

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE

PROFESIONĀLĀ AUGSTĀKĀS IZGLĪTĪBAS
BAKALaura STUDIJU PROGRAMMA „MĀSZINĪBAS”

**KARDIOĶIRURĢISKU PACIENTU LĪDZESTĪBA
ANTIKOAGULANTU LIETOŠANĀ**

BAKALaura DARBS

Autore: **Sintija Varsegova**

Stud. apl. Nr.: 15028

Darba vadītājs: Veselības zinātņu maģistrs māsziņbās, Sigita Sakne

RĪGA 2016

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma - kardioķirurģisku pacientu līdzestība antikoagulantu lietošanā.

Sirds un asinsvadu saslimšanas ir biežākais nāves cēlonis Latvijā. Katru gadu Latvijā veic līdz 1200 sirds operācijām. Otra biežākā operācija ir vārstuļu protezēšana pēc kuras pacientiem ir visa mūža garumā jālieto antikoagulanti, tāpēc ir ļoti svarīgi, lai pacients būtu pietiekami zinošs un līdzestīgs antikoagulantu terapijas laikā.

Darba mērķis ir noskaidrot kardioķirurģisku pacientu līdzestību un to ietekmējošos faktorus antikoagulantu lietošanā.

Pētniecības uzdevumi - izpētīt pieejamo jaunāko zinātnisko literatūru un interneta resursus par pacientu līdzestību, antikoagulantu nepieciešamību pēc kardioķirurģiskām operācijām, pētījuma koncepcija – Kalistas Rojas adaptācijas teorija, veikt pētījumu, veikt anketās iegūto datu apkopojumu un analīzi, izdarīt secinājumus, izstrādāt ieteikumus kardioķirurģiskiem pacientiem antikoagulantu lietošanā.

Izvirzītā hipotēze – kardioķirurģisku pacientu līdzestība antikoagulantu lietošanā ir zema.

Pētniecības instruments ir anketa, *pētniecības metode* – kvantitatīvā.

Pētījuma rezultāti liecina, ka darba mērķis ir sasniegts un izvirzītā hipotēze ir apstiprinājusies. Veicot datu analīzi tika secināts, ka galvenais faktors, kas ietekmē pacientu līdzestību ir bailes no antikoagulantu pārdozēšanas un asiņošanas riska. Pieaugot respondentu vecumam līdzestība samazinās.

Bakalaura darba izstrādāšanai tika izmantoti 30 literatūras avoti.

Atslēgvārdi: līdzestība, antikoagulanti, pacients, ārstēšana, aprūpe.

ANNOTATION

The subject of the Bachelor's paper is Cardio surgical patient adherence in anti-coagulant use.

Cardiovascular disease is the most common cause of death in Latvia. Each year, the Latvia carry out up to 1,200 heart operations. The second most common surgery is valve replacment after which patients will need to use anti-coagulants for the rest of their lives, so it is very important that the patient is sufficiently knowledgeable and adherent in anticoagulant therapy.

The objective of the Paper is to determine cardio surgical patients adherence and the factors influencing the use of anti-coagulants.

Research tasks - explore the latest available scientific literature and internet resources for patient adherence, the need for anti-coagulation after cardiac surgery, research concept – Callista Roy's adaptation theory, carry out a study, carry out data analysis, draw conclusions, develop recommendations for cardio surgical patients.

The elaborated hypothesis - cardio surgical patient's medical adherence in anti-coagulant use is low.

Research tool is a questionnaire, *research method* - quantitative.

The results of the research prove that the objective of the Paper has been achieved and that the elaborated hypothesis has been confirmed. It was concluded that the main factor affecting patient adherence is the fear of anti-coagulant overdose and bleeding risk. With increasing age of the respondents' compliance decreases.

In order to elaborate the Bachelor's Paper, 30 sources of scientific literature have been used.

Keywords: adherence, anti-coagulants, patient, treatment, care.

SATURS

IEVADS	5
1. K. ROJAS MĀSZINĪBU TEORIJA SAISTĪBĀ AR PACIENTU LĪDZESTĪBU	7
2. KARDIOĶIRURĢISKS PACIENTS	10
3. ANTIKOAGULANTU TERAPIJA	13
3.1. Antikoagulantu terapijas riski	14
3.2. Antikoagulantu terapijas problēmas	15
3.3. CoaguCheck XS sistēma (INR noteikšanai mājas apstākļos)	16
4. PACIENTU LĪDZESTĪBA	17
4.1. Faktori, kas ietekmē līdzestības veidošanos	17
4.2. Nelīdzestīgs pacients	19
4.3. Pielietojamie pasākumi līdzestības noteikšanai	20
5. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA	22
6. PĒTĪJUMA REZULTĀTI UN TO ANALĪZE	24
7. SECINĀJUMI	35
8. IETEIKUMI	37
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI	38
PIELIKUMI	41

IEVADS

Sirds un asinsvadu slimības ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma gan Latvijā, gan Eiropas Savienībā. Tās ir visizplatītākais nāves cēlonis Latvijā (55% no visiem nāves gadījumiem). Katru gadu tiek veiktas līdz 1200 sirds operācijām. Vairumā gadījumu sirds asinsvadu slimības progresē pateicoties nepareizam dzīves veidam. Tas, protams, ir atkarīgs arī no ekonomiskās situācijas valstī, no medicīniskās apkalpošanas, bet lielā mērā tas atkarīgs no tā – cik lielu vērību cilvēks pievērš savai veselībai. (23)

Pacientu līdzestība ir atbilde daudzās situācijās. Attīstīta pacientu līdzestība palīdz ietaupīt gan valsts, gan personīgos līdzekļus. Zinoši un atbildīgi pacienti un iedzīvotāji kopumā ir mērķis, uz kuru visiem kopā jāvirzās. Līdzestību ārstniecības procesā varam 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. (24)

Nereti pacienti pēc vizītes pie speciālista vai sava ģimenes ārsta nav izpratuši tālāko ārstniecības procesu, kāpēc ir jālieto konkrēti medikamenti u.c. jautājumus, līdz ar to ir svarīgi, lai pacients pirms vizītes sagatavotu interesējošos jautājumus, ko uzdot savam ārstam. Pacientu aptaujā par medicīniskās dokumentācijas drošību, konfidencialitāti un pieejamību Latvijā, ko veicis Pacientu Ombuds, (2013.gads) tika iekļauti jautājumi arī par to, vai un cik lielā mērā pacienti gatavojas vizītēm pie ārsta. Rezultāti parāda, ka 23% respondentu rūpīgi sagatavojas vizītei pie ārsta, iepriekš uzrakstot jautājumus un ņemot līdzi analīžu/izmeklējumu rezultātus, 53% respondentu norāda, ka tikai daļēji sagatavojas vizītei. Salīdzinoši liela daļa - 24% respondentu vizītei iepriekš negatavojas, kas var apgrūtināt ārsta darbu un nereti paildzināt diagnozes noteikšanu un ārstniecības rezultāta sasniegšanu. (25)

Kardioķirurģijā izšķir divas galvenās operācijas – koronāro artēriju šuntēšanu un vārstuļu protezēšanu un plastiku. Koronāro artēriju šuntēšanas laikā tiek izveidots šunts jeb apvedceļš nosprostotajai vai sašaurinātajai vainagartērijai. Veicot vārstuļu protezēšanas operāciju, lieto gan bioprotēzes, gan mehāniskās protēzes. Implantējot mehānisko vārstules protēzi, kuras kalpošanas laiks ir neierobežots, pēc operācijas visas dzīves garumā būs jālieto asins recēšanu kavējoši medikamenti – antikoagulanti. Antikoagulanti izmaina asins recēšanas rādītājus, pagarinot recēšanas laiku un tādējādi neļauj veidoties trombiem. Lietojot šos medikamentus, regulāri

jākontrolē asins recēšanas rādītāji INR analīzē, jo tas var novērst iespējamus riskus, piemēram, asiņošanu. (1)

Darba autore strādājot ar kardiķirurģiskiem pacientiem ir novērojusi to, ka pacienti līdz galam neizprot šo medikamentu – antikoagulantu nozīmību turpmākajā ārstēšanās procesā, pēcoperācijas periodā. Autore savā zinātniski pētnieciskajā darbā vēlas noskaidrot kādi faktori ietekmē pacientu līdzestību antikoagulantu lietošanā. Šos pētījuma rezultātus varētu izmantot kvalitatīvai pacientu izglītošanas izstrādei.

Darba tēma: kardiķirurģisku pacientu līdzestība antikoagulantu lietošanā

Darba mērķis: noskaidrot kardiķirurģisku pacientu līdzestību un to ietekmējošos faktoros antikoagulantu lietošanā

Darba uzdevumi:

1. Izpētīt pieejamo jaunāko zinātnisko literatūru un interneta resursus par pacientu līdzestību, antikoagulantu nepieciešamību pēc kardiķirurģiskām operācijām,
2. Pētījuma koncepcija – Kalistas Rojas adaptācijas teorija,
3. Izstrādāt pētījuma instrumentu - anketa,
4. Veikt pētījumu,
5. Veikt anketās iegūto datu apkopojumu un analīzi,
6. Izdarīt secinājumus,
7. Izstrādāt ieteikumus kardiķirurģisku pacientiem antikoagulantu lietošanā.

Pētījuma hipotēze: Kardiķirurģisku pacientu līdzestības antikoagulantu lietošanā ir zema

Pētījumā izmantotās metodes:

1. Kvantitatīvā pētniecības metode – kardiķirurģisku pacientu anketēšana,
2. Anketas rezultātu analīze un interpretācija,
3. Pētījuma dalībnieki: 100 respondenti – kardiķirurģiski pacienti, kuri lieto antikoagulantus,
4. Pētījuma bāze: x stacionārs.

1. K. ROJAS MĀSZINĪBU TEORIJA SAISTĪBĀ AR PACIENTU LĪDZESTĪBU

Ikvienam pacientam pēc sirds operācijas nākas aprast ar jauno situāciju – turpmāk visu mūžu būs jālieto antikoagulanti, jākontrolē asins analīzes un jāpatur prātā, ka šo medikamentu nekontrolēta lietošana vai nelietošana vispār var novest pie smagām veselības komplikācijām. Tāpēc veicot šo pacientu aprūpi būtu jābalstās uz K. Rojas adaptācijas teoriju, kurā tiek runāts par cilvēku, kā par vienota veseluma sistēmu, kur cilvēks ir biopsihosociāla būtne, kas atrodas nepārtrauktā saskarē ar iekšējo un ārējo mainīgo vidi un pielāgojas šīm pārmaiņām, pielietojot iedzimtos un iemācītos mehānismus, kuru izcelsme ir bioloģiska, psihiska un sociāla. (21)

Cilvēks ir adaptīva sistēma, kur notiek nepārtraukta informācijas un enerģijas apmaiņa. Piemērošanās rezultāti atkarīgi no indivīda spējas konstruktīvi atsaukties uz ārējiem un iekšējiem uzbudinājumiem. K. Roja norāda, ka adaptācija ir cilvēka integrācijas process, kas veicina pozitīvas un pamatotas reakcijas uz izmaiņām iekšējā un ārējā vidē. Ja cilvēka reakcijas ir nepamatotas un iekšēji neefektīvas, tās var apdraudēt cilvēka veselību. Adaptācijas procesā cilvēks pielieto – ģenētiskos nosacījumus, kā arī fizioloģiskos, psihiskos, kognitīvos un sociālos adaptācijas mehānismus. K. Roja apraksta divas apakšsistēmas, kas saistītas ar cilvēku spēju pielāgoties pārmaiņām – regulatorā apakšsistēma (neirālie, ķīmiskie un endokrīnie regulācijas procesi), kognitīvā apakšsistēma (uztvere, mācīšanās, spriešana jeb izvērtēšana, jūtas jeb emocijas). Teorija pieņem, ka regulatorās un kognitīvās apakšsistēmas izpaužas 4 piemērošanas jeb adaptācijas veidos :

1. fizioloģisko funkciju adaptācija – četras filoloģiskā vajadzības (skābeklis, ēdiens, izvadīšana, aktivitāte un atpūta), regulējošie procesi – termoregulācija, jušanas funkcija, endokrīnā regulācija, šķidrums un elektrolītu regulācija.

2. pašuztveres adaptācija – K. Roja pašuztveri definē kā pieņēmumu un jūtu kopumu, kas cilvēkam ir par sevi konkrētajā laika posmā un kuru ietekmē slimība, šajā gadījumā pēcoperācijas periods sirds ķirurģijas pacientiem un antikoagulantu lietošana, veselības pasliktināšanās, kā arī cilvēka iekšējie pārdzīvojumi un apkārtējo cilvēku attieksme, kas ir vitāli svarīga, lai saglabātu pacientu līdzestību.

3. lomu funkciju adaptācija – cilvēka dzīve saistās ar lomu maiņu, kad nepieciešama ieviešana jaunā lomā vai attieksšanās no kādas iepriekšējās lomas.

4. sociālās atkarības adaptācija – tas nozīmē līdzsvara iegūšanu un kļūt vai nu sociāli atkarīgam, vai patstāvīgam sociālās attiecībās un situācijās. (22)

Cilvēks ir sarežģīta būtne, kas ir spējīga pielāgoties dažādākajām dzīves situācijām. Tomēr ir situācijas, kad adaptācijas process cilvēkam var sagādāt daudz un dažādas grūtības, ne tikai emocionāli un garīgi, bet arī fiziski, tāpēc aprūpes darbinieku pienākums ir šo procesu pēc iespējas atvieglot un palīdzēt pacientam aprast ar jauno dzīves situāciju.

K. Roja savā teorijā veselību apraksta kā dinamisku attīstības procesu, kurš var turpināties līdz pat dzīves beigām. Ja vides uzbudinājumi prasa vairāk nekā cilvēka piemērošanās mehānismi spēj sniegt, veselība ir apdraudēta un var sekot slimība. Slimība ir nespēja piemēroties vides spriegumiem. Veselības atgūšanā ir nepieciešams tāds adaptācijas stāvoklis, kas atbrīvo enerģiju, lai cilvēks spētu cīnīties ar vides kairinātājiem. (21)

Māsa ir svarīgs veselības atgūšanas posms, turklāt viņa ir jābūt spējīgai ietekmēt pacienta domāšanu uz pozitīvo pusi tiktāl, lai pacients pats ar laiku spējīgs kontrolēt savu veselības gaitu – tātad, lai viņš ir pietiekami līdzestīgs visā, kas notiek ar viņa veselību.

