

LATVIJAS UNIVERSITĀTE

BAKALAURA DARBS

RĪGA 2019

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE

PROFESIONĀLĀ AUGSTĀKĀS IZGLĪTĪBAS BAKALĀURA
STUDIJU PROGRAMMA “MĀSZINĪBAS”

**PACIENTU APRŪPE PĒC ARTROSKOPIJAS
PROCEDŪRAS DIENAS STACIONĀRĀ**

BAKALĀURA DARBS

Darba autore: **Gunta Konošonoka**
Stud. apl. Nr.: gk17024

Darba vadītājs: Mg.sc.sal. Dagnija Gulbe

RĪGA 2019

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma - „Pacientu aprūpe pēc artroskopijas procedūras dienas stacionārā”.

Tēma ir aktuāla, jo mazinvas, endoskopiskas operācijas mūsdienās arvien vairāk aizstāj konvenciālo ķirurģiju.

Darba mērķis ir noskaidrot pacientu aprūpi pēc artroskopijas procedūras dienas stacionārā. Teorētiskajā daļā iekļauta Hildegardas Peplau savstarpējo attiecību teorija, klīniskā literatūra par pacienta locītavu problēmām un aprūpi pēc artroskopijas procedūras. Empīriskā daļā veikts kvalitatīvs pētījums. Uz intervijas jautājumiem atbildēja praktizējošas māsas. Pētījumā tika atbildēts uz pētniecības jautājumu - kāda ir pacientu aprūpe pēc artroskopijas procedūras?

Kvalifikācijas darba galvenie secinājumi: Pacienta aprūpē pēc artroskopijas procedūras liela nozīme ir pacienta izglītošanai. Māsas izglīto pacientus visā perioperatīvajā periodā. Pēc operācijas māsas informē pacientus par iespējamām komplikācijām un turpmākajām darbībām veselības atgūšanai.

Atslēgvārdi: pacients, artroskopija, aprūpe.

ANNOTATION

The theme of the bachelor's thesis is the care of patients in a ward after arthroscopic procedure.

The theme is an important subject in today's society, because nowadays conventional surgeries are increasingly replaced by minimally invasive surgeries.

The purpose of the work is to identify patient care after the day of the arthroscopic procedure. The theoretical part includes the theory of relationship between Hildegarda Peplau, clinical literature on patient joint problems and care after arthroscopic procedure. A qualitative study has been carried out in an empirical part. Practitioners replied to the interview. The study answered the research issue - what is patient care after arthroscopic procedure?

The main findings of the qualification work: The patient's care following the arthroscopic procedure is important for educating the patient. Nurses educate patients throughout the perioperative period. After surgery, nurses inform patients of potential complications and further steps to recover health.

Keywords: patient, arthroscopy, care.

SATURS

IEVADS	6
1. ARTROSKOPIJAS PROCEDŪRA	8
2. ARTROSKOPIJAS PROCEDURAS VEIDI	10
2.1 Ceļa locītavas sāpju iemesli	10
2.2 Pleca locītavas sāpju iemesli	13
2.3 Plauksta locītavu sāpju iemesli	13
2.4 Gūžas locītavas sāpju iemesli	14
2.5 Pēdas locītavas sāpju iemesli	14
3. PACIENTU APRŪPE PĒC ARTROSKOPIJAS PROCEDŪRAS	16
3.1 Pretsāpju aprūpe	17
3.2 Kustību aktivizācija	18
3.3 Infekcijas risks	19
3.4 Pacienta izglītošana un turpmākā veselības uzturēšana	20
4. H. PEPLAU SAVSTARPĒJO ATTIECĪBU TEORIJAS PIELIETOJUMS PACIENTU APRŪPĒ PĒC ARTROSKOPIJAS PROCEDŪRAS DIENAS STACIONĀRĀ	21
PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA	24
PĒTĪJUMA REZULTĀTI UN ANALĪZE	26
SECINĀJUMI	33
IETEIKUMI	34
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI	35
PIELIKUMI	38
Vingrojumi ceļa locītavas aktivizēšanai	39
Pētījuma viekšanas atļauja	40
Intervijas jautājumi	41
Iegūto datu kontentanalīze	42
Simbolu — “sejiņu” sāpju skala*	51

IEVADS

Aptaukošanās un strauji augošā liekā ķermeņa masa (KMI) un ir krasi progresējoša globāla sabiedrības problēma. Aptuveni pēdējos 20 gados Eiropas Savienībā (ES) strauji pieaug bērnu un pusaudžu skaits, kuriem ir palielināts svars virs normas vai pat aptaukošanās. Ir izrēķināts, ka 18% no ES dalībvalstu skolām, bērniem ir novērots palielināts svars un šie skaitļi ar katru gadu pieaugt par 0,55-1,65% jeb aptuveni par 400 tūkstošiem gadījumu gadā(1).

Šī slimība – aptaukošanās (adipozitāte) ir saistīta ar pārmērīgu tauku uzkrāšanos organismā, kā rezultātā arī pasliktinās veselība. Vairāku lietu sakritība visbiežāk rada liekā svara rašanos. Organismam problēmu rada straujā ārējās vides un dzīves stila maiņa, kam organisms nereti nespēj pielāgoties un atbild ne tikai ar funkcionāliem traucējumiem, bet arī ar slimībām. Pamatā šīm medicīniskajām pārmaiņām ir jaunas tehniskās iespējas un blakus zinātņu attīstība(1).

Taču, pēc jaunākajiem Pasaules Veselības Organizācijas (PVO) pētījumiem un ziņojumiem, muskuloskeletālās slimības ir viss izplatītākais invaliditātes cēlonis visā pasaulē un šo slimību, tai skaitā osteoartrīts strauji pieaug, sevišķi salīdzinot ar cilvēku novecošanos. Senākos laikos osteoartrītu humānā medicīnā ārstēja visai maz, jo osteoartrīts tika pieņemts tikai par normālu novecošanās pazīmi, gandrīz kā sirmu matu veidošanās. Klīniskie pētījumi uzrāda paaugstinātu osteoartrīta iespējamību personām ar palielinātu svaru un aptaukošanos. Bet šo pieņēmumu nevar pilnībā attaisnot tikai ar mehānisko bojājumu (paaugstinātu slodzi locītavās) un *wear and tear* (nolietošanās) teoriju, komentē Dr. Jānis Arājs (1).

Osteoartrīts ir biežākā artrīta forma un izpaužas kā hroniska iekaisīga deģeneratīva locītavu slimība, kas sākotnēji skar locītavas skrimšļi un subhondrālo kaulu un, procesam progresējot, iesaista arī citas locītavu struktūras. Procesa attīstības gaitā skrimšļa stingrība samazinās un tajā veidojas plaisas un erozijas.

Cilvēka organismam novecojot, notiek arī fizioloģiskas izmaiņas skrimšļaudos, kas sākotnēji neizraisa sūdzības, taču aptuveni 80% cilvēku pēc 75 gadu vecuma sūdzas par sāpēm kādā locītavā (2).

Pēdējo 10- 20 gadu laikā instrumentārijs ir modernizēts, kas ļauj endoskopisko pieeju izmantot praktiski jebkurā orgāna ķirurģijā. Kopš aptuveni 1990. -1993.gada Latvijā ir ieviestas laparoskopiskās operācijas gan ginekoloģijā, gan ķirurģijā (3).

Mūsdienās minimāli invazīvu ķirurģiju plaši lieto abdominālajā ķirurģijā, ortopēdijā, ginekoloģijā un citur. Modernu tehnoloģiju lietošana ļauj samazināt ārstēšanas ilgumu stacionārā, samazināt operācijas traumu un infekcijas risku, samazina pretsāpju līdzekļu

ievadišanas biežumu. Pateicoties tehnoloģijām, iespējama ātrāka rehabilitācija, kā arī labāks kosmētisks efekts (3).

Artroskopija ir viena no endoskopisko pieeju metodēm, pateicoties šai metodei ir iespējams diagnosticēt un izārstēt dažādas locītavu problēmas, kā ceļa locītavu meniska vai skrimšļa bojājumu u.c. Operācija tiek veikta dienas stacionāra apstākļos, tāpēc pacients var tikt izrakstīts mājās jau nākošajā dienā (4).

Jaunākās ārstēšanas metodes būtiski atvieglo pacientu aprūpi pēcoperācijas periodā, tomēr tās nemaina būtību, ka pacientam jāsniedz kvalitatīva un visaptveroša aprūpe visā perioperatīvajā periodā kā pie jebkuras ķirurģiskas iejaukšanās.

Autores prāt, aprūpes problēmas pēc šādām operācijām ir aktuālas, jo maz invazīvas operācijas ir plaši pielietotas ārstēšanas metodes pie locītavu saslimšanām mūsdienās un, iespējams, kļūs vēl aktuālākas nākotnē.

Bakalaura darba mērķis: Noskaidrot pacientu aprūpi pēc artroskopijas procedūras dienas stacionārā.

Pētījuma jautājums: Kāda ir pacientu aprūpe pēc artroskopijas procedūras?

Bakalaura darba uzdevumi:

1. Veikt literatūras analīzi par locītavu problēmām un aprūpi pēc artroskopijas procedūras;
2. Veikt literatūras analīzi par H. E. Peplau "Savstarpējo attiecību teoriju";
3. Sastādīt intervijas jautājumus x stacionārā strādājošām māsām;
4. Veikt iegūto rezultātu apkopošanu un analīzi;
5. Izdarīt secinājumus un ieteikumus.

Pētījuma metode: Kvalitatīvā metode.

Pētījuma instruments: Intervijas jautājumi.

Pētījuma bāze: X slimnīcas stacionārs.

Pētījuma respondenti: 8 ķirurģijas un traumatoloģijas nodaļā praktizējošas māsas.

1. ARTROSKOPIJAS PROCEDŪRA

Mūsdienās artroskopija ir viena no populārākajām metodēm ceļa locītavu traumu un slimību ārstēšanā. Sākot ar 1974. gadu, kad Filadelfijā (ASV) tika izveidota pirmā Starptautiskā Artroskopijas asociācija, šī metode lēnām iekaroja savu vietu ortopēdijā. Pētīt un izstrādāt šo metodi sākuši jau 20. gadsimta sākumā Japānā un paralēli arī ASV. Japānā ar artroskopisko operāciju metodikas izstrādāšanu Tokijas Universitātes Medicīnas fakultāte nodarbojās Kenji Takagi, Masaki Watanabe un Sakae Takeda. ASV ar artroskopisko operāciju izstrādāšanu un pilnveidošanu nodarbojās Harry Finkel Stein, Leo Mayer un Michael Burman. Šie zinātnieki ir devuši lielu ieguldījumu artroskopisko operāciju instrumentu un metožu izstrādāšanā un ieviešanā traumatoloģisku pacientu ārstēšanā (5).

Artroskops (no angļ.val. *arthroscope*) ir endoskops ar kura palīdzību apskata locītavu no iekšpuses (6).

Artroskopija ir ķirurģiska iejaukšanās, kas ir ārstnieciska manipulācija, pateicoties kurai ir iespējams ar pavisam mazu griezienu, ārstēt un diagnosticēt dažādas locītavu problēmas. Ar artroskopijas procedūru ārstē locītavu saslimšanas vai bojājumus, kā pleca un elkoņa locītavās, pēdas, ceļa un, plaukstas un gūžas locītavas (7).

Indikācijas ceļa locītavas artroskopiskai procedūrai ir ceļa locītavas elastīgs bloks, tas ir nespēja iztaisnot celi, sāpes ceļa locītavā pārvarot slodzi, sāpes ceļa locītavā aptuveni līdz 3 mēnešiem pēc traumas, ķeršanās locītavā vai tās ieķīlēšanās, priekšējās krustveida saites 3. līdz 4. stadijas nestabilitāte, subjektīvā nestabilitāte, biežas atkārtotas traumas ar hematrozi-sinovītu(8).

Artroskopijas procedūras laikā jebkurā locītavā, caur ļoti maza iegriezuma brūci, tiek ievadīts speciāls artroskops, kura galā ir ļoti maza kamera, ar kuras palīdzību ķirurgs var apskatīt un diagnosticēt locītavu bojājumu. Bet caur otru brūci tiek ievietoti speciāli instrumenti, ka kuru palīdzību veic nepieciešamās ķirurģiskās manipulācijas.

Ceļa locītavas artroskopiskas procedūras arī izdara diagnostiskos nolūkos, kad citas diagnostiskas metodes (palpācija , klīniskie saišu novērtēšanas testi, (RTG) rentgena uzņēmumi, (CT) kompjūtertomogrāfija, (KMR) kodolmagnētiskā rezonanse nespēj nodrošināt precīzu diagnozes uzstādīšanu un neļauj iegūt pietiekami ticamus datus par locītavas bojājuma apmēriem. Artroskopiskas operācijas priekšrocības diagnozes noteikšanā ir acīm redzamas - augsta informētība , traumatisma samazināšanās un īss operācijas laiks (9).

Apkopojot literatūru, var secināt, ka artroskopijas procedūras laikā ir iespējams:

1. Veikt locītavas diagnostiku;
2. Likvidēt locītavas bojājumu;
3. Veikt biopsiju;
4. Uzlabot kustību apjomu;
5. Veikt locītavas saišu rekonstrukciju;
6. un citas iespējas.

Vissastopamākās sūdzības locītavu bojājumu gadījumā:

1. Sāpes - pie slodzes, naktī un miera stāvoklī;
2. Muskuļu vājums un kustību ierobežojums;
3. Traucēta kustību amplitūda;
4. Locītavas pietūkums un krakšķēšana (5).

Izvērtējot iepriekš apskatīto simptomātiku ir vēlams doties pie ķirurga - traumatologa, kurš diagnosticēs bojājuma veidu un piemeklēs nepieciešamo ārstēšanas veidu, tai skaitā artroskopijas procedūru, ja šī procedūra būs piemērota.

2. ARTROSKOPIJAS PROCEDŪRAS VEIDI

Palielinoties tehniskajam nodrošinājumam un mūsdienīgākām tehnoloģijas iespējām, strauji paplašinājies arī endoskopiski veicamo procedūru klāsts. Šobrīd artroskopijas procedūra, kas pirmsākumos bija tikai diagnostikas manipulācija, ir attīstījusies tik ļoti augstā līmenī, ka šī metode ir kļuvusi arī par ārstniecisku manipulāciju, kas spēj ārstēt gandrīz jebkuru cilvēka ķermeņa locītavu (3).

