

Elīna Zelčāne

ORCID 0000-0002-2186-2115

Dzīvesspēka veidošanās un uzturēšana
slimniekiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm

Promocijas darbs – disertācija – zinātnes doktora grāda
“zinātnes doktors (*Ph. D.*)” iegūšanai

Nozaru grupa – sociālās zinātnes

Nozare – psiholoģija

Apakšnozare – veselības psiholoģija

Promocijas darba vadītāja:

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

Rīga, 2024

Anotācija

Ievads

Muskuloskeletālas sāpes ir viens no biežākajiem veselības traucējumiem. Atkarībā no ģeogrāfiskā reģiona tās skar no 13 % līdz 47 % pasaules iedzīvotāju, no kuriem aptuveni 39–45 % cieš hroniskas sāpes. Hroniskas muskuloskeletālas sāpes (HMS) mēdz radīt tādas negatīvas sekas kā stresu, depresiju, sociālo izolāciju un zemāku dzīves kvalitāti, tomēr pētījumi liecina, ka daži slimnieki spēj saglabāt dzīvesspēku un turpināt pilnvērtīgi funkcionēt, neskatoties uz sāpēm.

Darba mērķis

Promocijas darba mērķis bija izpētīt dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi cilvēkiem ar HMS.

Metodes

Darbā tika izmantota kvalitatīva pētījuma stratēģija, kuras ietvaros veiktas daļēji strukturētas intervijas un divas fokusgrupas ar 17 mērķtiecīgi izraudzītiem cilvēkiem vecumā no 29 līdz 64 gadiem. Dati tika analizēti, integrējot tematisko analīzi, naratīvo analīzi un kritisko incidentu tehniku. Šāda integratīva datu analīzes pieeja, iekļaujot arī kritisko incidentu tehniku, kvalitatīvajos pētījumos Latvijā līdz šim nav tikusi izmantota.

Rezultāti

Pētījuma datu interpretācija liecina par to, ka intervēto HMS slimnieku dzīvesspēks sāk attīstīties tad, kad cilvēka fiziskās un/vai emocionālās ciešanas ir pietiekami spēcīgas, lai viņš būtu gatavs uzņemties ieviest izmaiņas domāšanā un uzvedībā. To, cik ātri pēc pārciestajiem veselības satricinājumiem slimnieks spēs atgūties, ietekmē sāpju intensitāte un pacietības mērs, tas, vai cilvēkam ir cerība, ka varētu kļūt labāk, un tas, cik daudz informatīvo, emocionālo un citu resursu ir cilvēka rīcībā.

Slimības sākumposmā intervētajiem HMS slimniekiem dzīvesspēku palīdz attīstīt tuvinieku, pacientu kopienas un psiholoģiskās palīdzības sniedzēju atbalsts. Tas veicina diagnozes pieņemšanu un ļauj nejusties vieniem ciešanās. Savukārt savlaicīgas un drošticamas informācijas trūkums par diagnozi samazina slimnieku līdzestību un veicina pievēršanos nepārbaudītām ārstniecības metodēm.

Ilgtermiņā intervētajiem HMS slimniekiem dzīvesspēku palīdz saglabāt spējām pielāgotas fiziskās aktivitātes, īpaši klātienē grupu nodarbības, kā arī dažādu sāpju mazināšanas paņēmienu izmantošana. Būtiska loma dzīvesspēka uzturēšanā ir kognitīvo un emociju regulācijas stratēģiju izmantošanai, atsakoties no nereālām gaidām, koncentrējoties uz

iespēju meklēšanu esošajos apstākļos, saglabājot pozitīvu nākotnes perspektīvu, meklējot aizraušanās un prieka avotus, kā arī piešķirot dzīvei jēgu par spīti sāpēm. Lai uzturētu dzīvesspēku ilgtermiņā, ir jāspēj pieņemt emocionālu un praktisku atbalstu brīžos, kad tas nepieciešams, vienlaikus nepaliekot atkarīgam no ārējā atbalsta.

Secinājumi

Šis pētījums ļāva noskaidrot, kādi faktori veicina un kavē dzīvesspēku dažādos slimības posmos. Balstoties uz intervēto HMS slimnieku sniegtajiem pieredzes aprakstiem par to, kā viņi adaptējušies dzīvei ar hroniskām sāpēm, promocijas darba autore secināja, ka dzīvesspēks mainās atkarībā no slimības gaitas, cilvēka spējas pieņemt ar sāpēm saistītos dzīves aspektus, kurus nav iespējams mainīt, kā arī gatavības uzņemties atbildību par dzīves kvalitātes saglabāšanu, neskatoties uz sāpju radītajiem ierobežojumiem. Šajā pētījumā ir detalizēti atspoguļots ar metodoloģiju saistīto lēmumu pieņemšanas process, tāpēc tas var kalpot kā paraugs kvalitatīvajiem pētniekiem, kuri vēlas pētīt dzīvesspēku vai citus kompleksus un multidimensionālus fenomenus, integrējot dažādas datu analīzes metodes, tai skaitā Latvijā līdz šim neizmantoto kritisko incidentu tehniku.

Atslēgvārdi: dzīvesspēks, hroniskas muskuloskeletālas sāpes, kritisko incidentu tehnika, kvalitatīvs pētījums, naratīvā analīze, tematiskā analīze.

Abstract

Formation and Maintenance of Resilience in People with Chronic Musculoskeletal Pain

Introduction

Musculoskeletal pain is one of the most common health disorders. It affects 13–47 % of the world's population. Of these, approximately 39 % to 45 % suffer from chronic pain. Living with chronic pain can have several negative consequences, like stress, depression, social isolation, and lower quality of life. However, some individuals are more resilient despite pain.

The aim of the Thesis

This study aims to explore how people with chronic musculoskeletal pain (CMP) describe their experience regarding the formation and maintenance of resilience in the long term.

Methods

Within the framework of the qualitative research strategy, semi-structured interviews and two focus groups with 17 purposefully selected research participants ages 29 to 64 were conducted. Data were analysed by integrating thematic analysis, narrative analysis, and the critical incident technique.

The analysis of interviews and interpretation of results revealed that resilience begins to develop only when individuals reach a threshold of physical or emotional suffering significant enough to assume responsibility for the future. Reasons why some people bounce back more quickly than others are influenced by the intensity of pain, individual level of endurance, available support and whether they have a hope for improving their health.

Maintaining resilience in the long term depends on regular physical activities, especially on-site group sessions and various pain relief techniques. An essential role in maintaining resilience involves employing cognitive and emotion regulation strategies, like rejecting unrealistic expectations, focusing on opportunities rather than obstacles, maintaining a positive future perspective, seeking sources of joy, and attributing meaning to life despite pain. To sustain resilience in the long term, one must be able to accept emotional and practical support during times of need while simultaneously avoiding dependence on external assistance.

Conclusions

This study enabled the exploration of factors that promote and hinder resilience at different stages of illness. Based on the descriptions of experiences provided by the interviewed research participants on how they have adapted to life with chronic pain, the author of

the dissertation concluded that resilience changes depending on the course of the illness, the person's ability to accept the pain-related aspects of life that cannot be changed, and the willingness to take responsibility for maintaining quality of life despite the limitations caused by pain. In this study, the decision-making process concerning the methodology is exhaustively described, so it can serve as an example for qualitative researchers interested in investigating resilience or other complex and multidimensional phenomena.

Keywords: chronic musculoskeletal pain, qualitative research, resilience, thematic analysis, narrative analysis, critical incident technique.

Satura rādītājs

Anotācija	3
Abstract	5
Darbā izmantotie saīsinājumi	9
Ievads	10
Darba mērķis.....	12
Darba uzdevumi.....	12
Pētījuma jautājums	13
Darba novitāte.....	13
1. Literatūras apskats	15
1.1. Jēdziena dzīvesspēks teorētiskais apskats.....	15
1.1.1. Jēdziena “dzīvesspēks” (<i>resilience</i>) izcelsme un lietojums dažādās nozarēs	15
1.1.2. Jēdziena “ <i>resilience</i> ” tulkojums latviešu valodā	17
1.1.3. Dzīvesspēka priekšnosacījumi un atšķirība no citiem līdzīgiem konstruktiem	19
1.1.4. Dzīvesspēka definīcijas un dzīvesspēku ietekmējošie faktori.....	20
1.1.5. Dzīvesspēka izpausmes un atšķirība starp īstermiņa un ilgtermiņa dzīvesspēku	24
1.1.6. Dzīvesspēka pētniecības metodoloģiskie aspekti veselības psiholoģijas kontekstā.....	25
1.2. Muskuloskeletālu sāpju raksturojums un to ietekme uz slimnieku dzīves kvalitāti	29
1.2.1. Muskuloskeletālo sāpju raksturojums, izplatība un ar tām saistītie riski	29
1.2.2. Hronisku muskuloskeletālo sāpju slimnieku galvenie izaicinājumi.....	30
1.3. Dzīvesspēka nozīme cilvēkiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm.....	32
2. Metodes	35
2.1. Pētnieka pozīcija un refleksivitāte	35
2.1.1. Pētnieka identitāte un tās ietekme uz pētījuma tēmas izvēli	35
2.1.2. Pozicionalitāte attiecībās ar pētījuma dalībniekiem	36
2.1.3. Refleksivitātes nozīme pētījumā.....	38
2.2. Pētījuma stratēģija un dizains	41
2.2.1. Konstrukcionisma un sociālā konstrukcionisma paradigmu izvēles pamatojums.....	41
2.2.2. Kvalitatīvās pētījuma stratēģijas izvēles pamatojums	43
2.2.3. Gadījuma analīzes dizaina pamatojums	44
2.3. Pētījuma izlases veidošana un dalībnieku atlases procedūra	46
2.4. Datu ieguves metodes	48
2.4.1. Daļēji strukturētās intervijas	49
2.4.2. Fokusgrupu diskusijas	52
2.4.3. Multimetozu pieejas pamatojums	53
2.4.4. Datu ieguves procedūra	54
2.5. Datu analīzes metodes.....	55
2.5.1. Plurālistiskas pieejas pamatojums	55
2.5.2. Refleksīvā tematiskā analīze	57
2.5.3. Naratīvā analīze	59
2.5.4. Kritisko incidentu tehnika	61
2.6. Integratīvās datu analīzes procedūras apraksts	63
2.7. Pētījuma zinātniskā stipruma kritēriji	67

2.8. Pētījuma ētikas jautājumi	69
3. Rezultāti.....	73
3.1. Dzīvesspēka veidošanās	73
3.2. Dzīvesspēka veidošanos ietekmējošie faktori.....	77
3.3. Dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā	87
3.4. Dzīvesspēka uzturēšana ilgtermiņā.....	93
3.5. Ilgtermiņa dzīvesspēku ietekmējošie faktori.....	98
3.6. Dzīvesspēks HMS slimniekiem ratiņkrēslā	107
Diskusija.....	110
Secinājumi.....	120
Priekšlikumi	122
Publikāciju, ziņojumu un patentu saraksts par promocijas darba tēmu	124
Literatūras un avotu saraksts	125
Pateicības.....	145
Pielikumi	146
1. pielikums	147
2. pielikums	148
3. pielikums	150
4. pielikums	152
5. pielikums	154
6. pielikums	155
7. pielikums	156
8. pielikums	160
9. pielikums	165
10. pielikums	166
11. pielikums	169
12. pielikums	173
13. pielikums	175
14. pielikums	177

Darbā izmantotie saīsinājumi

ECIT	uzlabotā kritisko incidentu tehnika (<i>enhanced critical incident technique</i>)
EIVA	Eiropas iedzīvotāju veselības aptauja
GBD	globālais slimību slogs (<i>global burden of disease</i>)
HMS	hroniskas muskuloskeletālas sāpes
KIT	kritisko incidentu tehnika
NA	naratīvā analīze
PVO	Pasaules Veselības organizācija
TA	tematiskā analīze

Ievads

Muskuloskeletālas sāpes ir viens no biežākajiem veselības traucējumiem, kas būtiski ietekmē dzīves kvalitāti aptuveni 1,71 miljardam iedzīvotāju visā pasaulē (PVO, 2023). Atkarībā no ģeogrāfiskā reģiona tās skar 13–47 % pasaules iedzīvotāju, no kuriem aptuveni 39–45 % cieš hroniskas sāpes (El-Tallawy et al., 2021). Tiek prognozēts, ka no 2020. līdz 2050. gadam vairumā pasaules reģionu muskuloskeletālo sāpju gadījumu skaits varētu pieaugt par 115 % (GBD, 2021). Dati par situāciju Latvijā saskan ar kopējām pasaules tendencēm. Kā liecina 2019.–2020. gadā veiktā Eiropas iedzīvotāju veselības aptauja (EIVA), fiziskas sāpes ikdienā sajūt 46,9 % Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15 gadiem (Oficiālās statistikas portāls, 2021). Tas ir par 2,6 procentpunktiem vairāk nekā pirms pieciem gadiem. No iedzīvotājiem, kuri sajūt fiziskas sāpes, 60,3 % saskaras ar muguras lejasdaļas problēmām, kas ir izplatītākais muskuloskeletālo sāpju veids. Mugurkaula slimības ir ne vien visbiežāk diagnosticētās un ārstētās slimības Latvijā, bet arī viens no izplatītākajiem darba nespējas cēloņiem.

Cilvēki ar hroniskām sāpēm ir spiesti samierināties, ka lielākas vai mazākas sāpes būs viņu pavadoņi visu dzīvi un pilnīgi izveseļoties vairs neizdosies. Pētījumi liecina, ka hroniskas sāpes mēdz radīt tādas negatīvas sekas kā stress (McBeth et al., 2002; Yang et al., 2021), depresija (Orhurhu, 2019; Tenti et al., 2022), sociālā izolācija (Bannon, 2021; Karayannis, 2019) un zemāka dzīves kvalitāte (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 sāpēm pozitīvi adaptēties esošajā situācijā. Tā kā sāpes ir biopsihosociāls fenomens, sāpju negatīvās lomas mazināšanā vislabākos rezultātus sniedz holistiska pieeja, kad uzmanība tiek pievērsta ne vien bioloģiskajiem, bet arī sociālajiem un psiholoģiskajiem faktoriem (Martinez-Calderon et al., 2020; Steinmetz, 2022).

Līdztekus medikamentozai terapijai ir svarīgi mazināt psiholoģiskos un sociālos riska faktorus, kas vairo sāpju negatīvo ietekmi, un veicināt aizsargājošos faktorus, kas palīdz nepadoties grūtību priekšā un uzņemties atbildību par veselības uzlabošanu vai esošās dzīves kvalitātes saglabāšanu.

Psiholoģiskajā literatūrā, aprakstot procesu, kad cilvēks pēc traumatiskiem un stresa pilniem notikumiem spēj ātri atgūties, saglabāt līdzsvaru vai mainīties, lai turpinātu veiksmīgi funkcionēt, tiek lietots jēdziens “*resilience*” (Zautra et al., 2010), ko savā darbā tulkoju kā dzīvesspēks. Plašākā nozīmē dzīvesspēks var tikt definēts kā sistēmas (tas var būt cilvēks,

ekosistēma vai ekonomika) spēja pastāvēt, adaptēties un transformēties pārmaiņu priekšā, saglabājot identitāti (Schulz & Lundholm, 2010), bet veselības psiholoģijas kontekstā dzīvesspēks tiek attiecināts uz indivīda spēju pozitīvi adaptēties pēc tam, kad piedzīvoti nopietni veselības traucējumi (Lyng et al., 2021).

Tā kā cilvēki ar hroniskām sāpēm vai citām hroniskām slimībām nevar pilnībā atveseļoties un atgriezties homeostāzes stāvoklī, šajā kontekstā dzīvesspēks tiek definēts kā resurss, kas ļauj dzīvot pilnvērtīgu dzīvi, neskatoties uz sāpēm (Goubert & Trompeter, 2017; Sturgeon & Zautra, 2016). Dzīvesspēks tiek skaidrots ne vien kā psihopatoloģijas neesamība, bet kā psiholoģisks, mentāls, sociāls un garīgs kapitāls, kas palīdz saglabāt dzīves kvalitāti (Babic et al., 2020). Ar vārdu “kapitāls” tiek saprasti iekšējie un ārējie resursi, kā, piemēram, atbalstošas attiecības, veselīgi domāšanas ieradumi, noturīgas intereses un vērtības. Būt dzīvesspēcīgam ne vienmēr nozīmē pārvarēt grūtības, tas nozīmē arī spēju atrast dzīvei papildījumu, arī grūtībām klātesot.

Jaunākajos veselības psiholoģijas pētījumos dzīvesspēks tiek aplūkots kā multifaktoriāls konstrukts, kas veidojas vairāku faktoru mijiedarbības procesā kā multisistēmisks konstrukts, ko var aplūkot indivīda, ģimenes un sabiedrības līmenī, un kā no konteksta atkarīgs konstrukts (Miller-Graff et al., 2022; Sisto et al., 2019; Ungar, 2021). Dzīvesspēku ietekmē bioloģiskie, psiholoģiskie, sociālie un ekoloģiskie faktori, un tas var izpausties visdažādākajos veidos – gan kā veselīgas funkcionēšanas saglabāšana, gan kā “atlēkšana atpakaļ” sākuma pozīcijā jeb atgūšanās no nelabvēlīgiem dzīves notikumiem un pat kā “lēciens uz priekšu” jeb psiholoģiska izaugsme (Ungar, 2021).

Šajā promocijas 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. Iepazīstoties ar dažādām dzīvesspēka teorijām un modeļiem, tika pieņemts lēmums balstīties tieši uz Ungara sociāli ekoloģisko modeli, jo tajā ir likts akcents uz dzīvesspēka dinamisko raksturu, proti, tiek uzsvērts, ka dzīvesspēks ir atkarīgs no konteksta, tas var mainīties dažādos dzīves posmos un situācijās un to ietekmē ne vien virkne iekšēju un ārēju faktoru, bet arī tas, kā indivīds spēj izmantot viņam pieejamos resursus (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). Arī jaunākie pētījumi, kas veikti tieši HMS slimnieku grupā, liecina,

ka 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 ir analizētas dzīvesspēka veicināšanas stratēģijas cilvēkiem ar dažādām hroniskām saslimšanām (Gonzalez et al., 2015; Smith, 2013; Stevelink et al., 2015; Walshe et al., 2017; Wilson et al., 2017). Tomēr pasaulē ir ļoti maz pētījumu (Geard et al., 2018; De Santis et al., 2013), kuros tiktu aplūkots, kā dzīvesspēks slimības gaitā mainās un kādi veicinošie un kavējošie faktori dominē katrā no slimības posmiem.

Latvijā dzīvesspēks (tulkots arī kā psiholoģiskā noturība) cilvēkiem ar hroniskām slimībām ir pētīts tikai kvantitatīvi (Butkeviča, 2023; Freimane, 2012; Lauva, 2021; Skaldere-Darmudasa, 2021, 2023). Specifiski HMS slimnieku populācijā, pēc pieejamās informācijas, ir veikts tikai viens kvantitatīvs pētījums, kurā aplūkota dzīvesspēka saistība ar pašpalīdzības stratēģijām (Karole, 2023). Taču līdz šim Latvijā nav veikti kvalitatīvi pētījumi, kas ļautu padziļināti aplūkot dzīvesspēku ietekmējošos faktorus šajā slimnieku grupā.

Darba mērķis

Aprakstīt HMS slimnieku dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi.

Darba uzdevumi

1. Veikt literatūras apskatu par promocijas darba tēmu, lai precizētu jēdzienu lietojumu un noskaidrotu nepieciešamību pēc pētījumiem konkrētajā jomā.
2. Izstrādāt pētījuma metodoloģiju.
3. Izstrādāt dalībnieku atlases kritērijus, apzināt cilvēkus, kuri varētu tikt intervēti.
4. Izstrādāt interviju protoklu 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 papildus 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:

1. Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?
2. Kā HMS slimnieki raksturo faktorus, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam?
3. Kas raksturo HMS slimnieku dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā?
4. Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā?
5. Kā HMS slimnieki raksturo faktorus, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā?
6. Kas raksturo dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi HMS slimniekiem, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, salīdzinot ar HMS slimniekiem bez kustību ierobežojumiem?

Darba novitāte

Šī kvalitatīvā pētījuma zinātnisko novitāti nosaka tas, ka tiek aprakstītas ne vien dzīvesspēka veicināšanas un uzturēšanas stratēģijas jeb paņēmieni kopums, ko slimnieki ar HMS izmanto, lai mazinātu sāpju ietekmi un uzlabotu dzīves kvalitāti, 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 faktorus, kas traucē pozitīvi adaptēties pēc piedzīvotajām grūtībām.

Līdz šim Latvijā aizstāvētajos psiholoģijas nozares promocijas darbos ir tikusi piemērota kvantitatīvā vai jauktā pētījuma stratēģija, un šis ir pirmais promocijas darbs, kurā izmantota tikai kvalitatīva pētījuma stratēģija. Apzinoties, ka šis darbs var kļūt par paraugu citiem kvalitatīvajiem pētījumiem, 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 izvēlētā metodoloģiskā pieeja. Lai atbildētu uz dažādiem pētījuma jautājumiem, promocijas darbā ir integrētas vairākas datu analīzes metodes, un to starpā ir kritisko incidentu tehnika, kas Latvijā veiktajos pētījumos līdz

šim nav tikusi pielietota. Šī integratīvā pieeja, apvienojot tematisko analīzi, naratīvo analīzi un kritisko incidentu tehniku, ļauj dzīvesspēka konstruktus analizēt no dažādām perspektīvām, aplūkojot dzīvesspēka saturu, aprakstot dzīvesspēka izmaiņas laika gaitā un analizējot šo izmaiņu cēloņus. Integratīvā datu analīzes pieeja var būt noderīga tiem pētniekiem, kas vēlas izpētīt ne vien dzīvesspēku, bet arī citus ar veselības uzvedību saistītus konstruktus to unikālajā kontekstā.

Praktiski šis pētījums var sniegt noderīgu informāciju un kļūt par pamatu, lai izstrādātu rekomendācijas gan HMS slimniekiem, gan Latvijā strādājošiem veselības aprūpes speciālistiem, psihologiem sociālajiem darbiniekiem un citiem speciālistiem, kuri ikdienā strādā ar šo slimnieku grupu un vēlas izprast tās galvenos izaicinājumus un vajadzības. Tādējādi var tikt veicināta HMS slimnieku dzīves kvalitātes uzlabošanās un sekmēta šo cilvēku veselības uzvedība.

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; Karoly et al., 2013), savukārt sociālās mijiedarbības trūkumam ir saistība ar augstāku sāpju intensitāti un trauksmi (Baumgartner et al., 2023; Philpot et al., 2020).

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 cilvēku rīcību sastopoties ar grūtībām. Piemēram, ASV veikts pētījums (Gonzalez et al., 2015) par dažādas etniskās izcelsmes krūts vēža pacienšu izmantotajām stratēģijām apstiprināja, ka korejiešu un meksikāņu izcelsmes amerikānietes biežāk izmantoja stratēģijas, kas saistītas ar reliģijas un garīguma praktizēšanu, savukārt ķīniešu izcelsmes amerikāniešu stratēģijas bija saistītas galvenokārt ar mērķa un jēgas meklēšanu. Tā kā Latvijas kultūrvīdē HMS slimnieku dzīvesspēka veidošanās un uzturēšana līdz šim nav pētīta, šis pētījums sniegs nozīmīgu pievienojumu šīs slimnieku grupas dzīves kvalitātes uzlabošanā tieši Latvijas kontekstā.

1. Literatūras apskats

Šajā nodaļā ir sniegts teorētisks pārskats par galvenajiem darbā lietotajiem jēdzieniem, aprakstot dzīvesspēku un tā pētniecības metodoloģiskos aspektus, raksturojot hroniskas muskuloskeletālas sāpes un to ietekmi uz slimnieku dzīves kvalitāti, kā arī apkopojot līdzšinējos pētījumos gūtos secinājumus par dzīvesspēku cilvēkiem ar HMS.

1.1. Jēdziena “dzīvesspēks” teorētiskais apskats

Lai pamatotu jēdziena “dzīvesspēks” lietojumu šī pētījuma ietvaros un sīkāk izprastu tā saturu, šajā apakšnodaļā aplūkota jēdziena “dzīvesspēks” (*resilience*) izcelsme, tā lietojums mūsdienās, kā arī aplūktas teorētiskajā literatūrā biežāk aprakstītās dzīvesspēka definīcijas un izpausmes.

1.1.1. Jēdziena “dzīvesspēks” (*resilience*) izcelsme un lietojums dažādās nozarēs

Tā kā promocijas darba teorētiskā bāze ir veidota, balstoties galvenokārt uz angļu valodā publicētajiem pētījumiem, šajā apakšnodaļā ir aprakstīta angļu valodā lietotā jēdziena “*resilience*” izcelsme un tā izmantošanas vēsturiskais konteksts, kas ir īpaši svarīgi kvalitatīva pētījuma gadījumā, kad jēdziena jēga un būtība tiek konstruēta vispirms darba autores izpratnē, lai to varētu precīzi iekļaut pētījuma metodoloģijā un intervijas jautājumos pēc būtības, bet pēc tam arī interviju datu analīzes procesā, izmantojot *resilience* jēdzienu kā pētnieka induktīvu konstruktu iegūto datu kodēšanai un interpretācijai.

Jēdziens “*resilience*” cēlies no latīņu valodas vārda *resilire*, kas nozīmē “atgriezties pie iepriekšējā stāvokļa”. Prievārds *re* norāda uz virzību atpakaļ, bet vārds “*salire*” nozīmē “lēkt, atsisties”. Tātad tiešais tulkojums būtu “atlēkt atpakaļ” (Merriam-Webster, 2024).

