ārstēšanā?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“..nekas nekavē.”	Pozitīvisms	Pozitīva motivācija
	“.. ka es neko nezinu.”	Informācijas deficīts	Motivācijas trūkums
	“Sāpes, nepadarītie darbi.”	Fiziskais un psiholoģiskais diskomforts	
	“Nekas nekavē.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Informācijas trūkums ārsta noraidoša attieksme.”	Informācijas deficīts	Pozitīva motivācija
	“Sāpes, ierobežotas kustības, nomākts garastāvoklis.”	Fiziskais un emocionālais diskomforts	Motivācijas trūkums
	“Nekas nekavē.”	Pozitīvisms	
	“Jo man ir svarīgākas lietas, par ko domāt – kur nakšņošu, ko ēdīšu...”	Sociālās problēmas	
19. Sakiet lūdzu, kāda pēc Jūsu domām ir māsas loma Jūsu aprūpē un lūzuma ārstēšanā?			

Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Ievada medikamentus, pārsien.”	Medikamentozā aprūpe	Aprūpes procesu nodrošinošā loma
	“Dod zāles, pamāca, kā pareizāk lietot krukšus.”	Izglītojošā funkcija	
	“Māsiņa rūpējas un veicina atveseļošanās procesu.”	Pateicība par aprūpi	Uzticēšanās, Pozitīvisms
	“Nodrošina medikamentu saņemšanu.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“..asistēja, liekot ģipsi, skaidroja, ko darīs. Ievada medikamentus.”	Medikamentozā aprūpe	Aprūpes procesu nodrošinošā loma
	“..veic injekcijas, liek sistēmas.”	Izglītojošā funkcija	
	“Nodrošina medikamentu saņemšanu.”		
	“..dod zāles.”		
20.Norādiet lūdzu, kādu aprūpi, esot stacionārā Jūs vēlētos saņemt no māsas?			
Ārstniecības metode	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
Ķirurģiskā ārstniecības metode	“Mani viss apmierina. Ja kaut ko pajautā, māsa vienmēr savas kompetences līmenī atbild.”	Komunikācijas deficīts.	Vēlamā aprūpe
	“Viss ir labi, nezinu, ko vairāk prasīt.”		
	“Vairāk veltīt laiku, aprunāties.”	Pozitīvisms.	
	“Mani viss apmierina.”		
Neķirurģiskā ārstniecības metode	“Atrast vairāk laiku aprunāties, atbildēt uz jautājumiem.	Komunikācijas deficīts.	Vēlamā aprūpe
	“Tādu, kāda ir nepieciešama attiecīgajā brīdī.”		
	“Lai vairāk uzmanību veltītu pacientam.”		
	“Vēlētos, lai nebūtu tik stingras.”		

*Atsauce: Elīna Vestmane “Kontentanalīze”, Rīgā 2018.