Mūsdienās ar vārdu “artroskopija” saprot optisku un ķirurģisku instrumentu, un gaismas ievadīšanu locītavās, lai veiktu diagnostiku vai ārstēšanu. Artroskopiski ķirurgs var redzēt locītavas anatomiskās sastāvdaļas, kā arī veikt dažādas manipulācijas, izmantojot nelielus griezienus – portālus, komentē Dr.Andrejs Peredistijs, sertificēts traumatologs - ortopēds (5).

Ar artroskopijas procedūras palīdzību ir iespējams ārstēt un diagnosticēt dažādas locītavu problēmas vai saslimšanas, kā ceļa locītavu skrimšļa vai meniska bojājumu, pleca hronisko atdures sindromu, plaukstu un pirkstu locītavu saišu bojājumus, kā arī operēt gūžu, ja bojāti mīkstie audi un skrimslis un, piemēram, potītes artrītu.

2.1 Ceļa locītavas sāpju iemesli

Diemžēl celis ir viena no locītavām, kas visbiežāk tiek traumatizēta un vēl celi pieskaita arī pie vienas no vārīgākajām ķermeņa locītavām. Visbiežākais sāpju cēlonis ceļa locītavā ir personas dzīves veids. Kājas veic tik daudz dažādas funkcijas, kā iešanu, skriešanu, tupšanos, lekšanu un citas, un tā ir ļoti liela slodze locītavām, īpaši izteikti sportistiem un tiem, kas strādā fiziski smagu darbu (10).

Ceļa locītava ir sarežģīta locītava, kas savieno augšstilbu ar apakšstilbu, un tās virsmu klāj skrimslis. Celis sastāv no augšstilba kaula locītājpaugura un ceļa kaula, kas nostiprinās četrgalvainā muskuļa cīpslā, kā arī skrimšļu meniski un krustveida saites, kas nostiprina locītavu (11).

Ceļa locītavas stabilitāti nodrošina gan dinamiskās, gan statiskās struktūras. Svarīgākā dinamiskā struktūra ir tā sauktais ekstensoru mehānisms – četrgalvainais muskulis, patella, patellas saite, mediālie un laterālie patellas retinākuļi. Šis dinamiskais komplekss stabilizē ceļa locītavu, sasprindzinoties četrgalvainajam muskulim, jo tam ir liela nozīme normālas gaitas nodrošināšanā. Pareiza ekstensoru mehānisma vingrināšana ir ļoti svarīga agrīna

pēctraumas vai pēcoperācijas rehabilitācijā. Statisko ceļa locītavas stabilitāti nodrošina spēcīgas saites. Mediālā un laterālā kolaterālā saite. Priekšējā un mugurējā krustveida saite. Gūstot ceļa locītavas traumu visbiežāk tiek traumētas saites, meniski, skrimšļi un locītavas somiņa (12).

Osteoartrīts (OA) tiek dēvēts arī par deģeneratīvu ceļa locītavas saslimšanu, kas var ietekmēt jebkuru ķermeņa locītavu. Osteoartrīts ir hronisks locītavu stāvoklis, kas skar parasti tikai gados vecākus cilvēkus, un visbiežāk tas skar ceļgalus, apakšējo muguras daļu, gurnus un citas locītavas. Locītavu katra kaula galu nosedz gumijots skrimslis, kas locītavā veido gludu un slīdošu virsmu kustībām. Osteoartrīta dēļ locītavu skrimslis nodilst, sadalās un brīvi ļauj locītavu kauliem savstarpēji saskarties un šo kaulu tieša saskarsme rada sāpes, pietūkumu un arī pat klibumu un grūtības kustēties.

Osteoartrītu nevar izārstēt, bet ir iespējams ierobežot slimības attīstību un cik vien iespējams uzlabot dzīves kvalitāti. Visbiežāk lai uzlabotu dzīves kvalitāti ir nepieciešams veikt svāra korekciju, kas ir iespējams izdarīt fizioterapeita uzraudzībā, lai pareizi stiprinātu saites nevis uzsvērtu slodzi uz locītavas. Konsultējoties ar traumatologu, lietot piemērotus pretsāpju medikamentus, kā arī pretiekaisuma medikamentus. Taču ja visas iepriekš minētās metodes nelīdz, tad ir iespējams arī vērienīgākas darbības – locītavas endoprotezēšana (13).

Meniska plīsumi. Galvenais sāpju iemesls ir skrimšļa virsmas- meniska bojājums. Visbiežākais meniska plīsums ir pie kustības ceļa locītavā, ja ir fiksēta pēdas pozīcija. Pateicoties šāda veida traumai var veidoties šādās pazīmes – sāpes locītavā, ierobežota kustību amplitūda, sinovīts un pietūkums (2).

Meniska galvenais uzdevums ir amortizēt kustību, sekot un palīdzēt veikt kājām un ceļa locītavai nepieciešamās kustības, taču reizēm tas pavirzās ārpus drošas robežas un tiek ļoti spēcīgi saspiesti vai to savienojumi ar kaulu galiem tiek pārrauti, izraisot meniska bojājumu vai arī plīsumu.

Meniska bojājums ir atpazīstams ar to, ka sāpes ir tieši ap ceļa locītavu, bet tās var būt ne tikai sāpes, bet arī īdošas sāpes vai smeldzošas. Pie lielākiem vai nopietnākiem meniska bojājumiem, var liecināt kustību ierobežojums, kad ir grūtības locītavu iztaisnot no saliekta stāvokļa, trulas sāpes ejot lejā pa kāpnēm un arī pietūkums locītavā, un arī par pietūkumu var liecināt spiedoša un diskomforta sajūta ceļī (14).

Ceļa locītavas saišu bojājumi. Kā jau zināms ceļa locītava sastāv arī no vairākām saitēm, un šo saišu bojājums arī ir pieļaujams pie ceļa traumas, kas parasti izraisa akūtas sāpes, kuras kļūst spēcīgākas pie kustībām.

Plīsumu veidi un saišu bojājumi:

1. *Krusteniskās saites bojājums* ir viss biežāk sastopamais ceļa locītavas saišu bojājums. Šāda veida trauma parasti rodas nepareizi piezemējoties no lēciena vai ātra kustības virziena maiņa. Šis bojājums rada strauji progresējošu tūsku. Šāda veida bojājums parasti ir ļoti nopietns un parasti to ārstē ķirurģiski (15).
2. *Iekšējo ceļa locītavas sānu saišu bojājums* ir otrais visbiežākais saišu bojājums. Šo saišu bojājums reizēm izraisa sinovītu. Šāda veida trauma rodas ceļa locītavai veicot kustību uz iekšpusi un šāda veida bojājumu parasti ārstē ar konservatīvām metodēm, bet ļoti reti pielieto ķirurģisko iejaukšanos, kas pārsvarā tiek pielietota jauniem fiziski spēcīgiem cilvēkiem (16).

3. *Aizmugurējās ceļa locītavas krusteniskās saišu bojājums* ir sastopams ļoti reti. Šāda veida traumu parasti izraisa paklupšana, kritiens saliektā ceļa locītavā, kā arī autoavārijās. Arī aizmugurējo krustenisko saišu bojājuma gadījumā rodas ļoti ātri progresējoša tūska, bet parasti šāda veida bojājumam nav nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās (2).

Ceļa locītavas skrimšļu bojājums. Hialīna skrimslis ir veidots no stingra un gluda sastāva, un tas atrodas uz jebkuras locītavas kaulu virsmas. Tā galvenais uzdevums ir pasargāt kaulus no bojājumiem un savstarpējās berzes pie locītavas kustībām. Tā kā skrimslim nav ne asinsvadi, ne nervi, tas nespēj pats atjaunoties, un jebkura trauma vai osteoartrīts, kā arī cita locītavu saslimšana, var veicināt vai atstāt neatgriezenisku bojājumu. Skrimšļa samazinātā funkcija var radīt sāpes un iekaisumu, jo vairs nespēj pasargāt kaulus no tiešas savstarpējas saskarsmes. Šāda tipa skrimšļa bojājumus ārstē izvērtējot situāciju, ja ir vajadzība tad iejaucās arī ķirurģiski.

Patellas jeb ceļa locītavas skriemeļa mežģījums. Pie ceļa locītavas kustībām patella jeb ceļa locītavas skriemelis, arī veic nepieciešamās kustības, tas ir augšup vai lejup pa augšstilba kaula galu jeb rievu. Ir atsevišķi gadījumi, kad šī skrimšļa kustība nav noteiktā trajektorijā un šis skriemelis mēdz izslīdēt no vietas. Šāds mežģījums sāpes var neradīt un skriemelis var atgriezties savā vietā, tomēr svarīgi būtu iziet fizioterapijas kursu, lai šāds mežģījums neatkārtotos, jo atsevišķos gadījumos ir nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās (17).

Tā kā ar katru gadu konservatīvās metodes tiek atjaunotas un papildinātas ar dažādību, tad arvien biežāk ārsti šo metodi arī pielieto. Ir pieejami medikamenti, kā, piemēram, injekcijas celī – cilmes šūnu injekcija, iespējamās dažādas fizikālās terapijas un fizioterapijas, kas cilvēkam dod iespēju iztikt bez ķirurģiskas iejaukšanās.

2.2 Pleca locītavas sāpju iemesli

Daži no pleca locītavas sāpju iemesliem, piemēram, ir hronisks atdures sindroms, sinovīts, plecu locītavas rotatoru manšetes plīsums un citi iemesli. Lai pleca locītava pilnvērtīgi spētu strādāt par to gādā ļoti apjomīgs muskuļu un cīpslu komplekss, kura bojājuma dēļ var rasties gan kustību ierobežojums, gan sāpes. Visbiežākais iemesls bojājumiem ir novecošanās, ka arī traumas, jo gadiem ejot, cīpslas zaudē elastību un rodas mikrotraumas, gadiem summējoties un mikrotraumām arī, cīpsla vairs netur slodzi un plīst. Taču šādus bojājumus ir iespējams labot.

Iespējams ir veikt pleca artroskopijas procedūru ar 3 līdz 6 maziem, 4 līdz 5 mm platiem griezieniem. Un ar artroskopa instrumentu palīdzību bojāto vietu salabo, un tās var būt vairākas manipulācijas vienā operācijas laikā, gan atjaunot bojātās saites, bet arī sāļu un audu nogulsņējumus notīrīt.

Pēcoperācijas periods, pēc 10 līdz 14 dienām jāizņem diegi, jāievēro miera režīms no 4 līdz 6 nedēļām un roka ir jānēsā elkoņsomā. Ja ir radušās sāpes, pēc ārsta norādījumiem var lietot medikamentus, bet noteikti iepriekš konsultējoties ar ārstu. Pēc 6 nedēļām jāuzsāk rehabilitācija fizioterapeita uzraudzībā(18).

2.3 Plaukstu locītavu sāpju iemesli

Latvijā pati pirmā plaukstu locītavas artroskopijas procedūra notika 2005. gadā, to veica dakteris Valdis Andersons, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā (19).

Plaukstu artroskopijas procedūras no ceļa un pleca artroskopijas procedūras instrumentiem atšķiras tikai ar to, ka tiek pielietoti instrumenti kuru diametrs nepārsniedz 3mm un tiek iegriezieni nav lielāki par 5mm.

Procedūras instrumenti ir optiskie instrumenti – teleskopi, spēka instrumenti – *shaver* un urbis, manipulējamie instrumenti - zonde, knaibles, satvērējs un rentgena (RTG) iekārta.

Kā jau artroskopijas procedūra arī plaukstu artroskopijas procedūru izmanto gan ārstnieciskos, gan diagnostiskos nolūkos.

Plaukstu artroskopijas diagnostiskos nolūkos ir iespējams – noteikt plaukstu un pirkstu locītavu saišu bojājumus kā arī neskaidru un hronisku sāpju rašanos.

Toties ar plaukstu artroskopijas procedūru ārstnieciskos nolūkos ir iespējams veikt - sinovektomiju, brīvu vai svešķermeņu izņemšanu, kaulu rezekciju (pilnīgu izņemšanu), septiska artrīta skalošanu, interkarpālo saišu bojājumu kā arī citas iespējas (20).

2.4 Gūžas locītavas sāpju iemesli

Viens no iemesliem sāpēm gūžas locītavā ir dabisks un ilglaicīgs nodilums, kas ir novecojot norma, otrs iemesls ir regulāras pārslodzes gūžas locītavā. Šie iemesli ir tie, kas sākumā bojā mīkstos audus, kā skrimslis un gūžas „meniskus” jeb labrumus, bet laukam ejot tie bojā kaulus.

Bojātie mīkstie audi, skrimslis un labrumi, rada iekaisumu, kas rada sāpes gūžā un šīs sāpes mēdz atstaroties arī kā sāpes kājā. No bieži veiktām nepareizām, vienveidīgām kustībām, uz locītavu kaulu galiem bieži izveidojas uzaugumi, kas rada ierobežotas kustības un arī sāpes, un šādu situāciju sauc par atdures sindromu. Diemžēl bojājumiem kļūstot lielākiem un nopietnākiem, rodas sāpes pa naktīm, vājums locītavā, kustību ierobežojums(21).

Primārais ārsta ieteikums būs kustību ierobežojums ar atslodzi, pretiekaisuma medikamenti un injekcijas. Ja situācija neuzlabojas tad atliek tikai ķirurģiska iejaukšanās – artroskopija, kuras laikā ir iespējams izņemt un sašūt bojātos audus.

Gūžas artroskopijas laikā aptuveni veic 1cm platus vairākus griezienus. Taču salīdzinot vaļēji operētu gūžu un artroskopiski operētu, šādi operēta daudz mazākas ir pēcoperācijas sāpes, brūces ir pavisam nelielas, infekcijas risks ir pavisam neliels un ir iespējams pacientam ātri atgriezties ierastajās ikdienas gaitās.

Artroskopisko procedūru gūžas locītavai pasaule jau izmanto kopš 1988.gada, bet toties artroskopiski gūžas locītavu operē daudz retāk nekā pleca vai ceļa locītavu (22).

2.5 Pēdas locītavas sāpju iemesli

Pēdas artroskopijas procedūru veic, piemēram, pie atdures sindroma, ja ir brīvi ķermeņi locītavā, infekcijas iespējamība, sinovīta gadījumā kā arī diagnostiskos nolūkos un citas iespējas.

Viena no problēmām ir *potītes artrīts*. Šajā gadījumā artroskopijas procedūra ir pat piemērota artrīta beigu stadijā.

Potītes *lūzumus* ir iespējams ārstēt ar artroskopa palīdzību, kā arī kopā ar vaļēju lūzumu labošanas tehniku. Šāda veida procedūra var nodrošināt normālu kaulu un skrimšļu izlīdzināšanu.

