



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

Elīna Zelčāne

ORCID 0000-0002-2186-2115

Dzīvesspēka veidošanās un uzturēšana
slimniekiem ar hroniskām
muskuloskeletālām sāpēm

Promocijas darba kopsavilkums zinātnes doktora grāda
“zinātnes doktors (*Ph. D.*)” iegūšanai

Nozaru grupa – sociālās zinātnes

Nozare – psiholoģija

Apakšnozare – veselības psiholoģija

Rīga, 2024

Promocijas darbs izstrādāts Rīgas Stradiņa universitātes Veselības psiholoģijas un pedagoģijas katedrā, Latvijā

Promocijas darba vadītāja:

Dr. psych. profesore **Anita Pipere**,
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Oficiālie recenzenti:

Dr. psych. profesore **Kristīne Mārtinsone**,
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Dr. psych. asociētā profesore **Vineta Silkāne**,
Vidzemes Augstskola, Latvija

Ph. D. asociētais profesors **Sveins Bergviks**,
Arktikas Universitāte, Norvēģija

Promocijas darbs tiks aizstāvēts Psiholoģijas promocijas padomes atklātā sēdē 2024. gada 11. novembrī plkst. 11.00 Hipokrāta auditorijā, Dzirciema ielā 16, Rīgas Stradiņa universitātē, un attālināti, tiešsaistes platformā *Zoom*.

Ar promocijas darbu var iepazīties RSU bibliotēkā un RSU tīmekļa vietnē:
<https://www.rsu.lv/promocijas-darbi>

Promocijas padomes sekretāre:

Dr. psych. lektore **Iļona Krone**

Satura rādītājs

Darbā izmantotie saīsinājumi.....	4
Ievads.....	5
Darba mērķis.....	6
Darba uzdevumi.....	6
Darba novitāte.....	8
1. Literatūras apskats.....	10
1.1. Jēdziena “dzīvesspēks” teorētiskais apskats.....	10
1.2. Muskuloskeletālu sāpju raksturojums un to ietekme uz slimnieku dzīves kvalitāti.....	11
1.3. Dzīvesspēka nozīme cilvēkiem ar HMS.....	12
2. Metodes.....	14
2.1. Pētnieka pozīcija un refleksivitāte.....	14
2.2. Pētījuma stratēģija un dizains.....	14
2.3. Pētījuma izlases veidošana un dalībnieku atlases procedūra.....	15
2.4. Datu ieguves metodes.....	16
2.5. Datu analīzes metodes.....	18
2.6. Integratīvās datu analīzes procedūras apraksts.....	19
2.7. Pētījuma zinātniskā stipruma kritēriji.....	20
2.8. Pētījuma ētikas jautājumi.....	21
3. Rezultāti.....	22
3.1. PJ1: Dzīvesspēka veidošanās.....	22
3.2. PJ2: Dzīvesspēka veidošanos ietekmējošie faktori.....	22
3.3. PJ3: Dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā.....	23
3.4. PJ4: Dzīvesspēka uzturēšana ilgtermiņā.....	24
3.5. PJ5: Ilgtermiņa dzīvesspēku ietekmējošie faktori.....	25
3.6. PJ6: Dzīvesspēks HMS slimniekiem ratiņkrēslā.....	26
Diskusija.....	27
Secinājumi.....	32
Priekšlikumi.....	34
Publikāciju, ziņojumu un patentu saraksts par promocijas darba tēmu.....	38
Literatūras un avotu saraksts.....	39
Pielikumi.....	48
1. pielikums.....	49
2. pielikums.....	50
3. pielikums.....	51
4. pielikums.....	53

Darbā izmantotie saīsinājumi

EIVA	Eiropas iedzīvotāju veselības aptauja
GBD	globālais slimību slogs (<i>global burden of disease</i>)
HMS	hroniskas muskuloskeletālas sāpes
KIT	kritisko incidentu tehnika
WHO	Pasaules Veselības organizācija (<i>World Health Organization</i>)

Ievads

Muskuloskeletālas sāpes ir viens no biežākajiem veselības traucējumiem, kas būtiski ietekmē dzīves kvalitāti aptuveni 1,71 miljardam iedzīvotāju visā pasaulē (PVO, 2023). Tās skar 13–47 % pasaules iedzīvotāju, no kuriem aptuveni 39–45 % cieš hroniskas sāpes (El-Tallawy et al., 2021). Latvijā fiziskas sāpes ikdienā sajūt 46,9 % Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15 gadiem (Oficiālās statistikas portāls, 2021). No tiem 60,3 % saskaras ar muguras lejasdaļas problēmām, kas ir izplatītākais muskuloskeletālo sāpju veids.

Pētījumi liecina, ka hroniskas sāpes mēdz radīt tādas negatīvas sekas kā stresu (McBeth et al., 2002; Yang et al., 2021), depresiju (Orhurhu, 2019; Tenti et al., 2022), sociālo izolāciju (Bannon, 2021; Karayannis, 2019) un zemāku dzīves kvalitāti (Fernandez-Feijoo et al., 2022; Hadi et al., 2019). Dažkārt cilvēks, kurš vēl varētu integrēties darba tirgū vai kādā sociālā kopienā, izolējas no sabiedrības un atsakās izmantot viņam pieejamos resursus. Tas rada ciešanas ne vien pašam cilvēkam, bet arī viņa tuviniekiem, kuri nezina, kā viņam palīdzēt.

Ņemot vērā to, cik lielā mērā hroniskas sāpes var iespaidot kopējo dzīves kvalitāti, ir būtiski darīt visu iespējamo, lai palīdzētu cilvēkiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm (HMS) pozitīvi adaptēties esošajā situācijā, ko vislabāk izdarīt, izmantojot holistisku pieeju, kad uzmanība tiek pievērsta ne vien bioloģiskajiem, bet arī sociālajiem un psiholoģiskajiem faktoriem (Martinez-Calderon et al., 2020; Steinmetz, 2022).

Veselības psiholoģijā, aprakstot spēju pozitīvi adaptēties pēc tam, kad piedzīvoti nopietni veselības traucējumi, tiek lietots jēdziens “*resilience*”, ko savā darbā tulkoju kā “dzīvesspēks” (Lyng et al., 2021). Šajā darbā dzīvesspēka izpratne tiek balstīta Dalhausas (Kanāda) universitātes profesora un Dzīvesspēka izpētes institūta direktora Mišela Ungara (*Michel Ungar*) izveidotajā sociāli ekoloģiskajā dzīvesspēka modelī, kura ietvaros dzīvesspēks tiek aprakstīts kā multifaktoriāls un multisistēmisks fenomens jeb adaptācijas spēja, kas rodas,

mijiedarbojoties indivīda iezīmēm, prasmēm un ārējās vides faktoriem (Ungar et al., 2013; Kuldās & Foody, 2022).

Autori, kuri pētījuši hronisku slimnieku dzīvesspēku, atzīst, ka to var veicināt jebkurā dzīves posmā, jebkurā vecumā un jebkuras slimības gaitā, turklāt dzīvesspēkam ir saistība ar augstākiem labsajūtas rādītājiem un lielāku līdzestību ārstēšanas procesā (Cal et al., 2015; Gheshlagh et al., 2016). Dzīvesspēks ir pozitīvi saistīts ar HMS slimnieku kopējo dzīves kvalitāti un labāku slimības pārvaldību (Chng et al., 2023; Priori et al., 2021).

Līdztekus kvantitatīvajiem pētījumiem pasaulē ir veikta arī virkne kvalitatīvu pētījumu, kuros analizētas dzīvesspēka veicināšanas stratēģijas cilvēkiem ar dažādām hroniskām slimībām (Daffin et al., 2021; Rolbiecki et al., 2017; Shaw et al., 2020). Tomēr pasaulē ir ļoti maz pētījumu (De Santis et al., 2013; Geard et al., 2018), kuros tiktu aplūkots, kā dzīvesspēks slimības gaitā mainās.

Latvijā dzīvesspēks cilvēkiem ar hroniskām slimībām ir pētīts tikai kvantitatīvi. Līdz šim Latvijā nav veikti kvalitatīvi pētījumi, kas ļautu padziļināti aplūkot dzīvesspēku ietekmējošos faktoros šajā slimnieku grupā.

Darba mērķis

Aprakstīt HMS slimnieku dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi.

Darba uzdevumi

Promocijas darba mērķa sasniegšanai izvirzīti šādi uzdevumi:

1. Veikt literatūras apskatu par promocijas darba tēmu, lai precizētu jēdzienu lietojumu un noskaidrotu trūkstošās zināšanas konkrētajā tēmā.
2. Izstrādāt pētījuma metodoloģiju.
3. Izstrādāt dalībnieku atlases kritērijus, apzināt cilvēkus, kuri varētu tikt intervēti, un realizēt intervijas.
4. Izstrādāt interviju protokolu un veikt individuālās intervijas.

5. Apkopot katra intervējamā pieredzi un būtiskākos pagrieziena punktus dzīvesspēka veicināšanā un uzturēšanā.
6. Kombinējot dažādas kvalitatīvās datu analīzes metodes, atklāt šai slimnieku grupai raksturīgās dzīvesspēka veicināšanas un uzturēšanas stratēģijas un galvenos kritiskos incidentus, kas ietekmējuši dzīvesspēka izmaiņas.
7. Organizēt fokusgrupas, lai pārrunātu ar dalībniekiem pētījuma rezultātus, kā arī ievāktu papildu datus, kas netika iegūti individuālajās intervijās.
8. Veikt pētījuma rezultātu integratīvu analīzi.
9. Izvērtēt iegūtos rezultātus, salīdzināt tos ar līdzšinējiem pētījumiem un izdarīt secinājumus.
10. Sagatavot priekšlikumus cilvēkiem ar HMS, viņu tuviniekiem, kā arī Latvijā strādājošiem veselības aprūpes speciālistiem, psihologiem un citiem speciālistiem, kuri ikdienā strādā ar šo slimnieku grupu.

Pētījuma jautājums

Kāda ir slimnieku ar HMS dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredze?

Pētījuma apakšjautājumi

PJ1: Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?

PJ2: Kā HMS slimnieki raksturo faktorus, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam?

PJ3: Kas raksturo HMS slimnieku dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā?

PJ4: Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā?

PJ5: Kā HMS slimnieki raksturo faktorus, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā?

PJ6: Kas raksturo dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi HMS slimniekiem, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, salīdzinot ar HMS slimniekiem bez kustību ierobežojumiem?

Darba novitāte

Promocijas darbā tiek aprakstītas ne vien dzīvesspēka veicināšanas un uzturēšanas stratēģijas, bet arī pārmaiņu process, kā cilvēki pielāgojas dzīvei ar slimību, izmēģinot dažādus rīcības modeļus. Dzīvesspēka uzturēšana ilgtermiņā pasaulē ir salīdzinoši maz pētīta, bet Latvijā šādi pētījumi nav veikti. Šis promocijas darbs ļauj noskaidrot, kas cilvēkiem ar HMS palīdz veicināt dzīvesspēku slimības sākumā un kas palīdz to uzturēt ilgtermiņā. Pētījuma rezultāti ļauj noskaidrot arī kavējošos faktoros, kas traucē pozitīvi adaptēties pēc piedzīvotajām grūtībām.

Līdz šim Latvijā aizstāvētajos psiholoģijas nozares promocijas darbos ir tikusi piemērota kvantitatīvā vai jauktā pētījuma stratēģija. Šis ir pirmais promocijas darbs, kurā izmantota tikai kvalitatīva pētījuma stratēģija. Apzinoties, ka šis darbs var kļūt par paraugu citiem pētniekiem, aprakstot pētījuma procedūru un metodoloģiju, tika pievērsta īpaša uzmanība terminu skaidrojumam un katra pētījuma soļa detalizētam pamatojumam un aprakstam.

Promocijas darba zinātnisko novitāti veido arī darbā izvēlēta metodoloģiskā pieeja, integrējot vairākas datu analīzes metodes, to starpā kritisko incidentu tehniku, kas Latvijā veiktajos pētījumos līdz šim nav tikusi pielietota. Šī integratīvā pieeja, apvienojot tematisko analīzi, naratīvo analīzi un kritisko incidentu tehniku, ļauj dzīvesspēka konstruktū analizēt no dažādām perspektīvām, aplūkojot dzīvesspēka saturu, aprakstot dzīvesspēka izmaiņas laika gaitā un analizējot šo izmaiņu cēloņus.

Praktiski šis pētījums var sniegt noderīgu informāciju un kļūt par pamatu, lai izstrādātu rekomendācijas gan HMS slimniekiem, gan Latvijā strādājošiem

veselības aprūpes speciālistiem, psihologiem un citiem speciālistiem, kuri ikdienā strādā ar šo slimnieku grupu.

Palīdzot HMS slimniekiem veiksmīgāk sadzīvot ar sāpēm, varētu tikt mazināta veselības sistēmas noslodze un veicināta šo cilvēku sociālā aktivitāte, tai skaitā ilgstošāka palikšana darba tirgū. Pētījumi liecina, ka palikšana darba tirgū ir pozitīvi saistīta ar HMS slimnieku fizisko un mentālo veselību (Blake et al., 2021), savukārt sociālās mijiedarbības trūkumam ir saistība ar augstāku sāpju intensitāti un trauksmi (Baumgartner et al., 2023).

Lai izstrādātu mērķētas rekomendācijas tieši Latvijā dzīvojošiem HMS slimniekiem, ir svarīgi tās balstīt Latvijas kultūrvīdē veiktu pētījumu rezultātos, jo dažādās kultūrās mēdz atšķirties valdošās vērtības un normas, kas ietekmē arī cilvēku rīcību, sastopoties ar grūtībām. Tā kā Latvijas kultūrvīdē HMS slimnieku dzīvesspēka veidošanās un uzturēšana līdz šim nav pētīta, šis pētījums sniegs nozīmīgu pienesumu šīs slimnieku grupas dzīves kvalitātes uzlabošanā.