Angļu valodā jēdziens “*resilience*” parādījās 17. gs. un sākotnēji tika lietots, lai aprakstītu objektu spēju atgūt iepriekšējo formu pēc ārējas iedarbības. Zinātniskajā literatūrā jēdzienu “*resilience*” pirmo reizi ieviesa angļu inženieris Tomass Tredgolds (*Thomas Tredgold*) 1818. gadā, runājot par to, kāpēc daži kokmateriāli ir elastīgāki par citiem un var izturēt lielāku slodzi nesalūstot. Četras desmitgades vēlāk šo jēdzienu sāka izmantot kuģniecībā, lai salīdzinātu, kā dažādu metālu izmantošana kuģu būvniecībā ietekmē kuģu izturību iepretim vēja un jūras radītajam spēkam. Drīz pēc tam jēdzienu “*resilience*” sāka izmantot arī būvniecībā. Izvērtējot materiālu spējas absorbēt enerģiju, tika radīti īpaši elastības koeficienti, ļaujot arhitektiem saprast, vai konkrētais materiāls var tikt izmantots, piemēram, seismiski aktīvajos apgabalos (McAslan, 2010).

20. gs. vidū jēdzienu “*resilience*” sāka lietot arī vides zinātnēs. 1973. gadā ekoloģis Kravfords Stenlijs Hollings (*Crawford Stanley Holling*) jēdzienu “*resilience*” izmantoja, lai aprakstītu ekosistēmu spēju pielāgoties pārmaiņām un atjaunoties pēc tam, kad to darbība ir

tikusi traucēta (Holling, 1973). Atšķirībā no ēkas, tilta vai kuģa, kam jāspēj tūlītēji pielāgoties ārējo apstākļu ietekmei, ekosistēmu gadījumā svarīga ir spēja pastāvēt un adaptēties pārmaiņām ilgtermiņā. Tādējādi jēdziens “*resilience*” tika nedaudz paplašināts, ietverot tajā vienlaikus spēju saglabāt savu pamatstruktūru un funkcionēšanas līmeni un spēju pielāgoties jaunajiem apstākļiem.

Psiholoģijas un citu sociālo zinātņu jomā jēdzienu “*resilience*” sāka lietot 20. gs. 70. gados, attiecinot to uz indivīdu spēju atgūties pēc grūtībām un turpināt veiksmīgi funkcionēt. Lai nošķirtu *resilience*, kas attiecas uz dabu un dažādiem objektiem, no *resilience*, kas attiecas uz cilvēkiem, angļu valodā dažkārt tiek lietots vārdu salikums “*psychological resilience*”. Tiek uzskatīts, ka viena no pirmajām autorēm, kura ieviesusi jēdzienu “*resilience*” psiholoģijas jomā, ir Kalifornijas Universitātes attīstības psiholoģijas profesore un bērnu psiholoģe Emija Vernere (*Emmy Werner*). Viņa izmantoja jēdzienu “*resilience*”, runājot par bērnu spēju veiksmīgi attīstīties, neskatoties uz traumatisku bērnības pieredzi. Šo jēdzienu viņa aizguva no sava audzudēla, kurš bija inženieris (Werner, 2012). Vernere un kolēģi izmantoja jēdzienu “*resilience*”, lai aprakstītu trīs veidu fenomenus: labus attīstības iznākumus, pastāvot paaugstinātam riskam, pastiprinātu kompetenci stresa apstākļos un atgūšanos no traumas (Werner, 1995, kā citēts Sovere & Bite, 2014).

20. gs. 80. gados psihologi jēdzienu “*resilience*” sāka lietot plašāk, attiecinot to ne vien uz pozitīvu adaptāciju pēc bērnībā piedzīvotas traumatiskas pieredzes, bet arī uz nelabvēlīgiem dzīves notikumiem, kurus cilvēks piedzīvo, jau esot pieaudzis. Pētnieki šo jēdzienu sāka izmantot, runājot par cilvēka psihisko veselību. *Resilience* tiek saprasts kā resurss, kas pasargā no psihopatoloģijas un nodrošina normālu funkcionēšanu (Rutter & Garmezy, 1983).

Pētnieki Vella un Pais (Vella & Pai, 2019) izdalījuši trīs galvenos posmus, kādos līdz šim attīstījusies zinātnieku interese par *resilience*. Pirmajā posmā tika meklēta atbilde uz jautājumu – kas? Kas ir tie faktori, kas ietekmē *resilience*? Otrajā posmā tika meklēta atbilde uz jautājumu – kā? Kā šie faktori attīstas un savstarpēji mijiedarbojas? Kā noris pozitīva adaptācija? Trešajā posmā tika meklēta atbilde uz jautājumu – kā veicināt *resilience*, ja tas dabiski nepiemīt? Šajā posmā *resilience* aplūkots kā daudzdimensionāls fenomens un pētnieku uzmanība tika pievērsta iespējamām intervencēm, kas var to vairot.

Ceturtajā posmā, kas, pēc autoru domām, sākās 2013. gadā, pētnieki centās integrēt visas iepriekš iegūtās zināšanas par *resilience*, vienlaikus ņemot vērā jaunākos atklājumus bioloģijas un neirozinātnes jomā, uzskatot, ka *resilience* ietekmē ģenētiski, epiģenētiski, attīstības, psiholoģiski un neiroķīmiski faktori, no kuriem daži faktori darbojas veicinoši, bet citi prognozē lielāku ievainojamību, uzņēmību pret stresu un lielāku psihisko saslimšanu varbūtību (Wu et al., 2013).

Mūsdienās jēdziens “*resilience*” tiek izmantots ļoti dažādos kontekstos. To lieto fizikā, vides zinātnēs, vadības zinātnēs, sociālajās zinātnēs, medicīnā, sportā, militārajā jomā un citur. Tiek runāts gan par individuālu *resilience*, gan par dažādu grupu, organizāciju un sistēmu *resilience*. Īpašu popularitāti šis jēdziens iemantoja pēc Covid-19 pandēmijas, kas izgaismoja dzīvesspēka būtisko lomu, lai pārvarētu pandēmijas izraisītās grūtības un spēju pielāgoties izmaiņām (Lau et al., 2021; Tarsitani et al., 2022).

Ir bijuši mēģinājumi radīt visaptverošas *resilience* definīcijas, kas vienlīdz labi varētu attiekties uz ikvienu sistēmu, tai skaitā cilvēku. Stokholmas universitātes *Resilience* centra pētniece Lisena Šulca (*Lisen Schultz*) piedāvā *resilience* definēt kā sistēmas (tas var būt cilvēks, mežs vai ekonomika) spēju pastāvēt, adaptēties un transformēties pārmaiņu priekšā tā, lai saglabātu sistēmas identitāti. Dažkārt tas nozīmē spēju pēc satricinājumiem atlēkt atpakaļ (*bounce back*), bet dažreiz, lai nodrošinātu stabilu funkcionēšanas līmeni, ir jāizdara lēcieni uz priekšu (*bounce forward*) (Schulz & Lundholm, 2011).

Rezumējot jāsecina, ka *resilience* aizvien biežāk izmanto dažādās nozarēs, jo īpaši psiholoģijā, kuras galvenais izaicinājums ir palīdzēt cilvēkiem saglabāt optimālu funkcionēšanas līmeni, sastopoties ar personīgām un globālām krīzēm.

1.1.2. Jēdziena “*resilience*” tulkojums latviešu valodā

Latviešu valodā jēdzienam “*resilience*” atrodami vairāki tulkojumi (fizikā – elastība vai pretošanās spēja; vides zinātnē – dzīvotspēja; sociālajās zinātnēs – dzīvesspēks, dzīvotspēja, sociālā elastība; psiholoģijā – noturība, drošumspēja). Nekonsekvence šī jēdziena lietošanā vērojama, ne vien aplūkojot jēdziena “*resilience*” lietojumu dažādos kontekstos, bet arī runājot par vienu un to pašu fenomenu, proti, psiholoģisko *resilience* jeb indivīda spēju pārvarēt grūtības, adaptēties pārmaiņām un turpināt labi funkcionēt pēc smagiem dzīves notikumiem. Tāpēc šajā nodaļā sniegšu savu pamatojumu tam, kāpēc psiholoģisko *resilience* izvēlos tulkot kā “dzīvesspēks”.

Aprakstot procesu, kurā indivīds spēj veiksmīgi pielāgoties sarežģītai vai izaicinošai dzīves pieredzei, izmantojot mentālo, emocionālo un uzvedības elastību, dažādās valodās *resilience* tiek tulkots atšķirīgi (krievu – *психологическая резилентность*, *психологическая выносливость* (psiholoģiskā izturība), *жизнестойкость* (dzīves noturība), *устойчивость* (ilgtspējība), *жизнеспособность* (dzīvesspēja), *упругость* (elastība); igauņu – *vastupidavus* (izturība, ilgnoturība); lietuviešu – *atsparumas* (elastība); vācu – *resilienz* vai *elastizitat* (elastība); franču – *la resilience*, *élasticité* (elastība); spāņu – *resiliencia*). Aplūkojot dažādos tulkojumus, var pamanīt, ka tajos dominē divi galvenie atslēgas vārdi – elastība un noturība.

Latviešu valodā viens no piedāvātajiem tulkojumiem psiholoģiskajai *resilience* ir “izturība” (Maslovska, 2008). Tomēr vārdam “izturība” atbilstošāks būtu angļu vārds “*hardiness*”. Vārds “izturība” vairāk norāda uz nepakļaušanos ārējo faktoru ietekmei un neietver būtisku *resilience* raksturlielumu – spēju adaptēties.

Psiholoģiskā *resilience* zinātniskajā literatūrā tikusi tulkota arī kā noturība jeb psiholoģiskā noturība (Bundzena-Ervika, 2021; Skaldere-Darmudasa, 2023). Psiholoģiskā noturība kā spēja atgūties no stresa un līdzsvara saglabāšana dažādās krīzes situācijās lielā mērā atspoguļo jēdziena “*resilience*” būtību. Tomēr, ja runājam par *resilience* ilgtermiņā, tā ietver ne vien spēju atgūties un saglabāt līdzsvaru esošajos apstākļos, bet arī spēju mainīties, ja apstākļi vairs neļauj palikt tādām, kāds bijī. Spēja mainīties uzskatāma par ļoti būtisku adaptācijas elementu, ja runājam par *resilience* veselības psiholoģijas kontekstā, jo veselības sarežģījumi ne vienmēr ļauj pilnībā atgūties. Vārdam “noturība” atbilstošāks būtu vārds “*resistance*”, kas angļu valodā bieži tiek lietots, runājot par stresa noturību (*stress resistance*).

Jēdziens “*resilience*” tulkots arī kā “sociālā elastība” (Kārkliņa, 2013). Elastīgums kā spēja adaptēties ir viens no centrālajiem *resilience* raksturlielumiem, kas parādās ļoti daudzās šī jēdziena definīcijās. Taču vārdu savienojums “sociālais elastīgums” sašaurina *resilience* izpratni, jo elastība nav tikai sociāla, tas var būt arī iekšējs process, kura laikā cilvēks maina savu domāšanu un attieksmi.

Aizņemoties tulkojumu no vides zinātnēm, psiholoģiskā *resilience* tulkota arī kā dzīvotspēja (Tisenkopfs, 2016) vai sociālā dzīvotspēja (Romāne-Meiere, 2020). Vides zinātnēs dzīvotspēja norāda uz kādas sistēmas ilgtspēju, piemēram, uz ekosistēmu spēju atjaunoties pēc klimata pārmaiņām. Šis tulkojums lielā mērā atbilst *resilience* būtībai.

Viens no izplatītākajiem *resilience* tulkojumiem latviešu valodā ir “dzīvesspēks”. Jēdzienu “dzīvesspēks” latviešu valodā adaptēja psiholoģijas doktore profesore Guna Svence (Svence, 2012). Dzīvesspēks ir līdz šim visbiežāk lietotais *resilience* latviskais tulkojums psihologu darbos un ir saturiski līdzīgs jēdzienam “dzīvotspēja”.

Dzīvesspēks ir plašāks jēdziens nekā noturība vai elastība, jo var ietvert ļoti dažādas stratēģijas, kā pārvarēt grūtības. Dažkārt, lai grūtību priekšā nesalūztu, ir jāspēj būt kā mūrim un vienkārši jāiztur dzīves triecieni, dažkārt nepieciešams būt elastīgam kā niedrei un jāpielāgojas apstākļiem, bet dažkārt gluži kā vējā augošai priedei ir jāspēj mainīt savu augšanas virzienu vai kā daļēji nolauztam kokam jādzen jaunas atvases. Par *resilience* dažādajām izpausmēm runā arī pētnieki Stīvens Dž. Lepors (*Stephen J. Lepore*) un Treisija A. Revensone (*Tracey A. Revenson*) (Lepor & Revenson, 2006), kuri šajā jēdzienā ietver atgriešanos sākotnējā stāvoklī, noturību un spēju mainīties (*recovery, resistance, reconfiguration*).

Vairums autoru, kas veikuši *resilience* definīciju apkopojumu, to dēvē par konstruktu (Cal, 2015; Luthar et al., 2000; Roslan et al., 2022; Vella & Pai, 2019), savukārt, aprakstot *resilience* izpausmes cilvēka dzīvē, tas tiek dēvēts par fenomenu (Edward et al., 2009; Moore, 2023; Ungar, 2018).

Balstoties uz psiholoģiskajā literatūrā aprakstīto *resilience* lietojumu, kā arī ņemot vērā *resilience* dažādās izpausmes, šajā darbā *resilience* tiks tulkots kā “dzīvesspēks”. Aprakstot dzīvesspēku teorētiski, es izmantošu konstrukta jēdzienu, tādējādi norādot uz dzīvesspēka daudzdimensionālo un abstrakto raksturu. Savukārt, runājot par to, kā dzīvesspēks izpaužas cilvēka dzīvē, es lietošu fenomena jēdzienu.

1.1.3. Dzīvesspēka priekšnosacījumi un atšķirība no citiem līdzīgiem konstruktiem

Dažkārt psiholoģiskajā literatūrā dzīvesspēks tiek lietots kā sinonīms jēdzianam “pārvarēšana” jeb tikšana galā (*coping*), tomēr dzīvesspēks pēc apjoma ir plašāks konstrukts. Tas attiecas uz cilvēka spēju pozitīvi adaptēties pēc negatīviem dzīves notikumiem, bet pārvarēšana norāda uz konkrētu rīcību, kā šī adaptācija notiek. Dzīvesspēks ietekmē to, kā konkrētais notikums tiek novērtēts, bet pārvarēšana attiecas uz konkrētām stratēģijām, kas tiek pielietotas stresa situācijā (Fletcher & Sarkar, 2013). Daži autori uzskata, ka dzīvesspēks ir kā mūsu psiholoģiskās veselības imūnā sistēma (Davydov et al., 2010). Tādā gadījumā pārvarēšana ir dažādi ceļi, kā šo imunitāti uzturēt un stiprināt.

Vēl kāds dzīvesspēkam nozīmes ziņā ļoti tuvs ir jēdziens “adaptivitāte” (*adaptivity*). Kaut arī dzīvesspēks iekļauj spēju adaptēties, adaptivitāte, gluži tāpat kā pārvarēšana, ir šaurāks jēdziens, jo norāda tikai uz vienu dzīvesspēka izpausmes veidu. Turklāt adaptivitāte atšķirībā no dzīvesspēka var notikt arī, sastopoties ar pozitīvām pārmaiņām (Martin, 2017).

Dzīvesspēks nav arī gluži tas pats, kas neievainojamība (*invulnerability*). Kaut arī dzīvesspēka pētniecības sākumā dzīvesspēks tika lietots kā pretējs jēdziens ievainojamībai, pēdējā desmitgadē autori arvien biežāk uzsver, ka būt dzīvesspēcīgam nenozīmē būt neuzvaramam un stāvēt pāri stresoru ietekmei, bet gan spēt atgūties no dažādiem negatīviem dzīves notikumiem, vienlaikus atzīstot, ka tie spēj mūs ievainot (Lotz, 2016; Sisto et al., 2019).

Lai varētu runāt par dzīvesspēku, ir nepieciešami divi priekšnosacījumi – ir jābūt grūtībām vai kādam nelabvēlīgam notikumam (*adversity*) un jānotiek pozitīvai adaptācijai (*positive adaptation*). Ja nav nelabvēlīgu notikumu, indivīdam nav nekā, ko pārvarēt, un nekā, pret ko būt dzīvesspēcīgam (King et al., 2022).

Daži autori, lietojot jēdzienu “adaptācija”, ar to saprot vienlaikus gan procesu, gan rezultātu, pie kā šis process noved (Bonanno & Mancini, 2008; Luthar, 2000; Masten, 2002, Rutter, 2006), bet vairums mūsdienu pētnieku runā par trim dzīvesspēka pīlāriem –

nelabvēlīgiem notikumiem, adaptācijas procesu un pozitīvu rezultātu jeb spēju saglabāt veselīgu funkcionēšanas līmeni (Hiebel et al., 2021; Kunzler et al., 2018, Stainton et al., 2019). Šos stūrakmeņus izmanto arī Amerikas Psihologu asociācija, definējot dzīves spēku kā procesu un rezultātu, kas norāda uz spēju veiksmīgi pielāgoties sarežģītai vai izaicinošai dzīves pieredzei, izmantojot mentālo, emocionālo un uzvedības elastību (APA, n.d.).

Ar nelabvēlīgiem dzīves notikumiem tiek saprastas ārkārtējas situācijas, kā, piemēram, nāve, karš, dabas katastrofas, nopietnas slimības, vardarbība, emocionāli zaudējumi u. c. traumatiski notikumi (Bonanno & Mancini, 2008; Garnezy & Rutter, 1985; Popham et al., 2021), un tiek uzskatīts, ka dzīves laikā ikviens cilvēks piedzīvo vismaz vienu potenciāli traumatisku notikumu (Bonanno & Mancini, 2008).

Kaut arī biežāk par dzīves spēku tiek runāts dažādu zaudējumu un traumatisku notikumu kontekstā, daži autori dzīves spēku attiecina arī uz spēju pārvarēt ikdienas grūtības, kā, piemēram, stress un dažādas dzīves pārmaiņas (Bryan et al., 2019; Davis et al., 2009; Neff & Broady, 2011). Nelabvēlīgs dzīves notikums var būt jebkas, kas izsmel cilvēka resursus un rada frustrāciju ceļā uz mērķi (King et al., 2022).

Savukārt ar pozitīvu adaptāciju lielākoties tiek saprasta tāda funkcionēšanas līmeņa sasniegšana, kas ļauj “atlēkt atpakaļ” pirmskrīzes stāvoklī (Dyer & McGuinness, 1996), pielāgoties jaunajiem apstākļiem (Vella & Pai, 2019) vai pat piedzīvot pēctraumas izaugsmi (Polk, 1997; Walsh, 2020).

Šī pētījuma kontekstā ar nelabvēlīgiem dzīves notikumiem tiek saprastas hroniskās sāpes un to radītās sekas, savukārt pozitīva adaptācija tiek raksturota kā dzīves kvalitātes saglabāšana un esošajiem apstākļiem piemērotākā funkcionēšanas veida atrašana, neskatoties uz sāpju radītajiem ierobežojumiem.

1.1.4. Dzīves spēka definīcijas un dzīves spēku ietekmējošie faktori

Psiholoģijas nozares zinātniskajā literatūrā ir atrodamas ļoti dažādas dzīves spēka definīcijas. Tāpat kā citus daudzdimensionālus konstruktus, arī dzīves spēku var analizēt gan šaurāk, izpētot atsevišķas tā dimensijas, gan aplūkojot to plašāk kā multifaktoriālu, multisistēmisku un no konteksta atkarīgu konstruktu (Miller-Graff et al., 2022; Sisto et al., 2019; Ungar, 2021). Jo šaurāk dzīves spēks tiek aplūkots, jo atšķirīgākas ir dažādu autoru piedāvātās definīcijas, savukārt, lūkojoties uz to plašāk, var pamanīt kopīgas iezīmes, kas šīs definīcijas apvieno. Šajā apakšnodaļā aprakstīšu galvenās pieejas dzīves spēka definēšanā.

Galvenā atšķirība dzīves spēka definīcijās attiecas uz to, kur un kurā brīdī dzīves spēks rodas. Pētnieku vidū nav vienprātības par to, vai dzīves spēks uzskatāms par personības iezīmi, proti, kaut ko, kas cilvēkam jau piemīt un izpaužas, sastopoties ar grūtībām, par dinamisku

procesu, proti, kaut ko, kas veidojas laika gaitā un mainās, dažādiem faktoriem mijiedarbojoties, par rezultātu, proti, pozitīvas adaptācijas iznākumu, vai par visu kopā, ietverot gan personības iezīmes, gan procesu, gan rezultātu. Līdz ar to pastāv arī atšķirīgas pieejas attiecībā uz to, vai un kā dzīvesspēku var izmērīt un zinātniski aprakstīt.

Viena no pieejām ir skaidrot dzīvesspēku kā iezīmju un prasmju kopumu, kas veicina pozitīvu adaptāciju un ir pretējs stāvoklis ievainojamībai (*vulnerability*). Autori (Block & Kremen, 1996; Connor & Davidson, 2003; Wagnild & Young, 1993), kuri pārstāv iezīmju pieeju, uzskata, ka dzīvesspēcīgiem cilvēkiem piemīt virkne raksturlielumu, starp kuriem biežāk tiek minētas gan iedzimtas iezīmes, tādas kā ekstraversija, labvēlīgums, apzinīgums, atvērtība pieredzei, optimisms, gan dzīves laikā iegūtas īpašības un prasmes, piemēram, augsts pašvērtējums, pašefektivitāte, cerības saglabāšana, labas plānošanas un problēmu risināšanas prasmes u. c. Ja lielāks akcents tiek likts uz iedzimtajām iezīmēm, atliek pieņemt, ka cilvēkam vai nu piemīt, vai nepiemīt dzīvesspēks, bet, ja lielāku akcentu liekam uz prasmēm, ir iespējams izstrādāt dažādas dzīvesspēka veicināšanas programmas, kuras vērstas uz konkrētu prasmju attīstību.

Vēl kāda pieeja dzīvesspēka definēšanā ir skaidrot to kā dinamisku procesu, ko nosaka ne vien personības iezīmes, bet arī vide un apstākļi. Autori (Davydov et al., 2010; Fletcher & Sarkar, 2013; Kumpfer, 1999; Luthar et al., 2000; Masten, 2011; Rutter, 2006), kuri skaidro dzīvesspēku kā procesu, uzskata, ka dzīvesspēka attīstību ietekmē virkne aizsargājošo un veicinošo faktoru no vienas puses un riska faktori no otras puses.

Ar aizsargājošiem faktoriem tiek saprasti resursi un prasmes, kas aizsargā no negatīviem emocionāliem stāvokļiem un darbojas kā buferis pret stresu un traumatisku pieredzi, ļaujot veiksmīgāk tikt galā ar dažādiem sarežģījumiem. Savukārt riska faktori ir resursu un prasmju trūkums, kas neļauj attīstīties dzīvesspēkam un veicina pretējas reakcijas veidošanos. Visus šos faktorus var iedalīt vides un individuālajos faktoros.

Piemēram, Kerola L. Kumpfere (*Carol L. Kumpfer*), aprakstot dzīvesspēka veidošanās procesu, atzīst, ka brīdī, kad uz mums iedarbojas kāds stressors, notiek mijiedarbība starp vides riska un aizsargājošajiem faktoriem no vienas puses un personas iekšējiem dzīvesspēka faktoriem (emocionālajiem, fiziskajiem, kognitīvajiem, uzvedības, garīguma faktoriem) no otras puses (Kumpfer, 1999). Šajā posmā cilvēks uztver un novērtē notiekošo, formulē vajadzības, maina vidi un aktīvi cenšas pārvarēt situāciju. Atkarībā no tā, cik veiksmīgs ir šis process, ir trīs iespējamie scenāriji: 1) nespēja atgriezties iepriekšējā stāvoklī jeb nepilnīga reintegrācija; 2) adaptācija un atgriešanās homeostāzes stāvoklī; 3) pozitīva reintegrācija, kad jaunais funkcionēšanas līmenis pārsniedz iepriekšējo funkcionēšanas līmeni.

Autori, kuri dzīvesspēku aplūko kā procesu, uzskata, ka aizsargājošo un veicinošo faktoru ietekme mainās atkarībā no situācijas. Kādā dzīves posmā cilvēks var ļoti veiksmīgi pārvarēt grūtības, bet citā posmā tas var neizdoties (Davydov et al., 2010; Luthar et al., 2000; Masten, 2011; Rutter, 2006; Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008). Turklāt cilvēks var veiksmīgāk pārvarēt viena veida stresorus, bet viņam var būt grūtības ar cita veida stresoriem (Sturgeon & Zautra, 2010). Līdz ar to cilvēku nevar raksturot kā tādu, kam vai nu piemīt, vai nepiemīt dzīvesspēks. Svarīga ir aizsargājošo un veicinošo faktoru mijiedarbība ar riska faktoriem (Fletcher & Sarkar, 2013).

Kā aizsargājošie un dzīvesspēku veicinošie faktori visbiežāk tiek minēti dažādi iekšēji faktori, kas saistīti ar cilvēka spēju regulēt savu reakcijas, domas un attieksmi, piemēram, emociju regulācijas prasmes (Artuch-Garde et al., 2017; Lee et al., 2017; Masten & Reed, 2002; Ungar, 2004), kognitīvās un problēmu risināšanas prasmes (Masten & Reed, 2002; Smith & Carlson, 1997; Ungar, 2004), optimisms (Tee et al., 2021; Ungar, 2004; Warner et al., 2012;), cerība un ticība savai pašefektivitātei (Bonanno, 2004; Smith & Carlson, 1997; Tee et al., 2021, Ungar, 2004), garīgums (Greeff & Fillis, 2009; Tee et al., 2021). Līdztekus dažādiem iekšējiem faktoriem dzīvesspēku var veicināt arī stipras ģimeniskās saites un ģimenē pieejamais atbalsts (Masten & Reed, 2002; Smith & Carlson, 1997; Walsh, 2007), kā arī cilvēka sociālās prasmes un starppersonu attiecības (Agashe et al., 2021; Carbonell et al., 2002; Luthar, 1991).