Cilvēka spēju adaptēties visvairāk ietekmē vide, kurā viņš uzturas. Pēc K. Rojas teorijas vide, tā ir visu mainīgo apstākļu kopums, kas ietekmē cilvēka izturēšanos. Cilvēks savas dzīves laikā ir pakļauts iekšējās un ārējās vides pārmaiņām, kuras cilvēkam ir jāpārvar un jāpielāgojas caurs adaptāciju. Informācijas un enerģijas apmaiņa starp cilvēka iekšējo un ārējo vidi ir nepārtraukts process. Pielāgošanās ietver cilvēka spējas izmainīt vidi atbilstoši viņa vajadzībām. (20)

Ja pacients atrodas vidē, kurā viņš jūtas slikti, tad ietekmējoties no tās, viņš nav spējīgs būt pietiekami līdzestīgs. Pacientam jājūtas droši un komfortabli vidē, kurā viņš atrodas. Ja pacientam ir nopietnas veselības problēmas, tad videi ir liels nopelns tam cik ātri un efektīvi pacients atgūs veselību, līdz ar to aprūpes darbiniekiem, pacientam atrodoties stacionārā, ir jārada patīkama vide, lai atveseļošanās process būtu veiksmīgāks. Turpretī ģimene ir tā, kas rūpējas par vidi mājās, kad pacients pamet stacionāru, lai turpinātu jau veseļoties mājās.

K. Rojas teorija norāda, ka aprūpe ir mērķtiecīgas darbības ar aprūpes procesa paaugstināt cilvēka spējas un veicināt cilvēka pielāgošanos pārmaiņām – iekšējām un ārējām vides izmaiņām. Aprūpes saņēmējs var būt indivīds, ģimene vai sabiedrība, kuri var atrasties dažādās veselības stadijās. Māsa veic aprūpi četrās adaptācijas jomās, kuras ietver cilvēka fizisko, psihisko un sociālo dimensiju. Māsai jācenšas panākt pacienta iesaistīšanos aprūpē, kā arī izmantot viņas

pašas spējas, lai pielāgotos noteiktai situācijai. Aprūpe ir vajadzīga brīdī, kad pavājinās adaptācija un cilvēks negatīvi reaģē uz pārmaiņām. (23)

Šajā gadījumā māsa ir tas cilvēks, kas palīdz pacientam pierast pie slimnīcas vides un iedrošina viņu, kad pacients dodas mājās – izglītojot pacientu par pēcoperācijas periodu, par medikamentu lietošanu. Izstāta, kur meklēt nepieciešamo palīdzību, ja rodas tāda nepieciešamība, ka vienmēr ir iespēja meklēt palīdzību, ja rodas neskaidri jautājumi. Māsa sagatavo pacientu, palīdz adaptēties jaunajai dzīves situācijai, kas šajā gadījumā ir antikoagulantu lietošana visa mūža garumā – informējot par riskiem, ieguvumiem, terapijas nepieciešamību.

Dotajā bakalaura darbā cilvēks ir pacients pēc sirds operācijas, kuram turpmākajā dzīves garumā būs nepieciešams lietot antikoagulantus, kas prasa regulāras vizītes pie ģimenes ārsta, regulāras analīžu nodošanas reizes. Tāpēc, ja pacients pirms šādas operācijas ir bijis relatīvi vesels un tagad pēc tās viņam ir jāpārkārtos savs dzīves ritms, tas var darīt zināmas neērtības gan pašam pacientam, gan viņa ģimenei. Pacientam ir jāspēj adaptēties jaunajai dzīves situācijai, tāpēc bakalaura darba autore par piemērotāko uzskata K. Rojas adaptācijas teoriju.

2. KARDIOĶIRURĢISKS PACIENTS

Sirds un asinsvadu slimības ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma gan Latvijā, gan Eiropas Savienībā. Tās ir visizplatītākais nāves cēlonis Latvijā (55% no visiem nāves gadījumiem). Katru gadu tiek veiktas līdz 1200 sirds operācijām. Vairumā gadījumu sirds asinsvadu slimības progresē pateicoties nepareizam dzīves veidam. (7)

Kardioķirurģijā izšķir divas galvenās operācijas – koronāro artēriju šuntēšanu un vārstuļu protezēšanu un plastiku. Koronāro artēriju šuntēšanas laikā tiek izveidots šunts jeb apvedceļš nosprostotajai vai sašaurinātajai vainagartērijai. Veicot vārstuļu protezēšanas operāciju, lieto gan bioprotēzes, gan mehāniskās protēzes. Implantējot mehānisko vārstules protēzi, kuras kalpošanas laiks ir neierobežots, pēc operācijas visas dzīves garumā būs jālieto asins recēšanu kavējoši medikamenti – antikoagulanti. (1)

Sirds vārstuļu ķirurģiska ārstēšana - ķirurģiskas operācijas mērķis ir atjaunot sirds vārstuļu funkciju, nodrošinot gan brīvu asins caurplūdi, gan pilnvērtīgu aizvēršanos. Gan sirds vārstuļu stenožu, gan nepietiekamības gadījumā to var panākt, aizstājot jeb protezējot patoloģiski izmainīto vārstuli ar mākslīgu protēzi vai arī veicot vārstuļa plastikas operāciju. Sirds vārstuļu protēzes iedalās bioloģiskajās un mehāniskajās protēzēs. Bioloģiskās protēzes tiek veidotas no dzīvnieku, visbiežāk cūkas sirds aortas vārstuļa vai liellopa perikarda. Mehāniskās vārstules ir divlapiņu un ir izgatavotas no īpaša grafitā kompozītmateriāla. (7)

Plastiskās sirds vārstuļa operācijas pielietojamas gadījumos, kad vārstuļu pamatstruktūra – lapiņas - nav izmainītas vai ir izmainītas nelielā struktūrā. Šīs operācijas laikā tiek atjaunota vārstuļa funkcija, veicot sirds vārstuļa gredzena sašaurināšanu vai atjaunojot tā hordas. Vārstuļu plastisko operāciju priekšrocība ir, saglabājot pacienta dabisko vārstuli, samazināt operācijas traumu, saglabāt labāku hemodinamiku, izvairīties no antikoagulantu lietošanas un iegūt ilgtermiņa rezultātu. Diemžēl ne visu sirds vārstuļu patoloģiju gadījumos plastiskās operācijas ir pielietojamas. (7)

Aortas vārstuļa stenoze – tā ir visbiežāk sastopamā sirds vārstuļu slimība Eiropā un Ziemeļamerikā, kā arī izplatītākais kardiovaskulāro slimību izraisītais nāves cēlonis pēc koronārās sirds slimības, sirds mazspējas un hipertensijas. Aortas vārstuļa stenozes ķirurģiska korekcija ir otra biežākā sirds operācija pēc koronāro artēriju šuntēšanas operācijas. (7)

Galvenais aortas vārstuļa stenozes patoģenētiskais faktors ir ateroskleroze. Aortas vārstuļa lapiņu sklerozi bez stenozes atrod 26 – 29% pacientu pēc 65 gadiem. Aortas vārstuļa sklerozes

biežums ievērojami pieaug, palielinoties indivīdu vecumam, vecumā no 75 līdz 84 gadiem to novēro 35% cilvēku, bet virs 85 gadu vecuma pat 48% cilvēku. Degeneratīva, kalcinozes izraisīta aortas vārstuļa stenoze skar 2 – 7% no ASV un Eiropas iedzīvotājiem, kas vecāki par 65 gadiem.

Pie aortas vārstuļa stenozes pacientiem ir konstatējami raksturīgie simptomi – elpas trūkums slodzes laikā, stenokardija, galvas reiboņi, ģīboņi, ir jāņem vērā, ka pacients var noliegt simptomu esamību vai neapzināti samazināt ikdienas aktivitātes, lai izvairītos no simptomu parādīšanās. Objektīvais rādītājs būs troksnis uz aortas vārstuļa auskultācijas vietas. (9)

Degeneratīva, kalcinozes izraisīta aortas vārstuļa stenoze ir hroniska, progresējoša slimība, ilgu laiku pacienti ir asimptomātiski. Asimptomātiskā perioda ilgums ir dažāds. Pēkšņa kardiāla nāve ir biežākais nāves cēlonis pacientiem ar simptomātisku aortas vārstuļa stenozi, bet retāk sastopama asimptomātiskiem pacientiem pat smagas aortas vārstuļa stenozes gadījumos (< 1%). (7)

Ķirurģiska operācija ir labākā iespējamā ārstēšanas metode smagas aortas vārstuļa stenozes gadījumā. Mūsdienu pētījumi ir pierādījuši, ka pacientiem vecuma grupā līdz 70 gadiem izolētas aortas vārstuļa protezēšanas operācijas mirstības risks ir 1 – 3%. (7)

Operācijas rezultātus ietekmē šādi riska faktori – pacienta vecums, blakusslimības, sieviešu dzimums, sirds mazspēja, kreisā kambara disfunkcija, pulmonālā hipertensija, koronāra sirds slimība, iepriekšēja vārstuļu operācija vai koronāro artēriju šuntēšanas operācija. Pēc aortas vārstuļa protezēšanas operācijas ir ievērojama simptomu mazināšanās un dzīves kvalitātes uzlabošanās. Pēcoperācijas dzīvildze tiek pielīdzināta vidējai pacientu dzīvildzei šajā vecumā. Riska faktori vēlīnai pēcoperācijas mirstībai ir vecums, blakusslimības, smagu simptomu esamība, kreisā kambara disfunkcija, kambaru aritmijas un neārstēta koronārā sirds slimība. Pacientiem pēc aortas vārstuļa protezēšanas operācijas ir pierādīta ilgāka un ievērojami kvalitatīvāka dzīvildze, pat indivīdiem pēc 80 gadu vecuma. Tāpēc lielu vecumu nevajadzētu uzskatīt par kontrindikāciju operācijas veikšanai. (7)

Transkatetra aortas vārstuļa implantācija (TAVI) - pēdējos gados, uzlabojoties un pilnveidojoties sirds operāciju rezultātiem, tostarp gados veciem pacientiem, aortas vārstuļa ķirurģiskās ārstēšanas risks ir zems. Taču gadījumos, kad pacientam ir nopietnas blakusslimības vai iepriekš veikta sirds operācija, un gados veciem pacientiem klasiskās operācijas risks saglabājas augsts, apsverama TAVI – transkatetra aortas vārstuļa implantācija. (11)

Indikācijas TAVI:

- Vecums virs 70;
- Augsta ķirurģiska riska pacienti: >20%;
- Citi riska faktori – aknu ciroze, „porcelāna aorta”, staru terapija krūšu kurvī anamnēzē, iepriekšēja koronāro artēriju šuntēšanas operācija ar funkcionāliem šuntiem u.c. (11)

TAVI kontraindikācijas:

- Pacienta vispārējais stāvoklis pieļauj veikt ķirurģisku vārstuļa protezēšanu;
- EhoKG konstatēti intrakardiāli trombi kreisajā kambarī;
- Smaga organiska mitrāla vārstuļa regurgitācija;
- Iepriekš veikta aortas vārstuļa protezēšana ar mehānisku protēzi;
- Pacienta paredzētā dzīvildze mazāka par 1 gadu;
- TAVI neuzlabos pacienta dzīves kvalitāti, ņemot vērā blakusslimības. (11)

TAVI laikā vārstuļa protēzi atkarībā no pacienta anatomiskajām īpatnībām ievada caur perifērajiem asinsvadiem vai caur sirds galotni. Vārstuļu protēzes ievades veidi – transfemorāls, transapikāls, transaortāls un transsubklaviāls. (11)

Mitrālā vārstuļa stenoze un regurgitācija - mitrālā vārstuļa stenozei parasti ir reimatiska etioloģija. Lai gan reimatisms ir ievērojami samazinājies, mitrāla stenoze joprojām ir nozīmīgs saslimstības un mirstības iemesls pasaulē. (8)

Mitrālā regurgitācija ir otra biežākā vārstuļu slimība pēc aortas vārstuļa stenozes. Organiska mitrālā regurgitācija ietver visas etioloģijas, kas saistītas ar lapiņu patoloģiju, kad lapiņu patoloģijas ir primārais regurgitācijas iemesls. Savukārt išēmiska un funkcionāla regurgitācija ir saistīta ar kreisā kambara slimību. Mitrālas regurgitācijas biežs iemesls ir arī hordu ruptūra. Nedrīkst arī aizmirst par infekciozā endokardīta izraisītu mitrālu regurgitāciju. (13)

Trikuspidālā vārstuļa stenoze un regurgitācija - triviāla trikuspidāla vārstuļa regurgitācija ir bieži sastopama veseliem cilvēkiem. Nozīmīga trikuspidāla regurgitācija ir funkcionālas etioloģijas un reti saistīta ar vārstuļu patoloģiju. Funkcionāla trikuspidālā vārstuļa regurgitācija ir ļoti izplatīta sirds mazspējas pacientiem ar abu kambaru dilatāciju, sistolisko disfunkciju un pulmonālu hipertensiju. Trikuspidālā vārstuļa stenozes pamātā ir reimatiskas dabas un sastopama galvenokārt jaunattīstības valstīs. (13)

3. ANTIKOAGULANTU TERAPIJA

Antikoagulanti – medikamenti, kas šķidrina asinis un kavē trombu veidošanos. Šāds medikaments ir orfarīns jeb varfarīns (K vitamīna antagonists). (6)

Uzreiz pēc sirds operācijas nefrakcionēta heparīna ievade nodrošina adekvātu antikoagulāciju, kamēr tiek sasniegts mērķa INR. Īpaši augsts trombembolijas risks ir pirmajā mēnesī pēc operācijas – šajā periodā īpaši rūpīgi jāseko antikoagulācijas režīmam un efektivitātei, jāveic koagulācijas rādītāju kontrole biežāk. (11)

Heparīns ir viela, kas rodas cilvēku un dzīvnieku organismā. Heparīnu lieto injekcijām trombozes ārstēšanā. (27)

Nefrakcionētais heparīns sastāv no polisaharīdu ķēdēm, kuru molekulmasa ir no 2000 līdz 30000 daltoniem. Trešdaļa molekulu saistās ar antitrombīnu, kas paātrina koagulācijas faktoru. (5)

Nefrakcionētā heparīna antikoagulanta efekts turpinās 4 – 6 stundas pēc medikamenta ievades. Zemas molekulmasas heparīna vai nefrakcionētā heparīna terapija jāturpina līdz brīdim, kad INR sasniedz terapeitisko efektu. Nefrakcionēta heparīna antidots ir protamīna sulfāts, taču šis medikaments, īpaši ievadot to pārāk ātri, var veicināt anafilaktisku reakciju ar kardiovaskulāru kolapsu. Zemas molekulmasas heparīna efekts var tikt samazināts 8 stundu laikā pēc antidota ievades. (12)