1. Literatūras apskats

1.1. Jēdziena “dzīvesspēks” teorētiskais apskats

Psiholoģijas nozares zinātniskajā literatūrā ir atrodamas dažādas dzīvesspēka definīcijas. Dzīvesspēks tiek definēts kā iezīmju un prasmju kopums, kas veicina pozitīvu adaptāciju (Block & Kremen, 1996; Wagnild & Young, 1993), kā dinamisks riska un aizsargājošo faktoru mijiedarbības process (Davydov et al., 2010; Luthar et al., 2000) un kā pozitīvas adaptācijas rezultāts jeb spēja saglabāt adekvātu funkcionēšanas līmeni (Gartland et al., 2019; Simmons & Yoder, 2013). Ir atrodams arī integratīvs dzīvesspēka skaidrojums, iekļaujot dzīvesspēka definīcijā gan personības iezīmes, gan procesu, gan rezultātu (Lepor & Revenson, 2006) un atzīstot, ka dzīvesspēku ietekmē ģenētiskie, vides, attīstības, psiholoģiskie u. c. faktori (Masten et al., 2021; Ungar, 2021). Šajā darbā kā atbilstošākais teorētiskais ietvars dzīvesspēka definēšanai tika izvēlēts Mišela Ungara (Ungar, 2021) sociāli ekoloģiskais modelis, kurā dzīvesspēks tiek aplūkots kā multifaktoriāls, daudzdimensionāls un no konteksta atkarīgs konstrukts, kas laika gaitā var mainīties.

Lai varētu runāt par dzīvesspēku, nepieciešami divi priekšnosacījumi – jābūt kādam nelabvēlīgam notikumam un jānotiek pozitīvai adaptācijai, kas var izpausties atšķirīgos veidos – kā noturība pret stresoriem, kā atgriešanās iepriekšējā stāvoklī pēc tam, kad notikusi saskarsme ar stresoru, vai kā grūtību rezultātā radusies izaugsme (Hiebel et al., 2021; Lepor & Revenson, 2006).

Aprakstot dzīvesspēku, jānošķir īstermiņa dzīvesspēks, ko piedzīvo pēc vienreizējām krīzes situācijām, no ilgtermiņa dzīvesspēka, kas izpaužas, sastopoties ar pastāvīgām dzīves grūtībām (Bonanno & Diminich, 2013; Geard et al., 2018). Hroniski nelabvēlīgu apstākļu gadījumā, tostarp dzīvojot ar HMS, pozitīvs iznākums nav labbūtības sasniegšana, bet spēja funkcionēt labāk, nekā konkrētajos apstākļos varētu gaidīt (Mapendere et al., 2019). To iespējams panākt, mainot ne vien ārējos apstākļus, bet arī mainoties pašam, reorganizējot

savu dzīvi un formulējot jaunus mērķus (Bonanno & Diminich, 2013; De Santis et al., 2013).

Ar veselības psiholoģiju saistītajos pētījumos pēdējos gados ir noticis pavērsiens no pieejas, kas fokusēta uz slimībām, uz pieeju, fokusētu uz veselību (Denckla et al., 2020), kas nozīmē, ka pētījumos lielāks akcents tiek likts nevis uz to, lai noskaidrotu, kā mazināt dažādus simptomus un riska faktorus, bet pētītu, kā iespējams uzlabot cilvēku veselību un kopējo dzīves kvalitāti, par spīti dažādu riska faktoru klātesamībai.

Līdztekus pozitīvisma/postpozitīvisma paradigmas ietvaros veiktajiem pētījumiem arvien biežāk autori dzīvespēka izpratni balsta konstruktīvisma, kritiskās teorijas vai kādā citā zināšanu subjektivitāti pārstāvošā paradigmā, kurā tiek akcentēts dzīvespēka kontekstuālais raksturs (Gentili et al., 2019; Hayman et al., 2017; Ungar, 2018). Paradigmu maiņas tendences veicina kvalitatīvo pētījumu skaita pieaugumu, kas ļauj ņemt vērā gan specifisko situāciju, kurā pētījums tiek veikts, gan dzīvespēka izmaiņas laikā. Tā kā viens no veselības psiholoģijas galvenajiem uzdevumiem ir izprast cilvēku uzvedību ietekmējošos faktorus, kvalitatīvā pētniecība var sniegt vērtīgu informāciju par cilvēku motīviem un jēgu, ko viņi piešķir saviem lēmumiem (Renjith et al., 2021).

1.2. Muskuloskeletālu sāpju raksturojums un to ietekme uz slimnieku dzīves kvalitāti

Muskuloskeletālas sāpes ir akūtas vai hroniskas sāpes, kas skar kaulus, muskuļus, saites, cīpslas un nervus (El-Tallaway et al., 2021). Starp izplatītākajiem muskuloskeletālajiem traucējumiem pasaulē var minēt muguras lejasdaļas sāpes (36,8 %), citus muskuloskeletālo traucējumu veidus (21,5 %), osteoartrītu (19,3 %), kakla/sprandas sāpes (18,4 %), podagru (2,6 %), reimatoīdo artrītu (1,3 %) (Safiri et al., 2021).

Tiek prognozēts, ka laikā no 2020. līdz 2050. gadam muskuloskeletālu sāpju izplatība pasaulē pieaugs par 115 %, radot nopietnus izaicinājumus un

finansiālo slogu gan pašiem slimniekiem, gan veselības aprūpes sistēmai, jo jau šobrīd HMS ir otrs biežākais darbnespējas cēlonis (GBD, 2021), kā arī viens no biežākajiem priekšlaicīgas pensionēšanās iemesliem (WHO, 2023).

HMS atstāj ietekmi uz gandrīz visām cilvēka dzīves sfērām, negatīvi ietekmējot kopējo dzīves kvalitāti (Fernandez-Feijoo et al., 2022), veicinot depresijas attīstību (Tenti et al., 2022), vairojot bailes no kustībām (Agnus-Tom et al., 2022), kā arī paaugstinot vientulības risku (Emerson et al., 2018).

Pētnieki atzīst, ka HMS ārstēšanā svarīgi ievērot holistisku pieeju, aplūkojot sāpes kopējā dzīves kontekstā un pievēršot uzmanību slimnieku dzīvesveidam, mentālajai veselībai, sociālajai videi un blakusslimību ārstēšanai, kas var ietekmēt HMS gaitu (El-Tallway, 2021). Ieguldot darbu gan pacientu, gan ārstniecības personu izglītošanā, būtu iespējams veicināt labāku HMS pārvaldību un izpratni par dažādiem sāpju mazināšanas veidiem, mudinot slimniekus kombinēt farmakoloģiskas un nefarmakoloģiskas sāpju mazināšanas metodes (Mohapatra et al., 2024).

1.3. Dzīvesspēka nozīme cilvēkiem ar HMS

Kaut arī cilvēki ar hroniskām slimībām ir biežāk pakļauti dažādiem izaicinājumiem un emocionālām grūtībām, dzīvesspēks var kļūt par resursu, kas palīdz ne vien vieglāk pārvarēt grūtības un mazināt ar slimību saistīto stresu, bet arī palielināt laimi, dzīves kvalitāti un apmierinātību ar dzīvi (Tecson et al., 2019).

Līdzšinējos pētījumos, kuros aplūkota dzīvesspēka nozīme cilvēkiem ar HMS (Brittain et al., 2022; Chavare & Natu, 2020; Chng et al., 2022; Gentili et al., 2019; Miro et al., 2022; Ramírez-Maestre et al., 2019; Sturgeon et al., 2016), ir secināts, ka tieši dzīvesspēkam ir būtiska loma, lai cilvēks spētu adaptēties hroniskām sāpēm un vieglāk tās izturētu.

Hronisko sāpju kontekstā dzīvesspēks izpaužas kā ātrāka atkopšanās no sāpju radītajām negatīvajām sekām, spēja saglabāt pozitīvu funkcionēšanas līmeni (Sturgeon & Zautra, 2010) vai pat piedzīvot personisko izaugsmi (Ungar,

2021). Dzīvesspēks ir pozitīvi saistīts ar sāpju pārvaldības pašefektivitāti un negatīvi saistīts ar sāpju katastrofizēšanu (Chen & Jackson, 2018; Newton-John & Hunter, 2014).

Hronisko sāpju slimnieku populācijā ir veikti arī vairāki kvalitatīvi pētījumi, kuros padziļināti aplūkoti dzīvesspēku ietekmējošie faktori. Biežākie dzīvesspēku veicinošie faktori, kas tika minēti vairākos pētījumos, bija sociālais atbalsts un sociālās mijiedarbības stiprināšana (Daffin et al., 2021; Hassani et al., 2017; Rolbiecki et al., 2017; West et al., 2012), informācijas pieejamība un iespēja kontrolēt ar ārstēšanu saistītos lēmumus (Nafradi et al., 2018; Rolbiecki et al., 2017), slimības un ar to saistīto ierobežojumu pieņemšana (Daffin et al., 2021; Hassani et al., 2017; Rolbiecki et al., 2017; West et al., 2012) un pozitīvas perspektīvas saglabāšana (Hassani et al., 2017; West et al., 2012).

Kaut arī pētījumu skaits, kuros analizēti dzīvesspēku ietekmējošie faktori HMS slimnieku populācijā, turpina pieaugt, joprojām ir ļoti maz pētījumu, kuros tiktu aplūkotas dzīvesspēka izmaiņas laikā (Geard et al., 2018; De Santis et al., 2013). Ir svarīgi saprast, kā dzīvesspēks slimības gaitā mainās, jo dažas stratēģijas var būt efektīvākas slimības sākumposmā, bet citas var būt efektīvākas dzīvesspēka uzturēšanā ilgtermiņā.

Šī kvalitatīvā pētījuma mērķis ir aprakstīt ne vien HMS slimnieku dzīvesspēka veidošanas ietekmējošos faktoros, bet arī ilgtermiņa stratēģijas, kas ļauj “nesalūzt grūtību priekšā”, bet dzīvot iespējami kvalitatīvu un piepildītu dzīvi, par spīti sāpēm.

2. Metodes

2.1. Pētnieka pozīcija un refleksivitāte

Manu motivāciju izpētīt dzīvesspēka veidošanos un uzturēšanu tieši cilvēkiem ar HMS noteica fakts, ka pati piederu HMS grupai. Piederība HMS grupai palīdzēja labāk izprast pētījuma dalībnieku situāciju un, iespējams, veicināja pētījuma dalībnieku atvērtību. No otras puses, tas varēja radīt risku, ka interpretēšu dalībnieku sacīto, skatoties caur savu uztveres prizmu. Lai apzinātos, kādi riski un ieguvumi izriet no manas pētnieka pozīcijas, un varētu pieņemt iespējami apzinātus lēmumus, visa pētījuma gaitā es reflektēju par to, ko daru, un rakstīju refleksīvo žurnālu.

Refleksīvajā žurnālā var fiksēt visu, kas pētniecības procesā izraisa mūsu iekšējo dialogu. Tur var aprakstīt savas šaubas, jautājumus vai idejas, pie kā pētījuma gaitā atgriezties (Ortlipp, 2008). Šajā pētījumā refleksīvais žurnāls tika izmantots, gan lai fiksētu tūlītējās pārdomas pēc intervijām un reflektētu par savu kā pētnieces lomu, gan arī praktiskos nolūkos – lai pierakstītu idejas, kas noderētu turpmākajā pētniecības procesā. Refleksīvajā žurnālā tika aprakstītas arī interviju laikā pamanītās izmaiņas pētījuma dalībnieku ķermeņa valodā.

2.2. Pētījuma stratēģija un dizains

Šis pētījums ir balstīts konstruktīvisma un sociālā konstrukcionisma paradigmās. Kopīgā ontoloģiskā pozīcija abām paradigmām ir uzskats, ka pastāv nevis viena, bet vairākas realitātes, savukārt kopīgā epistemoloģiskā pozīcija ir uzskats, ka objektīva izzīņa nav iespējama, jo to vienmēr pastarpina konkrētā cilvēka vai grupas interpretācija.

Pētnieki, kuri balstās konstruktīvisma paradigmā, uzskata, ka nozīmi realitātei piešķir paši indivīdi (Hiller, 2016), savukārt sociālā konstrukcionisma pārstāvji akcentē intersubjektivitātes lomu un uzskata, ka zināšanas par realitāti

tiek konstruētas kopā ar cilvēkiem, kurus vieno kopīgs sociālais un vēsturiskais konteksts (Crotty, 1998).

Šajā pētījumā konstruktīvisma paradigma galvenokārt kalpoja kā pamats naratīvās analīzes veikšanai, lai aprakstītu, cik dažādi HMS slimnieki mēdz uztvert slimību un kā, mainoties viņu dzīves skatījumam, mainās attieksme pret sāpēm un piedzīvotajām grūtībām, savukārt sociālā konstrukcionisma paradigmas perspektīva tika pielietota, lai analizētu sociālās vides ietekmi uz slimnieku priekšstatiem, vērtībām un uzvedības modeļiem.

Lai sasniegtu pētījuma mērķi, tika nolemts izmantot kvalitatīvā pētījuma stratēģiju, jo kvantitatīvā stratēģija nedeva iespēju atbildēt uz izvirzītajiem jautājumiem. Veselības psiholoģijā ir ļoti svarīgi izprast cilvēku uzvedības cēloņus, viņu motivācijas un attieksmes veidošanās procesu, un kvalitatīvā stratēģija ļauj izpētīt nozīmes, kuras cilvēki piešķir savai pieredzei (Biggerstaff, 2012).

Kā piemērotākais pētījuma dizains tika atzīts vairāku gadījumu analīzes dizains. Tas ļauj padziļināti analizēt konkrēto gadījumu, aplūkojot to no dažādām perspektīvām, dažādos laika nogriežņos, tai skaitā ņemot vērā gadījuma unikālo kontekstu un tā ietekmi uz dzīves spēka veidošanos. Tā kā šis pētījums ir balstīts konstruktīvisma paradigmā, tika izvēlēts ar šo paradigmu saskanīgais Steika vairāku gadījumu analīzes dizaina modelis (Stake, 1995, 2006), kas tiek bieži izmantots veselības psiholoģijas pētījumos (Boblin et al., 2013; Breet & Bantjes, 2017; Fearon et al., 2021), jo tas ļauj vienlaikus analizēt gan vispārējo, gan atsevišķo.

2.3. Pētījuma izlases veidošana un dalībnieku atlases procedūra

Tā kā hroniskas sāpes ir viens no biežākajiem darba nespējas iemesliem, tika nolemts dzīves spēka pieredzi pētīt cilvēkiem darbības spējas vecumā (no 18 līdz 65 gadiem). Promocijas darba autore motivāciju noteica vēlme izprast, kas palīdz ilgtermiņā saglabāt dzīves spēku un palikt sociāli aktīviem, par spīti sāpēm.

Kopumā pētījumā tika iekļauti 17 cilvēki ar HMS (7 vīrieši un 10 sievietes vecumā no 29 līdz 64 gadiem) no dažādām Latvijas pilsētām, kuri brīvprātīgi piekrita dalībai pētījumā. Sīkākus iekļaušanas un izslēgšanas kritērijus var aplūkot 2.1. tabulā.