Savukārt kā riska faktori biežāk tiek minēti dažādi ārējie faktori, piemēram, agrīnā bērnībā piedzīvota pamestība vai cietsirdīga izturēšanās (Rutter, 1985; Werner et al., 2012; Wu et al., 2013), ģimenes izjukšana (Garemzy, 1993; Rutter, 1985), slikti sociālekonomiskie apstākļi (McLoyd, 1998; Masten & Coatsworth, 1998; Rutter, 1985), nelabvēlīga sociālā vide (Campbell-Sills et al., 2009, Gallo & Mathews, 2003). Par dažādiem iekšējiem faktoriem, kā, piemēram, pesimismu un bezcerību iepretim optimismam un cerībai (Nieto et al., 2023) vai zemu pašefektivitāti iepretim augstai pašefektivitātei (Djourova et al., 2019), biežāk tiek runāts nevis kā par atsevišķiem riska faktoriem, bet drīzāk kā par aizsargājošo faktoru neesamību.

Līdztekus definīcijām, kurās dzīvesspēks tiek aplūkots kā personības iezīme vai dinamisks process, pastāv arī definīcijas, kurās dzīvesspēks tiek skaidrots kā pozitīvas adaptācijas rezultāts. Atkarībā no tā, kurā jomā dzīvesspēks tiek analizēts, par labu adaptācijas rezultātu tiek uzskatīts adekvāts funkcionēšanas līmenis konkrētajā situācijā. Piemēram, ja traumatisku pieredzi piedzīvojis bērns veiksmīgi integrējas sociālajā vidē, neuzrāda antisociālu uzvedību un viņam ir augsti akadēmiskie sasniegumi, šāds bērns tiek vērtēts kā dzīvesspēcīgs (Gartland et al., 2019). Ja militārpersona pēc operācijās piedzīvotas spriedzes ātri atgūstas no stresa, neuzrāda mentālas problēmas un spēj mobilizēties nākamajiem uzdevumiem, šis cilvēks tiek uzskatīts par dzīvesspēcīgu (Simmons & Yoder, 2013).

Pētījumos, kuros analizēta dzīvesspēka ietekme uz psihisko veselību (Engmann, 2013; Shrivastava & Desousa, 2016), dzīvesspēks tiek aplūkots kā pozitīvs adaptācijas rezultāts, kas izpaužas kā psihopatoloģijas, piemēram, depresijas, posttraumatiskā stresa vai trauksmes neesamība. Tomēr ir autori, kas uzskata, ka, runājot par pozitīvo adaptāciju, ir svarīgi ņemt vērā arī dzīves kvalitātes rādītājus (Bonanno & Diminich, 2013; Bryan et al., 2019). Definēt dzīvesspēku kā psihopatoloģijas neesamību ir tas pats, kas definēt veselību kā slimības neesamību (Almedom & Glandon, 2007).

Zinātniskajā literatūrā ir atrodams arī integratīvs dzīvesspēka skaidrojums, iekļaujot dzīvesspēka definīcijā gan personības iezīmes, gan procesu, gan rezultātu. Piemēram, Stefens Dž. Lepors un Treisija A. Revensone (Lepor & Revenson, 2006) apraksta dzīvesspēku kā dinamisku procesu, kas nelabvēlīgu apstākļu gadījumā noved pie adaptīva rezultāta, un kā produktu, ko veido personība, cilvēka pagātnes pieredze un tagadnes konteksts, savukārt Džons A. Stērdžens un Alekss Dž. Zautra (Sturgeon & Zautra, 2010), aprakstot dzīvesspēka veidošanos, uzsver, ka personības īpašības, piemēram, ekstraversija un optimisms, kā arī sociālā vide, piemēram, stipras ģimenes saites, ir dzīvesspēka resursi. Cilvēka kognitīvie procesi, emocionālās reakcijas un uzvedība, sastopoties ar stresoru, veido dzīvesspēka mehānismu. Savukārt atgriešanās sākotnējā stāvoklī, esošā stāvokļa saglabāšana vai izaugsme ir dzīvesspēka rezultāts.

Jaunākajos pētījumos tiek apvienotas dažādu zinātņu atziņas par dzīvesspēka veidošanos, vienkopus analizējot ģenētiskos, vides, attīstības, psiholoģiskos u. c. faktoros un aplūkojot šo faktoru mijiedarbību (Masten et al., 2021; Ungar, 2021). Tiek uzskatīts, ka indivīda dzīvesspēks ir atkarīgs no vairākām savstarpēji savienotām sistēmām. Dzīvesspēks attīstās un mainās, jo visas dzīvesspēku ietekmējošās sistēmas ir dinamiskas (Masten, 2021). Turklāt, kā uzsvēris Mišels Ungars, vienas sistēmas dzīvesspēks ietekmē citu sistēmu dzīvesspēku. Līdz ar to arī indivīda dzīvesspēks nevar tikt analizēts atrauti no plašāka konteksta, kas to ietekmē. Piemēram, konkrētajā sabiedrībā valdošās normas un vērtības lielā mērā ietekmē izvēles, kuras indivīds izdara, sastopoties ar nelabvēlīgiem dzīves notikumiem (Ungar, 2018).

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. Tā kā dzīvesspēku nav iespējams visaptveroši aprakstīt, izmantojot tikai vienu datu analīzes metodi, šajā kvalitatīvajā pētījumā tiks izmantota integratīva datu analīzes pieeja, kas ļauj dzīvesspēka konstruktus analizēt no dažādām perspektīvām, aplūkojot tā saturu, aprakstot dzīvesspēka izmaiņas laika gaitā un analizējot šo izmaiņu cēloņus.

1.1.5. Dzīvesspēka izpausmes un atšķirība starp īstermiņa un ilgtermiņa dzīvesspēku

Dzīvesspēks dažādās dzīves situācijās var izpausties atšķirīgi. Nina Hībela (*Nin Hiebel*) un kolēģi (Hiebel et al., 2021) ir izdalījuši trīs galvenos dzīvesspēka izpausmes veidus jeb trajektorijas. Pirmā trajektorija, ko var aprakstīt ar vārdiem “imunitāte, stabilitāte un noturība” (*immunity, stability, resistance*), attiecas uz spēju saglabāt esošo stāvokli un turpināt funkcionēt kā līdz šim, par spīti satricinājumiem. Tomēr, kā atzīst autori, hroniski nelabvēlīgu notikumu vai ļoti spēcīgu pārdzīvojumu brīžos tas, visticamāk, neizdosies, jo notiekošais tā vai citādi tomēr ietekmēs individu. Otrā trajektorija ir spēja pēc piedzīvotā stresora “atlēkt atpakaļ” (*bounce back*) jeb atgriezties homeostāzes stāvoklī. Bet trešā trajektorija ir izaugsme (*growth*), kas nozīmē, ka cilvēks pēc piedzīvotajām grūtībām kļūst stiprāks un nākotnē spēs efektīvāk cīnīties ar dažādiem stresoriem.

Mazliet citus apzīmējumus šīm pašām trajektorijām lieto Marks Millers (*Mark Miller*) un kolēģi (Miller et al., 2022), runājot par inertumu jeb robustumu, kas ļauj saglabāt formu un nepkļauties ārējiem spēkiem, elastību, kas izpaužas kā spēja atgriezties iepriekšējā stāvoklī, un plasticitāti jeb spēju augt un mainīties (*inertia, elasticity, plasticity*).

Arī Stīvens Dž. Lepors un Treisija A. Revensone (Lepor & Revenson, 2006) ir nošķīruši trīs dzīvesspēka izpausmju veidus – atgriešanos sākotnējā stāvoklī, noturību un spēju mainīties (*recovery, resistance, reconfiguration*). Autori kā metaforu izmanto koka šūpošanas vējā. Koks var šūpoties vējā un pēc tam atgriezties sākotnējā pozīcijā, koks var stāvēt salīdzinoši nekustīgi un nepakļauties vēja ietekmei, vai arī koks var mainīt savu formu, lai izdzīvotu stiprajās vējās. Līdzīgi kā koks, arī cilvēks var izmantot dažādas stratēģijas, kā reaģēt uz stresoriem un adaptēties esošajos apstākļos.

Par dažādām dzīvesspēka izpausmēm runā arī Džons A. Stērdžens un Alekss Dž. Zautra (Sturgeon & Zautra, 2010), uzsverot, ka dzīvesspēks var manifestēties kā atgriešanās sākotnējā pozīcijā, ilgtspēja un izaugsme (*recovery, sustainability, growth*). Atgriešanos sākotnējā stāvoklī autori raksturo kā spēju pēc nelabvēlīgiem dzīves notikumiem atgūt līdzsvaru un atgriezties normālā funkcionēšanas līmenī. Ar ilgtspēju autori saprot cilvēka neatlaidību un spēju nepārtraukti saglabāt viņam svarīgos pozitīvu emociju un pašvērtējuma resursus, neskatoties uz nelabvēlīgiem notikumiem. Savukārt izaugsme attiecas uz jaunu zināšanu apguvi un dziļāku izpratni par savām spējām.

Kaut arī iepriekš minētie autori, aprakstot dzīvesspēka izpausmes, lieto dažādus jēdzienus, kopīgais ir tas, ka dzīvesspēks var izpausties gan kā atgriešanās pie iepriekšējā stāvokļa, gan esošā stāvokļa saglabāšana, gan spēja mainīties un pilnveidoties. To, kā tieši dzīvesspēks izpaudīsies, lielā mērā ietekmē pati situācija, cilvēka dzīves pieredze, tas, cik nopietnas ir piedzīvotās grūtības un vai tās ir īslaicīgas vai pārejošas.

Nevar salīdzināt dzīvesspēka izpausmes cilvēkam, kurš izjūt nelielu stresa līmeni, ar dzīvesspēku cilvēkam, kurš nonācis ļoti smagā situācijā un varbūt pat piedzīvo depresiju un trauksmi. Vienā gadījumā prieka avotu meklēšana un sociālā mijiedarbība var palīdzēt atkopties, bet otrā gadījumā tā var nebūt efektīva un dzīvesspēka veicināšanai vajadzīgas citas stratēģijas (Bonanno & Diminich, 2013). Turklāt tas, ko ieliekam vārdos “būt dzīvesspēcīgam”, var nenozīmēt vienu un to pašu arī cilvēkiem vienādos apstākļos.

Atšķirības dzīvesspēka izpausmēs var noteikt arī tas, vai nelabvēlīgā situācija ir akūta vai hroniska. Vairāki autori norādījuši uz to, ka ir jānošķir īstermiņa dzīvesspēks, ko cilvēki piedzīvo pēc vienreizējām krīzes situācijām, no ilgtermiņa dzīvesspēka, kas izpaužas, sastopoties ar pastāvīgām dzīves grūtībām (Bonanno & Diminich, 2013; Davydov et al., 2010; Geard et al., 2018).

Reaģējot uz ikdienas stresoriem un grūtībām, darbojas citi mehānismi, nekā reaģējot uz nopietnām ārkārtas situācijām. Sastopoties ar īslaicīgām grūtībām, cilvēki cenšas pēc iespējas ātrāk atgriezties sākotnējā stāvoklī un izmanto dažādas pārvarēšanas stratēģijas, savukārt, dzīvojot pastāvīgi nelabvēlīgos apstākļos, atgūt iepriekšējo stāvokli pilnībā vairs nav iespējams. Hroniski nelabvēlīgu apstākļu gadījumā pozitīvs iznākums nav labbūtības sasniegšana, bet spēja funkcionēt labāk, nekā konkrētajos apstākļos varētu gaidīt (Mapendere et al., 2019). Šajā situācijā par svarīgu priekšnosacījumu dzīvesspēka uzturēšanā kļūst spēja ne vien mainīt ārējos apstākļus, bet arī mainīties pašam, reorganizējot savu dzīvi un formulējot jaunus mērķus, lai tādējādi saglabātu stabilu funkcionēšanas līmeni (Bonanno & Diminich, 2013; De Santis et al., 2013).

Tā, piemēram, hronisko sāpju slimnieki ikdienā sastopas ar pastāvīgām grūtībām un ir spiesti samierināties, ka vismaz fiziski vairs nespēs atgriezties stāvoklī pirms slimības, tāpēc šai cilvēku grupai ir svarīgi pielāgot savu dzīvi esošajiem apstākļiem un atrast jaunu veidu, kā pēc iespējas veiksmīgāk turpināt funkcionēt.

Ņemot vērā to, ka dzīvesspēka izpausmes ļoti lielā mērā ir atkarīgas no konkrētās situācijas, būtu svarīgi dzīvesspēku mērīt un aprakstīt ne vien kā teorētisku konstruktu, bet arī aplūkot, kā tas izpaužas cilvēka dzīves unikālajā kontekstā.

1.1.6. Dzīvesspēka pētniecības metodoloģiskie aspekti veselības psiholoģijas kontekstā

Kaut arī dzīvesspēka pētniecība aizsākās tikai pagājušā gadsimta 70. gados, šobrīd dzīvesspēks ir kļuvis par vienu no ļoti plaši pētītiem konstruktiem dažādās psiholoģijas nozarēs, tai skaitā veselības psiholoģijā (Hiebel et al., 2021). Ar veselības psiholoģiju saistītajos pētījumos pēdējos gados ir noticis pavērsiens no uz slimībām fokusētas pieejas uz veselību fokusētu pieeju (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 uz to, lai pētītu, kā

iespējams uzlabot cilvēku veselību un kopējo dzīves kvalitāti, par spīti dažādu riska faktoru klātesamībai.

Laika posmā no 2010. līdz 2020. gadam publikāciju skaits, kurās minēts dzīvesspēks (*psychological resilience*), ir četrkārtšojies (Su et al., 2023). Viens no iemesliem tik straujam dzīvesspēka pētniecības pieaugumam varētu būt dažādu nelabvēlīgu notikumu ietekme (globālā ekonomiskā krīze, bēgļu krīze, karadarbība dažādos pasaules reģionos, Covid-19 pandēmija u. c.), kad īpaši aktuāls kļūst jautājums – kā palīdzēt cilvēkiem adaptēties un saglabāt labu fizisko un psihisko veselību, par spīti nenoteiktībai un draudošajām briesmām (Kuntz, 2021).

Atkarībā no dzīvesspēka konceptualizācijas tas ir aplūkots dažādu paradigmu ietvaros, un tā pētniecībā ir lietotas ļoti atšķirīgas stratēģijas un metodes. Viena no izplatītākajām paradigmām kvantitatīvajos dzīvesspēka pētījumos ir pozitīvisma paradigma, kuras ietvaros dzīvesspēks tiek definēts kā objektīvi izmērāma personības iezīme vai spēja (Ungar, 2019).

Izvēloties kvantitatīvas pētniecības stratēģiju, pētnieki visbiežāk izmanto neeksperimentālu šķērsriezuma, saistību dizainu, cenšoties noskaidrot, kuras personības iezīmes un spējas palīdz saglabāt labu funkcionēšanas līmeni vai ātrāk atkopties pēc piedzīvotiem dzīves satricinājumiem un kā dzīvesspēks kā mainīgais korelē ar citiem mainīgajiem. Lielākoties dzīvesspēks tiek aplūkots saistībā ar mentālo un fizisko veselību, depresiju, stresu, sociālo atbalstu un dzīves kvalitāti (Su et al., 2023).

Kaut arī teorētiskajā literatūrā iezīmju pieeja dzīvesspēka skaidrošanā dažkārt tiek kritizēta kā pārāk šaura un nespējīga aptvert dzīvesspēku kopumā (Fletcher & Sarkar, 2013; Windle, 2011a), vairāki no biežāk izmantotajiem dzīvesspēka mērīšanas instrumentiem balstās iezīmju pieejā, piemēram, Konoras un Deividsona (Connor & Davidson, 2003) izstrādātā Psiholoģiskās noturības aptauja (CD-RISC), Rosova un Rosova (Rossouw & Rossouw, 2016) veidotā Prognozējošā 6 faktoru dzīvesspēka skala (PR6), Vagnildas un Janga (Wagnild & Young, 1993) radītā Dzīvesspēka skala (RS). Tomēr, kā atzinusi Gila Vindla (*Gill Windle*) un kolēģi, kuri analizējuši uz dažādiem pieņēmumiem veidotos dzīvesspēka mērīšanas instrumentus, problēma ir tajā, ka uz iezīmju pieeju balstītie instrumenti iekļauj tikai pašu indivīdu raksturojošus jautājumus, bet tie neļauj novērtēt apkārtējās vides resursus, kam ir ļoti liela loma dzīvesspēka attīstībā (Windle, 2011b).

Ir izstrādāti arī instrumenti, kas dzīvesspēku aplūko vienlaikus kā iezīmi un stāvokli (*trait and state*), piemēram, Stāvokļa – iezīmju dzīvesspēka aptauja (*State Trait Resilience Inventory*) jeb STRI (Hiew et al., 2000), kurā ietverti jautājumi gan par cilvēka iezīmēm, gan viņa tā brīža sajūtām, vai Stāvokļa – iezīmju dzīvesspēka novērtējuma skala (*State-trait Assessment of Resilience Scale*) jeb STARS (Lock et al., 2020), kurā ir jautājumi gan par pašu indivīdu, gan viņam pieejamo atbalstu. Tomēr, arī iekļaujot dzīvesspēka mērīšanā

dažādus situatīvus faktorus, joprojām netiek atrisināta problēma, kā, veicot vienu mērījumu, ir iespējams raksturot cilvēka vispārējo dzīvesspēku (Hiebel et al., 2021).

Zināmas nepilnības raksturo arī Īso dzīvesspēka skalu (*The Brief Resilience Scale* (BRS)), kurā dzīvesspēks ir konceptualizēts un mērīts kā pozitīvs iznākums (Smilth et al., 2008). Pēc dažu autoru domām ar šīs skalas palīdzību var konstatēt, ka pozitīvā adaptācija ir notikusi, taču nevar pateikt, kā tieši tā ir notikusi (Fisher et al., 2019).

Savukārt, konceptualizējot dzīvesspēku kā dinamisku procesu, problēmas var radīt nepieciešamība veikt vairākus atkārtotus mērījumus, jo dzīvesspēks laika gaitā var mainīties, un to var izmērīt tikai konkrētajā laika nogrieznī (Arnold et al., 2023). Pieņemot šo konceptualizāciju, pētnieki bieži vien izvēlas veikt longitudinālus pētījumus, kā, piemēram, analizēt dzīvesspēku pirms Covid-19 pandēmijas un tās laikā (Shi et al., 2022).

Ja dzīvesspēks tiek konceptualizēts kā no konteksta atkarīgs, multidimensionāls adaptācijas process, kas nav stabils laikā, aktuāls kļūst jautājums par to, vai vispār iespējams izstrādāt instrumentu, kas mērītu dzīvesspēku dažādām populācijām un dažādās dzīves situācijās.

Līdztekus pozitīvisma/postpozitīvisma paradigmas ietvaros veiktajiem pētījumiem arvien biežāk autori dzīvesspēka izpratni balsta konstruktīvisma, kritiskās teorijas vai kādā citā zināšanu subjektivitāti pārstāvošā paradigmā, kurā tiek akcentēts dzīvesspēka 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 dzīvesspēka 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).

Pēdējos 10 gados veselības psiholoģijas jomā ir veikta virkne kvalitatīvu pētījumu, kuros ir analizētas dzīvesspēka veicināšanas stratēģijas cilvēkiem ar dažādām hroniskām slimībām (Gonzalez et al., 2015; Smith, 2013; Stevelink et al., 2015; Walshe et al., 2017; Wilson et al., 2017). Kaut arī kvalitatīvo pētījumu rezultāti nav tiešā veidā pārnesami uz vispārējo populāciju, to galvenā vērtība slēpjas cilvēku dzīves pieredzes detalizētajā aprakstā, ļaujot ne vien konstatēt, vai cilvēkiem piemīt dzīvesspēks un kā tas saistīts ar citiem mainīgajiem, bet arī to, kā dzīvesspēks veidojas un mainās.

Atkarībā no pētījuma jautājuma kvalitatīvajos veselības psiholoģijas pētījumos par dzīvesspēku tiek izmantoti ļoti dažādi pētījuma dizaini. Piemēram, fenomenoloģiski pētījumi tiek veikti tad, kad pētnieki vēlas izprast cilvēku pieredzi tās veselumā, ne tik daudz konkrētus šīs pieredzes aspektus. Fenomenoloģiskais dizains biežāk tiek izmantots, lai analizētu un

aprakstītu, kā līdzīga pieredze ietekmē dažādus indivīdus, piemēram, kā dzīvesspēks izpaužas senioriem ar hroniskām slimībām (Hassani et al., 2017) vai cilvēkiem ar iekaisīgu zarnu slimību (Luo et al., 2018).

Naratīvais dizains biežāk tiek izmantots, lai izprastu, kā cilvēki interpretē un piešķir nozīmi savai pieredzei. Ja fenomenoloģijas dizainā vairāk tiek aprakstīta pieredzes būtība, naratīvais dizains ir vērsts uz detalizētāku izstāstītās pieredzes atspoguļojumu, pievēršot uzmanību arī tam, kā šis stāsts tiek izstāstīts. Piemēram, pētījumā par dzīvesspēku sievietēm, kuras piedzīvojušas vardarbību (Gordon, 2017), tika analizēts tas, kādu nozīmi dažādas sievietes piešķir savai pieredzei un kāpēc dažām sievietēm izdevās savu stāstu izstāstīt ne no upura pozīcijas.

Atšķirībā no naratīvā dizaina etnogrāfijas dizainā individuālie stāsti tiek aplūkoti konkrētās kultūras kontekstā, analizējot vides ietekmi uz to, kā cilvēki uztver un atspoguļo savu pieredzi (Creswell, 2018). Piemēram, pētījumā (Robinson-Lane, 2020) par to, kā melnādaini gados veci cilvēki pielāgojas hroniskām sāpēm, tika analizētas ne vien šo cilvēku izmantotās pārvarēšanas stratēģijas, bet arī tas, kā šo cilvēku etniskā piederība ietekmēja pārvarēšanas stratēģiju izvēli.

Gadījuma analīzes dizains ļauj apskatīt gadījumu (šī darba ietvaros – dzīvesspēku) no vairākām perspektīvām un izmantot tā pētniecībā dažādas datu ieguves un analīzes metodes. Šis dizains ir īpaši populārs veselības psiholoģijas pētījumos, jo nodrošina metodoloģisko elastību (Hyett et al., 2014). Piemēram, pētījumā (Whitmore, 2023) par individuālo, sociālo, vides un dzīvesspēka faktoru ietekmi uz subjektīvo veselības vērtējumu gados vecākiem pieaugušajiem, gadījuma analīzes dizains ļāva no dažādām perspektīvām aplūkot dzīvesspēku ietekmējošos faktorus.

Savukārt pamatotās teorijas dizains tiek izmantots situācijās, kad pētījuma mērķis ir ne vien aprakstīt konkrētu pieredzi vai gadījumus, bet arī uz šīs pieredzes bāzes veidot kādu jaunu teoriju, piemēram, teoriju par dzīvesspēka nozīmi sportiskajos sasniegumos (Fletcher & Sarkar, 2013).

Salīdzinoši retāk dzīvesspēks tiek pētīts, izmantojot jaukta pētījuma dizainus. Kāds no jaukta pētījuma dizainiem tiek lietots, lai vairotu pētījuma zinātnisko stiprumu situācijās, kad ar kvantitatīvajiem datiem tiek triangulēti kvalitatīvie dati (Teng-Calleja et al., 2020), vai arī lai kvantitatīvo datu analīzē atklātās sakarības padziļināti izpētītu ar kvalitatīvām metodēm (Shelton et al., 2019).

Rezumējot var sacīt, ka dzīvesspēka pētniecībā tiek izmantotas ļoti atšķirīgas metodoloģiskās pieejas, kas tiek izvēlētas atkarībā no dzīvesspēka konceptualizācijas, pētījuma mērķa, hipotēzes vai jautājuma un konteksta.

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

Lai pamatotu šī pētījuma aktualitāti un sniegtu pārskatu par to, kā hroniskas muskuloskeletālas sāpes ietekmē slimnieku ikdienu, šajā apakšnodaļā esmu aprakstījusi sāpju izplatību, tās radītos riskus un galvenos HMS slimnieku izaicinājumus.

1.2.1. Muskuloskeletālo sāpju raksturojums, izplatība un ar tām saistītie riski

Muskuloskeletālas sāpes ir akūtas vai hroniskas sāpes, kas skar kaulus, muskuļus, saites, cīpslas un nervus (El-Tallaway et al., 2021). Pēc ilguma muskuloskeletālas sāpes var iedalīt akūtās un hroniskās. Par hroniskām sāpēm tiek uzskatītas tādas sāpes, kas ilgst vismaz trīs mēnešus. Savukārt pēc sāpju izraisītāja tiek izdalītas primārās muskuloskeletālas sāpes, kā, piemēram, fibromialģija, kas ir atsevišķs stāvoklis un ko nevar izskaidrot ar kādu konkrētu slimību, un sekundārās muskuloskeletālas sāpes, kas rodas kādas slimības rezultātā (Perrot, 2019).

Eksistē vairāk nekā 150 muskuloskeletālu traucējumu veidu, un liela daļa no tiem rada hroniskas sāpes. 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).

Biežākie HMS cēloņi ir iekaisuma procesi, autoimūnas saslimšanas, sāļu kristālu nogulsnešanās locītavās, traumas, kā arī dzīvesveida radītas sāpes. Daži no riska faktoriem, kuru ietekmē var palielināties muskuloskeletālas sāpes, ir vecums, dzimums (sievietes, īpaši pēc menopauzes, no HMS cieš biežāk nekā vīrieši), smēķēšana, zems fiziskās aktivitātes līmenis, sociāla izolētība, zemi ienākumi, zems izglītības līmenis, depresija, trauksme, miega traucējumi, fiziska darba veikšana u. c. (Cimmino et al., 2011).