Potītes *nestabilitāte*, pie kura vainīga ir saites izstiepšanās, rada sajūtu ka potīte padodas liekām nevajadzīgām kustībām. Šīs saites var savilkt ar ķirurģisku iejaukšanos – artroskopiju.

Ja locītavā ir radusies *infekcija*, bet no tās nav iespējams tikt vaļā tikai ar antibiotikām, tad ir iespējams artroskoiski šo locītavas telpu nomazgāt un iztīrīt.

Brīvi ķermeņi locītavā – rētaudi un skrimšļu daļiņas var brīvi peldēt locītavas somiņā un radīt nevajadzīgas problēmas, kā locītavas ķeršanās, krakšķinošā skaņa un šajos gadījumos vislabākā ir artroskopijas procedūra.

Sinovīts ir iekaisuši potītes mīksto audu apvalks, kas izraisa sāpes un pietūkumu. Šādu stāvokli izraisa trauma vai pārmērīga slodze locītavā, kā arī artrīts, osteoartrīts. Pie šādas locītavas problēmas var pielietot artroskopiju, ja iekaisušie audi nereaģē uz medikamentozo ārstēšanu (23).

Reizēm artroskopijas procedūru izmanto, lai diagnosticētu un precizētu slimību, jo reizēm simptomātika ir neskaidra vai tā neizpaužas. Un šī procedūra sniedz iespēju ielūkoties locītavā.

3. PACIENTU APRŪPE PĒC ARTROSKOPIJAS PROCEDŪRAS

Pacientu aprūpes standartu izmantošana ārstniecības personu praksē ir viens no svarīgākajiem veselības aprūpes iestādes darba kvalitātes rādītājiem. Katras veselības aprūpes iestādes darbību reglamentējošos aktos būtu jāparādās, pēc kādām vadlīnijām pacients saņem konkrētu aprūpi un kāds ir pamatojums katras aprūpes darbībai, ko veic pacientu labā (24).

Ķirurģisko pacientu aprūpe, kur tiek izmantots artroskops, principiāli neatšķiras no aprūpes, kas tiek pielietota pacientiem pēc plašas ķirurģiskas iejaukšanās. Tādēļ svarīga loma ir anamnēzes ievākšanai, gan pacienta izmeklēšanai un novērošanai, gan ļoti svarīgi ir pareiza sagatavošana ķirurģiskajām manipulācijām, kā arī pēc procedūru novērošanu un aprūpi. Katra pacienta aprūpe var atšķirties, tā nav standartizēta, balstoties uz individuālu pieeju pacientam(25).

Māsas galvenais darba pienākums, saistībā ar pacientu, ir veiksmīga aprūpes procesa izpilde. Literatūrā tiek minēts, ka aprūpes process ir apzināta pieeja pacienta veselības problēmu risināšanai, ievērojot pacienta vajadzības. Aprūpes process sastāv no četrām daļām, kas kalpo kā atgriezenisks mehānisms aprūpes diagnozes noteikšanā. Process ir ciklisks, posmi ir savstarpēji saistīti, tie var atkārtoties. Aprūpes process ietver pacienta novērtēšanu, aprūpes diagnozes noteikšanu, aprūpes plānošanu un izpildes izvērtējumu (26).

Pacienta novērtēšanā māsa ievāc datus par pacientu un tos apkopo, lai noteiktu pacienta vispārējo veselības stāvokli un aktuālākās vai iespējamās veselības problēmas. Šajā gadījumā, māsa pēc artroskopijas procedūras nosaka pacienta vitālos rādītājus, vispārējo fizisko un psihoemocionālo stāvokli, kā arī noskaidro vai pacientam nav attīstījušās kādas komplikācijas pēcoperācijas periodā. Atsaucoties uz pacienta veselību raksturojošiem datiem un pacienta vispārējām sūdzībām, māsa uzstāda aprūpes diagnozes, vispirms – primārās, kuras ir jau esošās, pēc tam – sekundārās jeb potenciālās aprūpes problēmas, kuras var attīstīties. Veiksmīga aprūpes diagnozes uzstādīšana ir aktuālo vai iespējamo veselības traucējumu konstatēšana, kuru var novērst māsas rīcība. Pēc aprūpes diagnozes uzstādīšanas, māsa izveido aprūpes plānu, kura mērķis ir palīdzēt pacientam novērst radušās problēmas. Māsu rīcības ir vērstas uz aprūpes plānu realizāciju, veicot vajadzīgās darbības, kā arī šo darbību norises uzraudzību veic māsa. Izvērtējumā māsa gūst secinājumus par to, cik efektīvi ir sasniegti izvirzītie mērķi aprūpes problēmu risināšanā.

Galvenās aprūpes diagnozes pacientiem pēcoperācijas periodā pēc artroskopijas procedūras ir sāpes, infekcijas risks, uztraukumi, kas saistīti ar kustību aktivizāciju. Māsa

papildus aprūpes darbībām mudina pacientu uz pašaprūpi un ievēro aprūpi, kā arī iedrošina un atbalsta pacientu, protams, arī izglīto stacionāra pacientus (26).

Pēcoperācijas periods pēc artroskopijas procedūras raksturojas ar īslaicīgu palikšanu stacionārā, parasti tā ir viena diennakts vai aptuveni 24h kopš iestāšanās brīža stacionārā.

Līdztekus visai perioperatīvajai aprūpei māsai jāveic šādi pasākumi:

1. Jāpaskaidro pacientam operācijas norisi un paredzamo pēcoperācijas aprūpi, kā perifērā vēnas katetra aprūpi, infekcijas kontroli, pretsāpju terapiju;

2. Jāpārrunā iespējamās komplikācijas un to pārvarēšanas veidus, kā piemēram, muskulatūras stiprinošie vingrinājumi palīdzēs atgūt kontroli pār kustībām;

3. Jānodrošina attiecīgu medikamentu lietošanu gan stacionārā, gan jāizglīto par to lietošanu mājas apstākļos;

4. Pacientam jānodrošina optimāls kardiovaskulārs, respiratoriskais un cirkulatoriskais statuss, lai mazinātu komplikāciju risku pēcoperācijas periodā (27).

3.1 Pretsāpju aprūpe

Ķirurģiska pacienta primārā aprūpe nav iedomājama bez kvalitatīvas atsāpināšanas. Nekvalitatīva pēcoperācijas periods pacientam pagarina atveseļošanās laiku, kā arī atrašanās laiku stacionārā un paaugstina intrahospitālo mirstību.

Visbiežākie iemesli nepareizai pretsāpju aprūpei ir tomēr personāla zināšanu trūkums par sāpēm, bailes un uztraukums no pretsāpju medikamentu komplikācijām vai blaknēm, tomēr arī nepietiekams tehniskais aprīkojums un personāla iztrūkums (28).

Neizbēgami artroskopijas procedūras rada operācijas brūces, kam raksturīgs audu bojājums, kā audu traumatizācija un apkārtējo audu tūska.

Pacienti sāpes mēdz raksturot saistot vairāku komponentu kopumu – diskomfortu, ciešanas, bailes, autonomas izmaiņas un reflektorām izmaiņām (3).

Starptautiskā Sāpju izpētes asociācija (IASP – International Association of the study of Pain) devusi sekojošu definīciju (1994): „Sāpes ir nepatīkamas sajūtas un emocijas, kas saistītas ar reālu vai potenciāli iespējamu audu bojājumu vai arī tiek aprakstīts kā šāds bojājums. Tās vienmēr ir subjektīvas sajūtas. Akūtas sāpes ir aizsargmehānisms, kas ļauj pasargāt sevi no draudošām briesmām. Tās ir sāpes pēc audu bojājuma, traumas vai ķirurģiskas manipulācijas, un ir signāls smadzenēm par audu bojājumu un/vai kairinošiem stimuliem.” Šajā gadījumā pacientiem pēc artroskopijas procedūras ir akūtas sāpes, ko izraisa

ķirurģiskā iejaukšanās, kas radīja audu bojājumus. „*Hroniskas sāpes ir tādas, kas turpinās pēc akūtas slimības ilgāk par fizioloģisko nepieciešamību. Par hroniskām var saukt sāpes, ja tās ilgst vismaz 4-6 nedēļas, bet var turpināties nenoteiktu laiku.*” Hroniskās sāpes pacientiem pēc artroskopijas procedūras ir ļoti rets gadījums, bet ir gadījumi un pārsvarā tas ir no pārāk ātras un straujas atgriešanās ikdienas ritmā neievērojot saudzējošo režīmu un infekcijas iemesla dēļ (29).

Akūtas pēcoperācijas sāpes ir sāpes, ko pacients pēc artroskopijas procedūras jūt nekavējoties pēc procedūras atgriežoties stacionārā.

Primārie speciālisti, kas ikdienas darbā strādā ar akūtām sāpēm, ir anesteziologi. Anesteziologu mērķis ir nepārtraukti uzlabot iepriekš jau zināmo informāciju par sāpēm un izstrādāt jaunas metodes atsāpināšanas jomā. Šī medicīnas nozare ļoti strauji attīstās, piesaistot jaunas tehnoloģijas un aparāturu, kā arī pētot pieejamās zāļvielas (30).

Lai izvērtētu pēcoperācijas sāpes pacientam ir izstrādātas sāpju novērtēšanas metodes: vizuālo analoģu skala (VAS), skaitliskā sāpju novērtējuma skala jeb *Numerical Rating Scale* (NRS), verbālā sāpju novērtējuma skala jeb *Verbal Rating Scale* (VRS), simbolu - “sejiņu” sāpju skala (skat. 6.pielikums). Jārēķinās arī ar iespējamo operācijas sarežģītību katram pacientam atsevišķi un arī katra pacienta „sāpju sliekšnim” (31**Kļūda! Nav atrasts atsauces avots.**)

Svarīgi ir izvērtēt sāpju intensitāti, bet arī pārējos sāpju aspektus: atrašanās vietu, veidu, pastiprinošos un pavadošos faktorus, atvieglojošos faktorus un iespējamās šķēršļus sāpju novērtēšanā. Lai pēc iespējas precīzāk noteiktu sāpju intensitāti, tad sāpes ieteicams noteikt gan miera, gan kustību stāvoklī un tas ir jāveic atkārtoti, atkarībā no dažādajiem atsāpināšanas medikamentiem (30).

3.2 Kustību aktivizācija

Nereti, lai atjaunotu orgānu funkciju, uzlabotu dzīves kvalitāti un funkcionālo neatkarību, ir nepieciešama ārstnieciska iejaukšanās. Agrīnā pēcoperācijas periodā var attīstīties dažādas komplikācijas (zarnu parēze vai atonija, zarnu pūšanās, atelektāzes un citas). Tās var izraisīt vai veicināt narkoze, lietotie medikamenti, horizontāls pacienta stāvoklis, sāpes operētajā vietā. Pēcoperācijas periods stacionārā parasti ir īss, tāpēc svarīgi pacientu aktivizēt pēc iespējas agrāk, lai veicinātu atveseļošanos un novērstu iespējamo pēcoperācijas komplikāciju rašanos. Vislabāk veiktajai ķirurģiskajai procedūrai ir minimāla vērtība bez atbilstošas rehabilitācijas pēcoperatīvajā periodā. Rehabilitācijas trūkums var ietekmēt komplikāciju attīstību, kas var izraisīt nepārejošu nespēju un nāvi (3).

Pareizas elpošanas vingrinājums ir viens no vingrojumu veidiem, ko jāiemāca pacientam, bet šie vingrojumi ir dažāda paveida, bet tomēr nodrošina mazāku risku pulmonoloģiskām komplikācijām. Kā, piemēram, diafragmāla elpošana, kas nodrošina plaušu apakšējo daļu labāku ventilāciju, plecu joslas relaksāciju un mazina asiņu sastrēgumu vēdera dobumā. Diafragmālas elpošanas tehnika: pacients vienu roku uzliek uz krūškurvja, otru uz vēdera. Caur degunu tiek veikta dziļa ieelpa, kuras laikā piepūšas vēders, krūškurvim jāsiglabā nekustīgums. Izelpa tiek veikta caur muti, tās laikā vēders saplok (3).

3.3 Infekcijas risks

Operācijas dienā pacientam ir nepieciešams gultas režīms, bieži jākontrolē vitālie rādītāji, šķidruma uzņemšana un izdale. Pēc iespējas ātrāk jāuzsāk pacienta aktivizācija un kustības, lai nerastos vēnu tromboze, plaušu embolija, pneimonija un citas komplikācijas vai atveseļošanās riski.

Tomēr pie katras ķirurģiskās iejaukšanās, arī artroskopijas procedūras, pēcoperācijas periodā ir ļoti nozīmīgi novērtēt dzīvībai svarīgās pazīmes – ķermeņa temperatūru, pulsu, elpošanu un asinsspiedienu. Šīs pazīmes norāda kā darbojas organisma dzīvībai svarīgie mehānismi. Dzīvībai svarīgo pazīmju raksturlielumi sniedz informāciju par cilvēka veselības stāvokli kopumā (32).

Ķermeņa temperatūras mērīšanai ir liela medicīniska nozīme. Pacientiem, pēc artroskopijas procedūras, ir īpaši svarīgi sekot līdzi šiem parametriem, jo paaugstināta ķermeņa temperatūra aptuveni 38°C un vairāk iedaļu var liecināt par radušos infekciju atrodoties stacionārā, uz ko tūlītēji gan ārstiem, gan māsām būtu jāreaģē un jārīkojas. Māsai ir jānovērtē un jāpiereģistrē simptomi un pazīmes, kā arī to sākums un veids, kas liecina par ķermeņa temperatūras pārmaiņām – galvassāpes vai reiboņi, pēkšņa tūska, nogurums, nemiers, aukstuma vai karstuma sajūta, slikta dūša, bālums vai apsarkusī āda, aukstas perifērās ekstremitātes.

Nozīmīgi ir novērtēt pulsa, asinsspiediena un elpošanas pārmaiņas, kas var norādīt par pēcoperācijas blaknēm un komplikācijām dēļ ķirurģiskas iejaukšanās vai anestēzijas dēļ.

Pie infekcijas kontroles māsa veic arī rūpīgu perifērās venozās kanīles aprūpi. Māsa izmanto visu vajadzīgo un nepieciešamo, lai nodrošinātu aseptiku un sterilitāti. Perifērā venozā kanīle ir jāmaina ik pēc 3diennaktīm vai 72 stundām, vai nepieciešamības gadījumā arī ātrāk, ja ir redzamas iekaisuma pazīmes, radies sāpīgums un ir traucēta katetra caurplūsmas funkcija. (33).