2.1. tabula

Iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji

Iekļaušanas kritēriji	Izslēgšanas kritēriji
Cilvēki darbības vecumā no 18 līdz 65 gadiem	Jaunāki par 18 gadiem vai vecāki par 65 gadiem
HMS attīstījušās dzīves laikā	Hroniskas sāpes kopš dzimšanas vai terminālas slimības
HMS ilgst vismaz piecus gadus un izpaužas vismaz pusi šī laika	Sāpes ilgst mazāk nekā piecus gadus
Vidējā sāpju intensitāte sāpju pašnovērtēšanas skalā no 0 līdz 10 ir trīs vai augstāka	Vidējā sāpju intensitāte sāpju pašnovērtēšanas skalā no 0 līdz 10 ir zemāka par trīs
Brīvi pārvalda latviešu valodu	Nepārvalda latviešu valodu

Izlase tika mērķtiecīgi veidota, iekļaujot cilvēkus ar muguras sāpēm, locītavu sāpēm, kā arī dažādu lokāciju sāpēm pēc traumas. Izlasē tika iekļauti gan HMS slimnieki, kam sāpes būtiski netraucē pārvietošanos, gan tādi, kas pārvietojas ratiņkrēslā. Potenciālie dalībnieki tika meklēti paziņu lokā, pacientu biedrībās un sociālo tīklu grupās. Detalizētu apkopojumu par pētījuma dalībnieku dzimumu, vecumu, diagnozēm un nodarbinātību var aplūkot 2. pielikumā.

2.4. Datu ieguves metodes

Tā kā šajā pētījumā ir izvēlēts vairāku gadījumu analīzes dizains, kas paredz, ka padziļinātai gadījumu izpētei tiek lietotas vairākas datu ieguves metodes (Crowe, 2011; Sibbald et al., 2021; Zahle, 2019), tika izlemts datu ieguves posmā izmantot multimetodu pieeju, proti, dati tika ievākti caur individuālajām intervijām un fokusgrupu diskusijām.

Autori, kuri salīdzinājuši ieguvumus no intervijām un fokusgrupām, atzīst, ka dažiem dalībniekiem varētu būt vieglāk atklāt personisku un sensitīvu informāciju, izmantojot individuālas intervijas (Kaplowitz, 2000; Kruger et al., 2019), taču citiem fokusgrupas formāts varētu būt piemērotāks. Klausīšanās pārējo dalībnieku pieredzes stāstos var veicināt sevis atklāšanu un stimulēt atmiņu (Guest et al., 2017; Kitzinger, 1994).

Datus personīgi ievāca darba autore laika posmā no 2022. gada aprīļa līdz 2023. gada martam. Ņemot vērā Covid-19 pandēmijas ierobežojumus, kā arī to, ka pētījuma dalībnieki dzīvoja dažādos Latvijas reģionos, gan intervijas, gan fokusgrupas tika organizētas gan klātienē, gan attālināti, izmantojot platformu *Zoom*. Interviju ilgums bija no 57 līdz 110 minūtēm, bet fokusgrupu ilgums bija vidēji 120 minūtes.

Pētījuma pirmajā fāzē tika izveidots daļēji strukturētas intervijas protokols un formulēti no pētījuma jautājumiem izrietoši intervijas jautājumi. Lai sagatavotos pamatpētījumam un pārbaudītu, vai intervijas jautājumi dalībniekiem ir saprotami un ļauj sasniegt pētījuma mērķi, tika veiktas trīs pilotintervijas ar HMS slimniekiem.

Sākotnējā iecere bija izpētīt tikai dzīvesspēku ietekmējošos faktorus, taču, analizējot pilotintervijas, tika pamanīts, ka intervējamie bieži piemin apstākļus, kuru ietekmē dzīvesspēks ir būtiski paaugstinājies vai krities, un padziļināti apraksta savu dzīvesspēka pieredzi. Tika pieņemts lēmums pievienot izvēlētajai datu analīzes metodei, tematiskajai analīzei, vēl divas datu analīzes metodes – naratīvo analīzi un kritisko incidentu tehniku, kā arī papildināt intervijas jautājumus. Kvalitatīvos pētījumos šāda prakse, kad pētījuma gaitā veidojas jauni pētījuma jautājumi, tiek izmantota bieži, jo pētnieks, arvien vairāk iedziļinoties pētāmajā problēmā, var atklāt jaunus aspektus, kurus vēlas izpētīt (Agee, 2009; Creswell, 2007; Flick, 2006). Intervijas jautājumus, tiem atbilstošos pētījuma jautājumus var aplūkot 3. pielikumā.

Pēc 17 interviju veikšanas pirmais datu vākšanas posms tika pārtraukts, jo tika sasniegts kods un saturiskais piesātinājums, ko noteicām pēc tematiskās analīzes rezultātiem.

Saskaņā ar individuālajās intervijās iegūto datu analīzi un interpretāciju tika formulēti 20 jautājumi fokusgrupām (4. pielikums). Jautājumu mērķis bija pārbaudīt, vai pētījuma dalībnieki atzīst intervijās atklātos dzīvesspēku veicinošos un traucējošos faktoros, padziļināti izpētīt neviennozīmīgi vērtējamos faktoros, kā arī ievākt jaunu, individuālajās intervijās vēl neiegūtu informāciju, kas palīdzētu atbildēt uz pētījuma jautājumiem.

Viena fokusgrupa ar sešiem dalībniekiem tika organizēta klātienē, bet otra ar pieciem dalībniekiem tika organizēta attālināti.

2.5. Datu analīzes metodes

Šajā pētījumā tika izmantota plurālistiska pieeja datu analīzē. Plurālisms kvalitatīvajā pētniecībā tiek definēts kā noteiktas datu kopas analīze, izmantojot vairāk nekā vienu kvalitatīvās analīzes metodi (Clarke et al., 2014), un šīs pieejas mērķis ir nodrošināt bagātīgu, daudzslāņainu, no dažādām perspektīvām aplūkotu kvalitatīvo datu analīzi, tādējādi sniedzot holistisku izpratni par pētāmo jautājumu (Dewe & Coyle, 2014).

Datu analīzes veikšanai tika integrēta Virdžīnijas Braunus un Viktorijas Klārkas refleksīvā tematiskā analīze (Braun & Clark, 2006), Mišelas Kroslijas naratīvā analīze (Crossley, 2000) un Lī Baterfildas uzlabotā kritisko incidentu tehnika (Butterfield et al., 2009). Dažādu metožu kombinācija tika izvēlēta, lai pilnīgāk atbildētu uz pētījuma jautājumiem un no dažādiem rakursiem aprakstītu intervējamo dzīvesspēka pieredzi, ko nevar izdarīt, izmantojot tikai vienu metodi.

Tematiskā analīze ļāva definēt kopīgās tēmas un atbildēt uz jautājumu, ko HMS slimnieki dara, lai veicinātu un uzturētu dzīvesspēku, un kas viņiem palīdz vai traucē. Naratīvā analīze ļāva aprakstīt katra pētījuma dalībnieka dzīvesspēka attīstības pieredzi tās unikālajā kontekstā. Savukārt kritisko incidentu tehnika

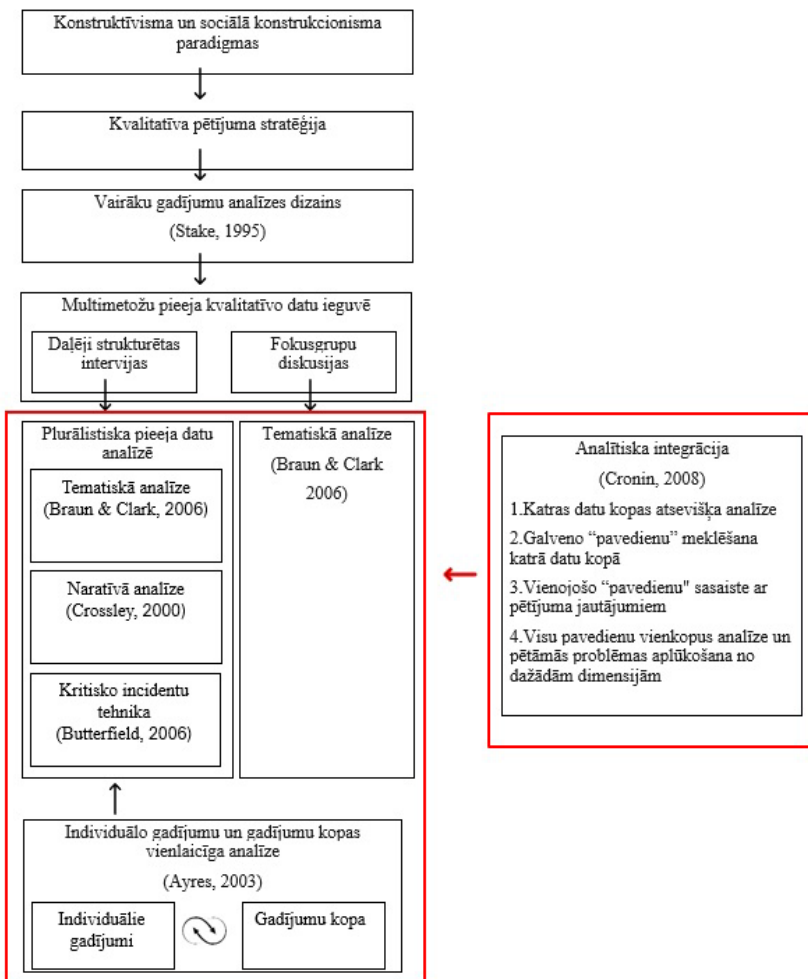
ļāva atrast tos iekšējos procesus vai ārējos notikumus, kas ir bijuši kā pagrieziena punkts HMS slimnieku dzīvesspēka attīstībā.

2.6. Integratīvās datu analīzes procedūras apraksts

Lai analizētu individuālo interviju rezultātus, kas iegūti ar trim datu analīzes metodēm, tika izmantota Eiresas un kolēģu izveidotā individuālo gadījumu un gadījumu kopas vienlaicīgas analīzes pieeja (*across case and with case approach*) (Ayres et al., 2003). Gadījumu kopas (*across case*) analīze nozīmē kopīgu tēmu meklēšanu visos gadījumos, bet individuālo gadījumu (*within case*) analīze nozīmē padziļinātu katra gadījuma izpēti tā unikālajā kontekstā.

Savukārt, lai veiktu integratīvo analīzi un vienkopus analizētu datus no abām datu kopām (individuālajām intervijām un fokusgrupām), šajā promocijas darbā tika izmantota Lančesteras universitātes profesores Annas Kroninas (*Ann Cronin*) un kolēģu aprakstītā analītiskā integrācija (Cronin et al., 2008).

Atsaucoties uz Kroninu, pirmais solis ir katras datu kopas atsevišķa analīze, izmantojot visatbilstošāko datu analīzes metodi. Otrajā solī notiek “sekošana pavedienam” jeb centrālo rezultātu meklēšana konkrētajā datu kopā. Trešajā solī atrastais pavediens tiek sasaistīts ar izvirzīto pētījuma jautājumu un aplūkots arī citās datu kopās. Ceturtais solis ir visu pavedienu vienkopus analīze, izmantojot katras metodes sniegtās priekšrocības un aplūkojot pētāmo fenomenu no dažādām dimensijām. Pētījuma shēmu, kas iekļauj arī integratīvo datu analīzi, var aplūkot 2.1. attēlā.



2.1. attēls. Pētījuma shēma

2.7. Pētījuma zinātniskā stipruma kritēriji

Kvalitatīvajos pētījumos zinātnisko stiprumu nosaka pētījuma pamatotība, kas saskaņā ar Ivonu Linkolnu un Egonu Gubu (Lincoln & Guba, 1985) ietver četrus kritērijus – ticamību (*credibility*), pārnesamību (*transferability*), uzticamību

(*dependability*) un apstiprināmību (*confirmability*). Šajā pētījumā ticamību nodrošināja datu ieguves metožu triangulācija. Pārnesamība tika nodrošināta, veicot detalizētu pētījuma dalībnieku pieredzes aprakstu (t. sk. iekļaujot informāciju par atšķirībām starp pētījuma dalībniekiem ar dažāda smaguma veselības traucējumiem) un aprakstot iespējamo konteksta ietekmi uz pētījuma rezultātiem. Uzticamība tika panākta, argumentēti un detalizēti aprakstot pētījumā izmantotās metodes un pamatojot katrā pētījuma posmā veiktās darbības. Apstiprināmība tika panākta, regulāri veicot apspriedes ar manu darba vadītāju, lai pārrunātu un precizētu iegūtos rezultātus katrā no pētījuma posmiem, sākot no pilotinterviju analīzes un beidzot ar integratīvo analīzi un secinājumu izdarīšanu. Svarīga loma apstiprināmības nodrošināšanai šajā pētījumā bija refleksivitātei.

2.8. Pētījuma ētikas jautājumi

Pirms pētījuma uzsākšanas tika izvērtēti ar pētījuma ētiku saistītie riski un apzināta nepieciešamā darbība, lai nepieļautu šo problēmu rašanos. Tam sekoja iesnieguma sagatavošana RSU Pētījumu ētikas komitejai. Pēc atļaujas saņemšanas (skat. 1. pielikumu) tika izstrādātas informētās piekrišanas veidlapas gan individuālajām intervijām, gan fokusgrupām, kurās tika aprakstīts pētījuma mērķis, norise, ieguvumi no pētījuma, datu apstrāde un uzglabāšana, kā arī pētījuma dalībnieku tiesības.

Visiem dalībniekiem pirms interviju uzsākšanas tika mutiski un rakstiski sniegta informācija par pētījumu, kā arī izskaidrotas viņu tiesības saistībā ar dalību pētījumā. Visi pētījuma dalībnieki parakstīja informētās piekrišanas veidlapas.