Kaut arī HMS biežāk skar cilvēkus pēc 60 gadu vecuma, arvien biežāk par dažāda veida sāpēm, īpaši nespecifiskām muguras lejasdaļas sāpēm, sūdzas arī pusaudži un gados jauni cilvēki, kuriem sāpes izraisa mazkustīgs dzīvesveids un vienveidīga ķermeņa poza, kas rodas, piemēram, ilgstoši lietojot ekrānierīces (da Costa et al., 2022).

Atkarībā no ģeogrāfiskā reģiona muskuloskeletālas sāpes skar no 13 % līdz 47 % pasaules iedzīvotāju, no kuriem aptuveni 39–45 % cieš hroniskas sāpes (El-Tallaway et al., 2021). Salīdzinot dažādus pasaules reģionus, vislielākā sāpju izplatība vērojama attīstītajās valstīs, piemēram, ASV, Kanādā un Eiropā. Tas skaidrojams ar to, ka šajās valstīs ir raksturīga lielāka sabiedrības novecošanās. Tomēr jāņem vērā, ka statistika par sāpju izplatību pasaulē nav pilnīga, jo trūkst visaptverošu datu no reģioniem ar zemu un vidēju ienākumu līmeni (Blyth et al., 2019).

Kaut arī Latvijā nav veikts apkopojums tieši par muskuloskeletālu sāpju izplatību, kā liecina 2019.–2020. gadā veiktā Eiropas iedzīvotāju veselības aptauja (CSP, 2021), fiziskas

sāpes ikdienā sajūt 46,9 % Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15 gadiem. Tas ir par 2,6 procentpunktiem vairāk nekā pirms pieciem gadiem. No iedzīvotājiem, kuri sajūt fiziskas sāpes, 60,3 % saskaras ar muguras lejasdaļas problēmām, kas ir izplatītākais muskuloskeletālo sāpju veids.

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 darba nespējas cēlonis (GBD, 2021), kā arī viens no biežākajiem priekšlaicīgas pensionēšanās iemesliem (WHO, 2023).

Kaut arī HMS ārstēšanā tiek rekomendēta multimodāla pieeja, pēc nepieciešamības kombinējot vairākas metodes, piemēram, ķirurģiskas manipulācijas un injekcijas, farmakoloģisku terapiju, fitoterapiju, fizioterapiju, dažādas fizikālās procedūras, kā arī ar emociju regulāciju un domāšanas maiņu saistītas metodes (Flynn, 2020), liela daļa pacientu par efektīvām metodēm uzskata tikai medikamentu lietošanu vai ķirurģiskas manipulācijas. HMS slimnieki mēdz pārāk bieži izmantot attēldiagnostikas izmeklējumus, lieto pārāk daudz medikamentu, pārāk bieži izvēlas ķirurģisku iejaukšanos, nav pietiekami izglītoti par savu diagnozi, kā arī netiek precīzi diagnosticēti un nesaņem pietiekamu informāciju par slimību no primārās aprūpes ārstiem (El-Tallaway, 2021).

Pētnieki atzīst, ka, balstoties uz biopsihosociālo modeli, 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). Viens no risinājumiem būtu veidot multidisciplināras komandas, kurās tiktu iekļauti tādi speciālisti kā psihiatri, psihologi, māsas, fizioterapeiti un vispārējās medicīnas pārstāvji. Turklāt, ja klīniskie pētījumi apstiprina dažādu komplimentāru metožu efektivitāti, būtu jāveicina arī to iekļaušana integratīvajā ārstēšanas plānā (Mallick-Searle, 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 ne-farmakoloģiskas sāpju mazināšanas metodes (Mohapatra et al., 2024).

1.2.2. Hronisku muskuloskeletālo sāpju slimnieku galvenie izaicinājumi

HMS atstāj ietekmi uz gandrīz visām cilvēka dzīves sfērām un negatīvi ietekmē kopējo dzīves kvalitāti. Sistemātiskajā pārskatā, kurā apkopoti rezultāti no 21 pētījuma par dzīves kvalitāti cilvēkiem ar hroniskām muguras lejasdaļas sāpēm (Agnus-Tom et al., 2022), tika

secināts, ka viens no traucējošajiem faktoriem ir kinezifobija jeb bailes no fiziskām kustībām. Kaut arī pētījumi apliecina mērenu un spējām pielāgotu fizisko aktivitāšu pozitīvo ietekmi uz sāpju mazināšanu (De la Corte-Rodriguez et al., 2024; Sato et al., 2021; Wendt et al., 2019), daļai HMS slimnieku ir iracionālas bailes būt fiziski aktīviem, uzskatot, ka tas varētu kaitēt viņu veselībai vai radīt papildu sāpes. Rezultātā šie cilvēki kļūst mazkustīgi, kas ilgtermiņā var negatīvi ietekmēt viņu pašsajūtu un slimības attīstību.

Izvairīšanos no fiziskām aktivitātēm var ietekmēt arī cilvēku attieksme. Daļai HMS slimnieku šķiet, ka veselības problēmas iespējams novērst vienīgi ar medicīniskām manipulācijām, nevis, piemēram, vingrojumiem. Kaut arī domāšanas veids lielā mērā ietekmē to, kā cilvēks sajūt sāpes un attiecas pret tām, tieši psiholoģiskie faktori ir tie, kurus ir visgrūtāk pārvarēt (Mallick-Searle, 2021).

Ņemot vērā to, ka sāpju intensitāte ir lielā mērā saistīta ar emocionālo pašsajūtu, īpaši stresu, būtisks izaicinājums, ar kuru saskaras daudzi HMS slimnieki, ir grūtības pārvaldīt stresu. Pētījumi liecina, ka ne tikai stress var pastiprināt sāpes, bet arī sāpes var pastiprināt stresu, kā rezultātā veidojas apburtais loks (Lunde & Sieberg, 2020; Timmers, 2019).

Stresa saistību ar sāpēm atklāja arī Latvijā veiktais Dainas Šmites pētījums, kurā biopsihosociālā modeļa ietvaros tika analizēti hronisku muguras lejasdaļas sāpju pacienti. Pacientiem, kuri izjuta emocionālo distresu, tika konstatēta salīdzinoši lielāka sāpju intensitāte, turklāt pacienti ar emocionālo distresu salīdzinoši biežāk neizjuta pietiekamu apkārtējo atbalstu un viņiem trūka emocionāli tuvu attiecību (Šmite, 2011).

Pētījumi liecina, ka sociālais atbalsts palīdz mazināt ar sāpēm saistīto stresu un ir pozitīvi saistīts ar indivīdu aktivitātes līmeni (Stevens et al., 2020; Wilson et al., 2022), tomēr sociālais atbalsts ir efektīvs vien tad, ja ļauj cilvēkam, kurš cieš sāpes, saglabāt funkcionālu autonomijas līmeni un nekļūt pilnībā atkarīgam no apkārtējo atbalsta (de Matos & Bernardes, 2023). Diemžēl daļa pacientu jūtas stigmatizēti saistībā ar sāpju radītajiem ierobežojumiem un jūt kaunu saistībā ar to, ka nespēj iztikt bez citu palīdzības (Coady et al., 2024), tāpēc būtisks izaicinājums šai pacientu grupai ir atrast līdzsvaru starp autonomiju un atkarību, iemācoties bez vainas un kauna izjūtas lūgt atbalstu tad, kad tas nepieciešams.

Spēja palikt sociāli aktīviem, par spīti sāpēm, ir nākamais izaicinājums, ar kuru var saskarties HMS slimnieki. Tā kā sāpes var apgrūtināt pārvietošanos, iesaistīšanos hobijos, kas līdz šim tika praktizēti, veicināt nogurumu un nomāktību, kuras dēļ cilvēki var negribēt socializēties, pastāv lielāks risks, ka cilvēki ar HMS būs vientuļāki (Emerson et al., 2018; Smith et al., 2019). Taču, līdzīgi kā starp stresu un sāpēm, arī starp vientulību un sāpēm ir divpusēja saistība. Sāpes var radīt lielāku vientulības risku, un vientulība var vairot sāpes (Loeffler & Steptoe, 2021).

Tiem HMS slimniekiem, kuri turpina strādāt, izaicinoša var būt sāpju pārvaldība un spēja integrēties darba tirgū, ko bieži vien apgrūstina sāpju radītie ierobežojumi. Sistemātiskā pārskata rezultāti atklāja, ka gan tiem HMS slimniekiem, kuri sāpju dēļ bija spiesti kavēt darbu, gan tiem, kuri bija spiesti pildīt darba pienākumus, neņemot vērā sāpes, bija zemāki dzīves kvalitātes rādītāji (Agnus-Tom et al., 2022).

Starp galvenajiem izaicinājumiem, ar kuriem saskaras HMS slimnieki, jāpiemin arī grūtības saglabāt prieku un pozitīvu nākotnes perspektīvu. Kaut arī spēja būt laimīgam samazina sāpju intensitāti un stresu (Miro et al., 2022; Müller, 2016), pētījumi liecina, ka cilvēki, kuri cieš no hroniskām sāpēm, biežāk nekā vidēji populācijā piedzīvo depresiju (Orhurhu, 2019; Tenti et al., 2022) un zemāku dzīves kvalitāti (Fernandez-Feijoo et al., 2022; Hadi, et al., 2019). Lai spētu atrast prieka avotus, neskatoties uz sāpēm, liela nozīme ir dzīvēsspēkam, par kura nozīmi hronisku sāpju pārvaldībā aprakstīts nākamajā apakšnodaļā.

Rezumējot iepriekš minēto, jāteic, ka HMS rada virkni izaicinājumu, kuru pārvarēšana lielā mērā ir atkarīga no cilvēka gatavības kritiski izvērtēt savus līdzšinējos uzvedības un domāšanas modeļus un meklēt iespējas, lai esošo resursu ietvaros uzlabotu vai saglabātu savu dzīves kvalitāti.

1.3. Dzīvēsspēka nozīme cilvēkiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm

Pēdējos gados, īpaši pēc piedzīvotās Covid-19 pandēmijas, ir pieaugusi pētnieku interese par dzīvēsspēka ietekmi uz veselību. Pandēmija parādīja, ka cilvēkiem ar hroniskām slimībām un zemāku dzīvēsspēka līmeni bija grūtāk pielāgoties pandēmijas radītajām pārmaiņām (Lau et al., 2021; Tarsitani et al., 2022), tāpēc, lai sagatavotos citām potenciālām krīzēm, ir ļoti svarīgi veicināt pētījumus saistībā ar dzīvēsspēku ietekmējošiem faktoriem un iespējamām dzīvēsspēka veicināšanas intervencēm tieši hronisko slimnieku grupā (Jin et al., 2023).

Kaut arī cilvēki ar hroniskām slimībām ir biežāk pakļauti dažādiem izaicinājumiem un emocionālām grūtībām, dzīvēsspēks 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 dzīvēsspēka 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 dzīvēsspēkam ir būtiska loma, lai cilvēks spētu adaptēties hroniskām sāpēm un vieglāk tās izturētu. Hronisko sāpju kontekstā dzīvēsspēks 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).

Savukārt pētījumos, kuros tika analizēti faktori, kas ietekmē HMS slimnieku pašefektivitāti, tika atklāts, ka pašefektivitāte ir pozitīvi saistīta ar pieejamo sociālo atbalstu (Anyfantopoulou & Theofilou, 2023; Li, 2021; Luo et al., 2023), kā arī cerību uz labu iznākumu (Or, 2021), kas savukārt lielā mērā ir atkarīgs no tā, kāda ir slimnieka sadarbība ar ārstējošo ārstu (Luo et al., 2018; Nafradi et al., 2018; Rolbiecki et al., 2017).

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 palielināties, 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. Tāpat ir svarīgi saprast, kā slimības gaitā mainās dažādu iekšējo un ārējo faktoru ietekme un mijiedarbība.

Kā norāda Elaina Veinraitā (*Elaine Wainwright*) un kolēģi (Wainwright et al., 2019), ir jāliek lielāks akcents nevis uz to faktoru meklēšanu, kas palīdz mazināt simptomus, bet uz faktoriem, kas palīdz pieņemt slimību un veicina ilgspējīgu, uz veselību vērstu uzvedību arī tad, ja simptomi pilnībā nezūd. Savukārt citā pētījumā (Goubert & Trompeter, 2017) uzsvērts, ka riska faktoru novēršana vēl nepadara kādu dzīvesspēcīgu. Dzīvesspēks nav riska faktoru neesamība, bet gan atsevišķs process, kas palīdz veselīgi funkcionēt, arī riska faktoriem klātesot. Pēc autoru domām, ir jāattīsta klīnisko intervencu pētījumi, kas palīdzētu cilvēkiem ar hroniskām sāpēm iesaistīties jēgpilnās un ar vērtībām saistītās aktivitātēs, neņemot vērā sāpes.

Veinraitas, Goberta un Trompetera priekšlikums fokusēt uzmanību nevis uz sāpju novēršanu, bet uz HMS slimnieku labizjūtu un stratēģijām, kas palīdz sadzīvot ar sāpēm ilgtermiņā, lielā mērā sakrīt ar šī kvalitatīvā pētījuma mērķi – aprakstīt HMS slimnieku dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi. Arī mani veikt šo pētījumu mudināja vēlme

saprast, kā cilvēki, kuri piecus un vairāk gadu cieš no pastāvīgām sāpēm, tomēr spēj “nesalūzt grūtību priekšā”, bet dzīvot iespējami kvalitatīvu un piepildītu dzīvi, par spīti sāpēm.

Uzsākot pētījumu, tika izvirzīts pamatjautājums: kāda ir slimnieku ar HMS dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredze? Pētījuma gaitā tika izvirzīti daži apakšjautājumi, kas pēc pilotinterviju veikšanas tika papildināti. (Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi? Kā HMS slimnieki raksturo faktorus, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam? Kas raksturo HMS slimnieku dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā? Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā? Kā HMS slimnieki raksturo faktorus, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā? Kas raksturo dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi HMS slimniekiem, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, salīdzinot ar HMS slimniekiem bez kustību ierobežojumiem?)

Lai izvēlētos atbilstošāko pētījuma dizainu, kā arī precizētu dzīvesspēka saturu un lietojumu tieši HMS kontekstā, sākotnēji tika veikts literatūras pārskats un secināts, ka dzīvesspēks ir multifaktoriāls, daudzdimensionāls un no konteksta atkarīgs konstrukts, kura definīcijas kodolu veido nelabvēlīgi notikumi un pozitīva adaptācija. Savukārt, sīkāk aplūkojot to, kā HMS sāpes ietekmē cilvēku ikdienu, tika gūts padziļināts priekšstats par pētāmo populāciju. Gan dzīvesspēka, gan HMS padziļināta izpratne palīdzēja datu ieguves procesā pamanīt slēptās tēmas, proti, saskatīt, kurā brīdī pētījuma dalībnieki runā par dzīvesspēku, neskatoties uz to, ka nosauc to citos vārdos.

Nākamajā darba nodaļā tiek aprakstīts process, kā, balstoties uz pētījuma jautājumiem un zinātniskajā literatūrā gūto informāciju, tika pieņemti ar pētījuma metodoloģiju saistīti lēmumi.

2. Metodes

2.1. Pētnieka pozīcija un refleksivitāte

Šajā apakšnodaļā ir atspoguļota promocijas darba autores līdzšinējā pieredze, kas veidojusi autores pozīciju, kā arī sniegts pamatojums tam, kāpēc kvalitatīvajā pētniecībā, tai skaitā šajā pētījumā, tik būtiska loma ir pētnieka refleksivitātei.

2.1.1. Pētnieka identitāte un tās ietekme uz pētījuma tēmas izvēli

Vairāki autori, kuri pievērsušies pētnieka lomai kvalitatīvajā pētniecībā, atzīst, ka pētnieka identitāte, viņa iepriekšējā pieredze, pārliecības, aizspriedumi un intereses tiešā veidā ietekmē to, kā pētnieks domā par pētāmo problēmu, no kura skatpunkta to aplūko, kā veido attiecības ar pētījuma dalībniekiem, kādu pētījuma dizainu izvēlas, kā ievāc, analizē un interpretē datus (Berger, 2013; Corlett & Marvin, 2018; Guillemin & Gillam, 2004; Holmes, 2020).

Lai padarītu caurspīdīgāku pētījuma tēmas un dizaina izvēles procesu, šajā apakšnodaļā tiks īsi ieskicēta mana līdzšinējā pieredze un norādīti faktori, kas ietekmējuši manu pētnieces pozīciju.

Pirms sāku studēt psiholoģiju, ieguvu maģistra grādu filosofijā. Mans maģistra darbs bija veltīts patērniecības fenomenam un vērtību konstruēšanas problemātikai. Pēc filosofijas studijām ieguvu gešaltterapeita kvalifikāciju. Psihoterapijas jomā turpināju pētīt vides ietekmi uz mūsu izvēlēm, pievērsoties Kurta Levina lauka teorijai, kas izskaidro, kā cilvēka uzvedību ietekmē lauks jeb konteksts, kurā indivīds atrodas.

Ņemot vērā manu iepriekšējo izglītību un interesi par postmoderno filosofiju, arī uzsākot psiholoģijas studijas, vēlējos balstīties uz kādu no postmodernās filosofijas paradigmām, uzskatot, ka sociālo realitāti nav iespējams izskaidrot ārpus tās konteksta. Kaut arī vēl nebiju precīzi definējis pētījuma tēmu, zināju, ka mani vairāk interesē kvalitatīvā pētniecība.

Motivāciju izpētīt dzīvesspēka veidošanos un uzturēšanu tieši cilvēkiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm noteica fakts, ka pati piederu HMS grupai. Gan man, gan abiem maniem vecākiem ir diagnosticēts reimatoīdais artrīts. Redzot, cik atšķirīgi mani vecāki reaģē uz slimības radītajiem ierobežojumiem, man radās jautājums: “Kas, sastopoties ar HMS, palīdz veicināt un uzturēt dzīvesspēku, un kas to traucē?” Es vēlējos iedziļināties HMS slimnieku dzīvesstāstos, lai saprastu, vai iespējams atrast kādas vienojošas stratēģijas, kas šai cilvēku grupai palīdz vairot dzīvesspēku ilgtermiņā un tādējādi mazināt sāpju negatīvo ietekmi uz dzīvi.

Manu interesi pētīt šo tēmu, no vienas puses, noteica personīgi apsvērumi dzīvot iespējami pilnvērtīgi, no otras puses – vēlme palīdzēt citiem slimniekiem. Izprotot, kas HMS slimniekiem traucē un palīdz attīstīt dzīvesspēku, nākotnē varētu sniegt mērķtiecīgu un uz

konkrētām vajadzībām bāzētu atbalstu šai cilvēku grupai, piemēram, izstrādājot intervenču programmu, kurā tiktu pievērsta uzmanība sāpes ietekmējošiem psiholoģiskajiem faktoriem.

Es vēlējos izpētīt tieši dzīvesspēku, nevis vienkārši slimības pieredzi vai pārvarēšanas stratēģijas, jo gribēju saprast, kā slimība un sāpes iekļaujas kopējā dzīves kontekstā. To, ka dzīvesspēks ir plašāks konstrukts par pārvarēšanu, man palīdzēja saprast arī veiktais literatūras pārskats.

2.1.2. Pozicionalitāte attiecībās ar pētījuma dalībniekiem

Pozicionalitāti nosaka tas, kur kāds atrodas attiecībās pret otru (Merriam et al., 2001), šajā gadījumā – kur atrodas pētnieks iepretim pētījuma dalībniekiem, kas šajā pētījumā ir cilvēki ar HMS.

Attiecībās ar pētījuma dalībniekiem pētnieks var būt iekšgrupas pārstāvis (*insider*) vai ārpus grupas stāvošs (*outsider*). Ja pētnieks pats pieder grupai, kuru pēta, dalībnieki viņu vieglāk un ātrāk pieņem un pastāv lielāka iespēja, ka viņi vairāk atvērsies, nekā tad, ja pētnieks nepieder grupai. Tomēr vienlaikus pastāv lomu konflikta risks, kad pētnieks var sākt reaģēt uz dalībnieku teikto vai analizēt datus nevis no pētnieka, bet no grupas dalībnieka perspektīvas. Esot ārpus stāvošam, var būt grūtāk panākt dziļu atklātības līmeni, taču ir vieglāk saglabāt skatu no malas un emocionāli nesaplūst ar grupu (Asselin, 2003; Dwyer & Buckle, 2009).

Katrai no pozīcijām ir savi plusi un mīnusi, turklāt ne vienmēr pētnieks ir pilnībā piederošs grupai vai pilnībā ārpus stāvošs. Pētniekam un pētījuma dalībniekiem var būt kopīga pieredze vai iezīmes vienā jomā, bet citā jomā šī pieredze var būtiski atšķirties.

Ir svarīgi apzināties savu pozicionalitāti attiecībā pret pētījuma dalībniekiem, tomēr, kā atzīst psiholoģijas profesore Sonja Dvajere un klīniskā psiholoģe Dženifere Bakla (Dwyer & Buckle, 2009), kuras pievērsušās tematam par pētnieka attiecībām ar pētījuma dalībniekiem, izšķirošais nav pētnieka statuss, bet gan spēja būt atvērtam, autentiskam, godīgam, dziļi ieinteresētam sava pētījuma dalībnieku pieredzē, kā arī apņēmīgam precīzi un adekvāti atsoguļot viņu pieredzi.

Uzsākot šo pētījumu, es uzdevu sev jautājumu: “Kā mana iepriekšējā pieredze un zināšanas var man palīdzēt šajā pētījumā, un kā tā var man traucēt? Un kas man būtu jādara, lai izmantotu šo pieredzi kā resursu, nevis šķērslis?”

Pirms interviju uzsākšanas ar HMS slimniekiem es daudz domāju par to, kā labāk uzrunāt iespējamus dalībniekus, un nonācu pie secinājuma, ka man ir svarīga personīga saziņa ar potenciālajiem dalībniekiem.

Sociālajos tīklos es bieži saņemu aicinājumus aizpildīt dažādas aptaujas vai piedalīties pētījumos. Laika trūkuma dēļ es mēdzu tās ignorēt, tomēr, ja lūgumu aizpildīt aptauju man

personīgi ir pārsūtījis kāds zināms cilvēks un minējis, kādēļ viņam būtu svarīgi, lai to aizpildu, parasti esmu atsaucīga.

Es meklēju cilvēkus paziņu lokā un no pacientu organizācijām, kuri būtu gatavi uzklaustīt manu pētniecisko interesi, lai tālāk nosūtītu uzaicinājumu sev zināmajiem cilvēkiem jau ar pievienoto vērtību jeb pavadtekstu. Es izvēlējos atklāt ne vien savu profesionālo pieredzi, bet arī to, ka pati piederu HMS slimnieku grupai, cerot, ka tas motivēs potenciālos dalībniekus iesaistīties pētījumā.

Tas, ka pati esmu HMS slimniece un periodiski saskaros ar sākām, man palīdzēja būt empātiskākai pret pētījuma dalībniekiem un labāk izprast viņu situāciju. Turklāt dalībniekiem, zinot, ka esmu ne vien pētniece, bet arī HMS slimniece, iespējams, bija vieglāk atklāties, jo kopīgā sākju pieredze mazināja distanci mūsu starpā.

No otras puses, tas, ka pati esmu sastapusies ar līdzīgām problēmām, varēja radīt risku, ka interpretēšu dalībnieku sacīto, skatoties caur savu uztveres prizmu un balstoties savā pieredzē. Lai izvairītos no pārāk lielas subjektivitātes, klausoties pētījuma dalībnieku stāstītajā un domājot par iespējamiem papildjautājumiem, es nepārtraukti uzdevu sev jautājumu: “Kas tieši no dalībnieka sacītā norāda uz manu interpretāciju? Vai dzirdu to, ko vēlos dzirdēt, vai dalībnieks tiešām par to runā?” Piemēram, dzirdot dažādas metaforas, ar kurām pētījuma dalībnieki salīdzināja sāpes, es nevis pieņēmu, ka saprotu, par ko viņi runā, bet pārjautāju, kāpēc ir izvēlēta tieši šāda metafora.

Man bija jābūt atvērtai citādībai, saprotot, ka dalībnieki vienos un tajos pašos vārdos var ielikt pavisam citu nozīmi. Piemēram, kādam būt stipram nozīmē cīnīties pret slimību un to nepieņemt, kādam citam tieši pretēji – iemācīties sadzīvot ar slimības radītajiem ierobežojumiem. Ja man radās šaubas par to, ko pētījuma dalībnieki saprot ar kādu konkrētu vārdu vai frāzi, es lūdzu viņus to paskaidrot sīkāk.

Mana iepriekšējā izglītība gešaltterapijas jomā palīdzēja veidot plūstošu dialogu. Es izmantoju dažādus aktīvās klausīšanās paņēmienus un savu ķermeņa valodu, lai parādītu pētījuma dalībniekiem, ka viņi tiek saprasti un ka man interesē viņu sacītais. Tā palīdzēja arī brīžos, kad dalībniekus pārņēma spēcīgas emocijas un bija jāsniedz emocionāls atbalsts.

Lai izvairītos no riska, ka intervija pārvēršas par psihoterapijas konsultāciju, es centos sarunas gaitā sev atgādināt, ka šobrīd atrodos pētnieka lomā un mans galvenais uzdevums ir apkopot dalībnieku pieredzi, nevis veikt terapeitisku darbu. Tomēr jāatzīst, ka pilnībā nošķirt šīs lomas nebija iespējams. To, kā es domāju, ko pamanu un kā interpretēju informāciju, ir ietekmējusi visa mana līdzšinējā pieredze un zināšanas.