Varfarīna deva tiek piemeklēta, vadoties pēc INR, kura mērķis parasti ir robežās starp 2,0 – 3,0 (izņemot pacientus pēc mehāniskās vārstuļu protēzes implantācijas, kam mērķis ir INR 2,5 – 3,5). Ņemt vērā, ka uzturošā deva apgriezti korelē ar pacienta vecumu. Vidējās aprakstītās uzturošās varfarīna devas dažādās vecuma grupās orientējoši ir: 6mg (<50 gadiem), 5mg (50 – 59 gadiem), 4 – 4,5mg (60 – 69 gadiem), 3,5 – 4mg (70 – 79 gadiem) un 3,5mg (>80 gadiem). Uzsākot varfarīna terapiju, par devas efektivitāti var spriest ne ātrāk kā pēc 5 – 7 dienām, regulāri kontrolējot INR, sākot no 5. Dienas (ambulatorajiem pacientiem) vai 3. – 4. dienas (stacionārā). Pēc devas maiņas, nepieciešama atkārtota INR kontrole pēc 5 – 7 dienām. Ja sasniegts mērķa INR, veic atkārtotu INR kontroli pēc 1 nedēļa, tad pēc 2 nedēļām, pēc tam 1x mēnesī. Pacientiem, kam INR ir stabils 3 mēnešus pēc kārtas, pieļaujam retāka INR kontrole (bet ne retāk kā 1x 3 mēnešos). (15)

Ja pacientam, kam iepriekš INR ir bijis mērķa diapazonā, aktuālais INR atšķiras no mērķa diapazona robežām par mazāk nekā 0,5 vienībām (piem., 1,8 vai 3,3 pacientiem ar mērķi 2,0 –

3,0), nepieciešams atkārtot INR analīzi ne vēlāk kā 3 dienu laikā. Ja INR joprojām ir ārpus mērķa diapazona, nepieciešams koriģēt devu un atkārtot INR pēc 5 – 7 dienām. (15)

Ja pacientam, kam iepriekš INR ir bijis mērķa diapazonā, aktuālais INR atšķiras no mērķa diapazona robežām par vairāk nekā 0,5 vienībām (piem., 1,4 vai 3,6 pacientam ar mērķi 2,0 – 3,0), INR kontrole jāatkārto nekavējoties, lai izslēgtu kļūdu vai nekavējoties koriģētu devu un atkārtotu INR pēc 5 – 7 dienām. (15)

Jebkuras citas farmakoterapijas uzsākšanas vai atcelšanas gadījumā ieteicama atkārtota INR kontrolē pēc 5 – 7 dienām, lai izslēgtu zāļu mijiedarbības faktoru. Tā kā K vitamīns inaktīvā varfarīna iedarbību, pacientus nepieciešams izglītēt par K vitamīnu saturošiem produktiem, no kuru lietošanas uzturā ir jāizvairās un kuru lietošanai nedrīkst būt krasas svārstības. (15)

INR kontroli pacients var veikt arī izmantojot individuālo INR noteikšanas ierīci mājas apstākļos ar stripiem, ņemot asinis no pirksta. (15)

Varfarīna terapija uzskatāma par adekvātu tikai gadījumos, kad INR atrodas mērķa diapazonā vismaz 70% no kopējā ārstēšanas laika. (15)

Katra pacienta individuālo mērķa INR nosaka implantētās vārstuļa protēzes trombogenitātes pakāpe un pacienta individuālie riska faktori. Daudzām no jaunajām protēzēm nav pieejami dati par protēžu trombozēšanās risku atkarībā no INR līmeņa, tāpēc nav iespējams tās klasificēt. Kamēr šādi dati nav pieejami, tās iekļaujamas vidējas trombogenitātes grupā. Orālās antikoagulācijas līmenis dažreiz jāpiemēro individuāli – asiņošanas gadījumā rekomendējot nedaudz zemāku INR pacientam vai pēc trombemboliska gadījuma iesakot nedaudz augstāku INR. (11)

3.1. Antikoagulantu terapijas riski

Visbīstamākā antitrombolītiskās terapijas blakne ir asiņošana. Klīnikā ir situācijas, kad pacientam antikoagulantu lietošanas gadījumos rodas asiņošana vai šādiem pacientiem nepieciešama akūta invazīva procedūra. Tad ir jāzina, kā pēc iespējas ātrāk apturēt lietotā medikamenta efektu. Situācijas var būt ļoti dažādas – var būt laiks gaidīt pāris stundu, var būt neatliekama situācija, kad medikamenta darbība jāpatur nekavējoties. (14)

Nozīmīgas asiņošanas risks parādās, ja INR ir virs 4,5, un tas pieaug, ja INR augstāks par 6. Tāpēc, ja INR ir virs 6, nepieciešama antikoagulācijas efekta reversija, lai novērstu nozīmīgu asiņošanu. Taču pacientiem bez asiņošanas pazīmēm ar mehāniskajām sirds vārstuļu protēzēm

intravenoza K vitamīna ievadīšana nav vēlama augstā protēzes trombozēšanās riska dēļ, pārāk strauji samazinoties INR. Šādus pacientus būtu vēlams stacionēt un stacionārā pārtraukt varfarīna lietošanu, ļaujot INR samazināties pakāpeniski. Ja INR >10, jāapsver svaigi saldētas plazmas ievadīšana. Aktīvas asiņošanas gadījumā, ko neizdodas kontrolēt lokāli, pieļaujama K vitamīna un svaigi saldētas plazmas lietošana. (7)

Pacientiem, kas tika labi kontrolēti klīniskās pētījumos, ārstēšana ar K vitamīna antagonistiem palielināja lielo asiņošanas risku par 0,5% gadā un intrakraniālo asiņošanas risku par 0,2% gadā. Taču, analizējot antikoagulantu radīto asiņošanas risku neatlasītu pacientu vidū, tas palielinājās par 1,35% līdz 3,4% gadā. (14)

Varfarīna efekts ilgst 60 – 80 stundas. Medikaments, kas ir ar atgriezenisku darbību ir K vitamīns. Pēc K vitamīna intravenozas ievades INR sāk samazināties 2 stundu laikā, koagulācija normalizējas 12 – 16 stundās. K vitamīna deva atkarīga no pacienta INR un ķermeņa svara. Ja nozīmē K vitamīnu orāli, tad pilnīga koagulācija normalizācija notiek 24 stundu laikā. (14)

Sievietēm – grūtniecēm, kurām nepieciešams lietot orfarīnu ir jābūt īpaši uzmanīgām. Orfarīns var nodarīt kaitējumu auglim, īpaši pirmajā trimestrī. Šādos gadījumos visbiežāk orfarīnu nomaina pret heparīnu. Pēc tam atkarībā no speciālista viedokļa var pāriet atpakaļ uz orfarīnu, kad grūtniecības pirmais trimestris ir beidzies. (26)

3.2. Antikoagulantu terapijas problēmas

Ja nepieciešama ilgstoša profilaktiska terapija trombožu novēršanai, tad vairāk nekā 50 gadu K vitamīna antagonisti (varfarīns) bija vienīgā pieejamā p/o terapija. Tomēr varfarīna terapijai ir daudz problēmu:

- Devas individuāla piemeklēšana (deva dažādiem slimniekiem var atšķirties pat 10 reizes);
- Ģenētiska varfarīna ietekme;
- Mijiedarbība ar citiem medikamentiem;
- Mijiedarbība ar K vitamīnu saturošiem uzturproduktiem;
- Nepieciešamība regulāri laboratoriski kontrolēt starptautiski normalizēto proporciju – INR;
- Grūtības ātri panākt stabilu INR līmeni (2,0 – 3,0);
- Nekontrolējamas un reizēm neizskaidrojamas INR svārstības;

- Spontānas asiņošanas vai trombozes;
- Aknu problēmu saistība ar varfarīna lietošanu;
- Pacientu līdzestības trūkums. (16)

Pēc literatūras datiem ir 57 dažādi medikamenti vai pārtikas vielas, kas potencē varfarīna efektu, turklāt, mijiedarbojoties savā starpā šo vielu ietekme un K vitamīna antagonistiem kļūst jo vairāk neprognozējama. Klasiskais klīniskais piemērs ir amiodorons, statīni un varfarīns. (16)

Jaunie antikoagulanti – dabīgatrāns, rivaroksabāns, apiksabāns – strauji gūst pamatotu popularitāti kardioloģijā gan lietošanas ērtuma, gan efektivitātes ziņā. Tomēr līdz šim nav neviena pozitīva pētījuma, kas apstiprinātu to lietošanas iespējas pēc mehāniskas sirds vārstuļa protēzes implantācijas. Jauno antikoagulantu lietošana būtu apsverama vienīgi pacientiem pēc sirds vārstuļu protezēšanas ar bioloģiskajām protēzēm, tostarp TAVI, pacientiem, kam indicēta antikoagulantu lietošana. (7)

3.3. CoaguCheck XS sistēma (INR noteikšanai mājās apstākļos)

CoaguChek XS sistēmu lieto koaguloģijas lielumu (parasti tromboplastīna laika, protrombīna laika, Kvika skaitļa) kvantitatīvai monitorēšanai ar CoaguChek XS teststripiem. CoaguChek XS sistēma (CoaguChek XS monitors un CoaguChek Xs PT (protrombīna laika) teststripi) kvantitatīvi nosaka PT (protrombīna laiku), Kvika skaitli un INR, izmantojot pirksta gala kapilārās asinis vai neapstrādātas venozās pilnasinis. CoaguChek XS sistēma padara vienkāršu koaguloģijas analīžu veikšanu. (28)

Pacientiem lietojot varfarīnu perorāli ir ļoti svarīgi zināt savu INR lielumu vienmēr un visur. Tas palīdz pacientiem labāk kontrolēt koagulācijas līmeni asinīs, veicina drošības sajūtu un uzlabo dzīves kvalitāti. Rūpīga INR kontrole pacientam ļauj izvairīties no insulta un asiņošanas riska. (30)

Ar šo sistēmu pacients var ātri un ērti kontrolēt savu INR lielumu. Ar šo sistēmu var ietaupīt laiku un pacienta līdzekļus. Pacientam var nav jāuztraucas par to kur un kā varēs nodod asins analīzes. INR lielumu var uzzināt vienas minūtes laikā. (30)

Pēc Pasaules Veselības Organizācijas datiem, salīdzinot divas metodes – laboratorisko analīžu rezultātus un CoaguChek analīžu rezultātus, mērījumi atšķīrās tikai par 0,2 – 0,4 vienībām, kas norāda un to, ka CoaguChek sistēma ir pietiekami precīza un droša izmantošanai mājās apstākļos. (10)

4. PACIENTU LĪDZESTĪBA

Pacientu līdzestība ir regulāra ieteikto medikamentu lietošana un sekošana ārsta rekomendācijām. Līdzestība ir produktīva pacienta un ārsta sadarbība, kas balstīta uz savstarpēju cieņu, uzticēšanos un ieinteresētību pozitīvā ārstēšanas rezultātā gan no slimnieka, gan ārsta puses. (29)

Pacienta veiksmīga izveseļošanās lielā mērā atkarīga no diviem galvenajiem komponentiem - pašam cilvēkam ir jāvēlas izveseļoties un aktīvi jāiesaistās ārstēšanas procesā. Pirmais līdzestības solis ir savlaicīga došanās pie ārsta. Nākamais solis ir kopīga lēmuma pieņemšana. Trešais solis līdzestībā ir norādījumu un rekomendāciju ievērošana pēc ārstēšanās. (29)

Pacientu līdzestība ir atbilde daudzās situācijās. Attīstīta pacientu līdzestība palīdz ietaupīt gan valsts, gan personīgos līdzekļus. Zinoši un atbildīgi pacienti un iedzīvotāji kopumā ir mērķis, uz kuru visiem kopā jāvirzās. Līdzestību ārstniecības procesā varam 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. (24)

Izrakstītie medikamenti palīdz ātrāk un labāk pacientiem izveseļoties. Neskatoties uz to lielākā daļa pacientu izvēlas nedzert medikamentus kā viņiem to izrakstījis ārsts. Pētījumi rāda, ka pacienti ar hroniskām saslimšanām pārtrauc lietot zāles viena gada laikā pēc terapijas uzsākšanas. (2)

Līdzestība medikamentu lietošanā ir ļoti svarīga, jo tās trūkums var novest pie atkārtotas nonākšanas stacionārā, slimību saasināšanās gadījumiem, kā arī sliktākajā gadījumā pat pie nāves. (18)

4.1. Faktori, kas ietekmē līdzestības veidošanos

Pacientu ikdienas sastāvdaļai būtu jābūt rūpīgai medikamentu lietošanai katru dienu kā ārsts nozīmējis, bet tas nebūt nav tik vienkārši kā izklausās. Zāļu mijiedarbība, blakusparādības, izmaksas, pacientu sociālais un ekonomiskais stāvoklis – šie ir tikai daži faktori, kas var ietekmēt pacientu līdzestību medikamentu lietošanā. Pacientu uzvedība attiecībā uz lēmumu pieņemšanu,

kas skar viņu veselību var ietekmēt viņu līdzestību kopumā – tas tad arī var noteikt ārstēšanas iznākumu. (2)

Svarīgākais faktors, kas ietekmē pacientu līdzestību ir pacienta un ārsta attiecības. Efektīva komunikācija starp ārstu un pacientu noved pie pozitīva ārstēšanas iznākuma, kas sevī ietver apmierinātu pacientu, labu informācijas apmaiņu starp pacientu un ārstu, un līdz ar to pietiekamu pacientu līdzestību – tas palīdz labāk pacientam izprast visu par viņa saslimšanu, kā arī novērtēt visus riskus un ieguvumus, ko tā var sniegt. (3)

Pasaules Veselības Organizācija ir izdalījusi piecus, savstarpēji saistītus, faktoros, kas ietekmē pacientu līdzestību:

1. Veselības sistēma – pacienta un ārsta attiecības; nepietiekama vai pat slikta komunikācija starp pacientu un ārstu; augstas medikamentu cenas; nepieejami veselības pakalpojumi; ilgs gaidīšanas laiks, lai tiktu pie speciālista; zināšanu trūkums par pacientu līdzestību;
2. Sociālie un ekonomiskie faktori – ģimenes atbalsta trūkums; nestabili dzīves apstākļi; ierobežota pieejamība veselības aprūpes iestādēm; veselības apdrošināšanas neesamība; aptieku nepieejamība; medikamentu izmaksas;
3. Terapiju ietekmējošie faktori – sarežģītība medikamentu lietošanas grafikā; nepieciešamība pēc medicīniskām iemaņām (intravenozas injekcijas); terapijas ilgums; nepārtrauktas izmaiņas pielietotajā terapijā; nevēlamas medikamentu blakusparādības; terapija var ietekmēt pacientu dzīvesveidu un dzīves kvalitāti kopumā ;
4. Pacients – fiziskie faktori (vizuālais izskats, dzirdes, redzes, apziņas traucējumi); psiholoģiskie faktori (zināšanas par saslimšanu, risku apzināšanās, izpratne par terapijas nepieciešamību, motivācija, bailes par iespējamajām medikamentu blakusparādībām, bailes no medikamentu atkarības, slimības izraisīts stress, dusmas, apjukums, atkarība no alkohola un narkotikām);
5. Pacienta veselības stāvoklis – hroniskas saslimšanas; simptomu daudzums vai to iztrūkums; depresija; psihiskas saslimšanas. (3)

4.2. Nelīdzestīgs pacients

Pastāv vairāki nosacījumi pēc kuriem var noteikt vai pacients ir pietiekami līdzestīgs vai nē. Tie ir – sliktas valodas zināšanas, kas noved pie sliktas informācijas apmaiņas; patstāvīgas dzīvesvietas trūkums; depresija; psihiskas saslimšanas; atkarības; zemas kognitīvās spējas vai to trūkums; atmiņas traucējumi; dusmas, psiholoģisks stress, apjukums; zināšanu trūkums par saslimšanu; ticības trūkums par ārstēšanas ieguvumu; uzskats, ka medikamentu lietošana nav svarīga vai, ka tie ir veselībai kaitīgi; bailes no medikamentu iespējamajām blakusparādībām; medikamentu izmaksas; ierobežota veselības aprūpes iestāžu un medikamentu pieejamība; neadekvāta medikamentu lietošanas kontrole; medicīnas iestāžu neapmeklēšana. (3)

Aprūpes sniedzējam – ārstam, vajadzētu parūpēties par to, lai pacientam sniedzamā informācija būtu pēc iespējas vienkāršāka, lai to panāktu ir jāvienkāršo informācija par terapiju (kādos laikos medikamentus dzert, kādas devas, izzināt pacienta ikdienas gaitas, lai vieglāk būtu pielāgot medikamentu lietošanu pacienta ikdienas aktivitātēm), jādalās zināšanās ar pacientu, lai viņš izprastu terapijas nepieciešamību, jāizmaina pacienta uzvedība attiecībā uz savu veselību un terapiju, jānodrošina laba komunikācija un uzticēšanās, jāizslēdz neobjektivitāte (nedrīkst pacientus iedalīt sociālajās kārtās, pēc etniskās piederības, visiem ir jābūt vienlīdzīgiem), jāizvērtē līdzestība (jāseko līdzi pacienta līdzestībai, jo laikus ievērojot, ka pacients nav pietiekami līdzestīgs, pastāv iespēja pacientu pietiekami motivēt un izglītot, kas var uzlabot pacienta līdzatbildību par viņa paša veselības stāvokli). (3)

Ir svarīgi apzināties, ka nepietiekama pacientu līdzestība nav tikai viņu vaina, bet līdzatbildīgi ir arī aprūpes sniedzēji – ārsti, medicīnas māsas un citi aprūpes darbinieki. Pēc veiktajiem pētījumiem, pacientam esot aprūpes iestādē, pacientu līdzestība medikamentu lietošanā ir 100% - pacients saprot terapijas nepieciešamību. Izrakstoties no medicīnas aprūpes iestādes un esot jau mājās tikai 88% pacientu izpilda precīzus ārsta norādījumus. Vēl pēc pāris mēnešiem pacientu līdzestība ir samazinājusies līdz 76% - pacients neizprot vai ir aizmirsis terapijas ieguvumus un riskus, iestājas pārliecība, ka viss ir kārtībā un medikamentus vairs nav nepieciešamība lietot, vai medikamentu ir tik daudz, ka pacients pats izvēlas daļu nedzert. Līdz vienam gadam pēc terapijas uzsākšanas rūpīgu medikamentu lietošanu ievēro vairs tikai 47% - pacienti aizmirst iedzert zāles, baidās no blakusefektiem, pietrūkst finanses, lai medikamentus iegādātos. (4)

Nelīdzestīgs pacients, kurš neievēro ārsta norādījumus, nemaina dzīvesveidu, rada daudz problēmu gan sev, gan visai veselības sistēmai. Nedrīkst neievērot visus iepriekš minētos faktorus, kas ietekmē pacientu līdzestību medikamentu lietošanā. Ir svarīgi apzināties medicīnas aprūpes darbinieku un pacienta lomu līdzestības veicināšanā. Tikpat svarīgi ir apzināties arī reālo situāciju līdzestības veicināšanā. Ideālā situācija būtu tad, ja būtu iespējams sekot līdz pacientu līdzestībai arī tad, kad pacients vairs neatrodas stacionārā – regulāri zvanot un pārbaudot, kā tiek lietoti medikamenti, izmantot video un rakstiskos materiālus kā palīglīdzekļus pacientu izglītošanā, izveidot pacientu atbalsta grupas, uzaicināt pacienta ģimenes locekļus un draugus, tādā veidā viņus iesaistot pacienta līdzestības veicināšanā, nospraust pacientam mērķus uz kuriem tiekties, iedrošināt pacientu sekot līdzī savai ikdienai ieviešot dienas plānus u.c. Ir skaidrs, ka nav tāda ātra veida kā atrisināt pacientu līdzestības problēmu, bet pētījumi rāda, ka problēmas risinājumam ir jābūt vienkāršam, mērķētam uz pacienta izpratni, daudzveidīgam un efektīvam. (4)

4.3. Pielietojamie pasākumi līdzestības noteikšanai

Viens no galvenajiem līdzestības noteikšanas aspektiem ir izprast tās lielumu. Tomēr tas ir grūti izdarāms, jo trūkst vadlīniju priekš pētniekiem un medicīnas aprūpes profesionāļiem, kas ļautu izvēlēties pareizos rīkus, lai izpētītu pacientu līdzestību un iemeslus tās neesamībai, tādējādi ļaujot rast līdzestības problēmai risinājumu. Daudzi pētnieki šo gadu laikā ir meklējuši iespējas kā noteikt līdzestības esamību, taču tā arī nav nonākuši pie viena “zelta standarta”. (19)

Pacientu ikdienas ziņojumi un mediķu novērtējumi ir biežāk izmantotie subjektīvie līdzekļi, lai noteiktu pacientu līdzestību. Pie objektīvajiem līdzestības noteikšanas līdzekļiem pieder medikamentu skaitīšana, elektroniskie mērījumi, datubāzu un biomehāniskā analīze. Daudzi autori uzskata, ka subjektīvās metodes līdzestības noteikšanai nav tās piemērotākās, tomēr zemo izmaksu, vienkāršības un tūlītējās atsauksmes ir iekarojušas zināmu popularitāti klīniskajā praksē. (19)

Lai noteiktu pacientu līdzestību tiek izmantoti dažādi līdzekļi – pacientu dienasgrāmatas, kas atspoguļo pacientu ikdienas režīmu. Pacientu intervijas, kur pacientiem tiek jautāts par medikamentu lietošanu – cik un kādus medikamentus lieto, cik reizes aizmirst medikamentus iedzert noteiktā lieka periodā. Aptaujas anketas un līdzestības skalas, ko izmanto, lai noteiktā laika periodā mērītu un noteiktu līdzestības lielumu. Ir pieejamas daudz un dažādas medikamentu

līdzestības skalas, taču viena no visbiežāk izmantotajām ir 8 jautājumu skala – *Morisky* medikamentu līdzestības skala. Šie jautājumi ir tendēti, lai noskaidrotu cik bieži pacienti aizmirst iedzert medikamentus, tādā veidā parādot pacienta līdzestību medikamentu lietošanā. (18)

Biežākie uzdotie jautājumi pacientiem - par medikamentu lietošanas paradumiem, par terapijas nepieciešamību, par ģimenes atbalstu u.c. Lai precīzi noskaidrotu un izpētītu pacientu līdzestību ir nepieciešams laiks un resursi, tomēr ir jārēķinās, ka ne vienmēr iegūtie dati būs precīzi, jo cilvēki ir tendēti runāt par lietām, kas ir pieņemamas sabiedrībai, noklusējot svarīgas detaļas, vai sekojot populārākajām sabiedrības domām. (17)

5. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA

Lai sasniegtu izvirzīto mērķi (noskaidrot faktorus, kas ietekmē antikoagulantu lietošanu ārpus stacionāra) un uzdevumus, kardioloģiskā pacientu līdzestības noskaidrošanai antikoagulantu lietošanā, tika izmantota kvantitatīva pētniecības metode.

Pētniecības darbs tika veikts X stacionārā laika posmā no 21.03.16 – 06.05.2016. Pētījuma instruments - *anketa*. (skat. 1.pielikumu)

Anketā bija ietverti jautājumi par pacienta līdzestību antikoagulantu lietošanā, par faktoriem, kas ietekmē antikoagulantu lietošanu. Anketa bija anonīma, un tajā tika ievēroti ētiski aspekti (autonomija, konfidencialitāte). Respondentam aizpildot anketu automātiski tika saņemta piekrišana viņa datu saņemšanai. Pētījuma apstākļi – X stacionārs, Y nodaļa, kurā respondenti atnākuši pie kardioloģiskā uz pārbaudi, 3 mēnešus pēc sirds operācijas.

Pētījuma respondenti – kardioloģiskā pacienti, kuri lieto antikoagulantus, vecumā no 20 līdz 80 un vairāk gadiem. Kopējais respondentu skaits – 100.

No veselības aprūpes vadītājiem tika saņemtas atļaujas pētījuma veikšanai. Anketa tika apstiprināta Ētikas komisijā.

Pirms pētījuma tika apkopota un analizēta zinātniskā literatūra par kardioloģiskām operācijām, antikoagulantu terapiju un pacientu līdzestību.

Pirms pamatpētījuma tika veikts pilotpētījums. Pilotpētījumā pacientiem tika izsniegtas 5 anketas, atpakaļ saņemtas 5 aizpildītas anketas. Iepazīstoties ar aizpildītajām anketām korekcijas netika veiktas.

Anketa sevī ietver slēgta tipa jautājumus ar iespēju sniegt vienu vai vairākus atbilžu variantus. Respondentiem tika dota iespēja izteikt savas domas, minot citus atbilžu variantus, kas nebija iekļauti piedāvātajās atbildēs.

Anketa sastāv no 12 jautājumiem. Anketas sākuma daļa tika veltīta respondentu sociāli – demogrāfiskiem datiem (vecums, dzimums), lai noskaidrotu kādā vecuma un dzimuma grupā cilvēkiem vairāk tiek veiktas sirds operācijas.

3. jautājums noskaidro vai pirms sirds operācijas respondenti ir lietojuši antikoagulantus.

Tālāk 4. jautājumā tiek noskaidrots no kura aprūpes sniedzēja respondenti ir ieguvuši informāciju par antikoagulantu lietošanu.

5. jautājums norāda uz grūtībām ar ko saskaras respondenti lietojot antikoagulantu terapiju. Šeit iespējami vairāki atbilžu varianti.

Pēc tam seko 6. jautājums, kas noskaidro kā respondenti kontrolē savus analīžu rezultātus jeb INR. Šis jautājums norāda uz to vai respondenti seko līdzīgi saviem analīžu rezultātiem. Šeit iespējami vairāki atbilžu varianti.

7. jautājumā tiek noskaidrots cik bieži tiek nodotas analīzes INR kontrolēšanai.

8. jautājumā respondenti norāda uz to pie kura no speciālistiem griežas, ja tiem rodas vēl kādi jautājumi par antikoagulantu terapiju.

9. jautājums norāda uz galveno informācijas iegūšanas veidu no medicīnas aprūpes sniedzējiem.

10. jautājumā tiek noskaidrots, kas respondentus motivētu rūpīgām sekot līdzīgi antikoagulantu lietošanai.

11. jautājums noskaidro vai respondentam ir vēl kādi jautājumi par antikoagulantu lietošanu, uz kuru tie vēlētos rast atbildes.

12. jautājumā tika izmantoti Starptautiskā Moriski testa jautājumi (Morisky Medication Adherence Scale - MMAS-8) par pacienta līdzestību. Jautājumi tika piemēroti kardioķirurģiskiem pacientiem, kas lieto antikoagulantus. Šajā skalā ietilpst 8 jautājumi, par to:

- vai pacients mēdz aizmirst iedzert orfarīnu,
- vai pēdējo dienu laikā ir bijušas reizes, kad pacients aizmirst iedzert zāles,
- vai pacients ir pārtraucis lietot orfarīnu neziņojot par to ārstam,
- vai ceļojot pacients kādreiz ir aizmirsis paņemt zāles līdzīgi;
- vai vakardien pacients ir iedzēris orfarīnu,
- vai kad pacients jūtas labi, viņš pārtrauc orfarīna lietošanu,
- vai pacients jūtas noguris no turēšanās pie noteikta terapijas plāna,
- cik bieži pacientam rodas problēmas atcerēties iedzert zāles (orfarīnu).

Iegūtie punkti norāda uz līdzestības lielumu (0 punkti – augsta līdzestība, 1 – 2 vidēja līdzestība, 3 – 11 punkti zema līdzestība).

Anketas tika izdalītas 100 pacientiem, atpakaļ saņemtas 100 aizpildītas anketas, no tām visas atzītas par derīgām. Analizētas - 100 anketas.

Iegūtie dati tika strukturēti, analizēti un apkopoti. Rezultāti attēloti diagrammās.

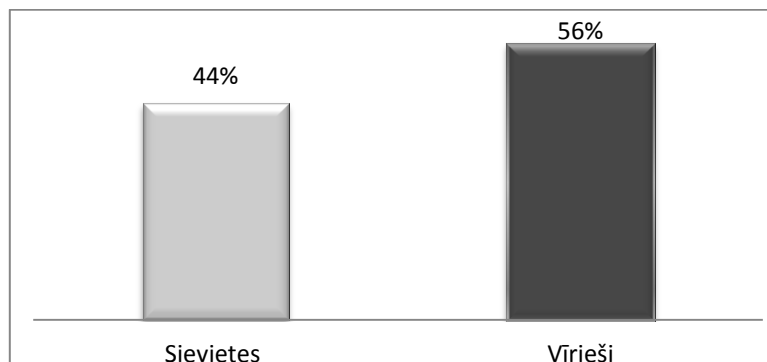
Darba izmantotā programmatūra Microsoft Office Excel.