3. Rezultāti

3.1. PJ1: Dzīvesspēka veidošanās

Atbildot uz pētījuma jautājumu: “Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?” – tika atklāts, ka dzīvesspēks sāk veidoties tikai tad, kad cilvēkam ir pietiekami slikti (fiziski vai emocionāli), lai viņš būtu gatavs uzņemties atbildību par savas dzīves kvalitātes uzlabošanu. Kamēr sāpes ir paciešamas, liela daļa intervējamo veselībai nepievērš pietiekamu uzmanību. Pētījuma dalībnieku naratīvais tonis, runājot par šo periodu, bija drīzāk pesimistisks, paužot nožēlu par to, ka veselības problēmas netika uzskatītas par prioritārām. Dzīvesspēks straujāk attīstījās intervējamajiem ar pēkšņām vai smagām veselības problēmām, tomēr ļoti intensīvu sāpju brīžos atkal kritās. To, cik dziļam jābūt “kritienam lejup”, lai sāktu veidoties dzīvesspēks, ietekmē sāpju intensitāte un cilvēka pacietības mērs, tas, vai cilvēkam ir cerība, ka varētu palikt labāk, un tas, cik daudz informatīvo, emocionālo un cita veida resursu ir cilvēka rīcībā. Slimības sākumposmā lielai daļai HMS slimnieku bija grūti pieņemt slimības ierobežojumus un atvadīties no iedomātās nākotnes. Visgrūtāk pieņemt slimību bija tiem slimniekiem, kuriem sāpes parādījās pusaudžu vecumā.

3.2. PJ2: Dzīvesspēka veidošanos ietekmējošie faktori

Atbildot uz pētījuma jautājumu: “Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam?” – tika atklāts, ka dzīvesspēka attīstību kavēja informācijas trūkums par sāpju cēloņiem/slimību, nepietiekamas rūpes par veselību, citu vajadzību stādīšana augstāk par savām vajadzībām, sociālā atbalsta lūgšanas vai saņemšanas grūtības, emocionālā stāvokļa ietekme uz sāpēm un neatbilstoša fiziskā slodze.

Intervijas atklāja, ka vieni un tie paši faktori dažādas intensitātes sāpju gadījumos var izpausties atšķirīgi. Intensīvu sāpju gadījumā informācijas trūkums par slimību, slikts kontakts ar ārstējošo ārstu vai cerības nedošana no

ārstu puses veicināja to, ka slimnieki meklēja dažādus risinājumus un bija atvērtāki metožu daudzveidībai. Savukārt šie paši faktori mērenu sāpju gadījumos veicināja samierināšanos un veselības problēmu nerisināšanu.

Kā palīdzošie faktori, kas vairoja dzīvesspēku, tika minēta atbildības uzņemšanās par veselības uzlabošanu un nepadošanās sāpju priekšā; apkārtējo atbalsta un iedvesmas nozīme; dažādu sāpju mazināšanas paņēmieni izmantošana; iekšējās perspektīvas maiņa; pievēršanās aktivitātēm, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm, ieklausīšanās sevī un savu spēju apzināšanās. Īpaši jāizceļ sociālā atbalsta loma, kas netieši saistīta ar vairākiem citiem palīdzošajiem faktoriem. Apkārtējo atbalsts, tai skaitā profesionāls psiholoģisks atbalsts un citu slimnieku atbalsts, palīdzēja nejusties vieniem slimības priekšā un vieglāk pieņemt diagnozi, iegūt informāciju par dažādām ar slimības pārvarēšanu saistītām stratēģijām un mainīt iekšējo perspektīvu.

Savukārt tādi faktori kā līdzšinējā grūtību pieredze, no vecākiem saņemtie vēstījumi, atbalsts, speciālistu noteiktās ārstēšanas apšaubīšana, ieklausīšanās apkārtējo padomos un pašizglītošanās par slimību bija gan palīdzoši, gan traucējoši atkarībā no tā, vai slimnieks neiekrita kādā no galējībām un spēja kritiski izvērtēt savas rīcības iespējamus ieguvumus un riskus.

3.3. PJ3: Dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā

Atbildot uz jautājumu “Kas raksturo HMS slimnieku dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā?” – tika atklāts, ka izmaiņas dzīvesspēka attīstībā notiek brīžos, kad cilvēks pieņem tos ar sāpēm saistītus dzīves aspektus, kurus nav iespējams mainīt, maina dzīvesveidu vai iekšējo perspektīvu, iegūst vai zaudē cerību par veselības uzlabošanos vai piedzīvo ar slimību nesaistītus dzīves satricinājumus, piemēram, zaudē tuvas attiecības.

Ja cilvēks nepiedzīvo kādus ļoti spēcīgus satricinājumus, slimības pieņemšana, jaunu ieradumu veidošana un arī dzīvesspēka attīstība notiek

pakāpeniski. Taču, ja pārmaiņas veselības stāvoklī vai emocionālajā stāvoklī ir straujas, tam seko arī izteiktāki dzīvesspēka kāpumi un kritumi.

Visbūtiskākā loma dzīvesspēka attīstībā ir pašām sāpēm. Sāpes komplektā ar cerību paaugstina dzīvesspēku, bet sāpes komplektā ar bezcerību to pazemina. Tā kā dzīvesspēka attīstība ir cieši saistīta ar sāpju un slimības attīstību, pārvarot sākotnējo neziņu un labāk iepazīstot savas sāpes, slimnieki varēja ieraudzīt esošos un nepieciešamos resursus, lai sev palīdzētu un veicinātu dzīvesspēku. Līdz ar to, ilgtermiņā dzīvojot ar HMS, arī dzīvesspēka kāpumi un kritumi vairs nebija tik strauji.

3.4. PJ4: Dzīvesspēka uzturēšana ilgtermiņā

Atbildot uz jautājumu: “Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā?” – tika atklāts, ka, ilgstoši dzīvojot ar sāpēm, HMS slimnieku naratīvais tonis kļūst pozitīvāks, jo atšķirībā no slimības sākuma sāpju pieredze vairs neatrodas dzīves centrā, bet ir tikai viena no daudzām pieredzēm. Slimnieki iemācās integrēt sāpes savā ikdienā, atsakoties no nereālistiskām gaidām pret sevi, cenšoties saglabāt savas sociālās lomas un dzīvot iespējami pilnvērtīgi, par spīti sāpēm.

Atšķirībā no slimības sākumposma, kad slimnieki biežāk “lēkāja” no vienas metodes pie citas, meklējot labāko risinājumu sāpju pārvarēšanai, ilgtermiņā, dzīvojot ar sāpēm, tiek lietotas jau pārbaudītas metodes. Vairums slimnieku maina savu domāšanas fokusu, pārnesot enerģiju no tā, lai uzvarētu slimību, uz to, lai palielinātu citu, pozitīvo faktoru ietekmi, piemēram, mācās būt pateicīgi par dzīves dotajām iespējām. Ja slimniekiem, neskatoties uz slimību un sāpēm, izdodas ieraudzīt savai dzīvei jēgu un atrast lietas, par ko būt pateicīgiem un gandarītiem, sāpes kļūst vieglāk pārvaramas.

Vairāki intervējamie atzina, ka ilgtermiņā ļoti svarīga ir mērenība – gan attiecībā uz dažādu pienākumu veikšanu, gan fiziskajām aktivitātēm un veselīgu

dzīvesveidu, uzsverot, ka ir svarīgi dzīvot ar prieku, citādi veidojas iekšēja pretestība un stress, kas nelabvēlīgi ietekmē veselību.

3.5. PJ5: Ilgtermiņa dzīvespēku ietekmējošie faktori

Atbildot uz jautājumu: “Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvespēku ilgtermiņā?” – tika atklāts, ka dzīvespēku palīdz uzturēt regulāru un spējām pielāgotu fizisko aktivitāšu ieviešana, apzināta jēgas un prieka aktivitāšu meklēšana, emociju regulācijas prasmju attīstīšana, īpaši stresa pārvaldīšana, un veselīgu robežu noteikšana attiecībā ar apkārtējiem. Faktori, kas traucē uzturēt dzīvespēku ilgtermiņā, ir iekšējās motivācijas trūkums un kampaņveida rūpes par veselību.

Pašrūpju motivāciju veicina pašas sāpes, vēlme būt noderīgam, pozitīvs pašvērtējums un spīts, bet pazemina ļoti intensīvas sāpes, cerības zaudēšana, žēlošana no tuvinieku puses un darbaholisms.

Atšķirībā no slimības sākuma, kad dzīvespēka veidošanos lielā mērā ietekmēja ārējie faktori, dzīvespēka uzturēšana ilgtermiņā ir vairāk saistīta ar iekšējiem faktoriem, īpaši spēju novietot sāpes dzīves centrā.

Vairākus dzīvespēku ietekmējošos faktoros, kā, piemēram, rūpes par citiem, aizraušanos ar fiziskajām aktivitātēm vai atļaušanos būt vājam, nevar raksturot kā nepārprotami palīdzošus vai traucējošus. To, kā konkrētais faktors izpaudīsies, nosaka šī faktora mijiedarbība ar citiem faktoriem. Ja, piemēram, sava vājuma apzināšanos pavada savu resursu apzināšanās, tas palīdz noteikt veselīgas robežas, bet, ja vājums kombinējas ar pārāk lielu žēlošanu no ģimenes puses un zemu motivāciju, tas var pastiprināt slimnieka bezspēcību un veicināt nokļūšanu upura lomā.

3.6. PJ6: Dzīvesspēks HMS slimniekiem ratiņkrēslā

Atbildot uz jautājumu: “Kas raksturo dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi HMS slimniekiem, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, salīdzinot ar HMS slimniekiem bez kustību ierobežojumiem?” – var pamanīt, ka lielākās atšķirības raksturīgas dzīvesspēka veidošanās sākumposmā, bet ilgtermiņā, dzīvojot ar sāpēm, šīs slimnieku grupas dzīvesspēka uzturēšanas stratēģijas būtiski neatšķiras no kopējās HMS slimnieku grupas.

Slimības sākumposmā HMS slimniekiem, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, ir raksturīgi straujāki un intensīvāki dzīvesspēka kāpumi un kritumi. Galvenais palīdzošais faktors dzīvesspēka attīstībā ir garīgs un psiholoģisks atbalsts, kas palīdz mainīt domāšanas fokusu no “Kāpēc ar mani tā notika?” uz “Kā dzīvot tālāk?”. Brīdī, kad HMS slimniekiem ratiņkrēslā izdodas ieraudzīt savai dzīvei jēgu, neskatoties uz slimības radītajiem zaudējumiem, seko ļoti straujš dzīvesspēka kāpums.

Ilgtermiņā, dzīvojot ar sāpēm, šie cilvēki aktīvāk izmanto socializēšanās iespējas un kontaktējas ar citiem slimniekiem, kuriem ir līdzīgas problēmas. Šo cilvēku galvenais izaicinājums ir saglabāt līdzsvaru starp autonomiju un palīdzības lūgšanu, savukārt viena no galvenajām vajadzībām ir vēlme būt noderīgiem un atrast nodarbošanos, neskatoties uz slimības ierobežojumiem.

Diskusija

Promocijas darba mērķis bija noskaidrot, kāda ir slimnieku ar HMS dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredze. Pateicoties atbilstoši izvēlētai pētījuma metodoloģiskajai stratēģijai, izdevās sasniegt mērķi un realizēt zinātniski stipru pētījumu, iegūstot atbildes uz visiem pētījuma jautājumiem.

Apkopojot pētījuma dalībnieku pieredzi un balstoties uz promocijas darba autores interpretāciju par to, kā šajos pieredzes aprakstos izpaužas dzīvesspēks, tika atklāts, ka dzīvesspēks sāk attīstīties no brīža, kad fiziskās vai emocionālās ciešanas vairs neļauj dzīvot kā līdz šim. Šie rezultāti saskan ar iepriekšējos pētījumos izteiktu pieņēmumu, ka dzīvesspēks nevar attīstīties, ja cilvēks nesaskaras ar risku vai nelabvēlīgiem notikumiem (Ungar, 2018; Vella & Pai, 2019). Līdzšinējie pētījumi (Brittain et al., 2022; Ramirez-Maestre et al., 2019; Sturgeon et al., 2016) ir apstiprinājuši, ka dzīvesspēks palīdz labāk adaptēties hroniskām sāpēm. Šis pētījums parādīja, ka ne tikai dzīvesspēks var ietekmēt sāpju uztveri, bet arī sāpes var ietekmēt dzīvesspēku.

Apkopojot un interpretējot datus par faktoriem, kas šī pētījuma dalībniekiem slimības sākumposmā palīdzēja vai traucēja attīstīt dzīvesspēku, tika secināts, ka liela nozīme ir atbalstam no citiem HMS slimniekiem. Pacientu atbalsta grupu īpašā loma dzīvesspēka veicināšanā ir minēta arī iepriekš veiktajos pētījumos (Kim et al., 2019; Rolbiecki et al., 2017).

Intervijas atklāja, ka dzīvesspēka attīstību lielā mērā noteica kontakta ar veselības aprūpes speciālistiem kvalitāte. Šī pētījuma rezultāti sakrīt ar iepriekš veiktajiem pētījumiem dažādās pasaules valstīs, piemēram, Ķīnā (Luo et al., 2018), Šveicē (Nafrazi et al., 2018), ASV (Rolbiecki et al., 2017), kuros secināts, ka dzīvesspēku ietekmē HMS slimnieku komunikācija ar veselības aprūpes sniedzējiem un tas, vai šie cilvēki saņem pietiekami daudz informācijas, lai justu kontroli pār situāciju. Ārstējošajam ārstam ir liela ietekme arī uz to, vai cilvēks spēj saglabāt cerību (Cuomo et al., 2023; Nafrazi et al., 2018).

Savukārt kādā Anglijā veiktā kvalitatīvā pētījumā, kurā tika analizētas galvenajās barjeras, kas traucē efektīvā hronisko sāpju pārvaldībā, autori (Hadi et al., 2017) izvirzīja sešus traucējošos faktorus, no kuriem pieci tika pieminēti arī šajā pētījumā: neieinteresētība un empātijas trūkums no ārstu puses; ģimenes ārstu nepietiekamās zināšanas par sāpju ārstēšanu; komunikācijas trūkums starp veselības aprūpes speciālistiem un pacientu; garās gaidīšanas rindas, lai nokļūtu uz vizīti; īsais pieņemšanas laiks. Vienīgais traucējošais faktors, kas tiešā veidā neparādījās manis intervēto HMS slimnieku atbildēs, bija integratīvas, multidisciplināras pieejas trūkums. Taču divi pētījuma dalībnieki atzina, ka sāpju mazināšanai vajadzīga kompleksa pieeja, kas zināmā mērā saskan ar šo faktoru.

Saskaņā ar konstruktīvisma paradigmu tas, cik lielas ciešanas cilvēka dzīvē rada sāpes, ir atkarīgs ne tikai no sāpju fiziskajiem simptomiem, bet arī no cilvēka subjektīvās pieredzes un priekšstatiem (Nakamura & Chapman, 2002). Konstruktīvisma paradigma šajā pētījumā ļāva izskaidrot, kā domāšanas modeļu maiņa palīdzēja mazināt sāpju ietekmi. To, ka domāšana var ietekmēt fizisko sāpju uztveri, atklāja arī divi citi pētījumi (Damsgard et al., 2010, Gong et al., 2023), kuros tika pierādīts, ka katastrofizēšana, bailes no kustībām un zema pašefektivitāte paaugstināja sāpju intensitāti.