2.1.3. Refleksivitātes nozīme pētījumā

Refleksivitāte var tikt definēta kā nepārtraukts iekšējs dialogs, kritiska sevis un savas pozicionalitātes izvērtēšana, apzinoties, ka pētnieka pozīcija var ietekmēt pētījuma procesu un rezultātu. Refleksivitāte ļauj apzināties to, ko pētnieks dara visā pētījuma procesā (Berger, 2013; Guillemin & Gillam, 2004; Pillow, 2003).

Refleksivitātes tēma kvalitatīvās pētniecības literatūrā sāka parādīties jau pagājušā gadsimta 70. gados. Sākotnēji tika uzskatīts, ka refleksivitāte palīdz vairot pētījuma objektivitāti un pētnieka neitralitāti, taču mūsdienās vairums pētnieku atzīst, ka pilnīga neitralitāte un objektivitāte nav iespējama. Refleksivitāte var padarīt caurspīdīgāku pētījuma procesu, tomēr tas nav veids, kā atrisināt subjektivitātes problēmu un saglabāt neitralitāti (Pillow, 2003; Probst, 2015). Vienmēr ir kādas “aklās zonas”, kurās mēs sevi neapzināmies (Holmes, 2020).

Lai apzinātos, kādi riski un ieguvumi izriet no manas pētnieces pozīcijas, un varētu pieņemt iespējami apzinātus lēmumus, visa pētījuma gaitā es reflektēju par to, ko daru, un rakstīju reflektīvo žurnālu.

Uzsākot šo pētījumu, es saskāros ar jautājumu, kā samazināt savas subjektivitātes ietekmi un vairot pētījuma zinātnisko stiprumu. Sākotnēji biju plānojusi datus ievākt vienīgi ar interviju palīdzību, taču, apzinoties, ka mana interpretācija par iegūtajiem datiem var nesakrist ar pētījuma dalībnieku interpretāciju, nolēmu pēc pētījuma sākotnējo datu analīzes ievākt papildu datus, izmantojot fokusgrupas.

Refleksivitāte palīdz būt apzinātākam attiecībā uz pētāmo problēmu, taču vienlaikus tā palīdz šo apzinātību ienest arī attiecībās ar pētījuma dalībniekiem, dodot ieguldījumu pētījuma ētikā un palīdzot nodrošināt cieņpilnu attieksmi pret pētījuma dalībniekiem (Probst, 2015).

Šajā pētījumā refleksivitāte man visvairāk noderēja, tieši risinot dažādus ētiskus jautājumus. Refleksivitāte palīdzēja saglabāt apzinātību attiecībā uz robežām starp mani un dalībniekiem, tā ļāva pamanīt dalībnieku emocijas un pievērst uzmanību arī saviem pārdzīvojumiem.

Tomēr jāatzīst, ka, neskatoties uz nepārtraukto refleksiju, man tomēr nācās piedzīvot situācijas, kurās nezināju, kā pareizāk rīkoties. Vislielākais izaicinājums bija saprast, kuros brīžos drīkstu pārtraukt dalībnieku teikto un atgriezties pie intervijas rāmja un kuros brīžos man ir jāļauj dalībniekiem izstāstīt viss, ko viņi vēlas pateikt. Īpaši grūti saprast šo robežu bija, klausoties emocionāli sāpīgus stāstus par pētījuma dalībnieku pagātnes pieredzi, piemēram, atmiņas par tuvu cilvēku zaudējumiem.

Raheims un kolēģi (Raheim et al., 2016), runājot par šo procesu, ir ieviesuši jēdzienu “pētnieka ievainojamība”. Dažkārt cilvēki piekrīt piedalīties pētījumā, jo vēlas noņemt slimības

stāstu no saviem pleciem un kādam to izstāstīt. Viņi atklāj ne vien to, ko pētnieks vēlējies noskaidrot, bet daudz vairāk, ievedot pētnieku dziļi savā ciešanu stāstā. Dažkārt to veicina arī pats pētnieks. Aktīvā klausīšanās, intereses un empātijas izrādīšana var aizvest pētnieku prom no viņa pamatzdevumiem, pārāk dziļi iekšā kontekstā. Ja šādu stāstu ir daudz un pētnieks ir ļoti jūtīgs vai nesagatavots, viņam var būt grūti izturēt emocionālo slodzi. Man šajā gadījumā palīdzēja zināšanas un pieredze psihoterapijā, kā arī supervizora atbalsts.

Tā kā kvalitatīvajā pētniecībā pats pētnieks ir pētījuma instruments, ir svarīgi padarīt caurskatāmāku procesu, kurā pētnieks veic savu interpretācijas darbu. Ronijs Bergers (*Roni Berger*), runājot par refleksivitātes nozīmi pētniecībā, ir atzinis, ka pētniekam pastāvīgi jāapzinās, ko viņš dara, lai izvairītos no tā, ka viņš vai viņa projicē uz dalībniekiem savu pieredzi (Berger, 2015). Refleksīvā žurnāla rakstīšana ir viens no veidiem, kā uzturēt šo apzinātības līmeni.

Refleksīvais žurnāls vienlaikus ir informācijas avots, kas kalpo pašam pētniekam, ļaujot fiksēt svarīgas piezīmes, lai vēlāk tās neaizmirstu, taču vienlaikus tas var būt arī kā starpnieks starp pētnieku un lasītāju, padarot “caurspīdīgāku” procesu, kurā pētnieka izjūtas, pārdomas un pieņēmumi aizved pie tālākām pētniecības izvēlēm un secinājumiem.

Mišela Ortlipa (*Michelle Ortlipp*), kura analizējusi refleksīvo žurnālu lomu kvalitatīvajā pētniecībā un aprakstījusi arī savu personīgo pieredzi, veidojot refleksīvo žurnālu, atzīst, ka 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. Tur var reflektēt par piemērotāko metodoloģiju, pētnieka pozīciju vai atspoguļot izjūtas un attieksmi pret pētījuma dalībniekiem (Ortlipp, 2008).

Šajā pētījumā refleksīvais žurnāls tika izmantots, gan lai fiksētu tūlītējās pārdomas pēc veiktajām intervijām, gan lai reflektētu par savu kā pētnieka lomu un iespējamo ietekmi uz dalībniekiem, gan arī praktiskos nolūkos – lai pierakstītu idejas, kas noderētu turpmākajā pētniecības procesā. Citēšu dažus piemērus, kas tika fiksēti refleksīvajā žurnālā:

27.08.2021. *Stāstītais ir tik interesants, ka gribas uzdot jautājumus, kas iziet ārpus intervijas protokola. Cik daudz atkāpju drīkstu izdarīt? Varbūt būtu lietderīgi intervijas protokolu papildināt ar jautājumu par to, ko cilvēks ir iemācījies no sāpēm? Bet vai es tādējādi neuzspiedīšu viedokli, ka sāpes vienmēr kaut ko iemāca? Varbūt kādam sāpes ir tikai atņēmušas kaut ko, bet neko nav devušas? Būs jāpalasa vairāk par daļēji strukturētām intervijām.*

24.09.2021. *Intervija bija nedaudz sasteigta, un nākamreiz jādod vairāk laika klusuma pauzēm, jo klusums ne vienmēr nozīmē to, ka cilvēkam vairs nav ko teikt. Tas var nozīmēt arī to, ka cilvēks turpina domāt. Vairāk jāizmanto parafrāze. Tas palīdz neaizplūst uz citām tēmām un atgriezties pie jautājuma būtības.*

03.10.2021. *Man ir jābūt laipnai un iejūtīgai, tomēr jāsiglabā robeža. Es esmu pētniece, nevis draugs vai personīgais psihoterapeits. Ja cilvēkam rodas kādi jautājumi, labāk teikt, lai viņš raksta e-pastu, nevis zvana. Bet atklāts paliek jautājums – ko darīt, ja cilvēks, kuru intervēju, sāk sūtīt privāta rakstura izziņas vai uzdot jautājumus, kas neattiecas uz pētījumu? Es nevaru ignorēt un atraidīt cilvēku, kurš emocionāli man atvērās un dalījies ar ļoti personīgu pieredzi. Tas nozīmētu, ka esmu viņu izmantojusi savam pētījumam un tagad mani viņa dzīve vairs neinteresē. No otras puses, ja turpinu būt empātiska un uzturēt ar šo cilvēku attiecības arī pēc pētījuma, šim cilvēkam var rasties sajūta, ka vēlos veidot draudzīgas attiecības. Bet nevaru arī ļaut pārkāpt robežas un ļaut šīm attiecībām palikt pārāk tuvām vai regulārām. Laikam jau nav cita veida, kā atklāti pārrunāt konkrēto situāciju, atgādinot par manu kā pētnieces pozīciju. Un turpmāk pirms interviju sākšanas ar citiem intervējamajiem vairāk jāpastāsta par to, kādos gadījumos ar mani var sazināties, ka esmu gatava pateicībā par viņu sniegto laiku veltīt arī savu laiku vienai konsultācijai, tomēr nevaru piedāvāt ilgtermiņa terapiju un regulāru saziņu.*

14.01.2022. *Būtu interesanti, prezentējot datus, dalībnieku minētās sāpju metaforas attēlot vizuāli un šos tēlus salikt vienkopus tādā kā domu mākonī.*

Refleksīvajā žurnālā es fiksēju arī interviju laikā notikušās izmaiņas pētījuma dalībnieku ķermeņa valodā, ja tās bija īpaši manāmas. Tā kā transkripti tika veikti no audio, nevis video failiem, ķermeņa valodas izmaiņas bija svarīgi fiksēt jau intervijas laikā.

Piemēram, kāda pētījuma dalībniiece, ar kuru sarunājos platformā *Zoom*, tautājāta par to, vai saņem no tuviniekiem atbalstu, paņēma uz dīvāna blakus stāvošo adīkli un sāka adīt, vairs neskatoties ekrānā. Viņa atbildēja, ka jātiek pašai galā, un tad klusēja un tikai adīja. Es centos atgriezties pie iepriekšējās tēmas, taču sieviete atkal atbildēja vispārīgi. Gan viņas teiktais, gan tas, ka viņa novērsa acis no manis un sāka adīt, lika man saprast, ka mani jautājumi liek viņai justies neērti un viņa negrib par tiem runāt.

Mēs pārgājām pie cita jautājuma. Sieviete vēl mirkli adīja, tad nolika adīkli malā un atkal paskatījās ekrānā. Man šķita, ka viņas seja ir kļuvusi skumjāka. Es nolēmu ienest savus novērojumus sarunā. Teicu, ka pamanīju, ka viņa ir kļuvusi skumjāka. Es atvainojos par to, ka, iespējams, liku viņai pieskarties sāpīgām tēmām, un piebildu, ka viņa droši var man teikt, ja kāds jautājums viņu mulsina vai liek justies slikti. Tajā brīdī sieviete sāka raudāt. To pamanot, es piedāvāju viņai pārtraukt interviju vai mainīt tēmu, taču viņa atbildēja, ka vēlas turpināt sarunu. Lai atgrieztos punktā, kurā pārtraucām interviju, es izmantoju parafrāzi – pateicu saviem vārdiem nupat dzirdēto un, izrādot empātiju, atzinu, ka pieņemu viņas emocijas. Sarunas turpinājumā sieviete vairs neraudāja, tomēr turpināja skatīties uz leju, nevis ekrānā. Pēc pāris

minūtēm viņa pacēla acis. Es pamanīju, ka viņas balss ir kļuvusi mierīgāka. Turpmākā intervijas gaita bija daudz atklātāka un emocionālāka.

Noslēdzot šo apakšnodaļu, var sacīt, ka pētnieka pozīcijas apzināšanās, kā arī pastāvīga refleksija par pieņemtajiem lēmumiem un to, kas notiek mijiedarbībā starp pētnieku un pētījuma dalībniekiem, ļauj izmantot pētnieka subjektivitāti kā resursu. Refleksivitāte palīdz būt apzinātākam attiecībā uz pētāmo problēmu, tādējādi padarot pētījuma procesu caurspīdīgāku arī tā lasītājiem.

2.2. Pētījuma stratēģija un dizains

Šajā apakšnodaļā aprakstīti galvenie apsvērumi, kas ļāva pieņemt lēmumu par pētījuma mērķim atbilstošākajām pētījuma paradigmām, stratēģiju un dizainu.

2.2.1. Konstrukcionisma un sociālā konstrukcionisma paradigmu izvēles pamatojums

Lai izvēlētos atbilstošāko pētījuma dizainu, sākotnēji bija jāformulē pētījuma jautājums un jāsaprot, caur kādu prizmu tiks aplūkota pētāmā problēma. Pētnieka ontoloģiskā un epistemoloģiskā pozīcija ir pamats, no kura izriet viņa turpmākās metodoloģiskās pieejas (Crotty, 2003). Ontoloģiskā pozīcija norāda uz pētnieka pieņēmumiem par to, kas ir mūsu izziņai pieejamā esamība, savukārt epistemoloģiskā pozīcija norāda uz to, kā un cik lielā mērā šī esamība var tikt izzināta.

Zinātniskajā literatūrā ir atrodams ļoti dažāds paradigmu iedalījums. Vieni no kvalitatīvās pētniecības metodoloģijas pamatlicējiem Egons G. Guba (*Egon G. Guba*) un Aivonna S. Linkolna (*Yvonn S. Lincoln*) izdala četras paradigmas – pozitīvismu, postpozitīvismu, konstruktīvismu un sociāli kritisko paradigmu (Guba & Lincoln, 1994). Savukārt vairāku pētījuma dizainam veltītu grāmatu autors Džons Kresvels (*John Creswell*) runā par piecām paradigmām – pozitīvismu, postpozitīvismu, konstruktīvismu, pragmatismu un kritisko jeb transformatīvo paradigmu (Creswell, 2018). Daži autori konstruktīvisma paradigmu mēdz dēvēt arī par interpretīvisma paradigmu (Ayton & Tsindos, 2023), bet citi interpretīvismu nošķir no konstruktīvisma (Fodouop-Kouam, 2024) vai līdztekus konstruktīvisma paradigmai izdala arī sociālā konstrukcionisma paradigmu (Guterman & Rudes, 2008).

Ņemot vērā to, ka paradigmu klasifikācija dažādu pētnieku darbos atšķiras, lai mazinātu sadrumstalotību, dažkārt tiek runāts par divām lielajām paradigmām – modernisma paradigmu jeb pozitīvismu, kuras pārstāvji uzskata, ka pastāv viena, objektīvi izzināma realitāte, un postmodernisma paradigmu, kuras pārstāvji noliedz vienas patiesības eksistēšanu, atzīstot perspektīvu plurālismu un konteksta nozīmi zināšanu ieguvē (Wilson, 1997).

Tā kā šajā darbā tiek pētīta nevis kāda objektīva un no indivīdiem neatkarīgi eksistējoša realitāte, bet indivīdu subjektīvā pieredze, proti, tas, kā viņi šo realitāti uztver, interpretē un kā ar to sadzīvo, tika pieņemts lēmums pētījuma ontoloģisko un epistemoloģisko pozīciju balstīt kādā no postmodernisma apakšparadigmām, kā piemērotākās atzīstot konstruktīvisma un sociālā konstrukcionisma paradigmas. Kopīgā ontoloģiskā pozīcija šīm apakšparadigmām ir uzskats, ka nepastāv viena realitāte, bet gan vairākas realitātes, kas ir indivīda vai sabiedrības konstruētas, savukārt kopīgā epistemoloģiskā pozīcija ir uzskats, ka objektīva izziņa nav iespējama, jo to vienmēr pastarpina konkrētā cilvēka vai cilvēku grupas interpretācija.

Pētnieki, kuri balstās konstruktīvisma paradigmā, uzskata, ka nozīmi realitātei piešķir paši indivīdi (Hiller, 2016), turklāt dažādās situācijās un laika nogriežņos cilvēks notiekošo var interpretēt citādi (Gentili et al., 2019; Hayman et al., 2017; Ungar, 2018). Globāls dzīvesspēks, ja tāds maz eksistē, ir retums, jo dzīvesspēks atkarībā no situācijas var manifestēties pavisam atšķirīgi (Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008). Savukārt sociālā konstrukcionisma pārstāvji akcentē intersubjektivitātes lomu un uzskata, ka zināšanas par realitāti tiek konstruētas kopā ar citiem cilvēkiem, kurus vieno kopīgs sociālais un vēsturiskais konteksts (Crotty, 1998). Sociālā konstrukcionisma paradigma ļauj izskaidrot socializācijas procesa ietekmi uz indivīdu attieksmi un vērtībām, jo īpaši uzsverot ģimenes un tuvākās kopienas ietekmi uz to, kā cilvēks veido savus priekšstatus par pasauli (Ayton et al., 2023; Ungar, 2018).

Monašas (*Monash*) Universitātes (Austrālija) asociētā profesore Daršini Aitone (*Darshini Ayton*) un kolēģi grāmatā “Kvalitatīvā pētniecība. Praktisks ceļvedis veselības un sociālās aprūpes jomā strādājošiem pētniekiem un praktiķiem” (*Qualitative Research. Practical Guide for Health and Social Care Researchers and Practitioners*) norāda uz to, ka konstruktīvisma paradigma ir īpaši piemērota, pētot fizisku sāpju pieredzi, jo sāpes ir sociāli konstruētas (Ayton et al., 2023). Cilvēki, pēc autores domām, tiek socializēti reaģēt uz sāpēm noteiktā veidā. Šo reakciju ietekmē ne vien cilvēka iepriekšējā pieredze, bet arī tā brīža sociālais konteksts un viss, kas vēl notiek cilvēka dzīvē līdztekus sāpēm.

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 lietota, lai analizētu sociālās vides ietekmi uz slimnieku priekšstatiem, vērtībām un uzvedības modeļiem, piemēram, to, ko katram slimniekam nozīmē slimības pieņemšana un kā viņu līdzšinējie priekšstati par sievišķību vai vīrišķību mainās, sastopoties ar slimības radītajiem ierobežojumiem.

2.2.2. Kvalitatīvās pētījuma stratēģijas izvēles pamatojums

Līdzšinējos pētījumos, kas apraksta hronisku slimnieku dzīvesspēku, ir izmantotas ļoti dažādas pētījuma stratēģijas. Kvantitatīvā pētījuma stratēģija izmantota, lai saprastu, kā dzīvesspēks ir saistīts ar citiem mainīgajiem (Musich et al., 2022; Schäfer et al., 2022; Seiler & Jenewein, 2019). Kvalitatīvā pētījuma stratēģija ir palīdzējusi izprast dzīvesspēku tā unikālajā kontekstā (Kristjansdottir et al., 2018; Moore, 2023), jaukta tipa pētījuma stratēģija izmantota lielākoties tajos gadījumos, kad pētnieki vēlējušies noskaidrot kādas intervences efektivitāti vai izveidotās mērījuma skalas pamatotību (Shim et al., 2017; Thongkhum et al., 2022).

Šajā pētījumā tika nolemts izmantot kvalitatīvā pētījuma stratēģiju, jo ar kvantitatīvo stratēģiju nevarētu sasniegt pētījuma mērķi. Ar kvantitatīvām metodēm ir iespējams noteikt dzīvesspēku ietekmējošos faktorus un dzīvesspēka līmeni, taču kvantitatīvā pētījuma stratēģija nesniedz pietiekami dziļu un visaptverošu izpratni par to, kā dzīvesspēks veidojas un mainās kopējā dzīves kontekstā.

Kvalitatīvā stratēģija ļauj aplūkot dzīvesspēka attīstību laika gaitā un ieraudzīt, kā ārējo notikumu un cilvēka attieksmes maiņas rezultātā mainās arī dzīvesspēks. Kvalitatīvas pētniecības stiprā puse ir tā, ka pētniekam ir iespēja izpētīt nozīmi, ko cilvēki piešķir savai pieredzei (Biggerstaff, 2012). Kvalitatīvā pētījuma stratēģija ir vairāk piemērota, lai aprakstītu mentālus faktus, piemēram, pieredzi, jūtas, attieksmi, kas ir ontoloģiskā ziņā subjektīvi fenomeni. Turpretī kvantitatīvā pētījuma stratēģija ir vairāk piemērota, lai pētītu ārējo realitāti un objektīvi fiksējamus faktus (Silva, 2008).

Kvantitatīvos pētījumos, kā uzsver Matias Borgstede un Marsels Šolcs (Borgstede & Scholz, 2021), dati tiek skaidroti, skatoties no augšas uz leju (*top-down*) jeb izmantojot deduktīvo pieeju un no vispārīgiem pieņēmumiem un teorijām izdarot secinājumus par atsevišķo indivīdu. Kvalitatīvā pētniecība turpretī balstās induktīvā pieejā, proti, dati tiek skaidroti no lejas uz augšu (*bottom-up*), ņemot vērā arī kontekstu.

Līdz šim veiktie kvantitatīvie pētījumi ir devuši būtisku ieguldījumu, lai izprastu dzīvesspēka lomu veselības psiholoģijas kontekstā, norādot uz dzīvesspēka pozitīvo saistību ar sociālo un fizisko funkcionēšanu, spēju adaptēties un labāku veselības iznākumu (Kim et al., 2019; Musich et al., 2022; Schäfer et al., 2022; Seiler & Jenewein, 2019), tomēr kvantitatīvie pētījumi nespēj sniegt pietiekami dziļu un visaptverošu skaidrojumu par to, kā dzīvesspēks attīstās, mainās un kā to ietekmē kopējais dzīves konteksts.

Veselības psiholoģijā ir ļoti svarīgi izprast cilvēku uzvedības cēloņus, viņu motivācijas un attieksmes veidošanās procesu, tāpēc iegūtajiem datiem jāspēj sniegt atbildi ne vien uz jautājumu "Kas?", bet arī uz jautājumiem "Kā? Kādā veidā?". Šī pētījuma centrālais jautājums ir noskaidrot slimnieku ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm dzīvesspēka veidošanās un

uzturēšanas pieredzi, kas ir dinamisks process, un to var atklāt, tikai izmantojot kvalitatīvā pētījuma stratēģiju.

Mišels Ungars, kurš pievērsies psiholoģiskā dzīvesspēka pētījumiem, rakstā "Kvalitatīvās pētniecības ieguldījums dzīvesspēka izpētē" (*Qualitative Contributions to Resilience Research*) min vairākus ieguvumus, ko sniedz kvalitatīvās pētniecības metodes: tās ir piemērotas, lai definētu līdz šim neidentificētus aizsargājošos faktoros, kas attiecas uz pētījuma dalībnieku pieredzi; tās ļauj padziļināti aprakstīt fenomenu ļoti konkrētā kontekstā; tās izceļ un spēcina mazākuma balsis, rēķinoties ar viņu unikālajām pozitīva iznākuma definīcijām; tās veicina toleranci pret šo atsevišķo pieredzi, izvairoties no vispārināšanas, kā arī pieprasa, lai pētnieki ņemtu vērā savus subjektīvos uzskatus (Ungar, 2003).

Viens no šī pētījuma uzdevumiem saskan ar Mišela Ungara pieminēto līdz šim neidentificēto aizsargājošo faktoru definēšanu, proti, uzdevumu aprakstīt tos resursus un stratēģijas, kas iepretim nelabvēlīgiem dzīves notikumiem veicina pozitīvu adaptāciju. Savukārt rēķināšanās ar mazākuma balsīm tiek panākta, sekojot Lionesas Aires un kolēģu (Ayres et al., 2003) piedāvātajai kvalitatīvo datu analīzes pieejai, kur kopīgo tēmu meklēšana tiek apvienota ar unikālās pieredzes aprakstīšanu (*across case* un *within case*). Šī pieeja sīkāk aprakstīta apakšnodaļā par datu analīzes metodēm.

2.2.3. Gadījuma analīzes dizaina pamatojums

Pēc tam, kad tika izvēlēta kvalitatīva pētījuma stratēģija, izskatīti vairāki ar šo stratēģiju saskanīgi pētījuma dizaini. Izvērtējot gadījuma analīzes dizainu, tika secināts, ka šis dizains ir vispiemērotākais, lai atbildētu uz pētījuma jautājumiem, jo 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 dzīvesspēka veidošanos.

Džons Kresvels gadījuma analīzi definē kā norobežotas sistēmas vai vairāku norobežotu sistēmu izpēti to unikālajā kontekstā (Creswell et al., 2007). Ar gadījumu jeb konkrētu analīzes vienību šajā pētījumā tiek saprasta katra intervējamā unikālā pieredze, dzīvojot ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm, sākot no brīža, kad sāpes pirmo reizi parādījās, līdz pat šim brīdim.

Gadījuma analīzes dizains ir salīdzinoši populārs kvalitatīvo pētnieku vidū, jo ir fleksibls un ļauj apskatīt gadījumu no vairākām perspektīvām, kā arī analizēt to, izmantojot dažādas datu ieguves un analīzes metodes (Hyett, et al., 2014). Galvenā gadījuma analīzes pētījuma dizaina iezīme ir tā, ka šis dizains pievēršas konkrētā gadījuma sarežģītības, daudzveidības un būtības izpratnei (Stake, 1995, kā minēts Mārtinsone, Pipere & Kamerāde, 2016). Papildu ieguvums no dažādu metožu kombinēšanas ir datu triangulācija, kas veicina pētījuma zinātnisko stiprumu.

Lai atbildētu uz šī pētījuma jautājumiem, nepietiek ar vienu datu analīzes metodi, jo jautājumi paredz iedziļināšanos gan pieredzes pārmaiņās, gan cēlonības izpētē, gan kopīgu stratēģiju meklēšanā. Savukārt, lai integrētu dažādas datu analīzes metodes (šajā situācijā tematisko analīzi, naratīvo analīzi un kritisko incidentu tehniku), ir jāizvēlas tāds dizains, kas ir pietiekami elastīgs un neierobežo metožu izvēli.