Liela nozīme ir arī pareizai razēšanai. Operācijas lauka apmatojuma noskūšanu iepriekšējā vakarā pirms operācijas ir saistīta ar ievērojamu un ādas kairinājumu, kas rada infekcijas risku. Razēšanas procedūra ādā rada mikrotraumas, kuras īsā laika posmā kolonizējās ar pacienta paša vai slimnīcas mikrofloru. Var veidoties mata folikula iekaisums un dermatīts. Līdz ar šo iepriekšējo pieredzi, māsa razē apmatojumu īsi pirms operācijas sākuma (27).

3.4 Pacienta izglītošana un turpmākā veselības uzturēšana

Pēcoperācijas periodā pacientiem pēc artroskopijas procedūras māsa izglīto par rehabilitācijas iespējām, lai veicinātu pacienta dzīves kvalitātes uzlabošanu un slimības seku novēršanu.

Katram pacientam pieeja ir personīga un individuāli izstrādāta, ko izstrādā un nosaka ārsts. To veido atbilstoši slimībai un tās sekām, iespējamām ķermeņa funkcijām, aktivitātēm un dalībai, kā arī balstoties uz vides un personālajiem faktoriem.

Vispārējās rehabilitācijas mērķis ir garīgo funkciju uzlabošana, kā ,piemēram, orientēšanās, atmiņa, uztvere un citas, pilnveidot maņu funkciju un mazināt sāpes, kardiopulmonālās sistēmas un perifēriskās asinsapgādes funkcijas uzlabošana, nervu, muskuļu un skeleta sistēmas un ar kustībām saistītu funkciju atjaunošana, ādas funkcija, kā , piemēram, nodrošina apasiņošanu, kā arī novērš spiediena izraisītos trofiskas traucējumus, un citas funkcijas (34).

Fizioterapeits vai māsa aktivizē pacientu uzsverot uz muskulatūras vingrinājumiem, kas mazinās aktivizācijas traucējumus un sāpes. Vingrinājumu mērķis ir atjaunot muskulatūras balsta funkciju, atjaunot ikdienas dzīves nepieciešamās mobilitātes un koordināciju, kā arī atjaunot līdzsvara izjūtu. Vingrinājumu veidi ir dažādi veicami, kā stāvus, sēdus vai guļus jebkurā jums ērtā vietā un laikā (34).

Sēdus uz galda - brīvi šūpojiet ,mainot abas, kājas ceļu locītavās. Šis vingrojums ir piemērots arī kāju muskulatūras atslābināšanai. Citi vingrojuma veidi- guļus uz muguras gultā, guļus uz muguras ar pēdām uz grīdas, guļus uz vēdera un citi. Vingrinājumus jāveic atbilstoši ārsta norādījumam.

Papildus darbībām, māsa pacientam var izdalīt dažādus informatīvus materiālus par vingrinājumu veikšanu (skat.1.pielikumu) (35).

4. H. PEPLAU SAVSTARPĒJO ATTIECĪBU TEORIJAS PIELIETOJUMS PACIENTU APRŪPĒ PĒC ARTROSKOPIJAS PROCEDŪRAS DIENAS STACIONĀRĀ

Darba autore uzskata, ka pēcoperācijas periodā ļoti svarīga loma ir māsas un pacienta savstarpējam attiecībām un komunikācijai, tāpēc šo darbu pamato uz Hildegardes E. Peplau (1909. – 1999.) “Savstarpējo attiecību teoriju”, kura pirmo reizi tika aprakstīta 1952. gadā. Teorētiķe uzskata, ka visas aprūpes pamatā ir savstarpējo attiecību process, kas veido uzticēšanos starp māsu un pacientu. H. Peplau teorijas modelis balstās uz māsas – pacienta savstarpējām attiecībām, ietver dažādas lomas māasai un apraksta četrus attiecību posmus, kas veicina kvalitatīvu un mērķtiecīgu aprūpi. Savstarpējo attiecību teorijā visi jēdzieni tiek aprakstīti saistoši un uz kustību vērsti. Tas arī ir svarīgi pēcoperācijas periodā, ka pacientiem sniegtā aprūpe ir redzama ar pozitīvi vērstām izmaiņām un, ka katru dienu novērojama aprūpes dinamika, kas vērsta uz pārmaiņām.

H. Peplau savā teorijā uz *cilvēku/personu* lūkojās kā uz unikālu būtni, kas dzīvo nepastāvīgā jeb mainīgā līdzsvarā. Cilvēks tiek definēts kā bioloģisku, fizisku, psiholoģisku pazīmju un vajadzību sistēma. Definīcija ietver sevī 2 komponentus: pacientu – tādu, kuram ir problēmas un ir nepieciešama vai tiek meklēta aprūpe; māsu - profesionāli savā specialitātē. Pēc mazinvasīvām operācijām ķirurģijas māasai ir svarīgi atpazīt visas pacienta vajadzības. Māasai, komunicējot ar pacientu, ir jāsaprot visas aktuālās un potenciālās pacienta vajadzības, kas rodas pēc artroskopijas operācijām. Kopīgi ir jānonāk pie aprūpes problēmām un mērķiem, kuri pēcoperācijas periodā ir jāsasniedz.

Aprūpe tiek skaidri definēta kā terapeitisks, starp personisks process starp māsu un pacientu. Aprūpes procesā ir vienlīdz jāpiedalās gan māasai, gan pacientam.

Veselība ietver individualitātes - personības un citus nepārtrauktus cilvēka procesu kustības uz priekšu kreatīvā, radošā - konstruktīvā, produktīvā, personiskā un kopienas virzienā. H. Peplau uzsver, ka tieša saikne pastāv starp trauksmi un slimību. Pēc teorētiķes domām, trauksmes enerģija palīdz pārvarēt slimības simptomus.

Vide ir ietekme ārpus organisma kultūras konteksta. To veido ārējie faktori, kas liek cilvēkam pielāgoties esošajiem apstākļiem un izmaiņām. Atrodoties stacionārā tiek pilnīgi izmainīta pacienta ārējā vide, pie kura viņš ir pieradis ikdienā, tāpēc ir būtiski nodrošināt tādu vidi, pie kuras pacients varēs maksimāli ātri adaptēties, būtiski neietekmējot aprūpes process. Pacienti visā pēcoperācijas periodā jānodrošina droša un uzticama vide (36).

H. Peplau "Savstarpējo attiecību teorijā" aprakstīti četri attiecību posmi:

Orientācijas posmā tiek definēta problēma. Māsa un pacients iepazīst viens otru un izprot savas lomas aprūpes procesā. Šajā posmā pacientam ir skaidri jāapzinās savas aktuālās vajadzības, tās kopīgi jāizrunā ar māsu, lai nonāktu pie aprūpes problēmām. Pēc problēmas definēšanas māsa norāda servisa tipu, kas vajadzīgs pacientam. Šī posma uzdevums ir izveidot komunikāciju, caur kuru veidosies uzticība. Būtībā orientācijas fāzē medmāsa novērtē pacienta veselības stāvokli. Tā kā mazinvas operācijas gadījumā, pacienta uzturēšanās dienas stacionārā ir īss laika posms, šo posmu ir svarīgi uzsākt maksimāli ātri, uzreiz pacientam iestājoties stacionārā.

Tālāk seko identifikācijas posms, kurā sāk veidoties uzticēšanās starp māsu un pacientu, sāk justies tā, it kā viņš vai viņa pieder, un jūt, ka ir spējīgs uzticēt savas vajadzības mātai, kas mazina bezpalīdzības un bezcerības sajūtu. Pēc mazinvas operācijas, māsa identifikācijas posmā izveido aprūpes plānu, balstoties uz pacienta stāvokli un mērķi, lai veicinātu veselīšanos un novērstu visas iespējamās problēmas.

Ekspluatācijas posmā māsa palīdz pacientam sasniegt līdzsvaru starp vajadzībām un neatkarības sasniegšanu. Pacients izmanto visus nepieciešamos pakalpojumus, pamatojoties uz veselības veicināšanu. Šajā posmā pacientam tiek sniegta reāla palīdzība, tiek risinātas visas aprūpes problēmas, tiek īstenots aprūpes plāns, lai novērstu veselības traucējumus un uzlabotu pacientu pašsajūtu. Pēc artroskopijas operācijas, piemēram, ceļa locītavai, šajā posmā pacientam tiek veikta atsāpināšanas terapija, diskomforta kontrole, veikta i/v katetra aprūpe, kā arī aktīva pacienta izglītošana gan par pretsāpju medikamentu lietošanu, gan slodzes samazināšanu, gan kustību vingrojumiem, lai locītava aktivizētos. Pareiza izglītošana veicina pacienta spēju būt patstāvīgam uz pašaprūpi, kas ir mazinvas operācijas viens no galvenajiem mērķiem.

Pēdējais ir atrisinājuma posms, šis ir profesionālās attiecības izbeigšanas posms, kurā māsa kopā ar pacientu izvērtē iegūtos rezultātus un novērtē, vai visas problēmas aprūpes laikā tika atrisinātas. Sarunas laikā, tiek pārbaudītas pacienta zināšanas par turpmāko atveseļošanās periodu mājas apstākļos (37).

Visi attiecību posmi ir tieši pielīdzināmi ar pēcoperācijas aprūpi dienas stacionārā. Visu šo savstarpējo attiecību posmu laikā, pēc teorētiķes H. Peplau, māsa pilda dažādas lomas:

1. *Svešinieka loma* – māsa objektīvi pieņem pacientu tādu, kā jebkurā citā dzīves situācijā. Tiek nodrošināta atsaucīga gaisotne, kas veicina uzticēšanos.
2. *Resursa loma* – māsa piemēro atbilstošāko aprūpes plānu pacientam, atbild uz pacienta visiem interesējošiem jautājumiem, sniedz pietiekoši informāciju par aprūpes posmiem, skaidro klīniskās ārstniecības datus.
3. *Skolotāja loma* – māsa palīdz pacientam mācīties, sniedz precīzas instrukcijas, palīdz mācīties no savas pieredzes, pacients gūst izaugsmi.
4. *Padomdevēja loma* – strādājot ar pacientu pie konkrētajām aprūpes problēmām, māsa palīdz pacientam saprast un integrēt pašreizējo dzīves apstākļu nozīmi, iedrošina pacientu uz labākas dzīves pārmaiņām. Šī loma palīdz pacientam integrēt faktus un sajūtas, kas saistītas ar konkrēto saslimšanas epizodi.
5. *Aizstājēj loma* – palīdz pacientam noskaidrot atkarības, savstarpējās atkarības un neatkarības jomas, un darbojas kā pacienta atbalstītāja.
6. *Līdera loma* – palīdz pacientam uzņemties maksimālu atbildību par ārstniecības mērķu sasniegšanu savstarpēji apmierinošā veidā (38).

Darbā ar pacientiem, kuri ir jāaprūpē pēc operācijas, šīs māsas lomas ir īpaši būtiskas. To visu mērķis ir palīdzēt pacientam sasniegt aprūpes problēmu mērķus. Savstarpēji labas attiecības starp māsu un pacientu tiek uzskatītas par neatņemamu sastāvdaļu, jo tas rada empātiju, uzticēšanos. Uzticēšanās laikā pacients iespējami vairāk atklāj savas vajadzības, kas ļauj kvalitatīvāk veikt aprūpi pēcoperācijas periodā. Attiecības starp māsu un pacientu viennozīmīgi ietekmē aprūpes rezultātu, tāpēc māsām jāiemācās ar jebkuru pacientu dibināt savstarpēji labas, individuālas un profesionālās attiecības, kuras ir balstītas uz uzticību vienam pret otru.

PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA

Pētījums ir process, kura rezultātā tiek radīta jauna informācija par sabiedrībā notiekošajiem procesiem, valdošajiem uzskatiem un indivīdu vērtējumiem. Tā ir mērķtiecīga darbība esošo zināšanu pārbaudei un jaunu zināšanu radīšanai (39).

Bakalaura darba mērķis ir noskaidrot pacientu aprūpi pēc artroskopijas procedūras dienas stacionārā, kura sasniegšanai tika pielietota kvalitatīvā pētniecības metode.

Kā pētījuma bāze tika izvēlēts viens no Kurzemes reģiona slimnīcas stacionāriem. Pētījuma atļauja tika nokārta (skat. 2.pielikums). Pētījums notika no 2018.gada 24.septembra līdz 31. oktobrim un tajā piedalījās 8 māsas, respondenti, kuras strādā ķirurģijas, traumatoloģijas nodaļā, aprūpējot pacientus pēc dažādām artroskopijas procedūrām.

Pētījumā kā darba instruments tika izmantota intervija (skat. 3.pielikums). Intervija bija strukturizēta, tās laikā jautājumi tika uzdoti secīgi un netika mainīta to secība, respondentiem netika uzdoti papildus jautājumi. Intervija tika sastādīta no 11 jautājumiem par pacientu aprūpi pēc artroskopijas procedūras.

Intervijas notika stacionārā, atsevišķā atpūtas telpā, lai neviens netraucētu. Intervijas laiks tika izvēlēts tāds, kad māsām ir brīvs brīdis no darbiem, bet tā, lai intervija neierobežotu pacientu aprūpi.

Lai pārliecinātos par labu instrumenta izstrādi un visu jautājumu saprotamību, tika veikts pilotpētījums, kurā piedalījās divas nejausi izvēlētas māsas. Pilotpētījumu darba autore veica 2018.gada 15.septembrī. Pēc pilotpētījumu analīzes darba autore secināja, ka daži intervijas jautājumi ir jāpārformulē vai jāuzraksta saprotamāk, kā piemēram piektais jautājums izmēģinājuma laikā bija – Kādas ir tēmas par kurām izglītojat pacientu? Šajā gadījumā māsa sāka uzskaitīt visdažādākās tēmas un nebija konkrētuma, līdz ar to piektais jautājums tika izmainīts uz - Kādas ir visbiežākās izglītojošās tēmas? Bet lielāka daļa jautājumu ir skaidri un saprotami. Pamatojoties uz pilotpētījumu rezultātiem un secinājumiem, tika uzsākta respondentu intervēšana.

Pirmo jautājumu autore uzdeva, lai noskaidrotu respondentu darba pieredzi, kā arī darba pieredzi konkrētajā stacionārā aprūpējot pacientus pēc artroskopijas procedūras. Otrais jautājums tika uzdots, lai noskaidrotu cik ilgs ir pacienta uzturēšanās laiks stacionārā. Trešais jautājums – kas ir pats svarīgākais aprūpējot pacientus pēc artroskopijas procedūras? Ceturtais jautājums arī tika uzdots, lai noskaidrotu pacienta aprūpi pēc procedūras. Ar nākamajiem četriem jautājumiem, tas ir piektais, sestais, septītais un astotais, autore ir vēlējusies

noskaidrot pacienta izglītošanu. Toties devītais jautājums un desmitais jautājums tika uzdots par aprūpes posmiem. Pašu pēdējo – vienpadsmito, jautājumu autore uzdeva ar mērķi, lai noskaidrotu par procedūrām, kas tiek dokumentētas.