Interesanta kopsakarība tika pamanīta, veicot interviju naratīvo analīzi. Aprakstot slimības sākumu, intervējamo naratīvs bija diezgan pesimistisks, tomēr, atbildot uz jautājumu par palīdzošajām stratēģijām, viņu naratīvais tonis kļuva pozitīvāks. Pētījumi liecina, ka stāstu stāstīšana var kļūt par dzīvesspēka veicināšanas resursu, jo stāsti ne tikai atspoguļo cilvēka esošās spējas, bet arī stiprina stāstītāja spēju tikt galā ar viņa problēmām (Tveit, 2023). Tieši tāpēc ir svarīgi, lai speciālisti, kuri ir iesaistīti HMS slimnieku aprūpē, palīdzētu šiem indivīdiem ne vien apzināties viņu šī brīža resursus, bet arī mudinātu atcerēties līdzšinējo pozitīvo pieredzi.

Sistemātiskajos pārskatos, kas veltīti hronisku sāpju slimnieku dzīvesspēkam, visbiežāk minētie veicinošie faktori ir sociālais un psiholoģiskais atbalsts, kā arī iekšējās perspektīvas maiņa, bet kā kavējošus faktoros pētnieki min sociālo izolāciju, pesimismu un stresu (Cal, 2015; Gheshlagh, 2016; Stewart & Yuen, 2011). Visi iepriekš nosauktie faktori sakrīt ar konkrētā pētījuma rezultātiem.

Aplūkojot to, kā dzīvesspēks mainās dažādos slimības posmos, šis pētījums atklāja, ka, ilgstoši dzīvojot ar sāpēm, HMS slimnieki vairs necenšas uzvarēt slimību, bet mēģina sadzīvot ar to un meklē prieku, par spīti sāpju radītajiem zaudējumiem. Pie līdzīgiem secinājumiem nonāca arī autori kādā Lielbritānijā veiktā kvalitatīvā pētījumā (Scott et al., 2020), kurā tika atklāts, ka ilgtermiņā cilvēki ar hroniskām sāpēm fokusējas uz savu dzīvi plašākā mērogā, nedomājot tikai par sāpēm, bet iesaistoties darbībās, kas sniedz prieku.

Šajā promocijas darbā tika atklāti arī vairāki izaicinājumi, ar kuriem savā ikdienas dzīvē saskaras HMS slimnieki, piemēram, ikdienas rutīnas un sociālo lomu saglabāšana, par spīti tam, ka ķermenis ir šķērslis, sevis pieņemšana situācijās, kad slimība rada redzamus traucējumus, un uzdrīkstēšanās lūgt atbalstu, kaut arī slimība ir ārēji neredzama. Nosauktie izaicinājumi saskan ar rezultātiem no kvalitatīvas metasintēzes (Crowe et al., 2017) rezultātiem. Tajā tika identificētas piecas metatēmas: 1) ķermenis kā šķērslis; 2) sāpes – neredzamas, bet reālas; 3) sevis uztveres traucējumi; 4) neparedzamība; 5) turpināšana dzīvē, par spīti sāpēm (Crowe et al., 2017). Vienīgā metatēma, kura tiešā veidā neparādījās šī promocijas darba pētījumā, ir neparedzamība. Iespējams, tas ir tāpēc, ka intervētie cilvēki ar sāpēm dzīvoja vismaz piecus gadus.

Viena no paradigmām, kurā balstīts šis promocijas darbs, ir sociālā konstrukcionisma paradigma. Autori, kas lūkojas uz realitāti no šīs paradigmas skatpunkta, atzīst, ka sociālajā vidē valdošie naratīvi caurstrāvo visu cilvēku ikdienu, tai skaitā to, kā cilvēki attiecas pret savu ķermeni, sastopoties ar slimību,

jo īpaši gadījumos, kad slimība ir fiziski redzama (Conrad & Barker, 2010). Šajā darbā iegūtie rezultāti uzskatāmi parādīja, kā no ģimenes un tuvākās kopienas pārņemtie domāšanas modeļi ietekmē HMS slimnieku identitātes veidošanos, attieksmi pret emocijām un attiecību veidošanu.

Atsevišķi aplūkojot dzīvesspēka veidošanos un uzturēšanu HMS slimniekiem ratiņkrēslā, atklājās, ka būtisks izaicinājums šai slimnieku apakšgrupai bija grūtības atrast līdzsvaru starp būšanu fiziski un sociāli aktīviem un neatkarīgiem, bet tajā pašā laikā spējīgiem vērsties pēc apkārtējo atbalsta situācijās, kurās tas nepieciešams. Šī pētījuma rezultāti saskan ar pētījumu (Geard et al., 2018; Machida et al., 2013), kurā tika analizēts dzīvesspēks cilvēkiem ar muguras smadzeņu traumām un atklāts, ka atkarības un autonomijas līdzsvarošana ir ļoti būtiska, lai slimnieki nepazaudētu saikni ar reālo dzīvi un saglabātu emocionālo stabilitāti. Vēl kāda tieši šai apakšgrupai raksturīga iezīme bija izteiktā vēlme būt noderīgiem un sniegt ieguldījumu sabiedrībā. To, cik svarīga šai apakšgrupai ir sociālā līdzdalība, apstiprina arī kāds Norvēģijā veikts pētījums reimatoīdā artrīta slimnieku izlasē (Herrera-Saray, 2013).

Kaut arī šī pētījuma rezultāti lielā mērā sakrīt ar citu pētījumu rezultātiem, bija kāda īpatnība, kas netika atrasta citos līdz šim veiktajos pētījumos HMS slimnieku izlasē. Tā bija tendence aizvietot rūpes par sevi ar rūpēm par citiem cilvēkiem vai dažādiem pienākumiem. Iespējams, ka šī ir tieši Latvijas kontekstam raksturīga īpatnība, jo latviešu mentalitātē ir ilgstoši veidojusies vidē, kur nācās pakļauties svešām varām un cīnīties par izdzīvošanu, izvirzot priekšplānā tādas vērtības kā čaklumu, atbildību pret citiem un nepieciešamību izpatikt.

Rezumējot jāsecina, ka šajā pētījumā intervētie HMS slimnieki sastopas ar līdzīgiem izaicinājumiem kā HMS slimnieki citviet pasaulē, tomēr vienlaikus jāņem vērā Latvijas unikālais vēsturiskais konteksts un īpaša nozīme jāpievērš šeit dzīvojošo HMS slimnieku pašvērtības, pašefektivitātes un līdzjūtības pret sevi attīstīšanai, kas ļautu rūpes par sevi izvirzīt kā prioritāti.

Pētījuma ierobežojumi un stiprās puses

Par šī pētījuma ierobežojumu uzskatāms nelielais dalībnieku skaits, labprātīgā pieteikšanās pētījumā, kas varēja ietekmēt to, ka pētījumā nepieteicās dalībnieki ar ļoti zemu dzīvesspēku, nepieciešamība rekonstruēt atmiņas par seniem notikumiem, kas varēja ietekmēt to precizitāti, daļēja datu ievākšana attālināti, kas neļāva sekot līdzīgi dalībnieku ķermeņa valodai. Pētījuma stiprā puse ir zinātniskais stiprums, novitāte attiecībā uz pētījuma metodēm, integratīvā datu analīzes pieeja, kas var noderēt citiem pētniekiem Latvijā.

Pētījuma praktiskais lietojums

Šī pētījuma atziņas var sniegt HMS slimniekiem praktiskus padomus, kā veicināt dzīvesspēku un iespēju robežās novērst dzīvesspēku traucējošos faktorus. Pētījuma rezultātā izstrādātos priekšlikumus savā praksē var ieviest Latvijā strādājoši veselības aprūpes speciālisti, psihologi un citi speciālisti, kuri ikdienā sastopas ar HMS slimniekiem un vēlas izprast šīs slimnieku grupas galvenos izaicinājumus un vajadzības. Pētījums var būt noderīgs arī HMS slimnieku tuviniekiem, jo sniedz ikdienā noderīgu informāciju par to, kādas ir šīs cilvēku grupas galvenās vajadzības un izaicinājumi.

Turpmākie pētījuma virzieni

Turpmākajos kvalitatīvajos pētījumos būtu lietderīgi izpētīt dzīvesspēka veicināšanas un uzturēšanas pieredzi arī cilvēkiem ar citām hroniskām slimībām, kā arī gadījumos, ja cilvēkam ir vairākas blakusslimības. Cits nozīmīgs pētījumu virziens varētu būt dzīvesspēka veicināšanai domātu intervenču programmu izstrādāšana cilvēkiem ar HMS, novērtējot šo programmu ilgtermiņa efektivitāti.

Secinājumi

Pētījuma mērķis bija aprakstīt HMS slimnieku dzīvespēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi. Mērķis tika sasniegts. Tika aprakstīta 17 HMS slimnieku adaptācijas pieredze, dzīvojot ar hroniskām sāpēm, un, balstoties uz promocijas darba autores interpretāciju par to, kā šajos pieredzes aprakstos izpaužas dzīvespēks, izdarīti secinājumi, kas attiecināmi uz intervētajiem HMS slimniekiem. Tika gūtas atbildes uz visiem tālāk minētajiem pētījuma jautājumiem:

PJ1: Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvespēka rašanās pieredzi?

Izanalizējot pētījuma dalībnieku sniegtos pieredzes aprakstus, promocijas darba autore secināja, ka dzīvespēka attīstība lielā mērā ir saistīta ar sāpju intensitāti un kopējo dzīves kontekstu. Kamēr grūtības nesasniedz katra individuālo pacietības mēru un cilvēks neatrod veidu, kā pārvaldīt sāpes vai sadzīvot ar slimību, dzīvespēks neattīstās vai attīstās ļoti lēnām. Dzīvespēks pieaug, palielinoties sāpju intensitātei, tomēr tikai līdz brīdim, kamēr sāpes kļūst pārlietu intensīvas. Ja sāpes nav kontrolējamas vai slimnieks zaudē cerību, dzīvespēks pazeminās.

PJ2: Kā HMS slimnieki raksturo faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvespēkam?

Slimības sākumposmā dzīvespēku palīdz attīstīt tuvinieku, pacientu kopienas un psiholoģiskās palīdzības sniedzēju praktisks, emocionāls un informatīvs atbalsts, kas veicina diagnozes pieņemšanu, ļauj nejusties vienam ciešanās un palīdz atrast resursus, lai vieglāk pārvarētu grūtības. Izvairīties no katastrofizēšanas un pārāk liela stresa palīdz iekšējās perspektīvas maiņa, savukārt parūpēties par fizisko ķermeni palīdz mērenas un pielāgotas fiziskās aktivitātes un dažādu sāpju mazināšanas paņēmieni izmantošana. Dzīvespēka attīstību traucē savlaicīgas un drošticamas informācijas trūkums, veselības aprūpes speciālistu pieejamības problēma un laika neveltīšana rūpēm par sevi.

PJ3: Kas raksturo HMS slimnieku dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā?

Intervētie HMS slimnieki, cenšoties atsaukt atmiņā līdzšinējo slimības pieredzi, atzina, ka izmaiņas viņu attieksmē pret sāpēm, sāpju pārvaldībā un kopējā dzīves kvalitātē, ko var interpretēt kā izmaiņas dzīvesspēka attīstībā, ir notikušas brīžos, kad viņi ir pieņēmuši tos ar sāpēm saistītos dzīves aspektus, kurus nav iespējams mainīt, mainījuši dzīvesveidu vai iekšējo perspektīvu, ir ieguvuši vai zaudējuši cerību par veselības uzlabošanos vai piedzīvojuši ar slimību nesaistītus dzīves satricinājumus, piemēram, zaudējuši tuvas attiecības. Dzīvesspēks straujāk mainās slimības sākumposmā. Dzīvojot ar sāpēm ilgstoši, dzīvesspēka kāpumi un kritumi vairs nav tik lieli.

PJ4: Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā?

Ilgstoši dzīvojot ar sāpēm, intervētie HMS slimnieki iemācās integrēt sāpes savā ikdienā, atsakoties no nereālistiskām gaidām pret sevi, cenšoties saglabāt savas sociālās lomas un dzīvot iespējami pilnvērtīgi, par spīti sāpēm. Viņu naratīvais tonis kļūst pozitīvāks, jo atšķirībā no slimības sākuma sāpju pieredze vairs neatrodas dzīves centrā, bet ir tikai viena no daudzām pieredzēm. Pētījuma dalībnieku izvēlētā rīcība un attieksme pret sāpēm var tikt aprakstīta kā dzīvesspēka uzturēšanas pieredze.

PJ5: Kā HMS slimnieki raksturo faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā?

Lai ilgtermiņā pielāgotos dzīvei ar hroniskām sāpēm un dzīvotu iespējami pilnvērtīgi, intervētajiem HMS slimniekiem palīdz regulāru un spējām pielāgotu fizisko aktivitāšu ieviešana, apzināta jēgas un prieka aktivitāšu meklēšana, emociju regulācijas prasmju attīstīšana, īpaši stresa pārvaldīšana, un veselīgu robežu noteikšana attiecībās ar apkārtējiem, bet traucē iekšējās motivācijas trūkums un kampaņveida rūpes par veselību. Iepriekš minētos faktoros var uzskatīt par ilgtermiņa dzīvesspēku ietekmējošiem faktoriem.

PJ6: Kas raksturo dzīvesspēka veicināšanas un uzturēšanas pieredzi HMS slimniekiem, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, salīdzinot ar HMS slimniekiem bez kustību ierobežojumiem?

Kā atzina intervētie HMS slimnieki, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, slimības sākumposmā viņi piedzīvoja gan lielu cīņassparu, gan bezspēcību, turklāt izmaiņas uzvedībā un attieksmē, salīdzinot ar citiem intervētajiem HMS slimniekiem, bija izteiktākas, no kā var secināt, ka šai apakšgrupai raksturīgi straujāki un intensīvāki dzīvesspēka kāpumi un kritumi. Galvenais palīdzošais faktors dzīvesspēka attīstībā ir garīgs un psiholoģisks atbalsts. Ilgtermiņā dzīvojot ar sāpēm, šie cilvēki aktīvāk izmanto socializēšanās iespējas un kontaktējas ar citiem slimniekiem, kuriem ir līdzīgas problēmas. Šo cilvēku galvenais izaicinājums ir saglabāt līdzsvaru starp autonomiju un palīdzības lūgšanu, savukārt viena no galvenajām vajadzībām ir vēlme būt noderīgiem un atrast nodarbošanos, neskatoties uz slimības ierobežojumiem.