Gadījuma analīzes dizains var būt balstīts pozitīvisma vai konstruktīvisma paradigmā. Pozitīvisma paradigmā balstītā gadījuma analīzes dizaina pārstāvji, no kuriem pazīstamākais ir Roberts Jins (*Robert Yin*), cenšas pēc iespējas precīzāk aprakstīt objektīvo realitāti (Yin, 2018), bet konstrukcionisma pārstāvji, no kuriem pazīstamākais ir Roberts Steiks (*Robert Stake*), atzīst, ka realitāte mums objektīvā veidā nav pieejama, jo mēs katrs to atšķirīgi interpretējam (Stake, 2006). Tas, ko mēs varam pētīt, ir nozīme, kādu cilvēki piešķir notikušajam (Yazan, 2015). Tā kā šis pētījums ir balstīts konstruktīvisma paradigmā, kā atbilstošākais tika izvēlēts Steika piedāvātais gadījuma analīzes dizaina modelis.

Steiks (Stake, 2006) izšķir trīs gadījuma analīzes veidus – atsevišķa gadījuma analīzi, kad pētnieku interesē padziļināti izpētīt konkrēto gadījumu, instrumentālu gadījuma analīzi, kad pētnieks vēlas noskaidrot, vai konkrētais gadījums izskaidro kādu teoriju, un kolektīvu gadījumu analīzi, kad tiek meklēts kopīgais un atšķirīgais starp dažādiem līdzīgiem gadījumiem.

Vairāku gadījumu analīzes dizains tiek bieži izmantots veselības psiholoģijā (Boblin et al., 2013; Breet & Bantjes, 2017; Fearon et al., 2021), jo ļauj vienlaikus analizēt gan vispārējo, gan atsevišķo. Arī šajā pētījumā ir izvēlēts vairāku gadījumu jeb kolektīvo gadījumu analīzes dizains, kas vispirms paredz katra gadījuma kā vienota veseluma analīzi un tad pievēršas dažādu gadījumu salīdzināšanai.

Viens no šī pētījuma uzdevumiem ir atklāt, vai HMS slimniekiem ir līdzīgas dzīvesspēka attīstības iezīmes un līdzīgas dzīvesspēka veicināšanas un uzturēšanas stratēģijas. Lai atrastu vienojošo dažādajās pieredzēs, sākumā katra pieredze ir jāaplūko kā veselums, neatraujot notikumus no konteksta.

Steika piedāvātais gadījuma analīzes protokols ir salīdzinoši vispārīgs un elastīgs. Tas paredz veikt četrus galvenos soļus (Stake, 1995):

- 1) definēt, kas būs izpētāmais gadījums. Gadījums vienmēr ir laikā un telpā ierobežota sistēma, kas tiek pētīta tās unikālajā kontekstā. Gadījuma analīzē netiek pētīta populācija kā tāda, bet konkrēts sociālais fenomēns, piemēram, indivīds, organizācija, konkrēts notikums u.tml.;
- 2) izvirzīt galvenos pētījuma jautājumus. Atkarībā no pētījuma mērķa tie var būt mazāk strukturēti, ļaujot pētāmajam izstāstīt savu stāstu, vai strukturētāki, ja

pētnieks vēlas dziļāk izprast nevis visu pieredzi, bet kādu konkrētu tās aspektu. Pētījuma jautājumiem jābūt atvērtiem un vēršiem uz problēmu;

- 3) noteikt, kādi būs datu ieguves avoti, un ievākt datus. Lai veiktu triangulāciju un palielinātu pētījuma zinātnisko stiprumu, ieteicams izmantot dažādas datu vākšanas metodes, piemēram, intervijas, fokusgrupas, dokumentu analīzi u. c. Tāpat Steiks iesaka izmantot arī pētnieka reflektīvo žurnālu;
- 4) veikt datu analīzi un interpretāciju. Kā atzīst Steiks, datu analīzes protokols ir tikai pētnieka palīgs. Galvenā loma, pēc Steika domām, ir pētnieka iespaidiem un interpretācijas procesam. Katram pētniekam, balstoties uz pieredzi un refleksiju, ir jāatrod tā analīzes forma, kas ir piemērota tieši viņam. Sākumā tiek analizēts katrs gadījums un pēc tam tiek veikta gadījumu salīdzināšana.

Šī pētījuma gaitā tika veikti visi četri soļi – sākotnēji definēts, kas būs pētījuma priekšmets, proti, dzīvesspēka pieredze katra intervējamā unikālajā dzīves kontekstā, izvirzīti pētījuma jautājumi, caur individuālajām intervijām un fokusgrupām ievākti dati, kā arī veikta integratīvā datu analīze un interpretācija.

Turpmākajās apakšnodalās ir sīkāk aprakstīts process, kā notika pētījuma izlases veidošana un kāpēc tika izvēlētas konkrētās datu ieguves un datu analīzes metodes.

2.3. Pētījuma izlases veidošana un dalībnieku atlases procedūra

Tā kā šī pētījuma mērķis un jautājumi bija vērsti ne vien uz to, lai aprakstītu HMS slimnieku dzīvesspēka veidošanās pieredzi, bet arī uz to, kā dzīvesspēks mainās un tiek uzturēts ilgtermiņā, tika nolemts pētījumā iekļaut tos HMS slimniekus, kuri ar HMS sadzīvo vismaz piecus gadus vai ilgāk. Piecu gadu periods bieži tiek izmantots longitudinālos pētījumos (Huang et al., 2023; Siddall, 2003; Tanguay-Sabourin, 2023), lai noteiktu dažādu mainīgo dinamiku, tāpēc tika pieņemts, ka arī šajā kvalitatīvajā pētījumā tas varētu būt pietiekams laika periods, lai aprakstītu dzīvesspēka izmaiņas laika gaitā.

Ņemot vērā to, ka hroniskas sāpes ir viens no biežākajiem darbnespējas iemesliem un var veicināt sociālu izolāciju, tika nolemts dzīvesspēka pieredzi izpētīt cilvēkiem darbnespējas vecumā (no 18 līdz 65 gadiem). Promocijas darba autores motivāciju noteica vēlme izprast, kas palīdz ilgtermiņā saglabāt dzīvesspēku un palikt sociāli aktīviem, par spīti sāpēm.

Pētījumā tika izvirzīti vairāki iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji (skat. 2.1. tabulu).

Iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji

Iekļaušanas kritēriji	Izslēgšanas kritēriji
Cilvēki ar dzīves laikā iegūtām hroniskām muskuloskeletālām sāpēm	Hroniskas sāpes kopš dzimšanas
Cilvēki darbības vecumā, 18–65 gadi	Jaunāki par 18 gadiem vai vecāki par 65 gadiem
Sāpes ir attīstījušās dzīves laikā	Terminālas saslimšanas
Sāpes 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

Lai izvēlētos pētījuma dalībnieku rekrutēšanas procedūru, sākotnēji tika veikta izpēte, lai noskaidrotu, kādas HMS slimniekus apvienojošas organizācijas Latvijā darbojas. Uzaicinājums piedalīties pētījumā tika izsūtīts vairākām pacientu biedrībām, kas apvieno cilvēkus ar muskuloskeletālām sāpēm, – Latvijas Kaulu, locītavu un saistaudu slimnieku biedrībai, invalīdu un viņu draugu apvienībai “Apeironi”, Latvijas Pieaugušo reimatoloģijas biedrībai. Iespējamie dalībnieki tika apzināti, izmantojot arī personīgos kontaktus un meklējot sociālo tīklu grupās.

Sākotnēji interesi piedalīties pētījumā izrādīja galvenokārt sievietes, taču, izmantojot personīgos kontaktus un mērķtiecīgi rakstot uz pacientu biedrībām ar lūgumu ieteikt dalībai pētījumā arī kādu vīrieti, tika sasniegta dzimumu proporcija 10 sievietes / 7 vīrieši.

No visiem potenciālajiem dalībniekiem, kas tika uzrunāti personīgi, viens cilvēks nevēlējās piedalīties pētījumā, kā iemeslu minot laika trūkumu. Divi dalībnieki, kuri sākotnēji bija piekrituši dalībai pētījumā, tomēr nevarēja piedalīties, jo neatbilda kādam no iekļaušanas kritērijiem. Vienam dalībniekam bija vairāk nekā 65 gadi, bet otram hroniskas sāpes bija mazāk nekā 5 gadus. Pētījuma gaitā neviens dalībnieks no dalības pētījumā neatteicās.

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. 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.

Konsultējoties ar jomas profesionāļiem, kuri pārzina dažādu sāpju klasifikāciju, tika pieņemts lēmums izlasē iekļaut ne vien tos HMS slimniekus, kuru vienīgais veselības traucējums ir hroniskas muskuloskeletālas sāpes, bet arī slimniekus, kuri līdztekus HMS sāpēm piedzīvo arī cita veida sāpes vai veselības traucējumus. Šo lēmumu, pirmkārt, noteica fakts, ka realitātē reti kad eksistē slimnieki, kuriem būtu tikai viena veida veselības problēmas. Otrkārt, promocijas darba autore vēlējās aprakstīt dažādu pieredzi un vienlaikus noskaidrot, vai,

neskatoties uz atšķirīgajām sāpju izpausmēm, ir iespējams atrast līdzīgas stratēģijas, kas palīdz veicināt un uzturēt dzīvesspēku.

Četri no dalībniekiem ikdienā izmanto ratiņkrēslu un papildus hroniskām sāpēm izjūt arī vairākus citus ierobežojumus, tāpēc datu analīzes procesā tika pievērsta uzmanība tam, vai šai izlases apakšgrupai ir īpašas atšķirības attiecībā uz dzīvesspēka veidošanos un uzturēšanu. Detalizētu apkopojumu par pētījuma dalībnieku dzimumu, vecumu, diagnozēm un nodarbinātību var aplūkot 2.2. tabulā.

2.2. tabula

Pētījuma dalībnieku sociāldemogrāfiskie rādītāji

Dalībnieks	Dzimums	Vecums	Diagnoze	Nodarbinātība
1	Vīrietis	56	Spondiloze	Strādā
2	Sieviete	58	Reimatoīdais artrīts	Strādā
3	Sieviete	55	Reimatoīdais artrīts, osteoporozē	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 spondiloze	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, osteoporozē	Strādā

Pateicībā par dalību pētījumā dalībnieki varēja saņemt bezmaksas psihoterapijas konsultāciju vai iespēju noklausīties bezmaksas semināru par kādu no psiholoģiskajai pašpalīdzībai veltītajām tēmām.

2.4. Datu ieguves metodes

Šajā apakšnodaļā ir aprakstītas pētījumā izmantotās datu analīzes metodes, kā arī sniegts pamatojums, kāpēc tika izvēlēta šo metožu kombinēšana un kā notika datu ieguves procedūra. Pētījumā tika izmantotas divas kvalitatīvo datu ieguves metodes – daļēji strukturētas intervijas un fokusgrupu diskusijas ar lielāko daļu intervēto dalībnieku. Vispirms tiks sniegta informācija par katru no metodēm un tad aprakstīts pamatojums un process, kā šīs metodes tika kombinētas.

2.4.1. Daļēji strukturētās intervijas

Ņemot vērā izvēlēto gadījuma analīzes dizainu un vēlmi no dažādiem aspektiem izpētīt katra dalībnieka unikālo pieredzi, tika nolemts pētījuma pamatdatus ievākt, izmantojot daļēji strukturētās intervijas. Daļēji strukturētās intervijas ir viena no visbiežāk izmantotajām datu vākšanas metodēm kvalitatīvajā pētniecībā. Piemēram, fenomenoloģijas vai etnogrāfijas pētījumos, kuros pētnieku interesē viss cilvēka dzīves stāsts, nevis konkrēti jautājumi, bieži tiek izmantotas nestrukturētas intervijas, ļaujot dalībniekiem izstāstīt visu savu pieredzi, savukārt pētījumos, kas ir orientēti uz kādu šauru problēmas izpēti un kur svarīgi ļoti precīzi ievērot intervijas protokolu, mēdz izmantot strukturētās intervijas. Ions Parkers (*Ions Parker*), kurš aprakstījis dažādu interviju veidus, gan atzīst, ka realitātē nemaz nepastāv pilnībā strukturētas intervijas, jo cilvēki mēdz runāt par lietām, kas iziet ārpus struktūras rāmjiem (Parker, 2005).

Daļēji strukturētās intervijas atrodas vidējā pozīcijā starp nestrukturētām un strukturētām intervijām. Tajās tiek izmantots relatīvi detalizēts intervijas protokols, tomēr atšķirībā no strukturētajām intervijām tās ir daudz atvērtākas un līdztekus protokolā iekļautajiem jautājumiem tajās tiek uzdoti arī precizējoši jautājumi (Adams, 2015). Tās ir fokusētākas nekā nestrukturētas intervijas, taču paredz aktīvāku pētnieka iesaisti zināšanu radīšanā, ļaujot veidot dialogu ar katru intervējamo, ne tikai strikti ievērojot iepriekš sagatavoto protokolu (Brinkmann, 2015).

Tā kā šajā pētījumā izvēlēts gadījuma analīzes dizains, kas, no vienas puses, paredz individuālu pieeju katram gadījumam, bet, no otras puses, atbilžu meklēšanu uz konkrētiem jautājumiem par dzīvespēka veicināšanu un uzturēšanu, kā piemērotākās tika izvēlētas daļēji strukturētās intervijas.

Pētījuma pirmajā fāzē tika izveidots daļēji strukturētās 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.

Pilotinterviju dalībnieki tika uzrunāti caur paziņu loku. Jautājumu saturs un struktūra intervējamajiem šķita skaidra. Vienīgais jautājums, par kuru ilgāk bija jādomā, bija jautājums par metaforu, ar kuru varētu salīdzināt sāpes. Lai šo jautājumu padarītu vieglāk uztveramu, gala intervijas protokolā metafora tika definēta kā tēlaina līdzība. Pēc pilotinterviju veikšanas mainījās arī jautājumu secība. Sākumā jautājumi tika uzdoti hronoloģiski, taujājot par sāpju parādīšanos un tad ejot laika līnijā uz priekšu, bet pilotintervijas atklāja, ka cilvēki, atbildot uz pirmo jautājumu, kurā tika lūgti raksturot savas sāpes, mēdza runāt plašāk un sniedza vispārēju ieskatu tajā, kāda ir viņu dzīve ar sāpēm. Tas mudināja intervijas sākumā iekļaut vienu vispārēju jautājumu, kurā dalībniekiem tika lūgts kopumā raksturot dzīves periodu pēc sāpju parādīšanās.

Svarīgi atzīmēt, ka pēc pilotinterviju veikšanas tika pieņemts lēmums papildināt izvēlēto datu analīzes metodi, tematisko analīzi, ar vēl divām datu analīzes metodēm – naratīvo analīzi un kritisko incidentu tehniku. 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. Kļuva skaidrs, ka ir jāpaplašina pētījuma jautājumi un intervijas protokolā jāiekļauj arī jautājumi par dzīvesspēka izmaiņām laika gaitā, kas varētu sniegt būtisku pienesumu šim pētījumam. 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 (PJ) un datu analīzes metodes, ar kurām dati tika analizēti, var aplūkot 2.3. tabulā. Cipars aiz PJ norāda, uz kuru PJ šis intervijas jautājums attiecas.

2.3. tabula

Intervijas jautājumi

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

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 piekopt 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 dzīvesspēka 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 doto tēmu, ko intervētājs Jums nepajautāja? (PJ1, PJ2, PJ3, PJ4, PJ5)</p>	<p>Tematiskā analīze ļāva fiksēt tēmas, par kurām vēl netika runāts.</p>

Pēc 17 interviju veikšanas pirmais datu vākšanas posms tika pārtraukts, jo bija sasniegts kodu un saturiskais piesātinājums, ko noteicām pēc tematiskās analīzes rezultātiem. Piesātinājums kvalitatīvās pētniecības kontekstā var tikt definēts kā punkts, kuru sasniedzot jauniegūtie dati vairs neveido jaunas tēmas (Given, 2008). Pat, ja rodas daži jauni kodi, tie būtiski nemaina kopējos rezultātus, tāpēc interviju veikšana var tikt pārtraukta (Bryman, 2012).

Šajā pētījumā kodu piesātinājums tika sasniegts jau pēc 13 intervijām, tomēr, ņemot vērā, ka intervējamie vienos un tajos pašos vārdos ielika dažādu nozīmi, joprojām netika sasniegts saturiskais piesātinājums, tāpēc nolemts turpināt vākt datus. Tēma, kas tika aprakstīta ar vislielāko nozīmju daudzveidību, bija “pielāgošanās slimībai”. Dažiem dalībniekiem tas nozīmēja spēju ar visu tikt galā pašiem, bet citiem – spēju izmantot pieejamos sociālos resursus.

Tika turpināta datu vākšana un pēc 17 interviju analīzes sasniegts arī nozīmes piesātinājums, jo neparādījās vairs jaunas kodu dimensijas. Bija iegūts pietiekami daudz informācijas, lai atbildētu uz pētījuma jautājumiem un varētu detalizēti aprakstīt gan katru gadījumu atsevišķi, gan kopīgās un atšķirīgās nianses starp gadījumiem.

2.4.2. Fokusgrupu diskusijas

Pēc individuālajās intervijās iegūto datu analīzes un interpretācijas tika izveidoti jautājumi fokusgrupu diskusijām. Jautājumi formulēti saskaņā ar individuālo interviju rezultātiem, lai pārbaudītu, vai pētījuma dalībnieki atzīst intervijās atklātos dzīvesspēku veicinošos un traucējošos faktorus kā būtiskus. Vairāki jautājumi tika veltīti nevienprātīgi vērtējamu faktoru padziļinātai izpētei, piemēram, pārrunājot sāpju intensitātes un līdzšinējo grūtību pieredzes dažādo ietekmi uz dzīvesspēku vai diskutējot par to, kādus ieguvumus un zaudējumus HMS slimniekiem rada vēlme rūpēties par citiem. Kopumā tika formulēti 20 jautājumi, kas bija saistīti ar kopīgajām iezīmēm starp gadījumiem (skat. 4. pielikumu).

Ņemot vērā zinātniskajā literatūrā sniegtās rekomendācijas organizēt vairāk nekā vienu fokusgrupu, lai iegūtu datu piesātinājumu (Hennik, et al., 2019), tomēr, apzinoties, ka pētījuma kopējais dalībnieku skaits ir salīdzinoši mazs un ne visi vēlēšies ar savu pieredzi dalīties publiski, tika pieņemts lēmums organizēt divas fokusgrupas.

Izvērtējot teorētisko literatūru par klātienē un attālināto fokusgrupu priekšrocībām, ņemot vērā epidemioloģisko situāciju valstī, kā arī aptaujājot pētījuma dalībniekus, tika pieņemts lēmums organizēt vienu fokusgrupu klātienē un vienu attālinātā formātā. Klātienē fokusgrupā piedalījās seši dalībnieki, bet attālināti organizētajā fokusgrupā, kas notika platformā *Zoom*, piedalījās pieci dalībnieki.

Viens no apsvērumiem, kāpēc daži dalībnieki piekrita piedalīties tikai attālināti organizētajā fokusgrupā, bija saistīts ar nevēlēšanos atklāt savu identitāti citiem pētījuma dalībniekiem. Iespēja diskutēt, neslēdzot iekšā kameru un norādot citu segvārdu, ļāva pētījuma dalībniekiem dalīties pieredzē, bet vienlaikus palikt anonīmiem.

Tiek uzskatīts, ka galvenais ieguvums no klātienē fokusgrupām ir lielāka mijiedarbība starp pētījuma dalībniekiem (Jones et al., 2022), taču videokonferenču formāts ir izmaksu ziņā draudzīgāks, turklāt dod iespēju pētniekam vienkopus sapulcināt tos dalībniekus, kas ģeogrāfiskās distancēs vai laika trūkuma dēļ nav spējīgi ierasties klātienē (Boland et al., 2022).

Organizējot fokusgrupas diskusijas, netika novērotas būtiskas atšķirības attiecībā uz iegūto datu dziļumu, dalībnieku pašatklāsmi un mijiedarbību. Vienīgā atšķirība bija tā, ka klātienē fokusgrupa bija nedaudz garāka, ko varētu izskaidrot arī ar lielāku dalībnieku skaitu.

Autori, kuri salīdzinājuši ieguvumus no individuālajām 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).

Šis pētījums apstiprināja, ka fokusgrupu diskusijas ne vien ļāva pārrunāt individuālo interviju rezultātus, bet arī sniedza jaunu informāciju. Pateicoties dalībnieku savstarpējām diskusijām, tika aktualizētas un plašāk izvērstas vairākas jaunas tēmas, piemēram, par bērnības un pašvērtējuma nozīmi dzīvesspēka attīstībā, kā arī finanšu ietekmi uz dzīvesspēka uzturēšanu ilgtermiņā. Pateicoties fokusgrupu diskusijām, bija iespēja nodrošināt datu triangulāciju un tādējādi veicināt pētījuma zinātnisko stiprumu.

2.4.3. Multimetožu pieejas pamatojums

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

Vairāku kvalitatīvu datu ieguves metožu kombinēšana zinātniskajā literatūrā tiek saukta dažādi, angļiski lietojot vārdus *multiple method(s) approach* (McDonell, et al., 2017) vai *multimethod(s) approach* (Anguera et al., 2018; Mik-Meyer, 2020; Roller & Lavrakas, 2015). Daži autori, piemēram, Dženisa Morsa (Morse, 2003; 2009), lietojusi abus jēdzienus. Šajā pētījumā, runājot par vairāku kvalitatīvu datu ieguves metožu apvienošanu, tiek lietots jēdziens “multimetožu pieeja” (*multimethod(s) approach*), ko izmanto arī Amerikas Psiholoģijas asociācija (APA, n.d.).

Dženisa Morsa un Linda Niehausa (*Janice Morse and Linda Niehaus*) grāmatā “Jaukto metožu dizains” (*Mixed Method Design*) atzīst, ka, integrējot pētījumā vairāk nekā vienu metodoloģisko stratēģiju vai tehniku, ir iespējams izpētīt tādus interesējošā fenomena aspektus, ko nav iespējams izpētīt, izmantojot tikai vienu metodi (Morse & Niehaus, 2009). Kaut arī biežāk par jauktām metodēm runā gadījumos, kad tiek apvienotas kvantitatīvas un kvalitatīvas metodes, Dženisa Morsa rakstā “Kvalitatīvo metožu kombinēšana” (*Mixing Qualitative Methods*) (Morse, 2009) piedāvā terminu “*mixed methods*” lietot arī gadījumos, kad tiek kombinētas vairākas kvalitatīvās metodes. Ja ar vienu metodi kāds svarīgs aspekts tiek palaists garām, ar citu metodi to var pamanīt.

Dažādu datu ieguves metožu kombinācija ļauj pārvarēt katras metodes vājās vietas un ierobežojumus un palīdz labāk izprast pētījuma problēmu, salīdzinot ar tiem pētījumiem, kas balstās tikai uz vienu datu ieguves metodi (Creswell & Guetterman, 2018). Turklāt vairāku datu ieguves metožu kombinēšana ļauj vienu un to pašu fenomenu pētīt caur dažādiem datu avotiem, nodrošinot datu triangulāciju un tādējādi palīdzot veicināt pētījuma zinātnisko stiprumu (Abdalla et al., 2018). Triangulācija ir ne tikai stratēģija pētījumu procedūru un rezultātu

validācijai (Flick, 2004), bet arī stratēģija, kas ļauj padziļināti analizēt iegūtos datus un sniedz pilnīgāku priekšstatu par pētāmo fenomenu (Fusch et al., 2018).

Šajā pētījumā izvēlētais vairāku gadījumu analīzes dizains, kas paredzēja arī vairāku datu ieguves metožu kombinēšanu, ļāva ne vien triangulēt datus un tādējādi paaugstināt pētījuma zinātnisko stiprumu, bet arī iegūt papildu datus, ko nebija iespējams iegūt ar individuālajām intervijām. Tādējādi fokusgrupu diskusijas sniedza padziļinātu priekšstatu par dzīvesspēka veidošanos un uzturēšanu.

Kvalitatīvajā pētniecībā fokusgrupas bieži tiek izmantotas līdztekus individuālajām intervijām, jo grupas dinamikas un diskusijas dalībnieku savstarpējās komunikācijas dēļ tās ļauj sarunā ienest jaunas tēmas un iegūt datus, ko nebūtu iespējams iegūt tikai no individuālajām intervijām (Lambert & Loiselle, 2008; Lavrakas, 2008).

Kā atzīst Morsa (Morse, 2009), ne vienmēr nepieciešams katru metodi izmantot pilnībā un attiecināt uz visiem datiem. Dažkārt papildu metode tiek izmantota, lai atbildētu uz kādu no pētījuma apakšjautājumiem. Šajā pētījumā intervijas bija galvenā datu vākšanas metode, bet fokusgrupas sniedza papildinformāciju par pētījuma dalībniekiem kopīgajām dzīvesspēka veicināšanas un uzturēšanas stratēģijām, kā arī ļāva iegūt atgriezenisko saiti ar dalībniekiem un pārlicināties, vai pētnieku secinājumi saskan ar dalībnieku redzējumu.

2.4.4. Datu ieguves procedūra

Datu ieguve notika secīgi – sākumā notika pilotintervijas, pēc jautājumu precizēšanas dati tika ievākti daļēji strukturētu interviju laikā. Savukārt pēc intervijās iegūto datu analīzes un interpretācijas tika organizētas divas fokusgrupas.

Dati ievākti posmā no 2022. gada aprīļa līdz 2023. gada martam, un tos personīgi ievāca šī darba autore. 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.

Intervijas un viena fokusgrupa, kas notika klātienē, tika ierakstītas audioformātā, izmantojot diktofonu, savukārt otrai, attālinātajai, fokusgrupai tika veikts *Zoom* videoieraksts. Transkripti tika veikti manuāli uzreiz pēc intervijām. Transkriptos netika iekļauta nekāda informācija, kas varētu norādīt uz dalībnieku identitāti, un pēc transkriptu izveidošanas oriģinālie audiofaili tika dzēsti. Dalībnieki tika kodēti, piešķirot katram intervējamajam skaitli no 1 līdz 17. Intervijas transkripta fragmentu var aplūkot 5. pielikumā, savukārt fokusgrupas transkripta fragmentu – 6. pielikumā.