6. PĒTĪJUMA REZULTĀTI UN TO ANALĪZE

Pētījumā piedalījās 100 ($n=100/100\%$) pacienti pēc sirds operācijas, kuri lieto antikoagulantus.

Anketas sākumā autore akcentē respondentu sociāli – demogrāfiskos datus

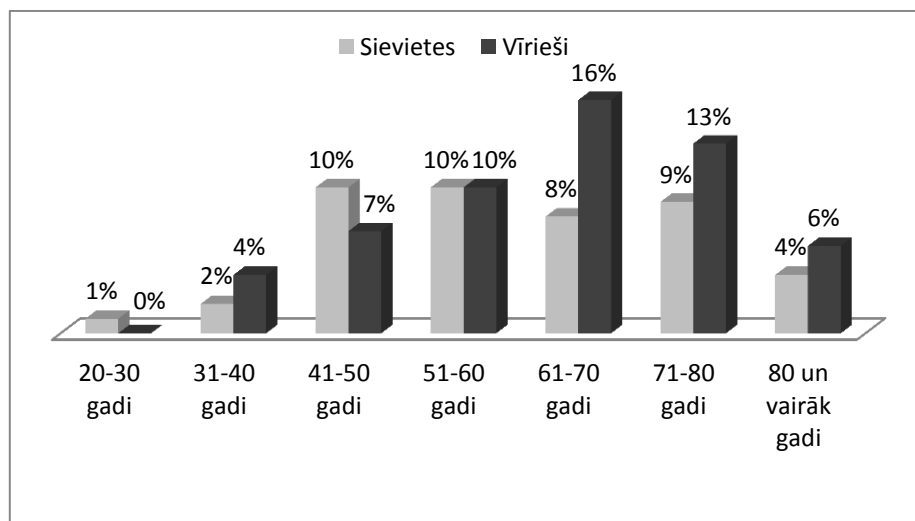
1. jautājums ir par respondentu dzimumu (skat.6.1. attēlu):



6.1.att. Respondentu sadalījums pēc dzimuma

Kā redzams no iegūtajiem rezultātiem, respondentu grupā līderpozīciju ieņem vīrieši 56%, savukārt sievietes ir 44%. Sirds un asinsvadu slimības biežāk sastopamas vīriešu vidū.

2. jautājums norāda uz respondentu vecumu (skat. 6.2. att.):

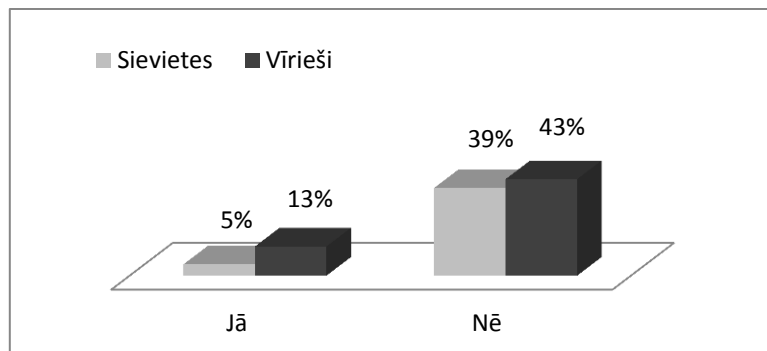


6.2.att. Respondentu sadalījums pēc dzimuma un vecuma

Apkopojot dotos datus autore secina, ka sieviešu grupā vislielākais vecuma īpatsvars ir no 41 – 60 gadiem (20%), savukārt vīriešiem 61 - 80 gadiem (29%). Tas norāda, ka sievietes ar sirds un asinsvadu slimībām saslimst krietni ātrāk nekā vīrieši. Vecumā posmā sievietēm no 20 – 30 gadiem ir tikai 1% respondentu, kamēr vīriešiem 0%. No 31 – 40 gadiem sieviešu respondentu

Īpatsvars ir 2%, savukārt vīriešu respondentu skaits ir 4%. Visvecākajā vecuma grupā no 80 un vairāk gadiem sieviešu dzimuma respondenti ir 4%, kamēr vīriešu dzimuma respondenti ir 6%.

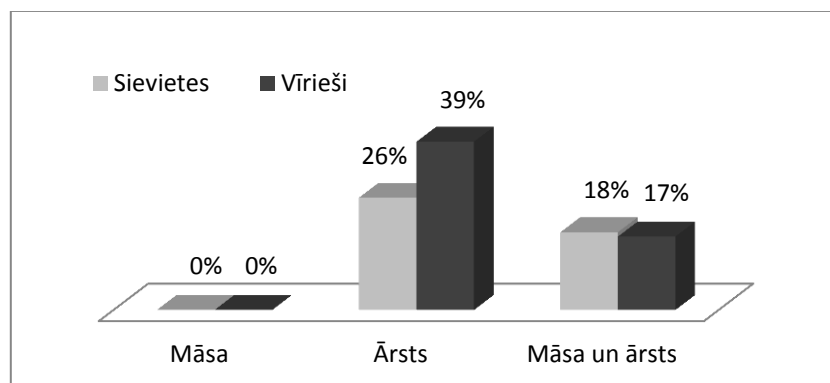
3.jautājumā tiek noskaidrots jautājums vai pirms sirds operācijas respondenti tika lietojuši antikoagulantus (skat. 6.3. att.):



6.3.att. Antikoagulantu lietošana pirms sirds operācijas

Kā redzams pēc iegūtajiem datiem gan starp sieviešu kārtas, gan vīriešu kārtas respondentiem pastāv izteikta līderība atbildēs, ka respondenti pirms operācijas nav lietojuši antikoagulantus. No sievietēm tie 39%, savukārt no vīriešiem 43%. Respondentu mazākā daļa pirms sirds operācijas ir lietojuši antikoagulantus - no sievietēm tie ir 5% respondentu, bet no vīriešiem 13% respondentu.

4. jautājums norāda uz ārstniecības vai aprūpes personu, no kura respondents guvis informāciju par antkoagulantu lietošanu (skat.6.4. att.):

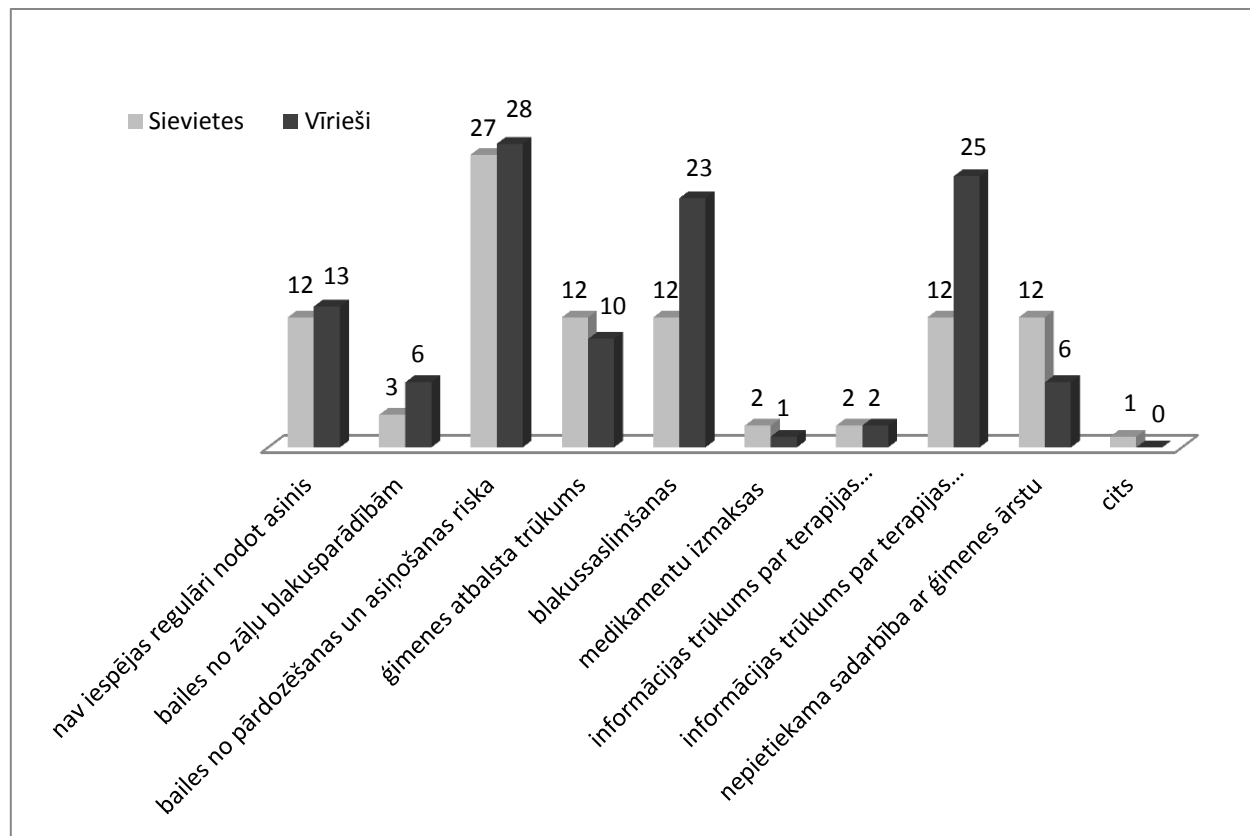


6.4.att. Ārstniecības un aprūpes personas no kā respondents ieguva informāciju par antikoagulantu lietošanu

Šeit kā redzams dominē atbilde – ārsts. Sieviešu kārtas respondentiem tie ir 26%, savukārt vīriešu kārtas respondentiem tie ir 39%. Otrā populārākā atbilde ir, ka respondenti par antikoagulantu terapiju ir uzzinājuši gan no ārsta, gan māsas. Kopā tie ir 35%. Nevienam no

respondentiem, kā galveno personu no kuras uzzinājuši par antikoagulantu terapiju, nav norādījuši māsu – 0%.

5. jautājums atspoguļo grūtības ar ko respondenti saskaras lietojot antikoagulantus (skat. 6.5. attēlu). Šajā jautājumā bija iespējamās vairākas atbildes.

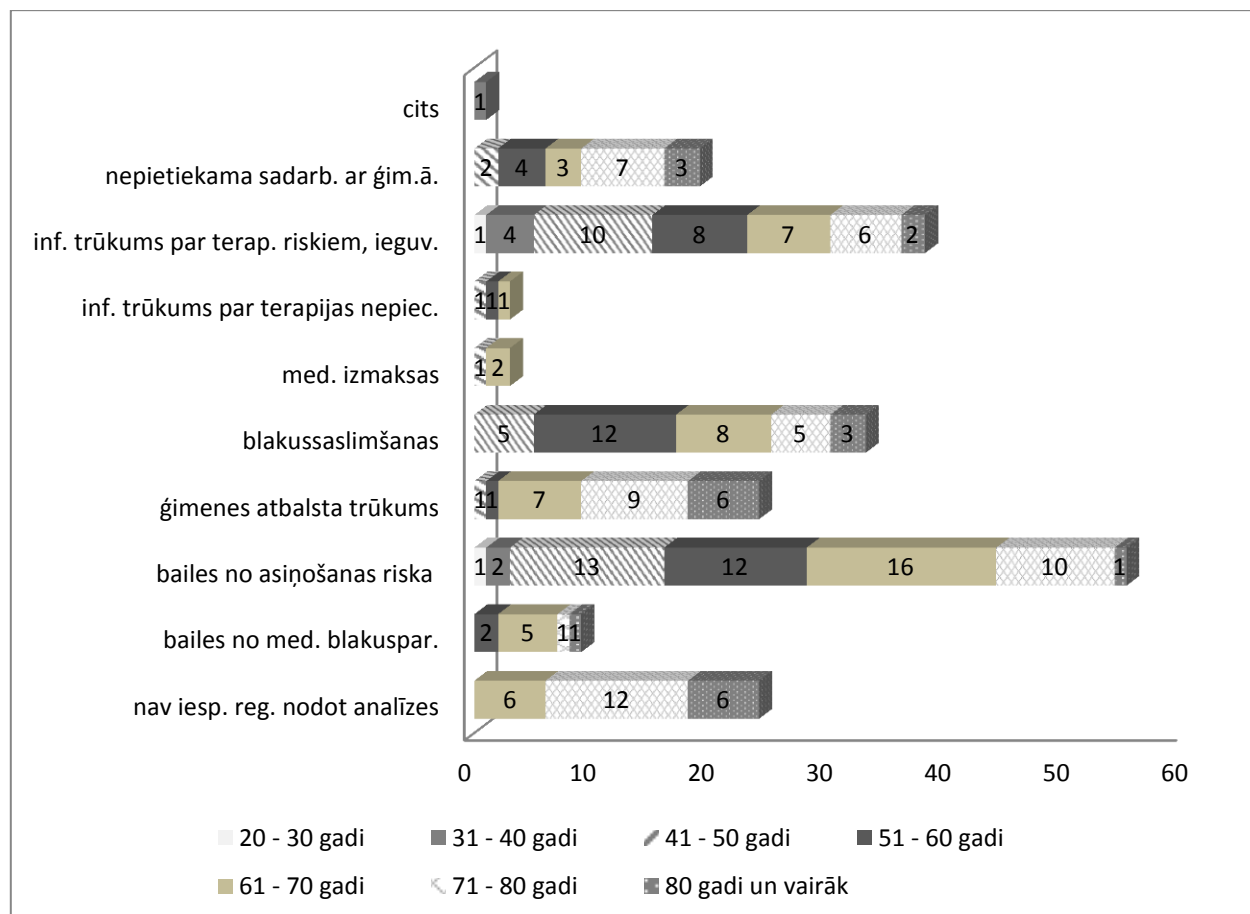


6.5. att. Līdzestību ietekmējošie faktori

Populārākā atbilde starp respondentiem abās dzimumu grupās ir – bailes no pārdozēšanas un iespējamā asiņošanas riska. Starp sieviešu kārtas respondentiem šo atbildi norādīja 27 gadījumos, starp vīriešu kārtas respondentiem 28 gadījumos. Analizējot tālākos rezultātus var ievērot, ka sievietēm vairāk vai mazāk ir vienādi rezultāti visos atbilžu variantos – pa 12 gadījumiem ir gan tas, ka nav iespējas nodod regulāri analīzes, gan tas, ka pietrūkst ģimenes atbalsta, gan arī tas, ka blakussaslimšanas sagādā grūtības ar terapijas ievērošanu, tāpat tiek norādīts, ka tomēr vēl pietrūkst informācijas par terapijas nepieciešamību, kā arī respondenti norāda uz nepietiekamu sadarbību ar ģimenes ārstu. Šajā grupā tikai 1 gadījumā tika atzīmēts, ka nekas nesagādā problēmas lietojot antikoagulantus. Savukārt vīriešiem tik vienmērīgi atbilžu rezultāti vairs nav. Nākamie populārākie ir informācijas trūkums par terapijas riskiem un ieguvumiem, tas parādās 25 gadījumos, trešā populārākā atbilde ir blakussaslimšanas, kas

parādās 23 gadījumos. 13 gadījumos nav iespējas regulāri nodot asins analīzes, 10 gadījumos trūkst ģimenes atbalsta.