Priekšlikumi

Balstoties uz iegūtajiem pētījuma rezultātiem, tika izvirzīti vairāki priekšlikumi:

Veselības aprūpes speciālistiem (ārstiem, medmāsām un garīgās veselības speciālistiem)

1. Finansiāli atbalstīt pacientu biedrības ar mērķi organizēt klātienē atbalsta grupas, informatīvus seminārus, kopīgas sporta nodarbības vai radošas darbnīcas HMS slimniekiem, tādējādi sekmējot HMS slimnieku socializēšanos, mazinot stigmatu un izjūtu, ka viņi savās ciešanās ir vieni.
2. Risināt jautājumu par rindu samazināšanu pie speciālistiem un sniegt lielāku valsts atbalstu rehabilitācijas pakalpojumiem, kas ļautu strādājošiem HMS slimniekiem uzturēt nepieciešamo veselības stāvokli, lai paliktu darba tirgū.
3. Slimības sākumposmā apmaksāt garīgā vai psiholoģiskā atbalsta speciālistu pakalpojumus, lai veicinātu diagnozes pieņemšanu un motivētu HMS slimniekus būt līdzestīgākiem.
4. Veidot multidisciplināras komandas ne vien HMS slimnieku rehabilitācijas, bet arī ārstēšanas posmā, iekļaujot komandā arī psiholoģiskā atbalsta sniedzējus, kuru palīdzība būtu īpaši nozīmīga uzreiz pēc diagnozes noteikšanas.
5. Organizēt izglītojošus seminārus par HMS slimnieku psiholoģiskajām grūtībām un emocionālajām vajadzībām primārās aprūpes ārstiem, sociālajiem darbiniekiem u. c. speciālistiem, kuri ikdienā strādā ar HMS slimniekiem.
6. Izveidot interneta vietni, kurā vienkopus būtu apkopota informācija par biežākajām HMS izraisītajām slimībām, ārstēšanas iespējām, iestādēm, kurās iespējams saņemt pakalpojumus, informāciju par pacientu organizācijām u. c. HMS slimniekiem svarīgiem jautājumiem. Tas mazinātu

ar neziņu saistīto trauksmi un paļaušanos uz nepārbaudītu informāciju. Labs paraugs šādai vietnei ir www.parsirdi.lv.

7. Izveidot HMS slimniekiem domātu mobilo aplikāciju, kurā HMS slimnieki atkarībā no dzīvesvietas varētu veidot iedzīvotāju kopienas, lai dalītos informācijā vai organizētu kopīgas tikšanās. Aplikācija varētu palīdzēt sekot līdz pozitīvajiem ieradumiem, tajā varētu tikt apkopoti ieteikumi par HMS slimniekiem piemērotiem uztura paradumiem un cita noderīga informācija.

HMS slimnieku ģimenes locekļiem

1. Neizturēties pret ģimenes locekli ar HMS kā pret nespējīgu un nedarīt viņa vietā to, ko viņš var izdarīt pats, lai neveicinātu iemācīto bezspēcību, taču vienlaikus sniegt atbalstu sadzīves situācijās, ar kurām slimības ierobežojumu dēļ ģimenes loceklis netiek galā.
2. Ņemot vērā, ka sāpes no malas bieži vien nav pamanāmas, biežāk apjautāties ģimenes loceklim par viņa pašsajūtu un to, kāda veida atbalsts viņam būtu nepieciešams.

HMS slimniekiem

1. Slimības sākumposmā, saskaroties ar neziņu, slimības pieņemšanas grūtībām vai bezcerību, nepalikt vieniem ciešanās, bet meklēt informatīvu un emocionālu atbalstu pacientu organizācijās un pie psiholoģiskā atbalsta speciālistiem.
2. Izmantot kompleksu pieeju sāpju mazināšanai, kas ietvertu ne vien medikamentozu terapiju, bet arī dažādas ar dzīvesveidu saistītas izmaiņas, piemēram, miega un uztura paradumu maiņu, slimības ierobežojumiem atbilstošu fizisko aktivitāšu ieviešanu, ar emociju regulāciju un domāšanas ieradumu saistītu tehniku izmantošanu u. c. metodes.
3. Ņemot vērā to, ka sāpju uztveri lielā mērā ietekmē emocionālais stāvoklis, iespēju robežās mazināt stresu veicinošos faktorus, piemēram, samazinot slodzi darbā vai atsakoties no daļas mājās veicamo pienākumu.

4. Nodarboties ar aktivitātēm un hobijiem, kas sniedz prieku un nodarbina prātu, tādējādi ļaujot aizmirsties no sāpēm.
5. Izvairīties no kampaņveidīgas fizisko aktivitāšu praktizēšanas, kas var radīt pārpūli un izraisīt ilgstošus periodus, kuros nekādas aktivitātes netiek īstenotas. Tā vietā pēc konsultācijas ar rehabilitācijas speciālistiem ieviest ikdienā mērenas fiziskās aktivitātes, kuras būtu iespējams praktizēt regulāri.
6. Izvēloties fiziskās aktivitātes, dot priekšroku klātienēs nodarbībām trenera vai fizioterapeita vadībā, nevis attālinātajām nodarbībām, kurās netiek uzraudzīta vingrojumu izpildes kvalitāte.
7. Plānojot dienas grafiku, sākumā iepļānot laiku rūpēm par sevi, piemēram, atvēlēt konkrētu laiku fiziskajām aktivitātēm, tikai pēc tam iepļānot citus pienākumus.
8. Rakstīt sāpju dienasgrāmatu, kas ļautu pamanīt, kādi faktori (piemēram, ikdienas režīms, miegs, uzturs, emocionālais stāvoklis, dažādas aktivitātes) pastiprina un kādi samazina sāpes.
9. Rakstīt pateicības dienasgrāmatu, kas ļautu līdztekus sāpju radītājiem ierobežojumiem pamanīt pieejamos resursus, iespējas un labos notikumus dzīvē.
10. Praktizēt līdzjūtību pret sevi. Jautājuma “kāpēc ar mani tā ir noticis?” vietā sev atgādināt, ka ir ļoti daudz cilvēku, kuri šobrīd saskaras ar līdzīgām problēmām. Neizturēties nosodoši pret savu ķermeni un pieļautajām kļūdām, bet uzdot sev jautājumu “kas ir labākais, ko esošo apstākļu ietvaros varu darīt savā labā?”. Iepļānot profilaktiskas vizītes pie ārsta un apmeklēt rehabilitāciju, negaidot slimības saasināšanos.

Publikāciju, ziņojumu un patentu saraksts par promocijas darba tēmu

Publikācijas:

1. Zelčāne, E. & Pipere, A. (2021). Hronisku slimnieku dzīvesspēks: Darbības jomas pārskats. *Society. Integration. Education. Proceedings of the International Scientific Conference*. 7, 239–248. DOI: 10.17770/sie2021vol7.6176 (WoS)
2. Zelčāne, E. & Pipere, A. (2023). Finding a path in a methodological jungle: a qualitative research of resilience, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 18(1), 2164948, DOI: 10.1080/17482631.2023.2164948 (SCOPUS, Q1)
3. Zelčāne, E. & Pipere, A. (2024). Maintaining resilience over time: A qualitative exploration of the experiences of living with chronic musculoskeletal pain. *Musculoskeletal Care*, 22(2), DOI: 10.1002/msc.1913 (SCOPUS, Q2)

Ziņojumi un tēzes:

1. Zelčāne, E., Pipere, A. (26.07.2024.). *Building resilience in the face of chronic musculoskeletal pain*. Mutiska prezentācija Starptautiskajā psiholoģijas kongresā Prāgā.
2. Zelčāne, E., Pipere, A. (13.04.2023.). *Slimnieku ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm dzīvesspēka veidošanās un uzturēšana. Tematiskās analīzes provizoriskie rezultāti*. Mutisks referāts 9. starptautiskajā zinātniski praktiskajā konferencē “Veselība un personības attīstība. Starpdisciplināra pieeja”.
3. Zelčāne, E., Pipere, A. (30.03.2023.). *Resilience in people with chronic musculoskeletal pain: preliminary results of the thematic analysis*. Oral presentation at RSU Research week 2023.
4. Zelčāne, E., Pipere, A. (08.07.2022.). *A multidimensional study of resilience: integrative approach to qualitative data analysis*. Oral presentation at the European Psychology Congress, Ljubljana.
5. Zelčāne, E., Pipere, A. (21.04.2022.). *Slimnieku ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm dzīvesspēka veidošanās un uzturēšana. Kvalitatīva pētījuma metodoloģiskie risinājumi*. Mutisks referāts 8. starptautiskajā zinātniski praktiskajā konferencē “Veselība un personības attīstība. Starpdisciplināra pieeja”.
6. Zelčāne, E., Pipere, A. (22.04.2021.). *Jēdziena resilience lietojums latviešu valodā*. Mutisks referāts 7. starptautiskajā zinātniski praktiskajā konferencē “Veselība un personības attīstība. Starpdisciplināra pieeja”.
7. Zelčāne, E., Pipere, A. (22.03.2021.). *Resilience Development Strategies of the Chronically Ill: Theoretical Insight*. Oral presentation at RSU Research week 2021.

Literatūras un avotu saraksts

1. Agee, J (2009). Developing qualitative research questions: a reflective process. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 22(4), 431–447. <https://doi.org/10.1080/09518390902736512>
2. Agnus Tom, A., Rajkumar, E., John, R., & Joshua George, A. (2022). Determinants of quality of life in individuals with chronic low back pain: a systematic review. *Health Psychology and Behavioral medicine*, 10(1), 124–144. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.2022487>
3. Ayres, L., Kavanaugh, K., & Knafl, K. A. (2003). Within-case and across-case approaches to qualitative data analysis. *Qualitative Health Research*, 13(6), 871–883. <https://doi.org/10.1177/1049732303013006008>
4. Bannon, S., Greenberg, J., Mace, R. A., Locascio, J. J., & Vranceanu, A. M. (2021). The role of social isolation in physical and emotional outcomes among patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 69, 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.01.009>
5. Baumgartner, J. N., Haupt, M. R., & Case, L. K. (2023). Chronic pain patients low in social connectedness report higher pain and need deeper pressure for pain relief. *Emotion*, 23(8), 2156–2168. <https://doi.org/10.1037/emo0001228>
6. Biggerstaff, D. (2012). Qualitative research methods in psychology. In G. Rossi (Ed.), *Psychology – Selected papers* (pp. 175–206). InTech. <https://doi.org/10.5772/2410>
7. Blake, H., Somerset, S., & Greaves, S. (2021). The pain at work toolkit for employees with chronic or persistent pain: A collaborative-participatory study. *Healthcare*, 10(1), 56. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010056>
8. Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349–361. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>
9. Boblin, S. L., Ireland, S., Kirkpatrick, H., & Robertson, K. (2013). Using Stake's qualitative case study approach to explore implementation of evidence-based practice. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1267–1275. <https://doi.org/10.1177/1049732313502128>
10. Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity-trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(4), 378–401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
11. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

12. Breet, E., & Bantjes, J. (2017). Substance use and self-harm: case studies from patients admitted to an urban hospital following medically serious self-harm. *Qualitative Health Research, 27*(14), 2201–2210. <https://doi.org/10.1177/1049732317728052>
13. Brittain, D. R., Gyuresik, N. C., Cary, M. A., Moser, E. N., & Davis, L. S. (2022). Differences in resilience mechanisms and physical activity among women experiencing chronic pain with higher or lower resilience. *Women's Health Issues, 32*(3), 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2021.11.004>
14. Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Maglio, A.-S. T., & Amundson, N. E. (2009). Using the enhanced critical incident technique in counseling psychology research. *Canadian Journal of Counselling, 43*(4), 265–282.
15. Cal, S. F. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology, 2*. <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1024928>
16. Chavare, S., & Natu, S. (2020). Exploring resilience in Indian women with rheumatoid arthritis: A qualitative approach. *Journal of Psychosocial Research, 15*(1), 305–317. <https://doi.org/10.32381/JPR.2020.15.01.26>
17. Chen, S., & Jackson, T. (2018). Pain beliefs mediate relations between general resilience and dysfunction from chronic back pain. *Rehabilitation Psychology, 63*(4), 604–611. <https://doi.org/10.1037/rep0000244>
18. Chng, Z., Yeo, J. J., & Joshi, A. (2022). Resilience as a protective factor in the face of pain symptomatology, disability, and psychological outcomes in adult chronic pain populations: a scoping review. *Scandinavian Journal of Pain, 23*(2), 228–250. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2021-0190>
19. Clarke, N. J., Willis, M. E., Barnes, J. S., Caddick, N., Cromby, J., McDermott, H., & Wiltshire, G. (2014). Analytical pluralism in qualitative research: A meta-study. *Qualitative Research in Psychology, 12*, 182–201. <https://doi.org/10.1080/14780887.2014.948980>
20. Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior, 51*(1), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
21. Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs: selection and implementation. *The Counseling Psychologist, 35*(2), 236–264. <https://doi.org/10.1177/0011000006287390>
22. Cronin, A., Alexander, V. D., Fielding, J. L., Moran-Ellis, J., & Thomas, H. (2008). The analytic integration of qualitative data sources. In P. Alasuutari, L. Bickman, & J. Brannen (Eds.), *The SAGE handbook of social research methods* (pp. 572–584). SAGE Publications.
23. Crossley, M. L. (2000). Narrative psychology, trauma and the study of self/identity. *Theory and Psychology, 10*(4), 527–546. <https://doi.org/10.1177/0959354300104005>