Rezumējot var teikt, ka katrs no datu ieguves posmiem deva pievienoto vērtību pētījumam. Pilotintervijas palīdzēja ieraudzīt būtiskus un līdz tam neapzinātus pētījuma problēmas aspektus un precizēt pētījuma jautājumus, individuālās intervijas ļāva ievākt pamatinformāciju par katra pētījuma dalībnieka unikālo dzīvesspēka pieredzi, bet fokusgrupu diskusijas ļāva šo informāciju pārbaudīt un, pateicoties dalībnieku mijiedarbībai, sniedza jaunus datus, kas netika iegūti individuālajās intervijās.

2.5. Datu analīzes metodes

Šajā apakšnodaļā tiks sniegta informācija par darbā izmantotajām datu analīzes metodēm un to, kā katra no tām palīdzēja atbildēt uz konkrētiem pētījuma jautājumiem.

2.5.1. Plurālistiskas pieejas pamatojums

Ņemot vērā, ka šī pētījuma jautājumi bija vērsti uz to, lai atklātu gan dzīvesspēka saturu un to ietekmējošos faktoros, gan dzīvesspēka izmaiņas dažādos laika posmos, bija nepieciešams integrēt arī dažādas datu analīzes metodes, kas vislabāk palīdzētu sasniegt pētījuma mērķi.

Plurālistisks kvalitatīvajā pētniecībā tiek definēts kā noteiktas datu kopas analīze, izmantojot vairāk nekā vienu kvalitatīvās analīzes metodi (Clarke et al., 2014), vai, kā to precizējs Nolaigs Frosts (*Nollaig Frost*), interviju transkripta interpretēšana ar dažādām kvalitatīvās analīzes tehnikām (Frost et al., 2010). Plurālistiskās pieejas mērķis ir nodrošināt bagātīgu, daudzslāņainu, no dažādām perspektīvām aplūkotu kvalitatīvo datu analīzi, tādējādi sniedzot holistisku izpratni par pētāmo jautājumu (Dewe & Coyle, 2014). Analizējot vienus un tos pašus datus no dažādiem analītiskiem skatpunktiem, var atklāt vairāk nozīmju, nekā analizējot šos datus tikai no viena analītiskā skatpunkta (Frost et al., 2010; Willig, 2013).

Saskaņā ar kvalitatīvās pētniecības teorētisko literatūru vairāku analītisku pieeju izmantošana ir piemērota situācijās, kad nepieciešams aprakstīt daudznozīmīgus un sarežģītus fenomenus (Chamberlain et al., 2011; Frost et al., 2010; Kincheloe, 2001), tāpēc šī pieeja bieži tiek izmantota arī veselības psiholoģijas pētījumos, kuros analizēti sarežģīti fenomeni (Dempsey et al., 2019; Dewe & Coyle, 2014; Rosas et al., 2019).

Datu analīzes veikšanai tika integrēta Virdžīnijas Braunas un Viktorijas Klārkas refleksīvā tematiskā analīze (Braun & Clark, 2006), Mišelas Kroslijas naratīvā analīze (Crossley, 2000) un Lī Baterfīlda 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 dzīvēsspēka attīstības pieredzi tās unikālajā kontekstā. Savukārt kritisko incidentu tehnika ļāva atrast tos iekšējos procesus vai ārējos notikumus, kas bijuši kā pagrieziena punkts HMS slimnieku dzīvēsspēka attīstībā (skat. 2.2. tabulu).

Lionesa Airesa, Kārena Kavano un Ketlīna Knafla (*Lyoness Ayres, Karen Kavanaugh and Kathleen Knafel*), runājot par ieguvumiem no vairāku metožu izmantošanas datu analīzē, norāda, ka, izmantojot tikai vienu metodi, piemēram, tematisko analīzi, var gadīties, ka tēmās parādās pretrunas, piemēram, sliktas un vienlaikus labas attiecības ar tuviniekiem. Taču, ja pievienojam naratīvo analīzi, šīs pretrunas izdodas integrēt, parādot, kā šīs attiecības mainās laika gaitā. Kādā dzīves posmā tās ir labas, citā ne (Ayres et al., 2003).

To, kā naratīvā analīze palīdz integrēt tēmu pretrunīgumu, uzskatāmi varēja pamanīt arī šajā pētījumā, jo vairāku pētījuma dalībnieku intervijās tika konstatētas pretrunīgas tēmas (piemēram, vēlēšanās un tajā pašā laikā arī nevēlēšanās runāt par slimību un dalīties savās emocijās ar citiem). Tomēr, aplūkojot, kā šīs tēmas attīstās, un analizējot tās kopējā stāsta ietvaros, varēja pamanīt, ka tās bija nevis pretrunas, bet uzskatu maiņa.

Ambera Sačelski un Entonijs Onvegbuzijs (*Amber Sechelski and Anthony Onwuegbuzie*), aprakstot ieguvumus no metožu integrēšanas, uzsver, ka, izmantojot tikai vienu datu analīzes metodi, var gadīties, ka pētnieks centīsies datus pielāgot metodei, nevis meklēs piemērotas metodes, kā interpretēt datus. Pēc autoru domām, pētījuma gaitā, parādoties jauniem datiem, var parādīties vajadzība pēc jaunas papildu metodes, ar ko tos interpretēt. Vairāku datu analīzes metožu izmantošana var veicināt arī pētījuma zinātnisko stiprumu (Sechelski & Onwuegbuzie, 2019).

Situācija, kad, parādoties jauniem datiem, rodas vajadzība pēc jaunas metodes, tika piedzīvota, arī veicot šo pētījumu. Sākotnēji tika plānots izmantot tikai tematisko analīzi un koncentrēties uz dzīvēsspēku ietekmējošajiem faktoriem, taču jau pirmajā pilotintervijā tika pamanīts, ka dzīvēsspēku ietekmējošie faktori dažādos dzīves periodos ir atšķirīgi.

Nākamajās divās pilotintervijās jau tika iekļauti jautājumi par to, kā laika gaitā ir mainījušās dažādas slimības pārvarēšanas stratēģijas. Kļuva skaidrs, ka ir vajadzīga vēl kāda datu analīzes metode, kura ļautu aprakstīt pieredzes izmaiņas laika gaitā, un tika pieņemts lēmums integrēt tematisko un naratīvo analīzi.

Savukārt, veicot jau visu trīs pilotinterviju analīzi, tika konstatēts, ka vairāki dalībnieki runāja par nozīmīgiem pagrieziena punktiem dzīvē, kas būtiski ietekmējuši viņu attieksmi pret slimību un dzīvi kopumā. Tika pieņemts lēmums, ka jautājums par izteiktiem kāpumu vai kritumu gadījumiem ir jāiekļauj intervijas protokolā un jāuzdod arī citiem pētījuma dalībniekiem, papildinot datu analīzes metožu klāstu ar kritisko incidentu tehniku.

Šis piemērs apliecina, ka pilotintervijas ir ļoti svarīgs pētījuma posms, jo ļauj konstatēt nepilnības pētījuma jautājumos un izvēlētajās metodēs.

Tālākajās apakšnodaļās ir sniegta detalizēta informācija par pētījumā izmantotajām datu analīzes metodēm un pamatojums konkrētu pieeju izvēlei.

2.5.2. Refleksīvā tematiskā analīze

Tematiskā analīze (TA) ir plašs jēdziens, kas apvieno dažādas kvalitatīvo datu analīzes metodes, kas vērstas uz galveno tēmu noteikšanu, analīzi un interpretāciju kvalitatīvajos datos. Veselības psiholoģijas pētījumos TA tiek lietota ļoti bieži (Lyng et al., 2022; Norton & Dibb, 2023; Opsomer et al., 2019; Zarotti et al., 2019), jo ir diezgan elastīga un var tikt izmantota dažādos pētījuma dizainos.

Brauna un Klārka, kuras uzskatāmas par TA ekspertēm un arī pašas izstrādājušas vienu no TA protokoliem (Braun & Clark, 2006), veikušas sistemātisku pārskatu par dažādām TA pieejām (Braun & Clark, 2006; Braun & Clark, 2019). Šajā pārskatā autore izdala trīs galvenos TA virzienus: kodēšanas uzticamības pieeju, kodu grāmatas pieeju un refleksīvo pieeju.

Kodēšanas uzticamības pieeja balstās postpozitīvisma paradigmā. Tajā akcentēta pēc iespējas precīzāka kodu noteikšana, kas tiek panākta, kodēšanas procesā iesaistot vairākus pētniekus un tādējādi mazinot katra pētnieka subjektivitāti. Ļoti liela nozīme tiek pievērsta tēmu saskaņotībai starp pētniekiem. Kodēšana notiek, izmantojot kodu grāmatas, kur detalizēti definēts katrs kods. Viens no šīs pieejas pārstāvjiem ir Ričards Bojatsis (*Richard Boyatzis*), kurš uzskata, ka šī metode var apvienot kvantitatīvo un kvalitatīvo pieeju (Boyatzis, 1998). Šajā tematiskās analīzes modelī tiek izmantota deduktīva pieeja, proti, tēmas lielākoties tiek iepriekš noteiktas, balstoties uz kādu teoriju.

Kodu grāmatas pieeja atrodas starp kodēšanas uzticamības pieeju un refleksīvās tematiskās analīzes pieeju. Šī pieeja balstās uz iepriekš definētiem kodiem, kas vēlāk tiek meklēti kvalitatīvajos datos, tomēr tie var tikt papildināti ar jauniem kodiem, kurus nosaka dati. Kodu grāmatas pieejā tiek veidots strukturēts kodu ietvars jeb veidne, kas ir vai nu hierarhiska, vai viena līmeņa un palīdz sagrupēt dažādus kodus. Jo precīzāk un detalizētāk ir definēti šie kodi, jo vieglāk pētniekam reducēt kvalitatīvos datus līdz šiem kodiem. Šī pieeja parasti tiek izmantota, ja nepieciešams noteikt, kā konkrētie dati saskan vai nesaskan ar kādu teoriju.

Refleksīvā TA pieeja balstās elastīgā kodēšanas pieejā, kurā iepriekš netiek izmantotas kodu grāmatas. Refleksīvās tematiskās analīzes autore Brauna un Klārka (Braun & Clark, 2006) uzskata, ka šī pieeja drīzāk uzskatāma par analītisku metodi, nevis metodoloģiju, jo kodēšanas process paredz salīdzinoši lielu elastību. Šajā pieejā tiek atzīta un pieņemta pētnieka subjektivitāte, un pastāv uzskats, ka kvalitatīvo datu interpretāciju ietekmē pētnieka

akadēmiskās zināšanas, teorētiskie pieņēmumi un pozīcija. Ja refleksīvo tematisko analīzi veic vairāki pētnieki, mērķis nav panākt vienotību starp pētniekiem, bet drīzāk paplašināt interpretācijas iespējas.

Tā kā šis pētījums balstās konstruktīvisma un sociālā konstrukcionisma paradīgmā, kas uzsver pētnieka aktīvo lomu tēmu radīšanā, kā piemērotākā datu analīzes metode tika izvēlēta tieši refleksīvā TA, kuras ietvaros pētnieks ne tikai identificē semantiskās tēmas un apkopo datu saturu, bet arī meklē latentās tēmas, atklājot datu pamatā esošās idejas (Braun & Clark, 2019).

Pētnieka subjektivitāte ir primārais refleksīvās TA “rīks”. Subjektivitāte nav problēma, kas jāpārvalda vai jākontrolē, bet gan pētniecības resurss (Gough & Madill, 2012, kā citē Braun & Clark, 2019). Kā atzīst Brauna un Klārka, pētnieka iepriekšējā pieredze, aizspriedumi un pētnieciskā pozīcija ietekmē to, kā viņš aplūko datus. Subjektivitāte bez refleksivitātes var būt ierobežojums, taču, ja pētnieks apzinās savu lomu un ietekmi, subjektivitāte var kļūt par resursu.

Šajā pētījumā pētniece, kura veica intervijas, ir piederīga pētāmajai populācijai. Pētnieces personīgā pieredze, dzīvojot ar hroniskām sāpēm, palīdzēja rosināt dialogu ar intervētajiem un vairot savstarpējo uzticēšanos. Savukārt, lai mazinātu pētnieces subjektivitāti, datu analīzi un interpretāciju, sākot no transkriptu lasīšanas līdz pat centrālo tēmu noteikšanai, veica divas pētnieces, no kurām otra nav piederīga pētāmajai populācijai.

Izvēlētais Braunas un Klārkas tematiskās analīzes modelis (Braun & Clarke, 2006) ļauj vienkāršā un pārskatāmā veidā virzīties no sākotnējiem kodiem uz konkrētākām tēmām, nepalaidot garām būtiskus aspektus, turklāt šis TA modelis bieži tiek izmantots citos kvalitatīvajos pētījumos par dzīvesspēka pieredzi hronisko slimību pacientiem (Daffin et al., 2021; Geard et al., 2018).

Braunas un Klārkas TA modelis ietver sešus galvenos posmus: 1) iepazīšanos ar datiem, 2) sākotnējo kodēšanu, 3) tēmu meklējumus sākotnējos kodos, 4) potenciālo tēmu pārskatīšanu, 5) tēmu definēšanu un nosaukšanu, 6) pētījuma pārskata sagatavošanu. Aplūkosim katra posma realizāciju pētījuma ietvaros.

Pirmajā posmā notika vairākkārtēja transkripta pārļasīšana, pārļasot katru transkriptu vismaz trīs reizes. Tas bija nepieciešams, lai pirms intervijas “sadrumsstalošanas kodos” iegūtu kopskatu un veiktu pirmās piezīmes par interviju.

Otrajā posmā, analizējot atsevišķi jau īsus intervijas fragmentus, tika meklēti sākotnējie kodi jeb atslēgas vārdi un frāzes, kas raksturoja konkrētos fragmentus. Šie kodi vēl netika vispārināti un tika ņemti no teksta, ierakstot tos nominatīva formā vai nenoteiksmē.

Trešajā posmā sākotnējie kodi tika vispārināti un apvienoti potenciālajās tēmās. Piemēram, kodi “baseina apmeklēšana”, “fizioterapijas ieviešana”, “nodarbošanās ar riteņbraukšanu” tika apvienoti tēmā “fizisko aktivitāšu uzsākšana”.

Ceturtajā posmā tēmas tika pārskatītas, nepieciešamības gadījumā tās apvienojot, sadalot vai pārformulējot. Piemēram, sākotnēji definētā tēma “hobiji” tika nedaudz paplašināta, nosaucot to par “prieka avotu/hobiju nozīmi”, lai tajā varētu iekļaut jebkuras brīvā laika aktivitātes, kas sniedz pozitīvas emocijas, savukārt tēma “veselības problēmu nerisināšana un sadzīvošana ar sāpēm” tika sadalīta divās apakštēmās.

Piektajā posmā notika gala tēmu un apakštēmu nosaukšana, pie katras apakštēmas norādot, kurās intervijās šī tēma parādās. Tas ļāva noteikt tēmu minēšanas biežumu, kā arī, veicot kopējo datu analīzi, vieglāk pamanīt kopsakarības. Piemēram, pamanīt to, cik liela nozīme pētījuma dalībniekiem, kuri atrodas ratiņkrēslā, ir autonomijai un spējai patstāvīgi organizēt savu dzīvi. Tematiskās analīzes paraugu var redzēt 7. pielikumā, savukārt pārskatu par biežāk minētajām tēmām uz katru no pētījuma jautājumiem – 8. pielikumā.

Sestajā posmā tika sagatavots tematiskais pārskats par katru interviju un pēc tam, apvienojot visu interviju biežāk minētās tēmas, izveidots kopīgs tēmu pārskats. Tas tika veidots, atbildot uz katru no pētījuma jautājumiem. Dzīvēsspēku ietekmējošie faktori tika iedalīti palīdzošajos, traucējošajos un ambivalentos. Pie katras faktoru grupas tika minētas 5–7 biežāk minētās tēmas.

2.5.3. Naratīvā analīze

Pēc galveno tēmu identificēšanas ar tematisko analīzi tika veikta katra gadījuma naratīvā analīze (NA). Līdzīgi kā tematiskā analīze, arī NA var tikt uzskatīta par plašu jēdzienu, kas apvieno vairākas pieejas tam, kā interpretēt tekstuālus vai vizuālus stāstus.

Naratīvā analīze pēc definīcijas tiek izmantota datiem, kas atbilst naratīva kritērijiem, – jebkuriem datiem, kas ir veidoti kā stāsts un ko ir radījis narators pats vai mijiedarbībā ar citiem, t. sk. pētniekiem (Pipere, 2016).

Katerīna Kolere Rīsmena (*Catherine Kohler Riessman*) piedāvā dažādās naratīvās analīzes pieejas sagrupēt pēc tā, vai tās orientētas uz saturu, proti, kas tiek stāstīts, uz formu, proti, kā stāsts tiek stāstīts un strukturēts, uz mijiedarbību starp stāstītāju un klausītāju, proti, kā kopīgi tiek konstruēta jēga, vai uz izpildījuma analīzi, proti, uz stāsta pasniegšanas veidu (Riessman, 2008).

Šajā pētījumā svarīgākais ir stāsta saturs jeb HMS slimnieku pieredzes apkopojums par to, kā viņi ir attīstījuši un uztur savu dzīvēsspēku. NA kā viena no datu analīzes metodēm tika izvēlēta, jo tikai ar naratīvās analīzes palīdzību var atklāt dzīvēsspēka izmaiņu procesu. Naratīvā analīze ļauj atklāties intervējamā vērtībām, pārdzīvojumiem un jēgai, ko intervējamais ieliek savā stāstā. Sekojot līdz tam, kas stāstā tiek izcelts biežāk, var labāk izprast, kā sāpju pieredze iekļaujas cilvēka kopējā dzīves kontekstā.

Kā atzīst Džemma Vonga (*Gemma Wong*) un Mērija Brehenija (*Mary Breheny*), stāsta stāstīšana vai domāšana stāstos lielākajai daļai cilvēku notiek automātiski, jo cilvēki visu savu dzīvi ir tikuši socializēti caur stāstiem (Wong & Breheny, 2018). Līdz ar to pieredzes kā stāsta stāstīšana nav īpaši jāveicina, drīzāk jāļauj stāstiem tikt izstāstītiem, neradot šķēršļus, piemēram, ar jautājumiem pārlietu nesadrumstalojot un nepārtraucot stāstījumu. NA ļauj aplūkot pieredzes stāstu no holistiskas perspektīvas, nesadalot to tēmās (Riessman, 2008).

Šajā pētījumā intervijas jautājumi tika veidoti tā, lai intervējamais varētu izstāstīt dažādus savas pieredzes notikumus kā stāstus. No vienas puses, jautājumi palīdz piešķirt stāstiem zināmu struktūru un caur to atklāties dažādām tēmām, no otras puses – tie ir atvērti un pietiekami plaši, lai katrs stāsts saglabātu sava plūduma unikalitāti. Ar TA metodi stāsti tika “sadalīti” fragmentos, lai labāk analizētu to atsevišķos elementus, bet ar NA metodi tie no jauna tika “salīmēti” kopā, iezīmējot tēmu kopsakarības un izceļot elementus, kuri stāstā vairākkārt atkārtojas.

NA tika veikta, balstoties uz Mišelas Kroslijas (Crossley, 2000) izstrādāto NA modeli. Tā kā šajā pētījumā dzīvēsspēks tiek aplūkots hronisku sāpju kontekstā, Kroslijas NA modelis šķīta vispiemērotākais, jo autore to ir izstrādājusi, lai analizētu ar slimībām un traumatisku pieredzi saistītus naratīvus. Kroslijas NA modelis bieži tiek izmantots arī citos veselības psiholoģijas pētījumos (Manning, 2015; Winslow et al., 2005; Wong & Breheny, 2021).

Kā atzīst Kroslija, slimība un tās radītās ciešanas būtiski maina to, kā cilvēks uztver laiku un pats sevi. Slimības naratīvi palīdz atklāt, kā mainās cilvēka identitāte un kā slimības ietekmē transformējas viņa dzīve (Crossley, 2003). Arī šajā pētījumā viens no jautājumiem ir saistīts ar dzīvēsspēka izmaiņām laika gaitā un slimības transformējošo dabu, tāpēc Kroslijas NA modelis bija piemērots, lai aprakstītu, kā notiek šīs izmaiņas.

Kroslijas NA modelis ietver šādus sešus posmus: 1) lasīšana un iepazīšanās, 2) nozīmīgu jēdzienu noteikšana, 3) naratīva toņa noteikšana, 4) naratīva tēmu un tēlu noteikšana, 5) harmoniska stāsta izveidošana un 6) pētījuma pārskata veidošana. Aplūkosim katra posma realizāciju pētījuma ietvaros. Pirmajā solī tika veikta atkārtota transkripta pārļasīšana. Kaut arī tas tika darīts jau, veicot tematisko analīzi, arī pirms naratīvās analīzes veikšanas bija vajadzīga atkārtota iepazīšanās ar datiem un kopskata iegūšana. Tā kā otrais posms (nozīmīgu jēdzienu noteikšana) pārklājās ar tematiskās analīzes otro posmu (primāro kodu noteikšana), tas atsevišķi netika veikts. Trešajā un ceturtajā posmā, nosakot galvenās tēmas, tēlus un naratīvo toni, tika izveidota tabula, kas ļāva tēmas grupēt atbilstoši pētījuma jautājumam un slimības posmam. Tabulas paraugu var aplūkot 9. pielikumā.

Atbildes uz visiem pētījuma jautājumiem tika aplūkotas trijos laika posmos: slimības sākumposmā jeb pirmajos mēnešos pēc sāpju parādīšanās, slimības vidusposmā jeb 1–5 gadus pēc sāpju parādīšanās un ilgtermiņā jeb 5 vai vairāk gadus pēc sāpju parādīšanās.

Piemēram, tēma “informācijas trūkums par sāpju cēloņiem/slimību” parādījās tikai, runājot par slimības sākumposmu, un citos posmos vairs nebija aktuāla, savukārt tēma “ieguvumi no slimības” vairumam intervējamo parādījās tikai slimības vidusposmā vai ilgtermiņā, kad slimnieki bija iemācījušies sadzīvot ar slimību. Slimības sākumā, kad valdīja neziņa un vēlme atrast paņēmienus, kā uzveikt sāpes, cilvēki vēl neaizdomājās par pastarpinātajiem ieguvumiem no slimības.

Piektajā posmā tika veikts aprakstošs pārskats par katru interviju, savukārt sestais posms atsevišķi netika veikts, jo iekļauts kopējā integratīvajā analīzē.

2.5.4. Kritisko incidentu tehnika

Līdztekus TA un NA metodēm kā trešā datu analīzes metode šajā pētījumā tika piemērota kritisko incidentu tehnika (KIT). KIT ir induktīva datu vākšanas un analīzes metode kvalitatīvajā pētniecībā, kas ļauj noteikt, kurai cilvēku rīcībai vai ārējiem notikumiem ir bijusi būtiska loma situācijas attīstībā.

KIT ieviesējs ir Džons Flanagans (*John Flanagan*), kurš sākotnēji šo metodi radīja, lai uzlabotu darba drošību un rezultativitāti un apzinātu kritiskos incidentus, kas ietekmē cilvēku sniegumu. Ar laiku KIT sāka izmantot arī kā kvalitatīvās pētniecības metodi sociālajās zinātnēs, tai skaitā psiholoģijā.

Flanagana izstrādātā KIT (Flanagan, 1954) tika balstīta pozitīvisma paradigmā, proti, pastāvēja uzskats, ka ar šīs metodes palīdzību var atklāt izmērāmus un drošticamus datus. Flanagans kritisko incidentu definēja kā jebkuru novērojamu cilvēka aktivitāti, kas ir pietiekami pilnīga, lai izdarītu pieņēmumu, ka persona veic noteikto darbību, savukārt, lai tā būtu kritiska, tai ir jāparādās situācijās, kurās šīs darbības mērķis vai nolūks novērotājam izskatās pietiekami skaidrs un kur šīs darbības sekas ir pietiekami nozīmīgas, lai neatstātu šaubas par tās ietekmi. Vēlākajos gados Flanagana definīcija tika vienkāršota, aprakstot kritisko incidentu kā notikumu, kam ir būtiska ietekme (vienalga, pozitīva vai negatīva) uz kādu darbību vai parādību (Bitner et al., 1990; Grove & Fisk, 1997).

Līdz ar postmoderno paradigmu nostiprināšanos psiholoģijā līdztekus pozitīvisma pieejai radās arī cita KIT interpretācija. Viena no pētniecēm, kura KIT ir attīstījusi sociālajās zinātnēs, ir Elizabete Čella (*Elizabeth Chell*), kura par šīs tehnikas mērķi uzskatīja izpratnes veicināšanu par kritiskajiem incidentiem, aplūkojot tos no indivīda skatpunkta un ņemot vērā viņa kognitīvos, emocionālos un uzvedības elementus (Chell, 1998).

Aplūkojot kritiskos incidentus no konstruktīvisma un sociālā konstrukcionisma paradigmu viedokļa, būtiskākais nav noskaidrot, kas patiešām objektīvi izraisīja notikumu pavērsienu, bet ko par kritisko incidentu uzskata indivīds, kurš bijis iesaistīts šajā situācijā. To, kuri incidenti bijuši būtiskākie, nosaka paši respondenti. Respondentiem netiek uzspiesti kādi iespējamie izmaiņu iemesli, bet tiek lūgts atcerēties notikušo un saviem vārdiem par to pastāstīt (Stauss & Weinlich, 1997).