Lai noskaidrotu, kādi katrai respondentu vecuma grupai ir līdzestību ietekmējošie faktori, respondenti tika sadalīti vecuma grupās un tad tika salīdzināti, kā atšķiras rezultāti (skat. 6.5.1. attēlu):

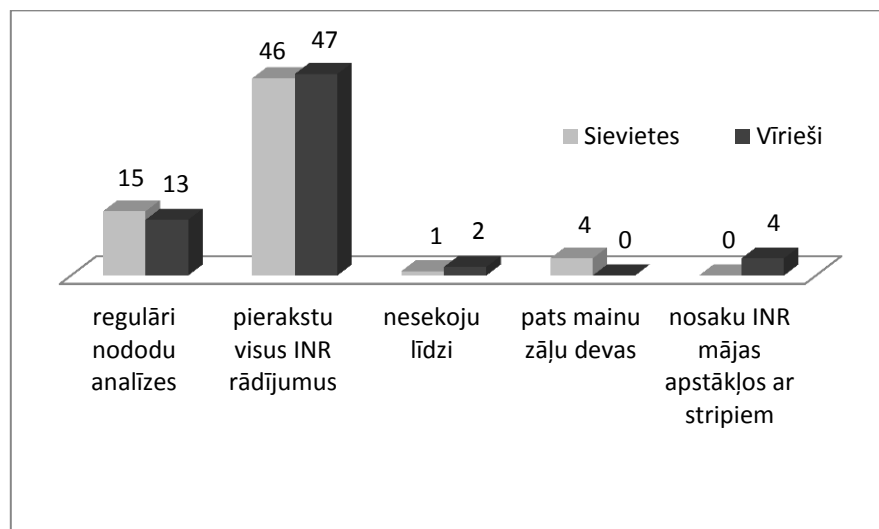


6.5.1.att. Līdzestību ietekmējošie faktori pa vecuma grupām

Šajā tabulā ir skaidri redzams, ka pieaugot vecumam respondenti atzīmē, ka tiem nav iespējas regulāri nodot analīzes. Tas parādās vecuma grupās no 61 – 70 gadiem, no 71 – 80 gadiem, un no 80 un vairāk gadiem. Tas kopā parādās 24 gadījumos. To varētu skaidrot ar ģimenes atbalsta trūkumu, kas parādās šīm te pašām respondentu vecuma grupām – kopā 22 gadījumos. Četrām vecuma grupām grūtības sagādā bailes no asiņošanas riska (41 – 50 gadi, 51 – 60 gadi, 61 – 70 gadi, 71 – 80 gadi), kopumā 51 gadījumā. Tāpat šī vecuma grupas respondentiem grūtības sagādā blakussaslimšanas – 30 gadījumos. Vēl viens ietekmējošais faktors tieši šīm pašām vecuma grupām ir informācijas trūkums par terapijas riskiem un ieguvumiem – 31 gadījumā. Vecuma grupas no 41 – 50 gadiem, 51 – 60 gadiem, 61 – 70 gadiem,

71 – 80 gadiem, kā arī 80 un vairāk gadiem, norāda uz nepietiekamu sadarbību ar ģimenes ārstu – 19 gadījumi. Vecuma grupās no 20 – 30 gadiem un 31- 40 gadiem, respondenti norāda uz diviem ietekmējošiem faktoriem – bailēm no asiņošanas riska un informācijas trūkuma par terapijas riskiem un ieguvumiem, kopā 8 gadījumi.

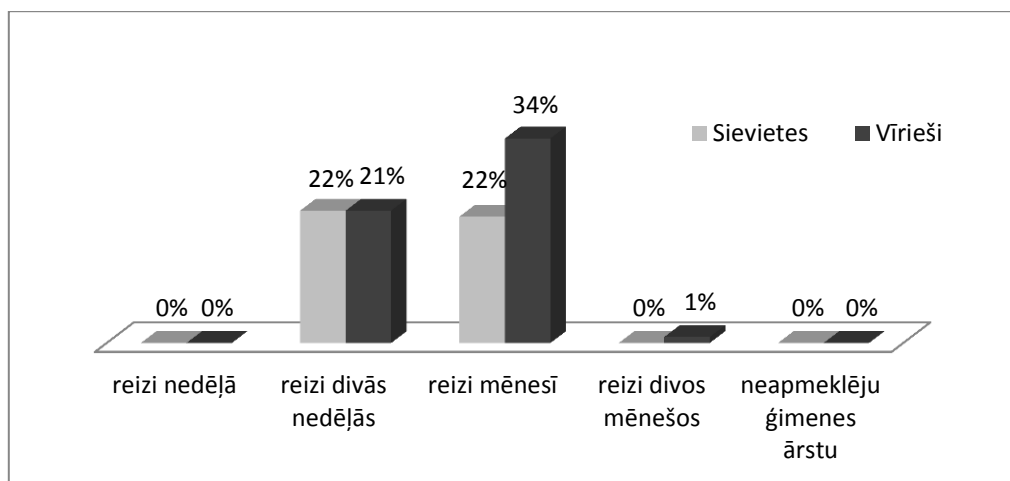
6.jautājumā tiek noskaidrots, kā respondenti seko līdzīgi saviem analīžu rezultātiem (skat.6.6. attēlu). Šajā jautājumā bija pieejami vairāki atbilžu varianti.



6.6.att. Analīžu rezultātu kontrolēšana

Analizējot šos datus ir skaidri redzams, ka šajā jautājumā starp abiem dzimumiem ir izteikts līderis – respondenti 93 gadījumos norāda, ka pieraksta visus INR rādījumus. Otrs lielākais atbilžu skaits arī starp abām respondentu grupām ir tas, ka tie regulāri nodod asins analīzes, tomēr tas ir krietni mazāk gadījumos – tikai 28. Starp respondentiem ir arī 3 gadījumi, kuri neseko analīzēm līdzīgi nemaz. Kas ir interesanti sievietes 4 gadījumos ir norādījušas, ka pašas maina zāļu devas, kamēr vīrieši šo atbilžu variantu nav izvēlējušies vispār. Tāpat atbilžu variantā, kur respondenti varēja norādīt, ka INR nosaka mājas apstākļos ar stripiem, to ir atzīmējuši vīrieši 4 gadījumos, kamēr sievietes šo variantu nav izvēlējušās nemaz.

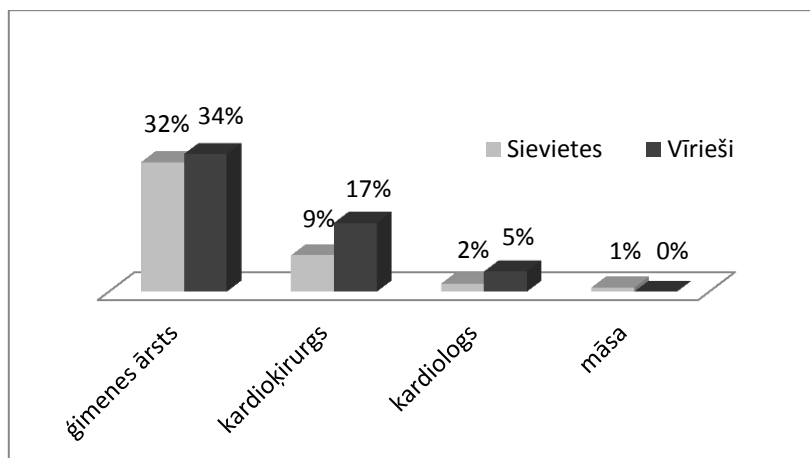
7. jautājums atbild uz to cik bieži respondenti apmeklē ģimenes ārstu, lai kontrolētu INR (skat. 6.7. attēlu):



6.7.att. Ģimeņu ārstu apmeklējums analīžu kontrolēšanai

Šeit ir skaidri redzams, ka starp respondentiem ir divi izteikti līderi atbilžu variantos. 22% sievietes, 21% vīrieši norāda to, ka analīzes nodod reizi divās nedēļās. Savukārt 22% sieviešu respondentu un 34% vīriešu respondentu norāda, ka analīzes nodod reizi mēnesī. Tikai 1% respondentu norāda, ka analīzes nodod reizi divos mēnešos. Nav neviena respondenta, kas norādītu, ka analīzes nodod reizi nedēļā vai ģimeņu ārstu neapmeklētu vispār.

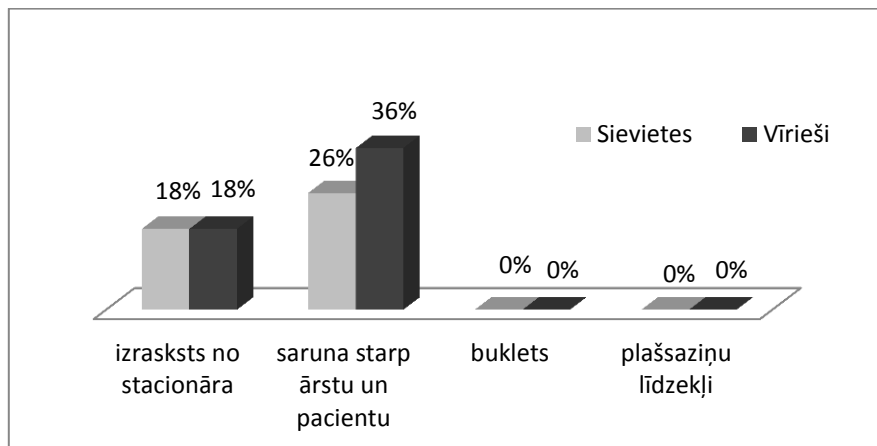
8. jautājums norāda uz ārstniecības vai aprūpes personām pie kā vēršas respondenti, kad tie vēlas uzdot jautājumus par antikoagulantu terapiju (skat. 6.8. attēlu):



6.8.att. Ķimeņu ārstu vai aprūpes personas pie kā vēršas respondenti ar jautājumiem par antikoagulantiem

32% sieviešu un 34% vīriešu norāda, ka vēršas pie sava ģimeņu ārsta, ja rodas kādi jautājumi par antikoagulantiem. 9% sieviešu un 17% vīriešu respondentu, tomēr izvēlas šādu informāciju uzklaut no kardiķirurgiem. 7% respondentu norāda, ka šos jautājumus vēlētos noskaidrot pie kardiologa. Tikai 1% respondentu norāda, ka šādus jautājumus uzdotu mātai.

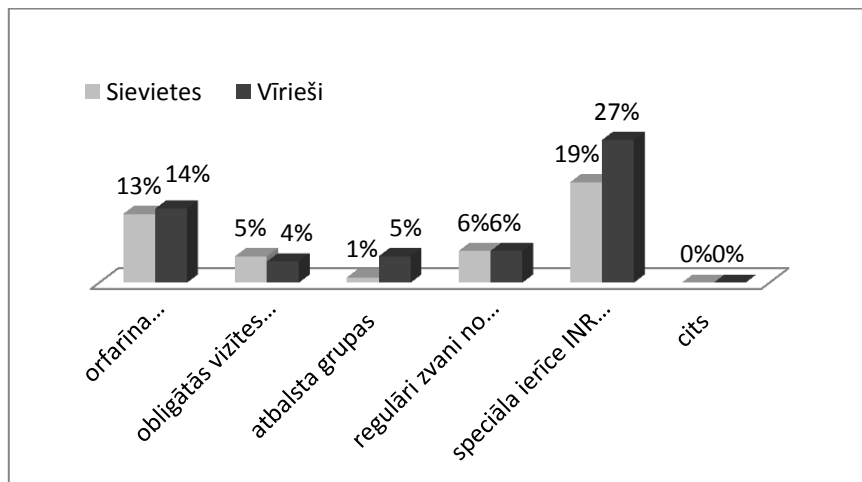
9. jautājums atbild uz to, kas ir galvenais informācijas iegūšanas veids respondentiem par antikoagulantu terapiju (skat. 6.9. attēlu):



6.9.att. Galvenais informācijas iegūšanas veids

Analizējot šos datus ir skaidri redzams, ka lielais vairākums – 26% sievietes un 36% vīriešu, norāda, ka galvenais informācijas iegūšanas veids ir saruna starp ārstu un pacientu. Tālāk ir redzams, ka ar vienādiem rezultātiem – 18%, ir atbilžu variants, ka respondenti šo svarīgo informāciju ir ieguvuši tieši no izraksta. Neviens no respondentiem nav norādījis bukletu un plašsaziņas līdzekļus, kā galveno informācijas iegūšanas veidu – 0%.