Pirms intervijas respondentiem tika izskaidrots, ka intervija ir anonīma un rezultāti tiks izmantoti tikai autores pētnieciskajam darbam. Intervijas laikā tika pierakstītas intervijas atbildes, jo respondenti no audio ierakstīšanas atteicās, jo tomēr māca šaubas par konfidencialitātes saglabāšanu. Pēc tam tika veikta kontentanalīze (skat.4.pielikumu) jeb satura analīze. Respondenti tika šifrēti ar alfabēta burtiem (A; B; C; D; E; F; G; H).

Uz jautājumiem aptaujātie respondenti atbildēja katrs individuāli iepriekš nezinot jautājumus, kā arī netika pieļauta informācijas noplūde vai cita viedokļa ietekme. Aptuvenais intervijas ilgums bija 25 minūtes.

Datu apkopošanu darba autore veica izmantojot programmu MS Word.

PĒTĪJUMA REZULTĀTI UN ANALĪZE

Intervijā piedalījās 8 māsas, respondenti, kuras strādā ķirurģijas, traumatoloģijas nodaļā, aprūpējot pacientus pēc dažādām artroskopijas procedūrām.

Pētījuma daļā aprakstītas astoņu, šajā stacionārā strādājošu, māsu sniegtās atbildes. Salīdzinoši mazais respondentu skaits skaidrojams ar to, ka šajā reģionālajā slimnīcā tieši šajā stacionārā strādā tikai 10 pieredzējušas māsas. Respondentu atlase notika pēc vienkāršās gadījumi izlases jeb īsti nejaušās izlases, kur no 10 māsām tika atlasītas 8 māsas pēc pilnīgas nejaušības principa. Pēc visām intervijām tika pielietota kontentanalīzes metode.

Pirmajā intervijas jautājumā ietverta informācija par darba pieredzi, un pieredzi tieši šajā stacionārā. Aptaujātās māsas sniedza atbildes, kas tika apvienotas noteiktā tabulā:

1. Kāda ir darba pieredze un kāda ir darba pieredze tieši šajā stacionārā?

Respondenta šifrs	Darba pieredze	Darba pieredze X stacionārā
A	6 gadi	1 gads un 5 mēneši
B	10 gadi	8 gadi
C	1 gads un 2 mēneši	1 gads un 2 mēneši
D	30 gadi	30 gadi
E	8 gadi	6 gadi
F	20 gadi	13 gadi
G	5 gadi	5 gadi
H	4 gadi	4 gadi

Visām atbildēm kā kategorija tika minēta „Nostrādātais laiks konkrētā nozarē”, bet atbilžu jēdziens - „Pieredze”. Apkopojot atbildes, var secināt, ka katrai mācai darba stāžs ir dažāds. Tikai trīs no respondentiem strādā pavisam neilgi, tas ir līdz 5gadiem - „C” , „G” un „H” māsas, toties atlikušās māsas „A”, „B”, „D”, „E” un „F” strādā jau 6 un vairāk gadus, kas ir liela darba pieredze autores skatījumā. Respondentiem papildus tika uzdots jautājums par to cik liela darba pieredze ir tieši šajā stacionārā. Tikai divas no māsām „F” un „D” ir ar trīspadsmit gadu stāžu un vairāk, strādājot tieši šajā nodaļā. Nedaudz mazāka darba pieredze šajā stacionārā ir astoņi gadi „B” mācai, seši gadi „E” mācai un četri gadi „H” mācai . Taču tikai divas no aptaujātajām māsām atbildēja, ka darbs ar pacientiem pēc artroskopijas procedūras ir neliels, kā nepilni divi gadi „A” māsa un viens gads „C” . Uzdodot šo

jautājumu, iespējams izdarīt secinājumu kā darba pieredze ietekmē profesionālo māsu darbību un rīcību.

Otrais intervijas jautājums palīdz noskaidrot cik ilgi pacients pēc artroskopijas procedūras uzturas šajā stacionārā. Šī jautājuma ietvaros darba autore izveidoja tādas kategorijas kā „Uzturēšanās stacionārā pēc operācijas, laika vienība, līdz vienai diennaktij un pašsajūtas izvērtēšana, individualitāte”, bet atbilžu jēdziens – „Viena diennakts (pacienta aprūpe pēc operācijas)” (skat. 4.pielikums 4.1.tabula). Māsa „G” apgalvo: „Tas ir atkarīgs no paša pacienta, bet tā aptuveni 24- 36h”. Taču citējot māsu „B” pacients uzturas stacionārā tikai diennakti. Māsa „C” min: „Parasti šie pacienti uzturas vienas dienas (aptuveni 24 h) stacionārā,” taču vēl piebilst, „bet ir gadījumi, ka uzturas īslaicīgajā dienas stacionārā, kas ir 3 dienas”. Māsa „C” pieļauj iespēju, ka pacientam var radīties kādas blaknes vai komplikācijas pēc procedūras, kas ļauj pacientam uzturēties stacionārā līdz 3 dienām. Māsa „D” tomēr uzskata – „Ja procedūra notiek agri no rīta ir iespēja vakarā doties mājās, un pārsvarā pacienti arī šo iespēju izmanto”. Māsa „E” stingri apgalvo: „Iestājoties stacionārā tiek veikta procedūra un nākamās dienas laikā no pulkstenis 8.00 līdz 21.00 var doties mājās”. Taču māsa „F” saka: „Atkarīgs no tā cik labi pārcieš anestēziju un kāds ir bijis tās veids”. Kas liek noprast, ka māsa „F” uzrauga un izvērtē katru pacientu individuāli. Māsa „A” min: „Pāris stundas, jo vienmēr visi vēlas ātrāk mājās, jo nepatīk slimnīcas.” Māsa „H” apgalvo: „Pacients pats izlemj cik ilgi uzturēties, bet ne ilgāk par nākamās dienas vakaru,” vēl piebilstot, „ jo tad jāpārraksta vēsture”. Apkopojot atbildes lielākā daļa māsu apgalvo to ka pacients var doties mājās uzreiz pēc procedūras vai 24 h laikā pēc tās, toties arī pieļauj varbūtību, ka pacients paliek stacionārā ilgāk par diennakti. Tikai viena māsa atzīmēja to, ka došanās mājās ir atkarīga no tā cik labi pārcieš anestēziju. Apskatot otro jautājumu un izdarot secinājumu, darba autore var secināt ka visas māsas atbildēja savstarpēji līdzīgi, bet tikai viena no māsām novēro pacienta pašsajūtu un spējas doties mājās neatkarīgi no tā kā tiek definēts dienas stacionārs.

Trešais jautājums tika izvirzīts, lai noskaidrotu pašu primāro, ko māsas pēc savām domām veic, aprūpējot pacientus pēc artroskopijas procedūras. Tika apkopotas vairākas kategorijas – „Izglītošana, vitālo rādītāju noteikšana, komplikāciju un risku atpazīšana, skābekļa nodrošināšana, medikamentu ievade un pašsajūtas izvērtēšana”, kas atbilst jēdzienam – „Pacienta novērošana, izglītošana un aprūpe”. (skat.4.pielikumu 4.2.tabulu). Citējot māsu „A” – „Noteikti pastāstīt kādas darbības tagad ar viņu notiks. Tas ir domāts pie katras procedūras.” Taču divas māsas kā primāro izvirza vitālo rādītāju noteikšanu - māsa ”B” apgalvoja: „Vitālo rādītāju kontrole un perifērās vēnas katetra stāvokļa kontrole.” Un māsa „C” apgalvoja: „Pacienta stāvokļa noteikšana, kā pulss un asinsspiediens.” Māsa „F” min:

„Sekot līdzī elpošanai, jo reizēm pēc intubācijas ir grūti atelpoties.” Kas pēc autores domām ir ļoti nozīmīgi, veikt novērošanu. „Ievadīt nozīmētos pretsāpju medikamentus,” stāstīja māsa „G”. Divas māsas uzskata, ka laicīga komplikāciju un riska atpazīšana ir pats svarīgākais aprūpējot pacientus pēc artroskopijas procedūras – māsa „D” apgalvo: „Aktīva novērošana, lai redzētu vai nav pēc procedūras komplikācijas.” Un māsa „E” apgalvo: „Novēroju vai pēc anestēzijas nav vemšana.” Tomēr māsa „H” uzskata: „Liela nozīme ir izglītošanai, pastāstu visu kas ar viņu ir noticis un ja ir jebkāda vajadzība, lai spiež signāla pogu.” Autores prāt, pēc māsas „H” atbildes var spriest, ka pietiekošs laiks netiek veltīts pacientam, tikai tik daudz cik pēc procedūras izglītošanai un tālākās procedūras notiek tikai pēc pacienta vajadzībām un māsa neliksies ne ziņas. Darba autore var secināt, ka primāri pats svarīgākais ir gan izglītošana, gan pacientu novērošana, vitālo rādītāju noteikšana, to kontrole un komplikāciju atpazīšana, gan arī medikamentu ievade.

Nākamais ceturtais jautājums tika izvirzīts, lai noskaidrotu primārās darbības, ko veic māsas pacientiem pēc artroskopijas procedūras. Atbildes uz šo jautājumu ietilpst kategorijās – „Izglītošana, komunikācija ar pacientu, komplikācijas un risku atpazīšana, aprūpes darbības un medikamentu ievade”, bet atbilžu jēdzieni – „Pacienta pozicionēšana, sāpju vērtēšana un aprūpe.” (skat.4.pielikumu 4.3.tabulu). Māsa „H” min: „Pievienoju infūzu –Na Cl 0.9% - 500.0 ar S.Almiral 3.0, lai izpil lēnu garu.” Divas no aptaujātajām māsām novērtē pacienta stāvokli- māsa „A” uzskata: „Pārlicināties par elpošanu, jo reizēm pacienti pēc intubēšanas slikti atelpojas.” Un māsa „B” uzskata: „Ja ir iespējams novietoju pacientu sāna guļā, lai neveidotos aspirācijas risks.” Šīs abas māsas uzrauga pacientus, lai mazinātu un laicīgi atpazītu komplikācijas un riskus. Citējot māsu „G”: „Izglītoju par to ka nedaudz ir jāpaguļ un jāpagaida, lai iziet anestēzija un tad varēs sākt kustības.” Taču māsa „F” uzskata: „Apvaicājos pacientam kā viņš jūtās un vai viss ir kārtībā,” veidojot savstarpēju komunikāciju ar pacientu. Trīs no māsām vairāk savu pirmo rīcību vērs uz aprūpes darbībām – māsa „C” min: „Pārlicinos vai operācijas brūces pārsējs nav saasiņojis.”, māsa „D”: „Nedaudz pieceļu gultas galvgali, lai ērtāk izgulēt narkozi.” un māsa „E” min: „Piedāvāju apslāpināt lūpas ar ūdeni un mutes dobuma kopšanas kociņu.” Kopumā māsas veic ļoti dažādas darbības gan pacientu izglītošanu, gan aprūpi, gan arī uzrauga stāvokli.

Piektais jautājums tika uzdots, lai noskaidrotu kādas ir visbiežāk izglītojošās tēmas. Lielākā daļa no tēmām satur sāpju tematiku. Tika izvirzītas šādas kategorijas – „Pieeja individualitātei, izglītošanas trūkums, atgriezeniskās saites saņemšana, pilnvērtīgas informācijas uzņemšana un atbildes uz jautājumiem.”, bet jēdzieni – „Rehabilitācija, sāpju terapija un brūču aprūpe” (skat.4.pielikumu 4.4. tabulu). Divas no māsām uzsver atsāpināšanas nepieciešamības tēmu – citējot māsu „A”: „Par kustībām un atsāpināšanu.” Un

māsa „B” atbildēja: „Par atsāpināšanas nepieciešamību.” Māsa „C” stāsta: „Cik ilgi būs ietekme no anestēzijas un vai tas neatstās komplikācijas.” Kas no pacienta puses ir normāls jautājums, ja iepriekš nav saskāries ar šādu lietu kā anestēzija. Māsa „D” stāsta: „Par to vai kustības būs pilnvērtīgas arī pēc operācijas.” Autores prāt, šī tēma par kustībām pēc operācijas ir ļoti svarīga, jo sasteidzot vai tieši pretēji neko nedarot pacientam ir iespējams iegūt dažādas komplikācijas. Māsa „E” uzskata: „Vai ārsts vēl ienāks apraudzīt.” Toties māsa „G” ar nelielu smīnu, saka: „Par to kad varēs iet mājās.” Protams, var noprast pēc šīs atbildes, ka tas māsu tikai iepriecina, ja no pacienta puses izskan šāds jautājums. Māsa „F” min: „Cik ilgi sāpes.” Šī tēma ir vienmēr un visiem aktuāla, jo tomēr sāpes rada diskomfortu un kustību ierobežojumu. Pēdējā aptaujātā māsa „H” apgalvo: „Vai diegu ņemot ārā sāpēs.” Intervējot māsas un atbildot uz šo jautājumu, atbildes liek saprast, ka māsas veic detalizētu pacientu izglītošanu un tēmas par ko pacienti vēlas noskaidrot informāciju ir dažāda.

Sestais jautājums tika uzdots, lai noskaidrotu cik ilgu laiku māsas velta pacienta izglītošanai pēc artroskopijas procedūras. Četras no māsām velta tik ilgu laiku izglītošanai kamēr saprot, ka ir izveidojusies atgriezeniskā saikne, māsa „C” saka: „Konkrēta laika nav, kamēr pacients uzņēmis informāciju.” Māsa „D” saka: „Parasti neilgu laiku, līdz 5 minūtēm, tik cik vajag lai saprastu.” Māsa „E” saka: „Kamēr ir sajūta ka pacients ir visu sapratis.” Un māsa „F”: „Tik ilgi kamēr veidojas atgriezeniskā saite.” Šāda veida izglītošana ir ļoti augstu vērtējama. Māsa „A” steidzīgi atbild: „Pārsvārā 7 min laikā apstāstu visu un atbildu uz jautājumiem.” Šī atbilde autorei liek aizdomāties par izglītošanas kvalitāti. Arī māsa „B” atbildēja: „Pārrunāju visas pacienta aktuālās tēmas, atbildot uz viņa jautājumiem.” Pēc šīs atbildes var secināt, ka daudz laika māsa nevelta izglītošanai un lieki nedzesēs muti, lai izglītotu pacientu. Toties māsa „H” min: „Nekad neesmu uzņēmusi laiku izglītošanai.” Un māsa „G” apgalvo: „Uzdodu jautājumus un gaidu atbildes, ja kaut ko nesaprot tad pastāstu.” Šādi māsa ieintrīgē pacientu uz sarunu un izglītošanu. Apkopojot atbildes var secināt, ka lielākā daļa no māsām nenosauca konkrētu skaitli, taču tika minēts arī aptuvenais minimālais laiks. Divas no māsām pieļauj iespēju, ka tas būs arī ilgāks laiks atbildot uz pacienta jautājumiem. Divas no māsām pārrunā ar pacientiem visu un atbild uz jautājumiem, kā arī māsas uzdod jautājumus. Šo māsu izglītošanas laiks vienai no otras atšķiras cita velta vairāk laika pacientam, citai ir citas lietas jādara un izglītošanai nepievērš lielu uzmanību. Kategorijas šim jautājumam ir „Atbildes uz jautājumiem, pacientu izglītošana, atgriezeniskās saites saņemšana.” Atbildes tika definētās jēdzienā – „Individuālais aprūpes laiks.” (skat.4.pielikumu 4.5. tabulu).