24. Crotty, M. (1998) Chapter 3: Constructionism: The making of meaning. In *The foundations of social research* (pp. 42–65). London, Sage.
25. Crowe, M., Whitehead, L., Seaton, P., Jordan, J., McCall, C., Maskill, V., & Trip, H. (2017). Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1004–1016. <https://doi.org/10.1111/jan.13174>
26. Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 100. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100>
27. Cuomo, A., Marinangeli, F., Magni, A., Petrucci, E., Vittori, A., & Cascella, M. (2023). Investigating Functional Impairment in Chronic Low Back Pain: A Qualitative Study from the Patients and Specialists' Perspectives. *Journal of Personalized Medicine*, 13(6), 1012. <https://doi.org/10.3390/jpm13061012>
28. Daffin, M., Lynch-Milder, M. K., Gibler, R. C., Murray, C., Green, C. M., & Kashikar-Zuck, S. (2021). A qualitative study of risk and resilience in young adult women with a history of juvenile-onset fibromyalgia. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 19(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12969-021-00628-9>
29. Damsgard, E., Thrane, G., Anke, A., Fors, T., & Røe, C. (2010). Activity-related pain in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, 32(17), 1428–1437. <https://doi.org/10.3109/09638280903567877>
30. Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003>
31. De Santis, J. P., Florom-Smith, A., Vermeesch, A., Barroso, S., & DeLeon, D. A. (2013). Motivation, management, and mastery: a theory of resilience in the context of HIV infection. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(1), 36–46. <https://doi.org/10.1177/1078390312474096>
32. Denckla, C. A., Cicchetti, D., Kubzansky, L. D., Seedat, S., Teicher, M. H., Williams, D. R., & Koenen, K. C. (2020). Psychological resilience: an update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1822064. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1822064>
33. Dewe, M. B., & Coyle, A. (2014). Reflections on a study of responses to research on smoking: A pragmatic, pluralist variation on a qualitative psychological theme. *Review of Social Studies*, 1(1), 21–36. <https://doi.org/10.21586/ross0000002>
34. El-Tallawy, S. N., Nalamasu, R., Salem, G. I., LeQuang, J. A. K., Pergolizzi, J. V., & Christo, P. J. (2021). Management of musculoskeletal pain: An update with emphasis on chronic musculoskeletal pain. *Pain and Therapy*, 10(1), 181–209. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00235-2>
35. Emerson, K., Boggero, I., Ostir, G., & Jayawardhana, J. (2018). Pain as a risk factor for loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, 30(9), 1450–1461. <https://doi.org/10.1177/0898264317721348>

36. Fearon, D., Hughes, S., & Brearley, S. G. (2021). Constructivist Stakian Multicase Study: Methodological issues encountered in cross-cultural palliative care research. *International Journal of Qualitative Methods*, 20. <https://doi.org/10.1177/16094069211015075>
37. Fernandez-Feijoo, F., Samartin-Veiga, N., & Carrillo-de-la-Peña, M. T. (2022). Quality of life in patients with fibromyalgia: Contributions of disease symptoms, lifestyle, and multi-medication. *Frontiers in Psychology*, 13, 924405. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.924405>
38. Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.
39. Gartland, D., Riggs, E., Muyeen, S., Giallo, R., Afifi, T. O., MacMillan, H., Herrman, H., Bulford, E., & Brown, S. J. (2019). What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review. *BMJ open*, 9(4), e024870. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024870>
40. GBD 2021 Other Musculoskeletal Disorders Collaborators (2023). Global, regional, and national burden of other musculoskeletal disorders, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Rheumatology*, 5(11), e670–e682. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00232-1](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00232-1)
41. Geard, A., Kirkevold, M., Løvstad, M. (2018). Exploring narratives of resilience among seven males living with spinal cord injury: a qualitative study. *BMC Psychol* 6, 1. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0211-2>
42. Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L. E., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02016>
43. Gheshlagh, R.E., Saychmiri, K., Ebadi, A., Dalvandi, A., Dalvand, S., & Tabrizi, K.N. (2016). Resilience of patients with chronic physical diseases: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(7). <https://doi.org/10.5812/ircmj.38562>
44. Gong, Y., Wang, Y., Wu, W., Li, L., Li, Y., Song, J., Jiang, L., Hu, S., Yang, J., & Wang, A. (2023). The relationship between pain intensity and pain-related activity patterns in older adults with chronic musculoskeletal pain: Mediating roles of pain resilience and pain catastrophizing. *Journal of Pain Research*, 16, 797–807.
45. Guest, G., Namey, E., & McKenna, K. (2017). How many focus groups are enough? Building an evidence base for nonprobability sample sizes. *Field Methods*, 29(1), 3–22. <https://doi.org/10.1177/1525822X16639015>
46. Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of chronic pain on patients' quality of life: A comparative mixed-methods study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 133–141. <https://doi.org/10.1177/2374373518786013>

47. Hadi, M. A., Alldred, D. P., Briggs, M., Marczewski, K., & Closs, S. J. (2017). 'Treated as a number, not treated as a person': a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. *BMJ open*, 7(6), e016454. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016454>
48. Hassani, P., Izadi-Avanji, F. S., Rakhshan, M., & Majd, H. A. (2017). A phenomenological study on resilience of the elderly suffering from chronic disease: a qualitative study. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 59–67. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S121336>
49. Hayman, K. J., Kerse, N., & Consedine, N. S. (2017). Resilience in context: the special case of advanced age. *Aging & Mental Health*, 21(6), 577–585. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1196336>
50. Herrera-Saray, P., Peláez-Ballestas, I., Ramos-Lira, L., Sánchez-Monroy, D., & Burgos-Vargas, R. (2013). Usage problems and social barriers faced by persons with a wheelchair and other aids. Qualitative study from the ergonomics perspective in persons disabled by rheumatoid arthritis and other conditions. *Reumatologia Clinica*, 9(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2012.05.010>
51. Hiebel, N., Rabe, M., Maus, K., Peusquens, F., Radbruch, L., & Geiser, F. (2021). Resilience in adult health science revisited—a narrative review synthesis of process-oriented approaches. *Frontiers in Psychology*, 12, 659395. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.659395>
52. Hiller, J. (2016). *Epistemological Foundations of Objectivist and Interpretivist Research*. Barcelona Publishers.
53. Kaplowitz, M.D. (2000). Statistical analysis of sensitive topics in group and individual interviews. *Quality and Quantity*, 34, 419–431. <https://doi.org/10.1023/A:1004844425448>
54. Karayannis, N. V., Baumann, I., Sturgeon, J. A., Melloh, M., & Mackey, S. C. (2019). The impact of social isolation on pain interference: A longitudinal study. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 53(1), 65–74. <https://doi.org/10.1093/abm/kay017>
55. Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M. (2019). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 797–807. <https://doi.org/10.1111/hsc.12620>
56. Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16, 103–121. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
57. Kruger, L. J., Rodgers, R. F., Long, S. J., & Lowy, A. S. (2019). Individual interviews or focus groups? Interview format and women's self-disclosure. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 22(3), 245–255. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1518857>

58. Kuldass, S., & Foody, M. (2022). Neither resiliency-trait nor resilience-state: Transactional resiliency/e. *Youth & Society*, 54(8), 1352–1376. <https://doi.org/10.1177/0044118X211029309>
59. Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2006). Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 24–46). Mahwah, NJ: Routledge.
60. Lincoln, Y. S. and Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE, Thousand Oaks, 289–331. [http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
61. Luo, D., Lin, Z., Shang, X. C., & Li, S. (2018). “I can fight it!”: A qualitative study of resilience in people with inflammatory bowel disease. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.008>
62. Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857–885. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004156>
63. Lyng, H. B., Macrae, C., Guise, V., et al. (2021). Balancing adaptation and innovation for resilience in healthcare – a metasynthesis of narratives. *BMC Health Services Research*, 21(1), 759. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06592-0>
64. Mappendere, P., Schenck, C., & Blaauw, D. (2019). “Half a loaf is better than nothing”: The risks and resilience of day labourers in Cape Town. *Social Work*, 55(3), 311–328.
65. Martinez-Calderon, J., Flores-Cortes, M., Clavero-Cano, S., Morales-Asencio, J. M., Jensen, M. P., Rondon-Ramos, A., Diaz-Cerrillo, J. L., Ariza-Hurtado, G. R., & Luque-Suarez, A. (2020). The role of positive psychological factors in the association between pain intensity and pain interference in individuals with chronic musculoskeletal pain: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 3252. <https://doi.org/10.3390/jcm9103252>
66. Masten, A. S. (2021). Resilience in developmental systems: Principles, pathways, and protective processes in research and practice. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change* (pp. 113–134). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0007>
67. McBeth, J., Macfarlane, G. J., & Silman, A. J. (2002). Does chronic pain predict future psychological distress? *Pain*, 96(3), 239–245. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00452-3](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00452-3)
68. Miro, J., Sánchez-Rodríguez, E., Nolla, M. C., Costa, R. M., Pais-Ribeiro, J., & Ferreira-Valente, A. (2022). The Role of Resilience, Happiness, and Social Support in the Psychological Function during the Late Stages of the Lockdown in Individuals with and without Chronic Pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6708. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116708>

69. Mohapatra, G., Dachet, F., Coleman, L. J., Gillis, B., & Behm, F. G. (2024). Identification of unique genomic signatures in patients with fibromyalgia and chronic pain. *Scientific Reports*, *14*(1), 3949. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-53874-8>
70. Nafradi, L., Kostova, Z., Nakamoto, K., Schulz, P.J. (2018) The doctor–patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients’ perspectives. *Chronic Illness*, *14* (4), 256–270. doi:10.1177/1742395317739961
71. Nakamura, Y., & Chapman, C. (2002). Constructing pain: How pain hurts. In K. Yasue, M. Jibu, & T. Della Senta (Eds.), *No matter, never mind: Proceedings of Toward a Science of Consciousness: Fundamental approaches (Tokyo '99)* (pp. 195–204). John Benjamins.
72. Oficiālās statistikas portāls. 2021. *Eiropas iedzīvotāju veselības apsekojums*. Iegūts no: <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/soc-aizsardziba-veseliba-veselibas-pasvertejums/cits/8111-eiropas-iedzivotaju> [sk. 10.02.2023.].
73. Orhurhu, V., Olusunmade, M., Akinola, Y., Urits, I., Orhurhu, M. S., Viswanath, O., Hirji, S., Kaye, A. D., Simopoulos, T., & Gill, J. S. (2019). Depression trends in patients with chronic pain: An analysis of the nationwide inpatient sample. *Pain Physician*, *22*(5), E487–E494.
74. Ortlipp, M. (2008). Keeping and Using Reflective Journals in the Qualitative Research Process. *The Qualitative Report*, *13*(4), 695–705. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2008.1579>
75. Priori, R., Giardina, F., Spinelli, F. R., Iannuccelli, C., & Conti, F. (2021). Resilience in rheumatic and musculoskeletal diseases. *Journal of Cellular Immunology*, *3*(5), 348–354.
76. Ramirez-Maestre, C., de la Vega, R., Sturgeon, J. A., & Peters, M. (2019). Editorial: Resilience resources in chronic pain patients: the path to adaptation. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2848. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02848>
77. Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, J. A., Ladd, E., & George, A. (2021). Qualitative methods in health care research. *International Journal of Preventive Medicine*, *12*, 20. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_321_19
78. Rolbiecki, A., Subramanian, R., Crenshaw, B., Albright, D. L., Perreault, M., & Mehr, D. (2017). A qualitative exploration of resilience among patients living with chronic pain. *Traumatology*, *23*(1), 89–94. <https://doi.org/10.1037/trm0000095>
79. Safiri, S., Kolahi, A. A., Cross, M., Carson-Chahhoud, K., Almasi-Hashiani, A. (2021). Global, regional, and national burden of other musculoskeletal disorders 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Rheumatology*, *60*, 855–65.
80. Scott, W., Garcia Calderon Mendoza Del Solar, M., Kemp, H., McCracken, L. M., C de C Williams, A., & Rice, A. S. C. (2020). A qualitative study of the experience and impact of neuropathic pain in people living with HIV. *Pain*, *161*(5), 970–978. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001783>

81. Shaw, Y., Bradley, M., Zhang, C., Dominique, A., Michaud, K., McDonald, D. and Simon, T.A. (2020). Development of resilience among rheumatoid arthritis patients: A qualitative study. *Arthritis Care & Research*, 72, 1257–1265. <https://doi.org/10.1002/acr.24024>
82. Sibbald, S. L., Paciocco, S., Fournie, M., Van Asseldonk, R., & Scurr, T. (2021). Continuing to enhance the quality of case study methodology in health services research. *Healthcare Management Forum*, 34(5), 291–296. <https://doi.org/10.1177/08404704211028857>
83. Simmons, A., & Yoder, L. (2013). Military resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 48(1), 17–25. <https://doi.org/10.1111/nuf.12007>
84. Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. The Guilford Press.
85. Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE Publications.
86. Steinmetz, A. (2022). Back pain treatment: A new perspective. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 14 Article 14. <https://doi.org/10.1177/1759720X221100293>
87. Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199–209. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.036>
88. Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2016). Social pain and physical pain: shared paths to resilience. *Pain Management*, 6(1), 63–74. <https://doi.org/10.2217/pmt.15.56>
89. Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 105–112. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0095-9>
90. Tenti, M., Raffaelli, W., & Gremigni, P. (2022). A narrative review of the assessment of depression in chronic pain. Pain management nursing: *Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(2), 158–167. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.03.009>
91. Tecson, K. M., Wilkinson, L. R., Smith, B., & Ko, J. M. (2019). Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 32(4), 520–524. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1625660>
92. Tveit, B. (2023). Fragility and resilience: stories of recovering from hip fractures in the oldest-old age. *Qualitative Health Research*, 10497323231215954. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10497323231215954>
93. Ungar, M. (2021). Modeling multisystemic resilience: Connecting biological, psychological, social, and ecological adaptation in contexts of adversity. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change* (pp. 6–31). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0002>

94. Ungar, M. (2018). Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society*, 23(4). <https://doi.org/10.5751/ES-10385-230434>
95. Ungar, M., Ghazinour, M., & Richter, J. (2013). Annual research review: What is resilience within the social ecology of human development? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 348–366. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12025>
96. Vella, S., & Pai, N. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7, 233–239. https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_119_19
97. Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
98. West, C., Stewart, L., Foster, K., & Usher, K. (2012). The meaning of resilience to persons living with chronic pain: an interpretive qualitative inquiry. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1284–1292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04005.x>
99. World Health Organization (2023, January 13). *Musculoskeletal health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
100. Yang, S., Li, J., Zhao, D., Wang, Y., Li, W., Li, J., Li, Z., Wei, Z., Yan, C., Gui, Z., & Zhou, C. (2021). Chronic conditions, persistent pain, and psychological distress among rural older adults: a path analysis in Shandong, China. *Frontiers in Medicine*, 8, 770914. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.770914>
101. Zahle, J. (2019). Data, epistemic values, and multiple methods in case study research. *Studies in History and Philosophy of Science*, 78, 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2018.11.005>

Pielikumi

RSU Pētījumu ētikas komitejas atļauja

AFSĪMĒJUMA ar Rīgas Stradiņa universitātes rektora 2018. gada 26. septembra rīkojumu Nr. 5-1/238/2018		
Rīgas Stradiņa universitātes Pētījumu ētikas komitejas LĒMUMS Rīgā		
30.06.2021		22-2/384/2021
Komitejas sastāvs	Kvalifikācija	Nodarbošanās
1 Profesors Jānis Vētra	Dr.habil. med.	Morfoloģijas katedra
2 Asoc. Prof. Zanda Daneberga	Dr.med.	O1 Molekulārās ģenētikas laboratorijas vadītāja
3 Asoc. Prof. Anita Vētra	Dr.med.	Rehabilitācijas katedras vadītāja
4 Profesore Ingrīda Čēma	Dr.habil. med.	Mutes medicīnas katedras vadītāja
5 Docente Anna Junga	Dr.med.	Morfoloģijas laboratorijas vadītāja
6 Pētniece p.i. Karina Palkova	Ph.D.	Advokāte, Doktoru studiju programmas vadītāja
7 Marina Siņkovska		Datu drošības un pārvaldības daļas vadītāja
<u>Pieteikuma iesniedzējs/i:</u>	Elīna Zelčāne, Doktorantūras nodaļa	
<u>Pētījuma / pētnieciskā darba nosaukums:</u>	Dzīvesspēka uzturēšanas ilgtermiņa stratēģijas cilvēkiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm	
<u>Pētījumu ētikas komitejas sēdes datums:</u>	27.05.2021.	
<u>Pētījuma protokols:</u>	Izskatot augstāk minētā pētījuma pieteikuma materiālus (protokolu) ir redzams, ka pētījuma mērķis tiek sasniegts veicot dalībnieku intervēšanu, iegūto datu apstrādi un analīzi, kā arī izsakot priekšlikumus. Personu (pacientu, dalībnieku) informēta brīvprātīga piekrišana piedalīties, personu iegūto datu apstrāde un aizsardzība, to pielietošana, glabāšana, anonimitāte un konfidencialitāte ir nodrošināta. Līdz ar to pieteikums atbilst pētījuma ētikas prasībām.	
<u>Komitejas lēmums:</u>	Piekrist pētījumam	
Komitejas priekšsēdētājs Jānis Vētra profesors	Tituls: Dr.habil. med.	