10. jautājumā tiek noskaidrots, kas motivētu respondentus rūpīgāk sekot līdzī antikoagulantu lietošanai (skat.6.10. attēlu):

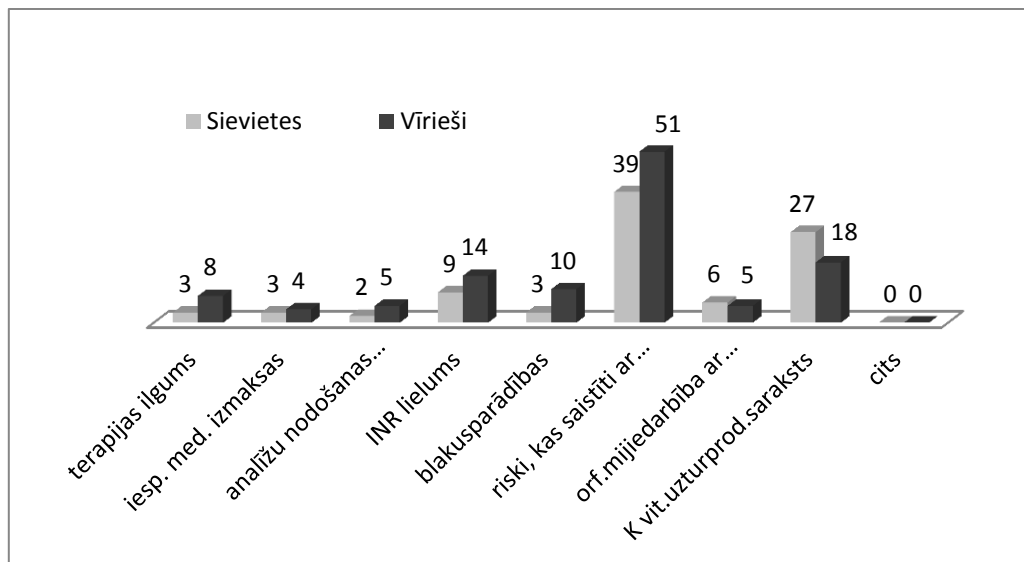


6.10.att. Faktori, kas motivētu rūpīgāk sekot līdzī antikoagulantu lietošanai

Kā redzams, tad 19% sieviešu un 27% vīriešu vēlētos INR noteikt mājās apstākļos. 13% sieviešu un 14% vīriešu labprāt izmantotu speciālas INR dienasgrāmatas, kurās varētu atzīmēt datumu, INR rādījumu, orfarīna devu. 6% gan sieviešu, gan vīriešu ir izvēlējušies regulārus

zvanus no ģimenes ārsta. 5% sieviešu un 4% vīriešu obligātas vizītes pie ģimenes ārsta, kardiķirurga. Tikai 1% sieviešu un 5% vīriešu kā galveno motivātoru norāda atbalsta grupas.

11. jautājums parāda galvenos jautājumus, uz kuriem respondenti vēlētos rast atbildes (skat.6.11. attēlu):



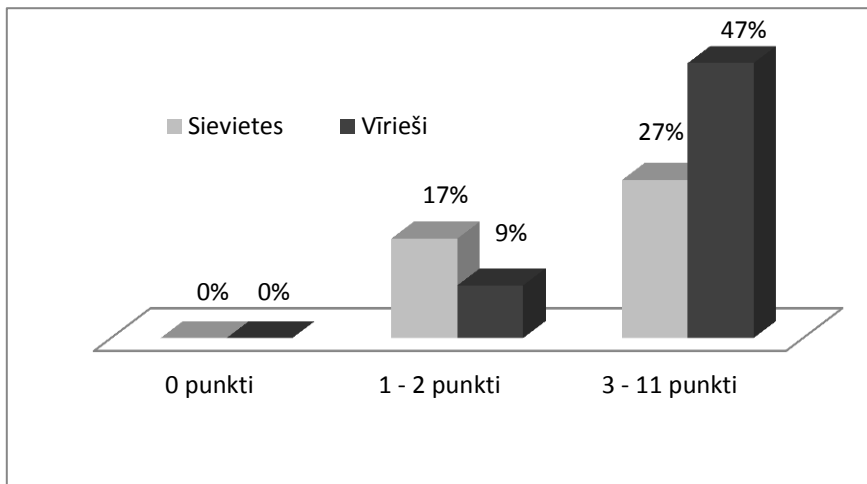
6.11.att. Jautājumi, uz kuriem respondenti vēlētos rast atbildes

Pirmajā vietā abām grupā ir riski, kas saistīti ar orfarīna lietošanu, tas ir pieminēts 39 gadījumos sievietēm un 51 gadījumā vīriešiem. Otra populārākā atbilde ir K vitamīna uzturproduktu saraksts, kas parādās 27 gadījumu sievietēm un 18 gadījumos vīriešiem. Trešā populārākā atbilde ir INR lielums, tas ir pieminēts 9 gadījumos sievietēm un 14 gadījumos vīriešiem. 3 gadījumos sievietēm un 10 gadījumos vīriešiem svarīgi liekas uzzināt arī par zāļu blakusparādībām, tāpat 3 gadījumos sievietēm un 8 gadījumos vīriešiem, par terapijas ilgums. Vismazāk respondentus interesē iespējamās medikamentu izmaksas, kopā 7 gadījumi, analīžu nodošanas biežums, kopā 7 gadījumi, kā arī orfarīna mijiedarbība ar citiem medikamentiem, kopā 11 gadījumi.

12. jautājumā tiek noskaidrota respondentu līdzestības lielums lietojot antikoagulantus (skat.6.12. attēlu): 6.1. tabula.

Līdzestības punktu skala

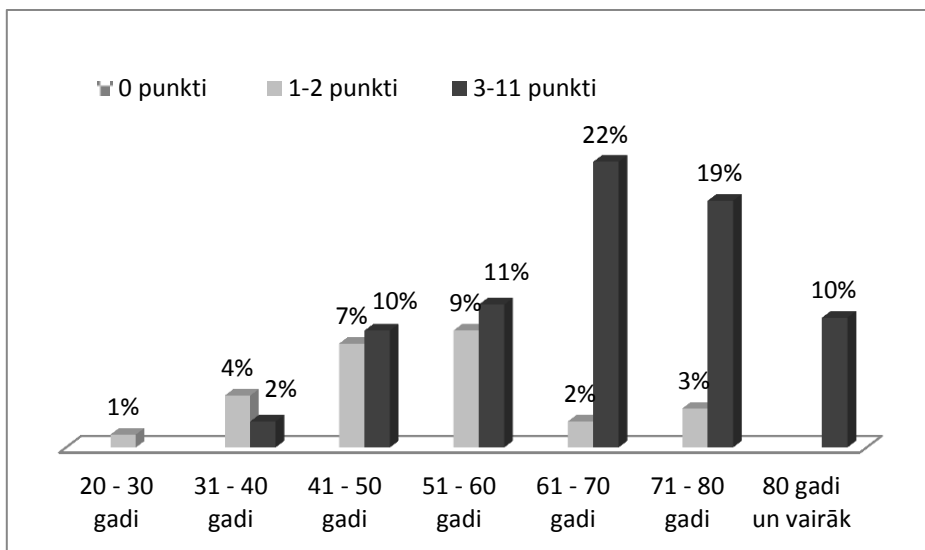
Līdzestība	MMAS - 8
Augsta līdzestība	0 punkti
Vidēja līdzestība	1-2 punkti
Zema līdzestība	3-11 punkti



6.12.att. Līdzestības skalas rezultāti

Pēc dotajiem rezultātiem var redzēt, ka kardioķirurģisku pacientu līdzestība ir zema, to pierāda fakts, ka 27% sievietēm un 47% vīriešiem ir 3 un vairāk punkti. 17% sievietēm un 9% vīriešiem ir vidējs līdzestības lielums. Nevienam no respondentiem nav augsts līdzestības rādītājs – 0%.

Lai salīdzinātu līdzestības lielumu katrā vecuma posmā, respondenti tika sadalīti vecuma grupās (skat.6.12.1.attēlu):



6.12.1.att. Līdzestības skalas rezultāti pa vecuma posmiem

Analizējot datus ir skaidri redzams, ka palielinoties respondentu vecumam līdzestības līmenis skaidri samazinās. Kopumā tie ir 74% no visiem respondentiem. 26% no visiem respondentiem ir vidēja lieluma līdzestība. Šeit var redzēt, ka zemas līdzestības rādītājs sāk jau parādīties sākot no 41 – 50 gadiem. 80 gados un vairāk ir vairs tikai zema līmeņa līdzestība – 10%. Vecuma posmā no 20 – 30 gadiem, vidēji zema līdzestība.

Pētījumā piedalījās 44% sieviešu un 56% vīriešu kārtas respondenti. No tā var secināt, ka ar sirds un asinsvadu saslimšanām biežāk slimo tieši vīrieši. Sieviešu grupā vislielākais vecuma īpatsvars ir no 41 – 60 gadiem (20%), savukārt vīriešiem 61 – 80 gadiem (29%). Tas norāda uz to, ka sievietes ar sirds un asinsvadu slimībām saslimst krietni ātrāk. 18% respondentu pirms operācijas ir lietojuši antikoagulantus, kas var būt saistīts ar blakussaslimšanām (biežākā saslimšana pirms sirds operācijas – sirds ritma traucējumi).

35% respondentu norāda, ka informāciju par antikoagulantiem ieguvuši gan no ārsta, gan māsas. No tā var secināt, ka māsa ir svarīgs informācijas ieguves avots un ka respondenti uzticas māsas profesionalitātei. Neviens no respondentiem māsu, kā vienīgo informācijas sniedzēju, nav norādījis, kas ir tikai loģiski, jo māsas vienpersoniski šādu informāciju nav tiesīgas sniegt, jo māsa ir aprūpes speciālists.

Galvenie līdzestību ietekmējošie faktori ir bailes no medikamentu pārdozēšanas un asiņošanas riska, blakussaslimšanas, informācijas trūkums par terapijas nepieciešamību, ģimenes atbalsta trūkums, ģimenes atbalsta trūkums. No tā var secināt, ka ir nepietiekama informācijas apmaiņa. Pacientu izglītošana par terapiju, tās riskiem un ieguvumiem būtu jābūt vēl detalizētākai un kvalitatīvākai. Nepietiekama sadarbība ar ģimenes ārstu būtiski ietekmē pacientu līdzestību, jo ģimenes ārsts ir centrālā persona, kas rūpējas par pacientu pēcoperācijas periodu. Tāpat ģimenes atbalsta trūkums traucē pacientam būt pietiekami līdzestīgam, arī tuvinieki būtu jāiesaista pacienta atveseļošanās laikā.

93 gadījumos respondenti norāda, ka pieraksta visus INR rādījumus, kas norāda uz to, ka tie seko līdzīgu rezultātiem. 28 gadījumos respondenti norāda, ka regulāri nodod asins analīzes, arī tas norāda uz respondentu centieniem būt līdzestīgiem. 4 gadījumos respondenti norāda uz to, ka INR nosaka mājās ar speciālu ierīci. Jau šāds rādītājs ir gana liels, jo šādas ierīces maksā lielu naudu un nekatrs to var atļauties iegādāties.

43% respondenti norāda, ka ģimenes ārstu, lai nodotu analīzes, apmeklē reizi divās nedēļās. No tā var secināt, ka INR strauji maina savu lielumu, tāpēc ir nepieciešams analīzes regulēt biežāk. 56% respondentu norāda, ka analīzes nodod reizi mēnesī. Tas, savukārt, norāda uz to, ka šiem respondentiem ir iestādīts vajadzīgais INR lielums, kas ļauj šīs analīzes nodot retāk.

66% respondenti norāda, ka pēc informācijas par antikoagulantiem vērsas pie ģimenes ārsta. Ģimenes ārsts spēlē ļoti svarīgu lomu pacientu līdzestības veicināšanā. Ģimenes ārsti ir primārās personas, kas uzrauga un seko līdzīgu pacientu veselības stāvoklim agrīnajā un vēlīnajā pēcoperācijas periodā. 26% respondentu šādu informāciju meklē pie kardioķirurga, jo tieši

ķirurgs ir tā persona, kas pacientu ir operējis un zina vislabāk, kas kāda operācija ir bijusi un, kas konkrēti ir darīts.

62% respondentu, kā galveno informācijas iegūšanas veidu, norāda sarunu starp ārstu un pacientu. Tātad respondentiem ir svarīga laba komunikācija un kontakts ar ārstniecības personām. Kā jau iepriekš tika minēts, tad laba komunikācija starp ārstu un pacientu lielā mērā ietekmē pacientu līdzestību. 36% norāda uz izrakstu no stacionāra. Tas varētu būt saistīts ar to, ka šis dokuments ir svarīgs pierādījums tam, kāda operācija veikta, kāda vārstule izmantota, kāds INR lielums ir dodoties mājās, norādīta orfarīna deva. Šis dokuments sevī ietver svarīgu informāciju tieši pacientam.

46% respondentu rūpīgāk sekotu līdzī antikoagulantu lietošanai, ja INR varētu noteikt mājās apstākļos, taču diemžēl šādas ierīces maksā lielu naudu un visi to nevar atļauties. Viennozīmīgi šāda ierīce atvieglotu respondentu ikdienas dzīvi. Tas, protams, nenozīmē, ka nevajadzēs doties pie ģimenes ārsta analīžu rezultātu kontrolei. 27% norāda uz orfarīna dienasgrāmatām, kas ļautu vieglāk un ērtāk sekot līdzī INR izmaiņām.

90 gadījumos respondenti norāda, ka vēlētos uzzināt vairāk par riskiem, kas saistīti ar orfarīna lietošanu. Tātad respondentiem tomēr ir neskaidrības par šīs terapijas riskiem un ieguvumiem. No tā var secināt, ka informācijai, ko sniedz pacientiem ir jābūt konkrētai un kodolīgai. Būtu nepieciešams uzsvērt, ka antikoagulantu nelietošana var novest pie nopietnām komplikācijām – vārstuļa trombozēm un sliktākos gadījumos pat pie nāves. 45 gadījumos respondentiem būtu svarīgi uzzināt par K vitamīna uzturproduktiem. Kā zināms K vitamīns var kavēt orfarīna ietekmi, tāpēc šāda informācija būtu svarīga pacientiem.

Palielinoties respondentu vecumam līdzestības līmenis samazinās. Tam ir dažādi iemesli – galvenokārt, trūkst ģimenes atbalsta, jo nav kas nogādā pie ģimenes ārsta, nav pietiekama sadarbība ar ģimenes ārsta, kopā tie ir 74% no respondentiem, kuriem ir zema līdzestība.

7. SECINĀJUMI

Darba autore uzskata, ka bakalaura darba uzdevumi tika izpildīti un izvirzītais darba mērķis – noskaidrot noskaidrot kardioķirurģisku pacientu līdzestību un to ietekmējošos faktorus antikoagulantu lietošanā – ir sasniegts. Bakalaura darba sākumā izvirzītā hipotēze – kardioķirurģisku pacientu līdzestība antokoagulantu lietošanā ir zema – ir apstiprinājusies.