Nākošais jautājums, septītais, tika uzdots, lai noskaidrotu kāds ir visbiežāk uzdotais jautājums no pacienta. Kategorijas – „Pacientu izglītošana, aktivizācija, pretsāpju terapija,

komunikācija ar pacientu”, bet jēdzieni – „Veselība un aprūpe.” Māsa „A” stāsta: „Cikos es varēšu iet mājās?” un māsa „H” stāsta: Pēc cik ilga laika var zvanīt, lai brauc pakal?” Abi šie uzdotie jautājumi ir ar mērķi pēc iespējas ātrāk doties mājās, ko pacienti arī dara. Māsa „B” smeļoties stāsta: „Vai atrodoties dienas stacionārā uz plānveida operāciju arī pienākas ēdināšana?” Parasti šis jautājums tiek uzdots, jo pacientam jāierodas stacionārā ar tukšu vēderu – neēdušam un nedzērušam. „Kad drīkstu celties,” ilgi domājot atbild māsa „C”. Māsa „C” ilgi domāja, jo no pacienta vienmēr izskan ļoti daudz jautājumi un nespēja izvērtēt, kurš ir visbiežāk uzdotais. Māsa „D” atbildēja: Vai drīkst dzert?” Protams, pacients pēc procedūras var apslāpināt lūpas, bet pēc ilgāka laika arī padzerties. Māsa „E” uzskata: „Kad beigs sāpēt?” Autores prāt, šis ir vispopulārākais jautājums pacientu vidū, jo sāpes mums rada diskomfortu un līdz ar to ir slikta pašsajūta un grūtāk aktivizēties. Māsa „F” stāsta: „Cikos būs dakteris?” Pārsvarā pacients šo jautājumu uzdod, lai no ārsta vēlāk noskaidrotu, kad varēs doties mājās. „Kāpēc man nesāp?” stāsta māsa „G”, ka pēc viņas domām šis ir visbiežāk uzdotais jautājums pacientu vidū pēc artroskopijas procedūras. Atbildes bija ļoti dažādas, pēc tā var secināt, ka māsa saskaras ar daudz un dažādām izglītošanas tēmām.

Astotais jautājums tika izvirzīts, lai noskaidrotu, kas pēc māsu domām būtu pacientam jāzina nākot uz plānveida artroskopijas procedūru. Jautājuma atbildes ietilpst kategorijās – „Procedūras norise un noliegums” (skat.4.pielikumu 4.6. tabulu). Atbildes atbilst jēdzieniem – „Sagatavošanās procedūrai, pacienta zināšanas, informācija un saskarsme”. Trīs no aptaujātajām māsām uzskaitīja, ko nevajag zināt pacientam, māsa „F” sacīja: „Īsti neko. Varbūt tikai to, kas ar viņu notiks un kam ir piekritis.” Māsa „G” uzstājīgi atbildēja: „Nekas īsti nav jāzina.” Un māsa „H” smeļoties atbildēja: „Jāzina ir tas, ka dienas stacionāram (pacientam) nepienākas ēdināšana.” Reizēm pacienti no uztraukuma daudz ko piemirst līdz ar to mācai ir nepieciešams visu atkārtoti pastāstīt. Taču pārējās piecas māsas uzskata, ka tomēr kaut kas pacientam būtu jāzina. Māsa „A” apgalvo: „Ka ir jārēķinās arī ar akūtajām operācijām un viss nenotiek konkrētā laikā.” Jo reizēm rodas akūtas situācijas, kad nepieciešama palīdzība citam pacientam. Māsa „B” min: „Vajadzētu zināt aptuveno procedūras gaitu.” Taču cilvēcīgi ir uztraukuma dēļ piemirst iepriekš stāstīto procedūras gaitu. „Pilnīgi visu, viss ir jāzina jau nākot no ambulatorā kabineta,” uzskata māsa „C”. Māsa „D” stāsta: „Kādas procedūras ar viņu notiks.” Lai neveidotos atkārtota izglītošana un tā jau saspringto grafiku nekavētu. Māsa „E” stāsta: „Jāzina aptuveni procedūras norise un iznākums.” Lai neveidotos pārsteiguma moments par procedūras iznākumu un sāpēm. Māsu viedokļi atšķiras par to vai pacientam būtu kaut kas jāzina nākot uz dienas stacionāru. Bet kopumā tomēr pacientam ir jābūt informētam.

Nākošais jautājums motivēja māsas padomāt par aprūpes īpatnībām, kas būtu jāuzlabo sekundārajā pēc operācijas periodā. Šī jautājuma kategorijas – „Aprūpes pietiekamība, papildus izglītošana, māsu izglītošana un attieksme”, bet jēdzieni – „Subjektīvā un objektīvā pacienta novērtēšana un komandas darbs” (skat.4.pielikumu 4.7. tabulu). Māsa „A” stāsta: „Varbūt ka pacienta uzraudzība un izglītošana. Grūti komentēt.” Māsa „B” uzskata: „Būtu jāuzlabo izglītošana un sadarbība mācai un pacientam.” Autores prāt, māsas un pacienta savstarpējām attiecībām un komunikācijai ir jābūt labai, lai aprūpe būtu pilnvērtīgāka. Citējot māsu „C”: „Noteikti ka izglītošana, jo ja stacionārs ir liels grūti veltīt uzmanību un laiku visiem vienādi.” Taču māsa nekonkritizē, ko tieši vajadzētu papildus izglītot. Toties māsa „D” konkrēti saka: „Manuprāt, primāri jāuzlabo pacientu izglītošana.” „Visam personālam jāstrādā kvalitatīvi nevis kvantitatīvi,” apgalvo māsa „E”, kas ir ļoti spēcīgs arguments jebkurā darba jomā. Māsa „F” paklusinātā tonī atbild: „Ārstu attieksme pret pacientiem, jāvelta lielāka uzmanība pacientiem.” Šī atbilde liecina par ārstu nelielu nolaidību, kas var ietekmēt gan izglītošanu, gan atveseļošanu pacientam. Arī māsa „G” apgalvo: „Personāla attieksme pret pacientu un pacienta jautājumiem.” Šāda veida problēmu šajā stacionārā saskata ne tikai viena māsa, kas liek aizdomāties par nepieciešamību kaut ko uzlabot, kā, piemēram, savstarpējo sadarbību. „Jāuzlabo gan māsas darbs, gan ārstu, jo nav savstarpēja sadarbība un līdz ar to cieš pacients,” apgalvo māsa „H”. Šī atbilde liecina par nevīžību un iepriekšējo nepatīkamo pieredzi.

Ar desmito jautājumu autore centās noskaidrot kādus norādījumus jāveic vai māsas iesaka veikt terciārajā (rehabilitācijas) posmā. Atbildes uz jautājumu tika sagrupētas kategorijas- „Pašaprūpes veicināšana, profilakse, vingrojumi pēc operācijas periodā, papildus izglītošana, brūču aprūpe.” Atbilstošais jēdziens – „Terciārās aprūpes pilnveidošana.” (skat.4.pielikumu 4.8. tabulu). Māsa „B” mudina: „Noteikti atkārtoti veikt konsultatīvas vizītes pie traumatologa.” Kas mudina pacientus tomēr veikt profilaktiskus pasākumus, lai uzraudzītu atveseļošanās procesu un ļauj ārstam sekot līdzi vai veidojas komplikācijas. „Ieteiktu veikt laicīgu rehabilitāciju, tas būtu kustību aktivizāciju, lai locītava tā sakot „neiesūno”,” apgalvo māsa „A”, māsa „A” mudina pacientus veikt pašaprūpi. Māsa „C” stāsta: „Pareizi kopt brūci, ja pacients pats to nespēj tad to uzticēt speciālistam, lai izvairītos no infekcijas riska.” Šāds norādījums ir svarīgs pacientam, jo reizēm pacienti atgriežas stacionārā ar sastrutojušu brūci. Māsa „D” pēc smagas nopūtas atbild: „Vajadzētu piesaistīt speciālistu, kas pacientiem pēc artroskopijas procedūrām iemāca ārstniecisko vingrošanu, jo māsām īsti nav laiks.” Autore šai mācai varētu piekrist, jo reizēm stacionārs ir pilns ar citiem smagākiem pacientiem, kuri tomēr prasa lielāku uzmanību un papildus speciālists daudz problēmu atrisinātu. Māsa „E” pēc ilgākas pauzes atbild: „Nebaidīties no fizioterapeitiem un

rehabilitācijas, bet izmantot šo iespēju un iemācīties pareizi aktivizēt locītavas.” Māsa „F” strigti nosaka: „Ja ārsts nozīmē pēc izrakstīšanās no stacionāra antibiotikas noteikti tās lietot.” Reizēm pacienti nobīstas no antibiotikām un pat tās nelieto, bet ja ārsts tās ir nozīmējis tad ir nepieciešamība arī jādzer, jo varbūt ārsts ir pamanījis kādu noslieci no normas un antibiotikas var to mazināt. „Iesaku ievērot miera režīmu ko ārsts nosaka, lai nesabojātu procedūras rezultātu,” apgalvo māsa „G”. Taču māsa „H” apgalvo pretējo: „Iesaku veikt kustību vingrinājumus, var kopā ar fizioterapeitu.” Lielākā daļa no aptaujāto māsu uzskata, ka ir nepieciešams atsākt laicīgu kustību aktivizāciju kaut ar speciālistiem, kā arī iesaka veikt visu ko ārsts izglīto vai iesaka veikt, jo ārsts vislabāk var secināt cik sarežģīta, grūta vai viegla konkrētam pacientam būs atveseļošanās.

Ar pēdējo, vienpadsmito jautājumu, autore noskaidroja, kādas procedūras tiek dokumentētas pacientam atrodoties stacionārā. Atbildes uz jautājumu tika sagrupētas kategorijas – „Aprūpes darbības, medikamentu ievade, perifērā venozā katetra aprūpe, sanitāri higiēniskie pasākumi un vitālo rādītāju noteikšana”. Atbilstošais jēdziens – „Aprūpes dokumentācija - ordinācijas.” (skat.4.pielikumu 4.9. tabulu). Pilnīgi visas māšas aizpilda ārstu norādījuma lapu – ordinācijas. Māsa „A” stāsta: „Tiek sastādīta un aizpildīta ārstu norādījuma lapa - ordinācijas, kur nozīmē atsāpinošos medikamentus pēc vajadzības.” Toties māsa „B” stāsta: „Ievadītie medikamenti, ko ārsts nozīmējis.” Kā arī māsa „C”: „Ievadītie medikamenti, i/v kaniles maiņa.” Šīs māšas tikai dokumentē medikamentu ievadi. Māsa „D” stāsta: „Ordināciju izpilde, analīžu paņemšana, perifērās vēnas kaniles maiņa.” Citējot māsu „E”: „i/v kaniles maiņa un ievietošana; ordināciju izpilde attiecībā uz pacientu.” Abas māšas gan māsa „D” un māsa „E” veic līdzīgi dokumentācijas izpildi. Māsa „F” stāsta: „Vēdera izeja, ordināciju izpilde attiecībā uz pacientu.” Māšas „F” dokumentācijas izpilde atšķiras tikai ar to, ka dokumentē vēl pacienta vēdera izeju. „Kaniles maiņa, kurā dienā veikta operācija, asinsspiediens, temperatūra, ievadītie medikamenti,” apgalvo māsa „G”. Toties māsa „H” stāsta: „Pilnīgi visas- perifērās vēnas kaniles ievietošana, maiņa, operācijas diena, asinsspiediens, temperatūra un vel citas pēc nepieciešamības.” Māsa „H” ir vienīgā, kas dokumentē pilnīgi visas procedūras un darbības saistībā ar pacientu. Māšas ļoti daudz dokumentē no tā kādas procedūras tiek veiktas pacientam, lai spētu sekot līdz pacienta aprūpei un atveseļošanās procesiem.

SECINĀJUMI

Analizējot literatūru un apkopojot pētījuma rezultātus, darba autore secina, ka:

1. Māsas savā darbā, aprūpējot pacientus pēc artroskopijas procedūras, veic visaptverošas aprūpes darbības kā: vitālo rādītāju kontroli, infekcijas kontroli, perifērā venozā katetra aprūpi, sāpju izvērtēšanu, skābekļa nodrošināšanu, medikamentu ievadi, kustību aktivizāciju kā arī pacienta izglītošanu.

2. Pacienta aprūpē pēc artroskopijas procedūras liela nozīme ir pacienta izglītošanai. Māsas izglīto pacientus tik ilgi, cik ilgi pacients atrodas stacionārā un ir nepieciešams. Pēc operācijas māsas informē pacientus par iespējamām komplikācijām un turpmākajām darbībām veselības atgūšanai.

3. Māsa palīdz pacientam sasniegt līdzsvaru starp vajadzībām un neatkarības sasniegšanu. Pacients izmanto visus nepieciešamos pakalpojumus. Pēc artroskopijas operācijas, piemēram, ceļa locītavai, šajā posmā pacientam tiek veikta atsāpināšanas terapija, diskomforta kontrole, veikta i/v katetra aprūpe, kā arī aktīva pacienta izglītošana gan par pretsāpju medikamentu lietošanu, gan slodzes samazināšanu, gan kustību vingrojumiem, lai locītava 'neiesūnotu'.

4. Attiecības starp māsu un pacientu viennozīmīgi ietekmē aprūpes rezultātu, tāpēc māsām jāiemācās ar jebkuru pacientu dibināt savstarpēji labas, individuālas un profesionālās attiecības, kuras ir balstītas uz uzticību vienam pret otru.