Pētījuma dalībnieku sociāldemogrāfiskie rādītāji

Dalībnieks	Dzimums	Vecums	Diagnoze	Nodarbinātība
1	Vīrietis	56	Spondilozē	Strādā
2	Sieviete	58	Reimatoīdais artrīts	Strādā
3	Sieviete	55	Reimatoīdais artrīts, osteoporoze	Strādā
4	Sieviete	52	Šigrēna sindroms	Strādā
5	Vīrietis	53	Muguras trauma	Nestrādā
6	Sieviete	29	Reimatoīdais artrīts	Strādā
7	Sieviete	63	Nespecifiskas locītavu sāpes	Pašnodarbināta
8	Sieviete	55	Diska trūce	Strādā
9	Sieviete	56	Reimatoīdais artrīts	Nestrādā, pieskata mazbērnus
10	Vīrietis	32	Psoriartiskais artrīts	Strādā
11	Vīrietis	39	Nespecifiskas muguras sāpes	Strādā
12	Sieviete	59	Mugurkaula deformējošā spondilozē	Nestrādā, pieskata mazbērnus
13	Vīrietis	32	Mugurkaula trauma	Pašnodarbināts
14	Vīrietis	35	Mugurkaula trauma	Pašnodarbināts
15	Sieviete	51	Mugurkaula trauma	Strādā
16	Vīrietis	64	Nespecifiskas muguras un locītavu sāpes	Strādā
17	Sieviete	44	Diska trūce, osteoporoze	Strādā

Intervijas jautājumi

Intervijas jautājumi	Datu analīzes metode
<p>Pastāstiet vairāk par savām sāpēm! Cik ilgi Jūs tās jau ir, un kā tās ietekmē Jūsu dzīvi (PJ1, PJ4)</p> <p>Kā Jūs kopumā raksturotu šo dzīves periodu kopš sāpju sākuma līdz pat šodienai? (PJ1, PJ3, PJ4)</p>	<p>Tematiskā analīze ļāva fiksēt tēmas, par kurām intervējamie runā, kad atceras dzīvesspēka veidošanos un savu sāpju pieredzi.</p> <p>Naratīvā analīze ļāva aprakstīt izmaiņu procesu un intervējamo attieksmi pret to.</p>
<p>Izstāstiet, ko Jūs toreiz (kad pirmo reizi parādījās sāpes) darījāt, lai mazinātu sāpes vai sadzīvotu ar tām! (PJ1, PJ2)</p> <p>Vai bija kāds konkrēts paņēmieni vai paņēmieni, ko Jūs izmantojāt, lai novērstu sāpju ietekmi uz Jūsu dzīvi? (PJ2)</p> <p>Pastāstiet par ceļu jeb procesu, kā Jūs nonācāt līdz tikko aprakstītajam paņēmienam/paņēmieniem! (PJ2)</p> <p>Vai bija kādas stratēģijas, kas palīdzēja vairāk, un kādas, kas nemaz nepalīdzēja? (PJ2)</p>	<p>Tematiskā analīze ļāva identificēt galvenos sāpes ietekmējošos faktorus.</p> <p>Naratīvā analīze ļāva aprakstīt šo faktoru izmaiņas dažādos slimības posmos.</p>
<p>Atskatoties uz Jūsu dzīves periodu ar sāpēm, kā ir mainījušies Jūsu izvēlētie paņēmieni? Ja atceraties, pastāstiet visu, ko esat mēģinājis/mēģinājusi, lai novērstu sāpes vai mazinātu to negatīvo ietekmi uz Jūsu dzīvi! (PJ3)</p> <p>Kādi notikumi, cilvēki vai iekšēji stāvokļi, jūsu prāt, ietekmēja šo paņēmieni maiņu vai attīstību? Pastāstiet par to plašāk! (PJ3)</p>	<p>Tematiskā analīze ļāva fiksēt tēmas, par kurām intervējamie runā, stāstot par kopējo pieredzi dažādos slimības posmos.</p> <p>Naratīvā analīze ļāva aprakstīt izmaiņu procesu un intervējamo attieksmi pret to.</p>

3. pielikuma turpinājums

Intervijas jautājumi	Datu analīzes metode
<p>Kuru no paņēmieniem Jūs uzskatāt par sev svarīgāko un noturīgāko? (PJ4, PJ5)</p> <p>Kuros dzīves brīžos Jums ir vieglāk izmantot šo paņēmieni un kuros tas izdodas grūtāk? (PJ4, PJ5)</p> <p>Varbūt atceraties kādus konkrētus izteiktu kāpumu un kritumu gadījumus, pēc kuriem Jūsu dzīve būtiski mainījās? (PJ3)</p>	<p>Tematiskā analīze ļāva fiksēt tēmas, par kurām intervējamie runā, kad stāsta par noturīgākajiem faktoriem un galvenajām izmaiņām.</p> <p>Naratīvā analīze ļāva aprakstīt izmaiņu procesu un intervējamo attieksmi pret to.</p> <p>Kritisko incidentu tehnika ļāva konstatēt faktorus, kuriem bijusi nozīmīga ietekme dzīves spēka attīstībā.</p>
<p>Pastāstiet par tiem savas dzīves aspektiem, kuri nav būtiski mainījušies līdz ar sāpju parādīšanos! Kas ir tās jomas, kurās sāpes nav spējušas Jūs izsist no līdzsvara? (PJ4)</p> <p>Ja Jums būtu jāraksturo Jūsu sāpju pieredze kopš to sākuma līdz pat šim brīdim ar kādu metaforu, proti, kādu tēlainu līdzību, kāda būtu šī metafora? Kāpēc tieši šāda metafora? (PJ1, PJ3, PJ4)</p>	<p>Tematiskā analīze ļāva fiksēt intervējamo minētās metaforas un tēmas, kas saistītas ar noturīgākajiem faktoriem.</p> <p>Naratīvā analīze ļāva aprakstīt izmaiņu procesu un intervējamo attieksmi pret to.</p>
<p>Vai intervijas beigās būtu kādi komentāri, kurus Jūs vēlētos sniegt, vai vēl ir palicis kas nepateikts par šo tēmu, ko intervētājs Jums nepajautāja? (PJ1, PJ2, PJ3, PJ4, PJ5)</p>	<p>Tematiskā analīze ļāva fiksēt tēmas, par kurām vēl netika runāts.</p>

Fokusgrupas jautājumi

1. bloks: Dzīvēspēka rašanās pieredze. Palīdzošie un traucējošie faktori

1. Kā, jūsuprāt, cilvēka attieksmi pret sāpēm varētu ietekmēt tas, cik daudz vai maz dzīves grūtību viņam līdz šim nācies pārvarēt?
2. Kāda nozīme attieksmē pret sāpēm, jūsuprāt, ir grūtību pārvarēšanas pieredzei, proti, tam, cik lielā mērā cilvēkam līdz šim ir vai nav izdevies atrisināt dažādus dzīves sarežģījumus?
3. Intervijas parādīja, ka attieksmi pret sāpēm un tās radītajiem ierobežojumiem ietekmē tas, kurā vecumposmā tās parādījušās. Padalieties, lūdzu, savās pārdomās par to, kā vecumposms, kurā parādījušās sāpes, varētu ietekmēt cilvēka attieksmi pret tām.
4. Daļa pētījuma dalībnieku atzina, ka viņi sev neatļauj būt vājiem un dzīvo ar uzskatu “man jābūt stipram, par spīti sāpēm”. Kādi, jūsuprāt, ir plusi un mīnusi šādai attieksmei?
5. Kā, jūsuprāt, cilvēka pašvērtējums ietekmē to, cik daudz viņš būs gatavs rūpēties par sevi un vai spēs sevi nostādīt pirmajā vietā?
6. Kā, jūsuprāt, cilvēka pieņemtos lēmumus varētu ietekmēt tas, ka viņam trūkst pietiekami plašas un uzticamas informācijas par sāpju cēloņiem?
7. Daļa pētījuma dalībnieku atzina, ka ir vairāk konservatīvi un turas pie pārbaudītām metodēm, bet daļa atzina, ka ir drīzāk atvērti visam jaunajam. Kā, jūsuprāt, cilvēka atvērtība vai konservatīvisms varētu ietekmēt viņa rūpes par sevi?
8. Kādi varētu būt ieguvumi no psiholoģiskā atbalsta salīdzinājumā ar to atbalstu, ko sniedz ģimene un draugi?
9. Kādi varētu būt ieguvumi no citu slimnieku atbalsta salīdzinājumā ar to atbalstu, ko sniedz ģimene un draugi?
10. Kā no ģimenes saņemtais atbalsts, jūsuprāt, palīdz un kā tas traucē cilvēkam, kurš cieš no hroniskām sāpēm?

2. bloks: Dzīvēspēka izmaiņas laika gaitā

11. Intervijas atklāja, ka, pieaugot sāpju intensitātei, cilvēks kļūst motivētāks par sevi rūpēties un meklēt dažādus sāpju mazināšanas paņēmienus, bet, sāpēm kļūstot ļoti spēcīgām, notiek pretējais – cilvēks bieži iekrīt bezcerībā. Kā Jūs šo komentētu? Kāda varētu būt saistība starp sāpju stiprumu un cilvēka motivāciju par sevi rūpēties?

4. pielikuma turpinājums

12. Ir teiciens, ka situācijās, kurās nevaram mainīt apstākļus, mēs varam mainīt savu attieksmi pret tiem. Kā attieksmes un domāšanas maiņa, jūsuprāt, varētu iespaidot sāpju ietekmi uz cilvēka dzīvi?
13. Kā Jums šķiet, cik svarīga loma, sastopoties ar slimību, ir cerībai, ka izdosies izvesēloties? Kas notiek, ja cerība par izārstēšanos tiek zaudēta?
14. Vairāki pētījuma dalībnieki atzina, ka slimības pieņemšana notiek tad, kad cilvēks pārstāj koncentrēties uz to, kas ir zaudēts, un tā vietā sāk tērēt enerģiju tam, lai nepazaudētu to, kas vēl ir palicis. Kā Jūs šo komentētu?
15. Intervijas atklāja, ka slimības sākumposmā sāpes biežāk tiek uztvertas kā ienaids, kas izraisa uzmanību un pievērsta sāpju radītajiem ierobežojumiem, bet, slimībai attīstoties, cilvēki sāpēs sāk uztvert kā sabiedroto, ar ko iespējams atrast kopīgu valodu un kas spēj kaut ko dzīvē pat iemācīt. Kā Jūs šo komentētu?

3. bloks: Dzīvespēka uzturēšana ilgtermiņā. Palīdzošie un traucējošie faktori

16. Pētījuma dalībnieki atzina, ka, lai ilgtermiņā saglabātu iekšējo spēku stāties pretī sāpju radītajiem izaicinājumiem, ir ļoti svarīgi praktizēt regulāras un veselības stāvoklim pielāgotas fiziskās aktivitātes. Cik svarīgas, skatoties ilgtermiņā, jūsuprāt, ir fiziskās aktivitātes? Un vai ir nozīme tam, vai šīs aktivitātes tiek veiktas klātienē vai attālināti?
17. Tie pētījuma dalībnieki, kuri sāpju dēļ nevar darīt algotu darbu, atzina, ka viņiem ir svarīgi atrast kādu nodarbošanos vai hobiju un plānot savu dienas režīmu, lai prāts būtu aizņemts un sāpes aizietu fonā. Kā Jūs šo komentētu?
18. Intervijas atklāja, ka stress un slikta emocionālā pašsajūta pastiprina sāpes un apgrūtina adaptēšanos slimībai. Kā Jūs vērtējat stresa un emociju ietekmi uz sāpēm?
19. Daļa pētījuma dalībnieku atzina, ka viens no traucējošiem faktoriem, lai ilgtermiņā spētu sadzīvot ar sāpēm un rūpēties par sevi, ir finanšu trūkums, piemēram, rehabilitācijai, baseina apmeklējumam vai ceļojumiem uz citām klimatiskajām zonām, kas labvēlīgāk ietekmē veselību. Cik svarīga loma veselības uzturēšanā, jūsuprāt, ir finansēm?
20. Daļa pētījuma dalībnieku atzina, ka, izzinot un pilnveidojot savu garīgo pasauli, cilvēkam ir vieglāk samierināties ar sāpju radītajiem fiziskajiem ierobežojumiem. Kā Jūs šo komentētu?

Noslēgums

Varbūt kādam no dalībniekiem ir kāda piebilde vai pārdomas, ar kurām gribas padalīties?