1. Ar sirds un asinsvadu saslimšanām slimo biežāk vīrieši 56%, savukārt sievietes 44%. Vislielākais vecuma īpatsvars sievietēm ir no 41 – 60 gadiem – 20%, vīriešiem no 61 – 80 – tie ir 29%;
2. Informāciju par antikoagulantiem respondenti ieguvuši tieši no ārsta – kopā tie ir 65%, 35% respondentu šo informāciju ir ieguvuši gan no ārsta, gan māšas;
3. Galvenais faktors, kas ietekmē pacientu līdzestību ir bailes no pārdozēšanas un asiņošanas riska – kopā šo atbildi atzīmēja 55 gadījumos.
4. Sievietēm biežāk minēties faktori, kas ietekmē līdzestību – nav iespēja regulāri nodot asinis analīzēm, ģimenes atbalsta trūkums, blakussaslimšanas, informācijas trūkums par terapijas nepieciešamību un nepietiekama sadarbība ar ģimenes ārstu – kopā 60 gadījumi.
5. Vīriešiem dominēja vēl divas atbildes – blakussaslimšanas (23 gadījumi) un informācijas trūkums par terapijas nepieciešamību (25 gadījumi).
6. Trīs galvenie faktori, kas ietekmē pacientu līdzestību starp dzimumiem – bailes no pārdozēšanas, blakussaslimšanas un informācijas trūkums par terapijas nepieciešamību;
7. Galvenā ārstniecības persona pie kā vēršas respondenti, ja tiem rodas kādi jautājumi par antikoagulantu terapiju ir ģimenes ārsts – 32% sievietes un 34% vīrieši.
8. Galvenais informācijas veids respondentiem par antikoagulantu terapiju ir saruna starp ārstu un pacientu – 26% sievietēm un 36% vīriešiem.
9. Jautājumā, kas motivētu respondentus rūpīgāk sekot līdz antikoagulantu lietošanai, lielais vairākums norāda uz speciālu ierīci INR noteikšanai mājas apstākļos – 19% sievietes un 27% vīriešu, kas ir tikai pašsaprotami, jo šāda ierīce atvieglotu respondentu ikdienu. 13% sievietes un 14% vīriešu norāda, ka tā varētu būt orfarīna dienasgrāmata, kas ļautu rūpīgāk izsekot līdz analīžu rezultātiem, orfarīna devām.

10. Galvenais jautājums uz ko respondenti vēlētos rats atbildes ir riski, kas saistīti ar orfarīna lietošanu – to atzīmējuši kopā 90 gadījumos, otra lielākā atbilde ir K vitamīna uzturproduktu saraksts, jo kā zināms, tad K vitamīns var ietekmēt orfarīna darbību, to minējuši kopā 45 gadījumos;
11. 74% respondentu līdzestības līmenis ir zems. Līdzestība samazinās pieaugot respondentu vecumam – sākot jau no 31 – 40 gadiem. Lielākais respondentu skaits ar zemu līdzestību ir vecumā no 61 – 70 gadiem, tie ir 22% no kopējā skaita. 26% respondentu ir vidēji līdzestīgi. Augsta līdzestības nav nevienam no respondentiem.

8. IETEIKUMI

1. Izglītot un informēt pacientu par pēcoperācijas periodu, antikoagulantu terapijas riskiem un ieguvumiem (pārdozējot vai nekontrolējot analīzes pastāv asiņošanas risks, savukārt nelietojot medikamentus mehāniskā vārstule var notrombozēties, tas var izraisīt smagas komplikācijas – atkārtotu operāciju vai pat nāves risku);
2. Iesaistīt un izglītēt pacienta tuviniekus (ar pacienta atļauju) atveseļošanās procesā. Skaidrot, cik nozīmīga ir viņu palīdzība savam tuvajam cilvēkam. Ja pacients nelieto ārsta nozīmētos medikamentus, iemācīt pacienta tuviniekus identificēt problēmu, kas liedz pacientam sekot līdzī ārsta nozīmētajām rekomendācijām;
3. Izveidot orfarīna dienasgrāmatu, kas ļautu rūpīgāk sekot līdzī analīžu rezultātiem (datums, INR lielums, orfarīna deva), pievienot klāt K vitamīna uzturproduktu sarakstu;
4. Ieteikt pacientam vairāk komunicēt ar savu ģimenes ārstu visos viņam neskaidros jautājumos.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. *Informācija sirds ķirurģijas pacientiem*. Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīca Sirds ķirurģijas centrs. Rīga : 2008. 15 lpp.
2. *Advancing adherence and science of pharmacy care*. Vol.3. Caremark – Pharmacy care research centre, 2013. 43 p.
3. *Medication adherence – improving health outcomes*. American College of preventative medicine, 2011. 17 p.
4. **Dyxon, D.L.** *A guide to medication and lifestyle adherence*. Richmond : Patient adherence subcommittee. 2012. 20 p.
5. *Akūta koronāra sindroma (AKS) diagnostikas, loģistikas un ārstēšanas vadlīnijas*. Rīga : Latvijas Invazīvās Kardioloģijas attīstības biedrība. 2011. 96 lpp.
6. **Jurjāne, N.** *Uzmanību, insults*. Rīga : Lietišķās informācijas dienests. 2010. 78 lpp.
7. **Stradiņš, P., Kalējs, M., Brečs, I.** Aortas vārstuļa stenoze – diagnoze un ārstēšana. *Latvijas ārsts*, 2013, Nr. 4, 1. – 6. lpp.
8. **Otto, M. O., Borow, R. O.** *Valvular heart disease : A companion to Braunwald's heart disease*. Philadelphia : Elsevier Saunders. 2014. 455p.
9. **Wang, A., Bashore, T. M.** *Valvular heart disease*. New York : Humana Press. 2009. 55 p.
10. **Kitchen, S., Olson, J. D., Eric, F. P.** *Quality in laboratory hemostasis and thrombosis*. Londodn : Wiley – Blackwell. 2013. 296 p.
11. *Hroniskas sirds mazspējas klīniskās vadlīnijas*. Latvijas Invazīvās Kardioloģijas attīstības biedrība. Rīga : 2013. 223 lpp.
12. *Perioperatīvā kardiālā riska novērtējums un kardiālo pacientu aprūpe perioperatīvajā periodā nekardiālajā ķirurģijā*. Rīga : Latvijas Invazīvās Kardioloģijas attīstības biedrība. 2012. 35 lpp.
13. Guidelines on the managment of valvural heart disease. *European Heart Journal*, 2012, Nr 33, p. 2451 – 2496.
14. **Lejnieks, A.** Progress antikoagulantu terapijā : orālie trombiņa un Xa faktora tiešie inhibitori. *Latvijas ārsts*, 2012, Nr.1, 13. – 18. lpp.
15. *Antikoagulantu lietošana pacientiem ar ātriju fibrilāciju kardioemboliskā insulta novēršanai*. Rīga : Latvijas Invazīvās Kardioloģijas attīstības biedrība, 2013. 19 lpp.

16. **Kalējs, O., Behmane, D., Luriņa, B.** Jaunie antikoagulanti pret varfarīnu : pierādījumi, realitāte, emocijas. *Latvijas ārsts*, 2013. Nr.1, 1. – 4. lpp.
17. **Ruppar, T. M., Delgado, J. M., Temple, J.** Medication adherence interventions for heart failure patients : A meta – analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015, N 5, vol. 14, p 395 - 404.
18. **Lehane, E., McCarthy, G., Collender, V., Deasy, A.** Medication – taking for coronary artery disease – Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008, N 7, vol. 10, p 133 – 139.
19. **Lam, W. Y., Fresco, P.** Medication adherence measures : an overview. *Hindawi Publishing Corporation*, 2015, N 4, vol. 12, p 1 – 12.
20. **Meleis, A. I.** *Theoretical nursing : Development and Progress (5th ed)*. J. B. Lippincott Company, 2012. 324 p.
21. **Roy, Sr. C.** *The Roy adaptation model (3rd ed)*. New York : Pearson, 2009. 553 p.
22. **Roy, C.** *Generating Middle Range theory : From evidence to practise*. New York : Springer Publishing Company, 2014. 383 p.
23. *Sirds un asinsvadu slimības un to simptomi*. [tiešsaiste] – [atsauce 15.11.2015.]
Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/mili-savu-sirdi/887/sirds-un-asinsvadu-slimibas-un-to-simptomi>
24. *Pacientu līdzestība – ekspertu diskusija*. [tiešsaiste] – [atsauce 21.11.2015.]
Pieejams: <http://www.pacientuombuds.lv/lat/aktualitates/?doc=394>
25. *Pacientu ombuds*. [tiešsaiste] – [atsauce 25.11. 2015.]
Pieejams: [file:///C:/Users/User/Downloads/PARSKATS_2013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/PARSKATS_2013%20(1).pdf)
26. *Anticoagulation*. [tiešsaiste] – [atsauce 13.03.2016.]
Pieejams:
http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/CongenitalHeartDefects/TheImpactofCongenitalHeartDefects/Anticoagulation_UCM_307110_Article.jsp#.VkhrMXYrLIU
27. *Antikoagulanti*. [tiešsaiste] – [atsauce 24.03.16.]
Pieejams: http://www.medicine.lv/raksti/antikoagulanti_pme
28. *CoaguCheck lietotāja rokasgrāmata*. [tiešsaiste] – [atsauce 21.03.2016.]
Pieejams:
<http://www.medicinaspreces.lv/uploads/file/files/CoaguChek%20XS%20Instrukcija.pdf>
29. *Biežāk uzdotie jautājumi*. [tiešsaiste] – [atsauce 15.02.2016.]

Pieejams: <http://www.veselibaspolitika.lv/?lapa=pacientam&papa=buj>

30. *Timely results for patient care.* [tiešsaite] – [atsauce 10.05.2016.]

Pieejams: <http://www.coaguchek.net/ca/?target=/en/professionals>

PIELIKUMI

APTAUJAS ANKETA

Kardioķirurģisku pacientu līdzestība antikoagulantu lietošanā

Cienājamo respondent!

Esmu Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes profesionālās augstākās izglītības bakalaura studiju programmas „Māszinības,” studente Sintija Varsegova. Veicu pētījumu par kardioķirurģisku pacientu līdzestību antikoagulantu lietošanā.

Piedalīšanās aptaujā ir brīvprātīga un anonīma. Uzmanīgi izlasiet jautājumu, izvēlieties atbildes variantu un ievielciet krustiņu. Iegūtie dati būs pilnīgi anonīmi un tiks izmantoti apkopotā veidā.

1. Jūsu dzimums:

- sieviete
- vīrietis

2. Jūsu vecums:

- 20 – 30 gadi
- 31 – 40 gadi
- 41 – 50 gadi
- 51 – 60 gadi
- 61- 70 gadi
- 71 – 80 gadi
- 80 un vairāk gadi

3. Vai pirms sirds operācijas lietojāt antikoagulantus (orfarīns, varfarīns)?

- jā
- nē

4. No kā Jūs ieguvāt informāciju par antikoagulantu lietošanu?

- māšas
- ārsta
- māšas un ārsta

**5. Kas Jums sagādā grūtības lietojot antikoagulantus (orfarīns, varfarīns)?
(var būt vairāki atbilžu varianti)**

- nav iespējas regulāri nodot analīzes, lai kontrolētu INR
- bailes no iespējamajām zāļu blakusparādībām
- bailes no pārdozēšanas un iespējamā asiņošanas riska
- ģimenes atbalsta trūkums (nav kas nogādā pie ārsta u.c.)
- blakussaslimšanas
- medikamentu izmaksas
- informācijas trūkums par terapijas nepieciešamību
- informācijas trūkums par antikoagulantu terapijas riskiem un ieguvumu
- nepietiekama sadarbība ar ģimenes ārstu
- cits _____

**6. Kā Jūs kontrolējat savus analīžu rezultātus (INR)?
(var būt vairāki atbilžu varianti)**

- regulāri nododu analīzes
- pierakstu visus INR rādījumus, zāļu devu izmaiņas
- nesekoju līdzi, uzticos ģimenes ārstam
- pats mainu zāļu devas
- nosaku INR mājās apstākļos ar stripiem

7. Cik bieži Jūs apmeklējat ģimenes ārstu, lai kontrolētu INR?

- reizi nedēļā
- reizi divās nedēļās
- reizi mēnesī
- reizi divos mēnešos
- neapmeklēju ģimenes ārstu

8. Ja Jums rodas kādi jautājumi par antikoagulantu lietošanu, Jūs vērsaties pie:

- ģimenes ārsta
- kardioķirurga
- kardiologa

medicīnas māsas

9. Galvenais informācijas iegūšanas veids par antikoagulantu lietošanu no medicīnas aprūpes darbiniekiem ir:

- izraksts no stacionāra
- saruna starp ārstu un pacientu
- buklets
- plašsaziņu līdzekļi (TV, internets, žurnāli u.c.)

10. Kas Jūs motivētu rūpīgāk sekot līdzi antikoagulantu (orfarīns, varfarīns) lietošanai?

- orfarīna dienasgrāmata (datums, INR rādījums, deva)
- obligātas vizītes pie ģimenes ārsta, kardiokirurga, kardiologa
- atbalsta grupas, vai ģimenes iesaistīšana atveseļošanās procesā
- regulāri zvani no ģimenes ārsta, māsas
- speciāla ierīce INR noteikšanai mājas apstākļos
- cits _____

**11. Galvenie jautājumi uz kuriem gribētu rast atbildes:
(var būt vairāki atbilžu varianti)**

- terapijas ilgums
- iespējamās medikamentu izmaksas
- analīžu nodošanas biežums
- INR vēlamais lielums
- iespējamās blakusparādības
- riski, kas saistīti ar orfarīna (varfarīna) lietošanu
- orfarīna (varfarīna) mijiedarbība ar citiem medikamentiem
- K vitamīna uzturproduktu saraksts (K vitamīns var kavēt varfarīna iedarbību)
- cits _____

12. Atzīmējiet vēlamo atbildi ar „X”

Līdzestības skala	Nē = 0	Jā = 1
1. Vai Jūs mēdzat aizmirst iedzert orfarīnu (varfarīnu)?		
2. Cilvēki mēdz neiedzert zāles ne tikai tāpēc, ka aizmirst to izdarīt. Vai šo dienu laikā ir bijušas reizes, kad esat aizmirsis/-usi iedzert orfarīnu?		
3. Vai esat pārtraucis/-kusi lietot orfarīnu par to neziņojot ārstam?		
4. Ceļojot vai dodoties ārpus mājas, esat kādreiz aizmirsis/-usi zāles paņemt līdzī?		
5. Vai vakardien iedzērāt orfarīnu?		
6. Kad jūtaties labi, vai mēdzat pārtraukt orfarīna lietošanu?		
7. Turēšanās pie noteikta terapijas plāna dažiem cilvēkiem liekas traucējoša. Vai Jūs jūtaties noguris/-usi no tā?		
8. Cik bieži Jums rodas problēmas atcerēties iedzert zāles (orfarīnu)?		
A. Nekad	0	
B. Reti	1	
C. Dažreiz	2	
D. Bieži	3	
E. Visu laiku	4	