IETEIKUMI

1. Pacientu aprūpe ir pietiekoši daudzpusīga un kvalitatīva. Par cik pacienta atrašanās stacionārā ir īslaicīga, tādēļ jāpiesaista citi aprūpes speciālisti pacienta izglītošanā, kā piemēram, kāju muskulatūras vingrinājumu iemācīšana, ko var veikt fizioterapeits.

2. Papildus veikt kursus vai mācības, par pacientu – māsas, māsas – ārsta, ārsta – pacienta savstarpējām attiecībām, komunikāciju pilnveidošanu, lai neveidotos spiediens uz konkrētu cilvēka lomu un tiktu sadalīts pilnvērtīgi izglītošanas laiks un pacients spētu izrakstīties no stacionāra zinošs par savu veselību un turpmāko rīcību.

3. Visas aprūpes darbības vai manipulācijas notiek tikai balstoties pēc ordināciju – dokumentācijas lapām, ko ir sarakstījis ārsts, taču māsām vajadzētu pievērst lielāku uzmanību aprūpes plāna izveidei un izpildei. Sastādot to kopā ar ārstu, veikt precizētās manipulācijas un izdarīt secinājumus.

4. Izveidot papildus materiālus pacientiem. Ambulatori pacientam izsniedz vienu lapu ar uzskaitītām lietām, ko pirms procedūras, konkrētā laika termiņā ir nepieciešams izdarīt. Taču ir nepieciešams izdalīt materiālus par procedūru, ko darīt pirms un kas jādara pēc procedūras, jo pacienti ļoti bieži uztraucas un pateicoties uztraukumam ļoti daudz aizmirst informāciju. Šāda uzskates materiāla izveide arī samazinās izglītošanas laiku un māsas spēs veikt pietiekošu uzmanību visiem pacientiem vienlīdzīgi.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. **Selga G., Lāriņš V., Sauka M.,** *Doctus ,Liekās ķermeņa masas un aptaukošanās problēma Latvijas skolēniem ,* 2008, Nr. 7 - [tiešsaiste] – [atsauce 27.11.18].
Pieejams: <http://www.vsmc.gov.lv/wp-content/uploads/2013/04/Liekais-svars-Latviajs-skoleniem.pdf>
2. **Jumtiņš A., Jakušonoka R., u.c.** *Traumatoloģija un ortopēdija.* Andra Jumtiņa redakcijā. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2016. 325 lpp., il.
3. **Sviestiņa I., Kauliņš T., u.c.** *Medikamentoza aprūpe, jaunākās tendences un tehnoloģijas ķirurģijā. Pirmsoperācijas un pēcoperācijas aprūpe.* Rīga, 2012. 44 lpp.
4. **Tos.lv;** VSIA Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca; [tiešsaiste] – [atsauce 10.11.2018] Pieejams: <http://www.tos.lv/lv/par-slimnicu/darbibas-pamatvirzieni/18-artroskopiska-kirurgija>
5. **Peredisijs A.,** *Artroskopija. Jums koleģi,* 1999, Nr2, 15.lpp
6. **Barbara F.Weller;** *Bailliere's Nurses' Dictionary ;* 25th Edition; 2009; 594.p.
7. **Medicine.lv;** [tiešsaiste] – [atsauce 05.09.2018] Pieejams: <https://medicine.lv/raksti/pedas-un-cela-locitavu-traumasdr.-a.-peredistijs-arsts-traumatologs-dr.-a.-buzijans-arsts-traumatolo>
8. **Orto.lv** – [tiešsaiste] – [atsauce 20.09.2018] Pieejams: <http://www.orto.lv/lv/pakalpojumi/specializacijas/celis/celu-locitavas-sapju-iemesli>
9. **Abrams J.S., Bell R.H.,** *Arthroscopic rotator cuff surgery.* New York: Springer, 2008. 118-126.lpp
10. **Medicine.lv;** [tiešsaiste] – [atsauce 10.10.2018] Pieejams: <https://medicine.lv/raksti/cela-locitavas-sapes-un-kirurgija-7e126778b2>
11. **Medicine.lv;** [tiešsaiste] – [atsauce 19.10.2018] Pieejams: https://medicine.lv/raksti/kaja_pme
12. **Arthritis Foundation National Office;** [tiešsaiste] – [atsauce 11.11.2018]
Pieejams: <https://www.arthritis.org/about-arthritis/where-it-hurts/knee-pain/knee-anatomy.php>
13. **Arthritis Foundation National Office;** *Osteoarthritis* – [tiešsaiste] – [atsauce 01.12.2018] Pieejams: <https://www.arthritis.org/about-arthritis/types/osteoarthritis/>
14. **Medside.lv;** [tiešsaiste] – [atsauce 03.12.2018] Pieejams: <https://medsidelv.netlify.com/ortopdiija-un-trauma56/cea-loctava-bojju476>

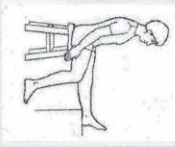
15. **Medicine.lv**; [tiešsaiste] – [atsauce 05.12.2018] Pieejams: <https://medicine.lv/raksti/10-biezak-sastopamie-celgalu-savainojumu-veidi-un-to-arstesanas-metodes-511874e95d>
16. **Orto.lv**; Elksniņš – Finogejevs A. [tiešsaiste] – [atsauce 04.12.2018] Pieejams: https://www.orto.lv/sites/default/files/A.LV_2018_03_Celis_Final_LowRes.pdf
17. **John B. McGinty., Richard B. Caspari., Robert W. Jackson., et al.,** *Operative Arthroscopy.*, 1990; 320.pages.
18. **Medicine.lv**; [tiešsaiste] – [atsauce 07.12.2018] Pieejams: <https://medicine.lv/raksti/sapes-pleca-var-noverst>
19. **Medicine.lv**; [tiešsaiste] – [atsauce 07.12.2018] Pieejams: <https://medicine.lv/raksti/jauna-arstniecibas-metode-pacientiem-ar-rokas-slimibam>
20. **Krustiņš U.,** *Plastikos. Žurnāls*, Nr.3(17) Septembris, 2009.
21. **Hooten J. P. Jr., Engh C. A. Jr., Engh C. A.,** *Failure of structural acetabular allografts in cementless revision hip arthroplasty.* 1994; 419. pages.
22. **Orto.lv**; [tiešsaiste] – [atsauce 07.12.2018] Pieejams: <http://www.orto.lv/ru/node/232>
23. **American Orthopedic Foot & Ankle Society**; [tiešsaiste] – [atsauce 08.12.2018] Pieejams: <http://www.aofas.org/footcaremd/treatments/Pages/Ankle-Arthroscopy.aspx>
24. **Ankrava J., Kurtiša, K.** *Pacientu aprūpes standartu lietošana ārstniecības personu izglītībā un praksē.* Rīga : Medicīnas apgāds, 2010. 348 lpp.
25. **Jakovicka D., Savicka I., un citi;** *Ķirurģiskās aprūpes māsas pamatspecialitāte;* Nacionālais Apgāds; 2009; 512.lpp. [tiešsaiste] – [atsauce 08.12.2018] Pieejams: <https://talakizglitiba.lv/sites/default/userfiles/MPIC%2038.pdf>
26. **Šiliņa M., Dupure I.** *Pacientu izglītošana - māsas kompetence.* Rīga: Nacionālais apgāds. 2009. 71-73.lpp.
27. *Medicīniskās aprūpes rokasgrāmata.* Rīga : Jumava, 2001. 1413 lpp.
28. **Chou R., Gordon DB., Leon-Casasola AO., et al.,** *Guidelines on the Management of Postoperative Pain. The Journal of Pain.*, 2016; Vol 17, No 2: 131–157.pages.
29. **Latvijas Sāpju izpētes biedrība**; [tiešsaiste] – [atsauce 09.12.2018] Pieejams: <http://www.sapju.lv/?p=6089&pp=7713&lang=1240>
30. **Evansa I., Leibuss R., un citi;** *Doctus*; Novembris, 2017; [tiešsaiste] – [atsauce 09.12.2018] Pieejams: <https://www.doctus.lv/2017/11/akutu-pecoperacijas-sapju-aprupes-taktika>

31. **Bodian CA., Freedman G., Hossain S., et al.**, *The visual analogue scale for pain-clinical significance in post-operative patients. Anaesthesiology.*, 2011; 1356–1361.pages.
32. **Kurtiņa K., Ankrava J.**, *Pacientu aprūpes standartu lietošana ārstniecības personu izglītībā un praksē*, Rīga: Medicīnas apgāds, 2010., 348.lpp. [tiešsaiste] – [atsauce 09.12.2018] Pieejams: https://talakizglitiba.lv/sites/default/userfiles/ESF%201_15.pdf
33. **Savicka I., Dupure, I., Strode, I., u.c.** *Internās aprūpes māsas pamatspecialitāte*. Rīga : Nacionālais apgāds, 2009. 446 lpp. [tiešsaiste] – [atsauce 09.12.2018] Pieejams: <https://talakizglitiba.lv/sites/default/userfiles/file/MPIC%2037.pdf>
34. **Hāznere I., Zandersone I., Aršausma I.**, *Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas māsas papildspecialitāte* 2009.g. 264.lpp.
35. **Ločmele A., Ozols Ē., Beķeris U.**, *Vingrinājumi pēc ceļa locītavas artroskopijas* [tiešsaiste] – [atsauce 21.09.18] Pieejams: <http://www.tos.lv/upload/dokumentacija2/Artroskopija.pdf>
36. **Masters K.** *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice, Second Edition*. Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning, 2015. 500 p.
37. *Theoretical Foundations of Nursing* – [tiešsaiste] - [atsauce 09.12.2018] Pieejams: <http://nursingtheories.weebly.com/hildegard-e-peplau.html>
38. **Peplau H. E.** *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York : Springer Publishing Company, 1998. 334 lpp.; vai [tiešsaiste] – [atsauce 11.12.2017] Pieejams: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nin.12056/full>
39. **Kristapsone S.**, *Zinātniskā pētniecība studiju procesā*. Rīga : Biznesa augstskola Turība, 2014. 350 lpp.

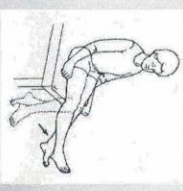
PIELIKUMI

Vingrojumi ceļa locītavas aktivizēšanai.*

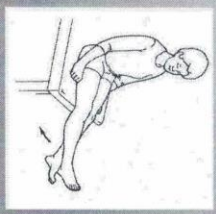
Passīva ceļa locītavas iztaisnošana: sēdus kāju uzlikt uz otra krēsla tā, lai pacele ir pacele ir bīva, līdz parādās stiepjoša sajūta/ārstiābina muskuļi. Iai gravitācijas spēka iedarbības rezultātā ceļa locītava tiek iesiepta un iztaisnotā. Šādā pozīcija noturēt līdz 5 minūtem(3-5 reizes dienā).




Aktīva-asielējoša ceļa locītavas iztaisnošana: sēdus, veselo kāju nolikt zem operētās, sakrustojot kājas, ar veselo kāju palīdzēt iztaisnot ceļa locītavu.



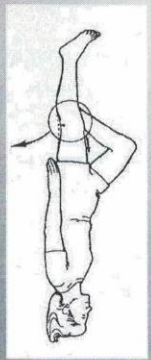
Passīva ceļa locītavas saliekšana: sēdus, kājas uz zemes vai bīvi karājas. Ar veselo kāju palīdz saliekt ceļa locītavu līdz 90° leņķim.



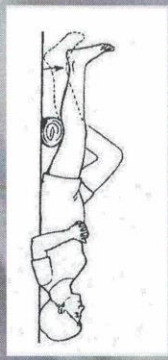
Pēdu kustināšana(1.), apļošana(2.) visos virzienos 3 piegājienos pa 20x. Pēdu pirkstu **pievilšana pie sevis(3.)**, līdz parādās stiepjoša sajūta apakšstilba mugurējā daļā, noturēt 5-10 sekundes, tad atstābina. Izpildīt 10x.



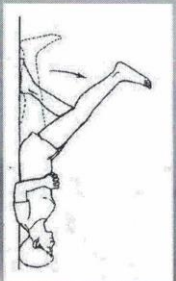
Augšstilba priekšējo muskuļu saspīndzināšana: guļus uz muguras vai pussēdus, kājas iztaisnotas, spiest ceļi uz leju, lai saspīngst muskuļus, noturēt vismaz 5-10 sekundes, atstābina!



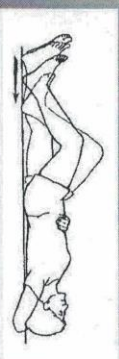
Papēža atcešana no rullīša: guļus vai pussēdus. Zem ceļa palikt sarullētu dvieļu. Atceļt papēdi no gultas, noturēt 5-7 sekundes, tad nolaišt lejā un atstābina!



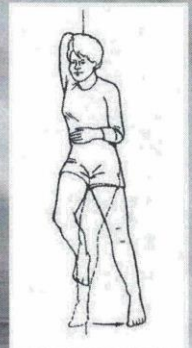
Taisnas kājas pacešana: guļus uz muguras, vai pussēdus, pēdas pirksti pievilkti pie sevis... Veselā kāja soliekta, slimo kāju taisnu atceļ no zemes(līdz otra ceļa līmenim). Tad noturēt ~5 sekundes, nolaišt lejā un pilnībā atstābina! Atkārtot 3 piegājienos pa 10x.



Augšstilba dīz mugurējlo muskuļu stiprināšana: guļus uz muguras, saliecot ceļa locītavu, virzīt operētās kājas papēdi uz sevi līdz 90° leņķim, kā arī iztaisnot.



Augšstilba sānu muskuļu stiprināšana: guļus uz neoperētā sāna, atceļt operēto kāju, noturēt 5-10 sekundes, tad nolaišt.



(*Atsauce: Fizioterapeite A.Ločmele, Dr. Ē.Ozols, Dr.U.Beķeris, *Vingrinājumi pēc ceļa locītavas artroskopijas. Ieteikumi agrīnajam pēcooperācijas periodam.*

<http://www.tos.lv/upload/dokumentacija2/Artroskopija.pdf>)

Pētījuma veikšanas atļauja

X klīnika vadītājam
Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes
Profesionālā augstākās izglītības
bakalaura studiju programmas „Māszinību” studentes
Guntas Konošonokas

iesniegums

Lūdzu atļauju veikt bakalaura darba pētījumu „Pacientu aprūpe pēc artroskopijas dienas stacionārā” Jūsu vadītajā klīnikā laika periodā no 24.09.2018 līdz 31.10.2018. Iegūtie dati būs konfidenciāli un tiks izmantoti tikai manā bakalaura darbā. Iesniegumā pievienoju intervijas jautājumus respondentiem.

24.09.2018

Intervijas jautājumi

Labdien! Mani sauc Gunta Konošonoka. Esmu Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes profesionālās augstākās izglītības bakalaura studiju programmas „Māszinības” studente. Bakalaura darba ietvaros veicu pētījumu. Pētījuma mērķis - Noskaidrot pacientu aprūpi pēc artroskopijas procedūras dienas stacionārā.

Intervija ir anonīma un rezultāti tiks izmantoti tikai pētnieciskā darba ietvaros. Vai piekrītat intervijas ierakstīšanai? Konfidencialitāti garantēju.

Lūdzu, atbildiet uz sekojošiem jautājumiem:

- 1. Kāda ir darba pieredze un kāda ir darba pieredze tieši šajā stacionārā?**
- 2. Cik ilgi pacients atrodas stacionārā pēc artroskopijas procedūras?**
- 3. Kas ir pats svarīgākais, aprūpējot pacientus pēc artroskopijas procedūras?**
- 4. Kāda ir pirmā rīcība aprūpējot pacientu pēc artroskopijas procedūras?**
- 5. Kādas ir visbiežākās izglītojošās tēmas?**
- 6. Cik ilgu laiku veltāt pacienta izglītošanai?**
- 7. Kāds ir visbiežāk uzdotais jautājums no pacienta?**
- 8. Ko vajadzētu pacientam zināt, nākot uz plānveida artroskopijas procedūru?**
- 9. Kas būtu jāuzlabo sekundārajā pēc operācijas periodā?**
- 10. Kādi norādījumi pacientam jāveic vai iesakāt veikt terciārajā (rehabilitācijas) posmā?**
- 11. Kādas procedūras un māsas darbības tiek dokumentētas pacientam stacionāra etapā?**

Pateicos par uzmanību!

Iegūto datu kontentanalīze

4.1.tabula

2. Cik ilgi pacients atrodas stacionārā pēc artroskopijas procedūras?

Respondenta šifrs	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
A	„Pāris stundas, jo vienmēr visi vēlas ātrāk mājās, jo nepatīk slimnīcas.”	Laika vienība;	Viena diennakts (pacienta aprūpe pēc operācijas).
B	„Diennakti.”		
C	„Parasti šie pacienti uzturas vienas dienas (aptuveni 24 h) stacionārā, bet ir gadījumi, ka uzturas īslaicīgajā dienas stacionārā, kas ir 3 dienas.”	Līdz vienai diennaktij;	
D	„Ja procedūra notiek agri no rīta ir iespēja vakarā doties mājās, un pārsvarā pacienti arī šo iespēju izmanto.”	Uzturēšanās stacionārā pēc operācijas;	
E	„Iestājoties stacionārā tiek veikta procedūra un nākamās dienas laikā no pulkstenis 8.00 līdz 21.00 var doties mājās.”		
F	„Atkarīgs no tā cik labi pārcieš anestēziju un kāds ir bijis tās veids.”	Pašsajūtas izvērtēšana, individualitāte.	
G	Tas ir ļoti atkarīgs no paša pacienta, bet tā aptuveni 24 - 36 h.”		
H	„Pacients pats izlemj cik ilgi uzturēties, bet ne ilgāk par nākamās dienas vakaru, jo tad jāpārraksta vēsture.”		

3. Kas ir pats svarīgākais aprūpējot pacientus pēc artroskopijas procedūras?

Respondenta šifrs	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
A	„Noteikti pastāstīt kādas darbības tagad ar viņu notiks. Tas ir domāts pie katras procedūras.”	Izglītošana;	Pacienta novērošana, izglītošana un aprūpe.
B	„Vitālo rādītāju kontrole un perifērās vēnas katetra stāvokļa kontrole.”	Vitālo rādītāju noteikšana;	
C	„Pacienta stāvokļa noteikšana, kā pulss un asinsspiediens.”		
D	„Aktīva novērošana, lai redzētu vai nav pēc procedūras komplikācijas.”	Komplikācijas un risku atpazīšana;	
E	„Novēroju vai pēc anestēzijas nav vemšana.”		
F	„Sekot līdz elpošanai, jo reizēm pēc intubācijas ir grūti atelpoties.”	Skābekļa nodrošināšana;	
G	„Ievadīt nozīmētos pretsāpju medikamentus.”	Medikamentu ievade;	
H	„Liela nozīme ir izglītošanai, pastāstu visu kas ar viņu ir noticis un ja ir jebkāda vajadzība, lai spiež signāla pogu.”	Pašsajūtas izvērtēšana.	

4. Kāda ir pirmā rīcība aprūpējot pacientu pēc artroskopijas procedūras?

Respondenta šifrs	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
A	„Pārlicināties par elpošanu, jo reizēm pacienti pēc intubēšanas slikti atelpojas.”	Komplikācijas un risku atpazīšana;	Pacienta pozicionēšana, sāpju vērtēšana un aprūpe.
B	„Ja ir iespējams novietoju pacientu sāna guļā, lai neveidotos aspirācijas risks.”		
C	„Pārlicinos vai operācijas brūces pārsējs nav saasiņojis.”	Aprūpes darbības;	
D	„Nedaudz pieceļu gultas galvgali, lai ērtāk izgulēt narkozi.”		
E	„Piedāvāju apslāpināt lūpas ar ūdeni un mutes dobuma kopšanas kociņu.”		
F	„Apvaicājos pacientam kā viņš jūtās un vai viss ir kārtībā.”	Komunikācija ar pacientu;	
G	„Izglītoju par to ka nedaudz ir jāpaguļ un jāpagaida, lai iziet anestēzija un tad varēs sākt kustības.”	Izglītošana;	
H	„Pievienoju infūzu –Na Cl 0.9% - 500.0 ar S.Almiral 3.0, lai izpil lēnu garu.”	Medikamentu ievade.	

5. Kādas ir visbiežākās izglītojošās tēmas?

Respondenta šifrs	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
A	„Par kustībām un atsāpināšanu.”	Atgriezeniskās saiknes saņemšana;	Rehabilitācija; Sāpju terapija; Brūču aprūpe.
B	„Par atsāpināšanas nepieciešamību.”		
C	„Cik ilgi būs ietekme no anestēzijas un vai tas neatstās komplikācijas.”	Pieeja individualitātei;	
D	„Par to vai kustības būs pilnvērtīgas arī pēc operācijas.”	Pilnvērtīga informācijas uzņemšana;	
E	„Vai ārsts vēl ienāks apraudzīt.”	Izglītošanas trūkums;	
F	„Cik ilgi sāpēs.”	Atbildes uz jautājumiem.	
G	„Par to kad varēs iet mājās.”		
H	„Vai diegus ņemot ārā sāpēs.”		

6. Cik ilgu laiku veltāt pacienta izglītošanai?

Respondenta šifrs	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
A	„Pārsvārā 7 min laikā apstāstu visu un atbildu uz jautājumiem.”	Atbildes uz jautājumiem;	Individuālas aprūpes laiks.
B	„Pārrunāju visas pacienta aktuālās tēmas, atbildot uz viņa jautājumiem.”		
C	„Konkrēta laika nav, kamēr pacients uzņēmis informāciju.”	Atgriezeniskās saiknes saņemšana;	
D	„Parasti neilgu laiku, līdz 5 minūtēm, tik cik vajag lai saprastu.”		
E	„Kamēr ir sajūta ka pacients ir visu sapratis.”		
F	„Tik ilgi kamēr veidojas atgriezeniskā saite.”		
G	„Uzdodu jautājumus un gaidu atbildes, ja kaut ko nesaprot tad pastāstu.”	Pacienta izglītošana;	
H	„Nekad neesmu uzņēmusi laiku izglītošanai.”		

8. Ko pacientam vajadzētu zināt, nākot uz plānveida artroskopijas procedūru?

Respondenta šifrs	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
A	„Ka ir jāreķinās arī ar akūtajām operācijām un viss nenotiek konkrētā laikā.”	Procedūras norise;	Sagatavošanās procedūrai; Pacienta zināšanas, Informācija; Saskarsme.
B	„Vajadzētu zināt aptuveno procedūras gaitu.”		
C	„Pilnīgi visu, viss ir jāzina jau nākot no ambulatorā kabineta.”		
D	„Kādas procedūras ar viņu notiks.”		
E	„Jāzina aptuveni procedūras norise un iznākums.”		
F	„Īsti neko. Varbūt tikai to, kas ar viņu notiks un kam ir piekritis.”	Noliegums.	
G	„Nekas īsti nav jāzina.”		
H	„Jāzina ir tas, ka dienas stacionāram (pacientam) nepienākas ēdināšana.”		

9. Kas būtu jāuzlabo sekundārajā pēc operācijas periodā?

Respondenta šifrs	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens	
A	„Varbūt ka pacienta uzraudzība un izglītošana. Grūti komentēt.”	Māsu izglītošana;	Subjektīvā un objektīvā pacienta novērtēšana;	
B	„Būtu jāuzlabo izglītošana un sadarbība mā sai un pacientam.”			
C	„Noteikti ka izglītošana, jo ja stacionārs ir liels grūti veltīt uzmanību un laiku visiem vienādi.”	Papildus izglītošana;		
D	„Manuprāt, primāri jāuzlabo pacientu izglītošana.”	Aprūpes pietiekamība;		
E	„Visam personālam jāstrādā kvalitatīvi nevis kvantitatīvi.”			
F	„Ārstu attieksme pret pacientiem, jāvelta lielāka uzmanība pacientiem.”	Attieksme.		Komandas darbs.
G	„Personāla attieksme pret pacientu un pacienta jautājumiem.”			
H	„Jāuzlabo gan māsas darbs, gan ārstu, jo nav savstarpēja sadarbība un līdz ar to cieš pacients.”			

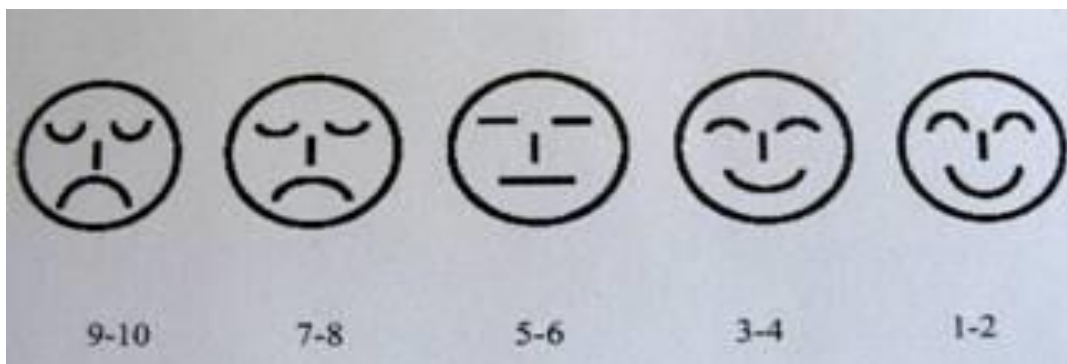
10. Kādi norādījumi jāveic vai iesakāt veikt terciārajā (rehabilitācijas) posmā?

Respondenta šifrs	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
A	„Ieteiktu veikt laicīgu rehabilitāciju, tas būtu kustību aktivizāciju, lai locītava tā sakot „neiesūno”.”	Pašaprūpes veicināšana;	Terciārās aprūpes pilnveidošana.
B	„Noteikti atkārtoti veikt konsultatīvas vizītes pie traumatologa.”	Profilakse;	
C	„Pareizi kopt brūci, ja pacients pats to nespēj tad to uzticēt speciālistam, lai izvairītos no infekcijas riska.”	Brūču aprūpe;	
D	„Vajadzētu piesaistīt speciālistu, kas pacientiem pēc artroskopijas procedūrām iemāca ārstniecisko vingrošanu, jo māsām īsti nav laiks.”	Vingrojumi pēcoperācijas periodā;	
E	„Nebaidīties no fizioterapeitiem un rehabilitācijas, bet izmantot šo iespēju un iemācīties pareizi aktivizēt locītavas.”		
F	„Ja ārsts nozīmē pēc izrakstīšanās no stacionāra antibiotikas noteikti tās lietot.”	Papildus izglītošana.	
G	„Iesaku ievērot miera režīmu ko ārsts nosaka, lai nesabojātu procedūras rezultātu.”		
H	„Iesaku veikt kustību vingrinājumus, var kopā ar fizioterapeitu.”		

11. Kādas procedūras un māsas darbības tiek dokumentētas pacientam stacionāra etapā?

Respondenta šifrs	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
A	„Tiek sastādīta un aizpildīta ārstu norādījuma lapā-ordinācijas, kur nozīmē atsāpinošos medikamentus pēc vajadzības.”	Medikamentu ievade;	Aprūpes dokumentācija - ordinācijas.
B	„Ievadītie medikamenti, ko ārsts nozīmējis.”		
C	„Ievadītie medikamenti, i/v kaniles maiņa.”		
D	„Ordināciju izpilde, analīžu paņemšana, perifērās vēnas kaniles maiņa.”	Perifērā venozā katetra aprūpe;	
E	„i/v kaniles maiņa un ievietošana; ordināciju izpilde attiecībā uz pacientu.”		
F	„Vēdera izeja, ordināciju izpilde attiecībā uz pacientu.”	Sanitāri higiēniskie pasākumi;	
G	„Kaniles maiņa, kurā dienā veikta operācija, asinsspiediens, temperatūra, ievadītie medikamenti.”	Aprūpes darbības;	
H	„Pilnīgi visas- perifērās vēnas kaniles ievietošana, maiņa, operācijas diena, asinsspiediens, temperatūra un vel citas pēc nepieciešamības.”	Vitālo rādītāju noteikšana.	

Simbolu — “sejiņu” sāpju skala*



(* Atsauce: **Nacionālais veselības dienests**; [tiešsaiste] – [atsauce 09.09.2018] Pieejams: <http://vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/rstniecib-izmantojamo-medicnisko-tehnolojiu-datu-bze/22-neirologijas-mediciniskie-pakalpojumi/336-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/sapju-kliniska-pamata-izmeklesana-un-novertesana>)

Bakalaura darbs „Pacientu aprūpe pēc artroskopijas procedūras” izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

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

Autors: Gunta Konošonoka, _____ datums: _____
(paraksts)

Rekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītājs: Mg.sc.sal., Dagnija Gulbe _____ datums: _____
(paraksts)

Recenzents:

Darbs iesniegts Medicīnas fakultāte studiju programmas „Māszinības” datums: _____

Metodiķe: Vārds, uzvārds _____

Darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

____.____.2018. prot. Nr. _____, vērtējums _____

Komisijas sekretāre: _____