Šajā pētījumā tika izmantota uzlaboto kritisko incidentu tehnika (*Enhanced Critical Incident Technique*) jeb ECIT, ko, balstoties uz Flanaganu metodi, izstrādājusi Lī Baterfilda un kolēģi (Butterfield et al., 2009). ECIT, pēc tā izstrādātāju domām, ir piemērota situācijām, kad ir jānoskaidro, kas veicina un kas kavē sasniegt mērķi (šī pētījuma ietvaros attīstīt dzīvesspēku), turklāt ECIT atšķirībā no klasiskās KIT tiek pētīti nevis paši apstākļi, bet intervējamā cilvēka perspektīva jeb skatījums uz šiem apstākļiem.

Salīdzinot ar citām kvalitatīvo datu analīzes metodēm, ECIT kvalitatīvajā pētniecībā tiek izmantota reti, tomēr pēdējos gados ir veikti vairāki pētījumi, kas liek domāt, ka šī metode varētu iemantot popularitāti arī psihologu vidū (Klarare et al., 2018; Kwee et al., 2020; Nitkin, 2020; Springer & Bedi, 2021).

ECIT (tāpat kā KIT) sastāv no pieciem soļiem: 1) noteikt izpētes mērķi, 2) precizēt apstākļus, kas tiks novēroti vai atsaukti atmiņā, 3) aprakstošā veidā apkopot informāciju par incidentiem, 4) analizēt datus, 5) interpretēt datus un izdarīt secinājumus (Flanagan, 1954). Pirmie trīs soļi tika realizēti, veicot katra gadījuma (intervijas) analīzi, savukārt ceturtais un piektais solis tika realizēts, veicot kopējo analīzi starp gadījumiem.

Tā kā šie soļi ir diezgan vispārīgi, papildus tiem Baterfilda un kolēģi (Butterfield et al., 2009) ir ieviesusi arī deviņus soļus, kas jāveic, lai nodrošinātu ECIT zinātnisko stiprumu. Šie soļi atspoguļoti tālāk, iekavās minot, kā šajā disertācijā aprakstītajā pētījumā tika panākta to izpilde:

- 1) interviju ierakstīšana (katra intervija tika ierakstīta diktofonā un transkribēta);
- 2) interviju precizitāte/uzticamība (visas intervijas tika veiktas, vadoties pēc viena, iepriekš izstrādāta intervijas protokola);
- 3) ekspertu iesaiste kritisko incidentu noteikšanā (katras intervijas analīzē tika iesaistīti divi pētnieki);
- 4) kritisko incidentu izsmeļošs apraksts (ja intervējamie, runājot par kritiskajiem incidentiem, tos neaprakstīja pietiekami plaši vai precīzi, viņi tika lūgti papildināt sacīto, sīkāk to paskaidrojot);
- 5) kritisko incidentu minēšanas biežums (sākumā tika apkopoti visi intervējamo nosauktie kritiskie incidenti un pēc tam noteikti biežāk minētie kritiskie incidenti. Kritiskais incidents, kā norādījusi Baterfilda, tiek uzskatīts par nozīmīgu, ja tas

parādās vismaz 25 % analizēto gadījumu. Šī pētījuma ietvaros par nozīmīgiem tika uzskatīti tie kritiskie incidenti, kas parādās vismaz 5 no 17 intervijām);

- 6) kritisko incidentu grupēšana kategorijās (kritisko incidentu kategorizēšanā tika iesaistīti divi pētnieki);
- 7) kritisko incidentu pārskatīšana, iegūstot dalībnieku atgriezenisko saiti (atgriezeniskā saite tika iegūta, veicot fokusgrupu intervijas, ka arī individuāli pārrunājot ar intervējamajiem iegūtos rezultātus un noskaidrojot, vai tie sakrīt ar viņu redzējumu);
- 8) ekspertu viedokļu iegūšana (pēc tam, kad divi pētnieki bija pārskatījuši kritiskos incidentus, tika lūgts trešā pētnieka (eksperta) neatkarīgs viedoklis par iegūto kategoriju atbilstību intervijās minētajiem kritiskajiem incidentiem);
- 9) secinājumu saskaņotība ar teoriju (pēc kritisko incidentu analīzes veikšanas iegūtie rezultāti tika salīdzināti ar citiem zinātniskajā literatūrā veiktajiem pētījumiem šajā jomā).

Līdztekus tam, ka tiek noteikti kritiskie incidenti ar pozitīvu vai negatīvu ietekmi, ECIT izstrādātāji iesaka noteikt arī vēlamos notikumus vai faktorus (*wish-list items*), kuri būtu noderīgi konkrētajā situācijā. Tie var būt cilvēki, saņemtais atbalsts, informācija, dažādu resursu pieejamība utt. Kaut arī vēlamo notikumu vai faktoru noteikšana nav iekļauta šīs metodes galvenajos soļos, šī informācija var kļūt par svarīgu resursu, lai nākotnē preventīvi novērstu ar negatīvajiem kritiskajiem incidentiem saistītus riska faktorus.

Kritisko incidentu analīzes paraugu var redzēt 10. pielikumā, savukārt kopīgos kritiskos incidentus, kas parādījās vismaz 25 % interviju, var aplūkot 11. pielikumā.

Nobeigumā var teikt, ka visas trīs datu analīzes metodes ļāva atbildēt uz dažādiem pētījuma jautājumiem, papildināja cita citu un palīdzēja sasniegt pētījuma mērķus. Nākamajā nodaļā tiks paskaidrots, kā visas trīs datu analīzes metodes tika integrētas.

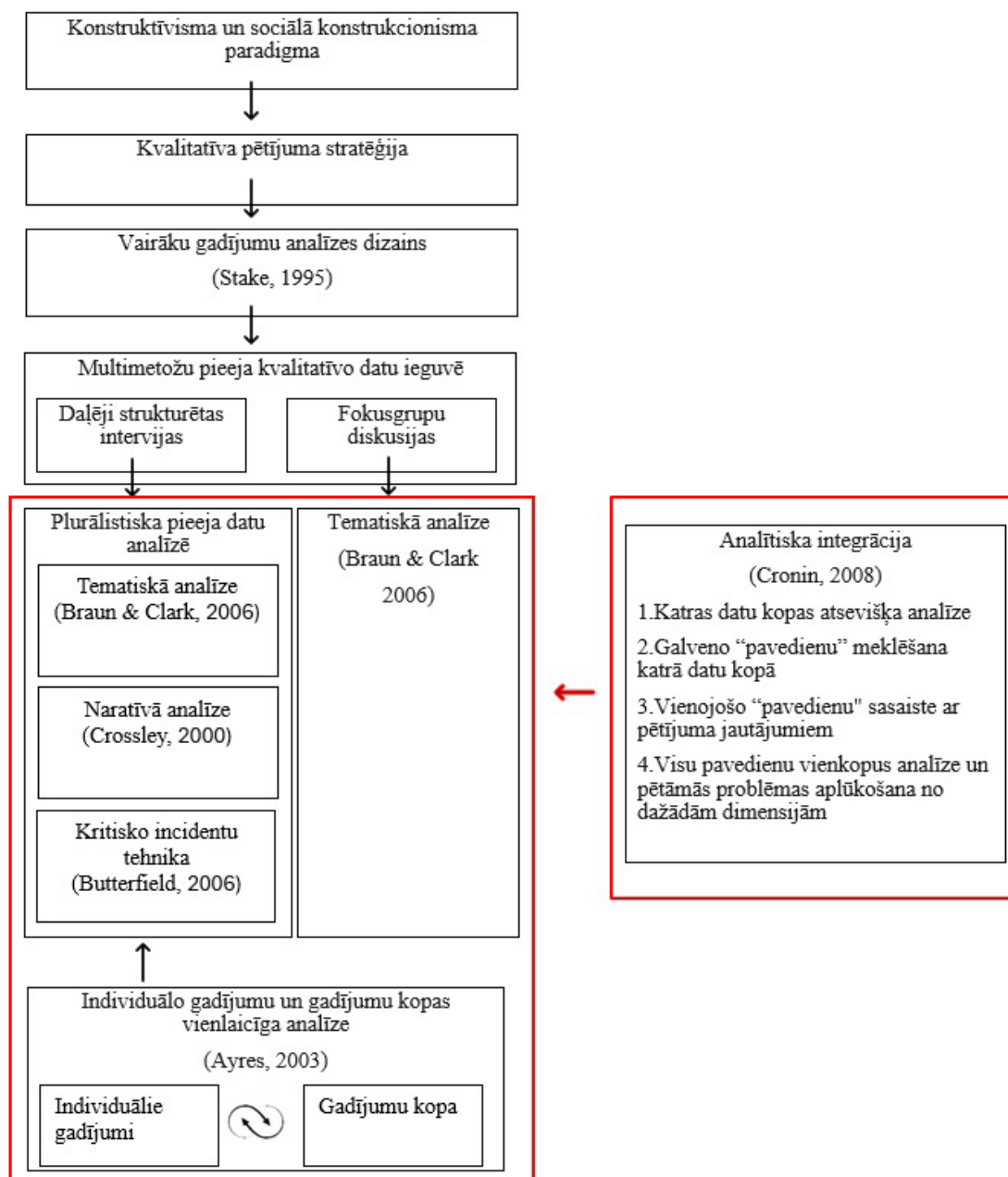
2.6. Integratīvās datu analīzes procedūras apraksts

Integratīva datu analīze kvalitatīvajā pētniecībā var tikt veikta, gan sintezējot datus no vairākām datu kopām un apvienojot tos vienā kopā, gan veicot analītisku integrāciju, proti, izmantojot dažādas datu kopas, lai atbildētu uz atšķirīgiem pētījuma jautājumiem vai izceltu kādu atšķirīgu pētāmā fenomena aspektu (Cronin et al., 2008). Šajā promocijas darbā tika izmantota analītiskā integrācija.

Lančesteras universitātes profesore Anna Kronina (*Ann Cronin*) un kolēģi, aprakstot analītiskas integrācijas procesu, uzsver, ka 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 (Cronin et al., 2008).

Pētījuma shēmu, kas iekļauj arī integratīvo datu analīzi, var aplūkot 2.1. attēlā.



2.1. attēls. Pētījuma shēma

Šajā promocijas darbā tika integrēti dati no divām datu kopām – individuālajām intervijām un fokusgrupām. Sākotnēji ar tematisko analīzi tika veikta katras datu kopas atsevišķa analīze un noteikts “centrālais pavediens” jeb dominējošās tēmas. Pēc tam šis

pavediens tika izmantots, lai atbildētu uz izvirzītajiem pētījuma jautājumiem, aplūkojot līdzības un atšķirības starp abām datu kopām.

Kā atzīst Kronina, analītiskā integrācija ir kas vairāk par daļu summu, jo nodrošina sinerģiju starp datu kopām. Arī pētījuma kontekstā bija labi redzama šī sinerģija. Piemēram, individuālajās intervijās vairāki intervējamie atzina, ka viņi drīzāk parūpēsies par citiem, nevis sevi, jo viņiem ir zems pašvērtējums. Fokusgrupu diskusijas atklāja, ka ne tikai pašvērtējums veicina rūpes par sevi, bet arī rūpes par sevi veicina pašvērtējumu. Tomēr, analizējot katru datu kopu atsevišķi, nekļuva skaidrs, kāpēc dažiem slimniekiem uzsākt rūpēties par sevi ir vieglāk, bet citiem grūtāk.

Aplūkojot abas datu kopas pamīšus, tās palīdzēja izskaidrot viena otras rezultātus. Piemēram, individuālās intervijas palīdzēja izskaidrot, kāpēc dažiem slimniekiem par spīti tam, ka viņi rūpējas par sevi, pašvērtējums tomēr nepaaugstinās. Tas saistīts ar sociālā atbalsta trūkumu. Tie, kuri dzīvo vieni vai nesocializējas, rūpējas par sevi galvenokārt praktisku apsvērumu dēļ, jo nav neviena cita, kurš par viņiem rūpēsies, taču, tā kā viņi nesaņem atgriezenisko saiti no citiem, viņu pašapziņa būtiski nepaaugstinās. Taču tie slimnieki, kuru rūpes par sevi tiek novērtētas arī no apkārtējo puses (piemēram, ģimenes locekļiem vai pacientu kopienas), iegūst no pašaprūpes ne vien praktisku labumu, bet arī sociālu atzinību, kā rezultātā paaugstinās pašvērtējums, kas savukārt atkal veicina rūpes par sevi.

Kaut arī Kroninas aprakstītie analītiskās integrācijas soļi paredzēti dažādu datu kopu integratīvai analīzei, šajā pētījumā autores aprakstītie pamatprincipi tika izmantoti arī, integrējot rezultātus no vienas datu kopas (individuālo interviju) trim datu analīzes metodēm – tematiskās analīzes, naratīvās analīzes un kritisko incidentu tehnikas.

Tā kā šajā pētījumā izmantots vairāku gadījumu analīzes dizains, pirms kopējās integratīvās analīzes tika veikta katra gadījuma (intervijas) atsevišķa analīze ar visām trim datu analīzes metodēm.

Sākotnēji ar tematisko analīzi tika noteiktas katras intervijas tēmas un apakštēmas, tad ar naratīvo analīzi tika aprakstīts, kā dažādos slimības posmos mainās naratīvais tonis, tēli un metaforas, un visbeidzot ar kritisko incidentu tehniku tika aprakstīti kritiskie incidenti, kuru ietekmē dzīvesspēks būtiski pieauga vai kritās, kā arī vēlamie notikumi un faktori, kas būtu varējuši palīdzēt konkrētajā situācijā. Otrajā solī intervijas tika vēlreiz pārlasītas, lai noteiktu galveno pavedienu jeb būtiskākos rezultātus. Katrai intervijai tika izveidots kopsavilkums, kur, apvienojot visas trīs datu analīzes metodes, tika sniegtas atbildes uz pētījuma jautājumiem (skat. 12. pielikumu). Šo kopsavilkumu var uzskatīt par Kroninas minēto trešo soli.

Pēc atsevišķo gadījumu analīzes tika veikta kopējā integratīvā analīze jeb ceturtais solis, kad vienkopus tika aplūkoti rezultāti no visām trim datu analīzes metodēm. Tas tika realizēts,

izmantojot Eiresas un kolēģu izveidoto individuālo gadījumu un gadījumu kopas vienlaicīgas analīzes pieeju (*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. Procesu, kurā uzmanība vairākas reizes tiek pārslēgta no individuālajiem gadījumiem uz gadījumu kopu un otrādi, Eiresa un viņas kolēģes sauc par naratīvo hermeneitisko spirāli. Vairākkārtējā pārslēgšanās ļauj ieraudzīt kopsakarības un saprast, kāpēc un kādas tēmas parādās tikai dažu cilvēku stāstos un kā šo tēmu parādīšanās ir saistīta ar katra indivīda unikālo dzīves kontekstu.

Pētījumos, kuros izmantots vairāku gadījumu analīzes dizains, individuālo gadījumu un gadījumu kopas vienlaicīga analīze tiek lietota samērā bieži (Banerjee & Dixit, 2016; Chung, 2019; Chonget al., 2021; Glette & Wiig, 2022), jo ļauj izdarīt kontekstuāli pamatotus un uz citiem, līdzīgiem kontekstiem pārnesamus secinājumus (Ayres et al., 2003).

Šajā pētījumā individuālo gadījumu un gadījumu kopas vienlaicīga analīze tika izmantota, jo ļāva atrast līdzsvaru starp unikālo un kopīgo. Tā palīdzēja uz dzīvesspēka attīstības un uzturēšanas stratēģijām skatīties gan horizontāli (pētot līdzīgo starp dažādiem HMS slimniekiem), gan vertikāli, ejot dziļumā un aplūkojot, kā šīs stratēģijas laika gaitā ir attīstījušās un kādi faktori tās ir ietekmējuši katrā unikālajā gadījumā un unikālajā kontekstā.

Tāpat kā veicot katra gadījuma analīzi, arī veicot kopējo integratīvo analīzi, rezultāti tika aprakstīti, atbildot atsevišķi uz katru no pētījuma jautājumiem. Piemēram, lai noskaidrotu, vai ir kādas līdzības attiecībā uz dzīvesspēka veidošanās pieredzi visā gadījumu kopā, tika izmantota tematiskā analīze, kas uzrādīja, ka lielai daļai pētījuma dalībnieku dzīvesspēks attīstās pakāpeniski. Savukārt, lai izprastu, kāpēc dažiem dalībniekiem dzīvesspēks ir attīstījies straujāk, bija jāpāriet no gadījumu kopas uz atsevišķo gadījumu analīzi un jāveic padziļināta to izpēte. Ar naratīvās analīzes palīdzību izdevās noskaidrot, ka jau slimības sākumposmā šiem dalībniekiem bija raksturīgs izteikts slimības saasinājums, kā rezultātā arī dzīvesspēks viņiem attīstījās daudz straujāk. Pēc tam atkal notika atgriešanās pie gadījumu kopas analīzes, secinot, ka dzīvesspēka izmaiņas ir cieši saistītas ar sāpju intensitātes izmaiņām.

Individuālo gadījumu un gadījumu kopas vienlaicīga analīze palīdzēja atrast ne vien kopīgo un atšķirīgo starp gadījumiem, bet arī atklāt dažādas kopsakarības, piemēram, saistību starp slimības smagumu un motivāciju par sevi rūpēties vai saistību starp vecumu, kurā slimība tika atklāta, un to, cik viegli vai grūti bija pieņemt diagnozi.

Kaut arī kvalitatīvo pētījumi rezultāti nav vispārināmi un tos nevar attiecināt uz plašāku populāciju, pateicoties detalizētajam un caurspīdīgajam procedūras un satura aprakstam, tie var

tikt pārnesti un izmantoti līdzīgos kontekstos. Nākamajā nodaļā aprakstīšu galvenos šī pētījuma zinātniskā stipruma kritērijus, kas apliecinās šī pētījuma uzticamību.

2.7. Pētījuma zinātniskā stipruma kritēriji

Tāpat kā kvantitatīvajiem pētījumiem, arī kvalitatīvajiem pētījumiem ir svarīgi nodrošināt pētījuma zinātnisko stiprumu, kas liecina par to, ka pētījuma rezultātiem var uzticēties. Šajā nodaļā ir aprakstīts, kādas procedūras tika veiktas un kādi principi ievēroti, lai nodrošinātu šī pētījuma pamatotību.

Kvalitatīvajos pētījumos zinātnisko stiprumu nosaka pētījuma pamatotība, kas saskaņā Linkolnu un Gubu (Lincoln & Guba, 1985) ietver četrus kritērijus – ticamību (*credibility*), pārnesamību (*transferability*), uzticamību (*dependability*) un apstiprināmību (*confirmability*). Kaut arī šie kritēriji tika izstrādāti pirms gandrīz 40 gadiem, tie joprojām tiek uzskatīti par kvalitatīvo pētījumu pamatotības stūrakmeņiem un uz tiem ir atsauces arī jaunākajās publikācijās par kvalitatīvo pētījumu zinātnisko stiprumu (Ahmed, 2024; Bingham, 2023; Enworo, 2023).

Ticamība norāda, cik lielā mērā kvalitatīvais pētījums atspoguļo pētāmo parādību, pārnesamība norāda, kādā mērā kvalitatīvā pētījuma lietotājs var piemērot pētījuma rezultātus savam kontekstam, uzticamība norāda uz kvalitatīvā pētījuma struktūras un rezultātu neapstrīdamu loģiku un kvalitāti, ko nodrošina precīza un adekvāta pētītās parādības vai procesa izmaiņu dokumentācija, savukārt apstiprināmība norāda uz kvalitatīvā pētījuma rezultātu neitrālumu, ko nosaka ārējā verifikācija un pamatotas datu vākšanas metodes (Pipere, 2011).

Lai pētījums tiktu uzskatīts par ticamu un atspoguļotu reālo situāciju, ir svarīgi ļoti rūpīgi ievākt un analizēt datus, izmantojot zinātniski pamatotas datu ieguves un analīzes metodes. Tikpat būtiska ir arī pētnieku pieredze un pētījuma filosofiskais pamatojums (Patton, 1999). Šajā pētījumā ticamība tika nodrošināta, pirmkārt, caur triangulāciju. Datu ieguves metožu triangulācija, kombinējot individuālās intervijas un fokusgrupas, ļāva pārliicināties, ka, ievācot datus ar individuālajām intervijām un fokusgrupu diskusijām, centrālās tēmas nemainījās. Dalībnieku verifikācija jeb iegūto rezultātu pārrunāšana ar pētījuma dalībniekiem ļāva pārliicināties, ka manas kā pētnieces interpretācijas sakrīt ar pētījuma dalībnieku redzējumu. Ticamību palīdzēja nodrošināt arī pieredzējušu pētnieku piesaiste datu triangulācijā. Šajā pētījumā visus datus analizēja divas pētnieces – es un promocijas darba vadītāja, kurai ir ilggadēja pieredze kvalitatīvajā pētniecībā. Kritisko incidentu tehnikas veikšanai papildus tikai pieaicināta eksperte – universitātes docētāja un doktorante, kurai arī ir pieredze kvalitatīvu datu apstrādē. Savukārt pārliēcību, ka izvēlēta pētījuma tēma un jautājumi ir pamatoti un uz tiem iespējams gūt ticamas atbildes, sniedza literatūras pārskats, padziļināti iepazīstoties ar darbā

lietoto jēdzienu zinātnisko interpretāciju, balstot datu iegūvi un analīzi zinātniski pamatotās metodēs, kā arī salīdzinot šī pētījuma rezultātus ar citiem līdzīgiem pētījumiem.

Lai nodrošinātu pārnesamību, pētniekam ir jāsniedz pietiekami daudz informācijas par kontekstu un procesiem, kas darbojas pētījuma vidē vai populācijā, lai lasītājs varētu izdarīt adekvātus secinājumus (Maxwell, 2021). Šajā pētījumā pārnesamība tika nodrošināta, veicot detalizētu pētījuma dalībnieku pieredzes aprakstu (t. sk. iekļaujot informāciju par atšķirībām starp pētījuma dalībniekiem ar dažādu smaguma veselības traucējumiem) un aprakstot iespējamo konteksta ietekmi uz pētījuma rezultātiem (ņemot vērā, ka pētījums notika Covid-19 ierobežojumu laikā, pētījuma dalībnieki varēja piešķirt lielāku nozīmi tam, kas viņiem tajā laikā nebija pieejams, piemēram, sociālajai mijiedarbībai, nodarbībām klātienē utt.). Niansēts rezultātu apraksts, veicot atsevišķu gadījumu un gadījumu kopas vienlaicīgu analīzi, ļāva izdarīt kontekstuāli pamatotus un uz citiem, līdzīgiem kontekstiem pārnesamus secinājumus, tādējādi dodot iespēju šī kvalitatīvā pētījuma lasītājam saprast, vai rezultāti var tikt piemēroti arī viņu interesējošajam kontekstam.

Uzticamība nozīmē to, ka pētījumam jābūt atspoguļotam tik pārskatāmi, lai citi pētnieki, analizējot datus un sekojot tiem pašiem soļiem, nonāktu pie līdzīgas interpretācijas (Nassaji, 2020). Šajā pētījumā uzticamība tika panākta, argumentēti un detalizēti aprakstot pētījumā izmantotās metodes un pamatojot katrā pētījuma posmā veiktās darbības, piemēram, aprakstot, kā pilotinterviju veikšana veicināja galīgā intervijas protokola izstrādi vai kā tika realizēta atsevišķo gadījumu un gadījumu kopas vienlaicīga analīze. Lai nodrošinātu pētījuma procesa caurspīdīgumu, tika aprakstīta arī pētnieces pozīcija un tās ietekme uz pētījuma gaitu.

Apstiprināmība, ko dažkārt dēvē arī par objektīvumu, nozīmē spēju datus interpretēt iespējami neitrāli, lai secinājumi izrietētu no datiem, nevis pētnieka subjektīvajiem pieņēmumiem vai uzskatiem. Kaut arī kvalitatīvajā pētniecībā nav iespējams pilnībā izvairīties no pētnieka subjektivitātes, to var samazināt, regulāri pārrunājot iegūtos rezultātus ar citiem pētniekiem (Korstjens & Moser, 2018). Šajā pētījumā apstiprināmība tika panākta, regulāri apspriežoties ar manu darba vadītāju, lai pārrunātu un precizētu iegūtos rezultātus katrā pētījuma posmā, sākot no pilotinterviju analīzes un beidzot ar integratīvo analīzi un secinājumu izdarīšanu. Svarīga loma apstiprināmības nodrošināšanai šajā pētījumā bija refleksivitātei. Regulāra refleksīvā žurnāla rakstīšana ļāva apzināt un iespēju robežās mazināt manu kā pētnieces subjektivitāti, piemēram, visu laiku sev pārjautājot, vai savu interpretāciju esmu balstījusi datus vai subjektīvajā pieredzē, vai esmu pareizi sapratusi pētījuma dalībnieku sacīto, vai manis uzdotie jautājumi ir pietiekami atvērti un nemudina sniegt konkrētas atbildes, vai veids, kā reaģēju uz dalībnieku stāstījumu, veicina viņus atvērties vai noslēgties utt.

Noslēgumā varu teikt, ka par zinātnisko stiprumu tika domāts visos pētījuma posmos, regulāri uzdodot sev jautājumus par to, vai pētījuma soļi ir izskaidroti pietiekami argumentēti un lasītājam saprotami, vai tie palīdz pēc iespējas labāk sasniegt pētījuma mērķi un vai, interpretējot rezultātus, esmu ņēmusi vērā visus ar kontekstu saistītos faktorus, tai skaitā savu ietekmi.

2.8. Pētījuma ētikas jautājumi

Šajā nodaļā aprakstīts promocijas darba autores pētnieces ceļš, sākot no iepazīšanās ar kvalitatīvās pētniecības ētiskajiem riskiem un beidzot ar dažādu ētisku jautājumu risināšanu praksē.

Pirms pētījuma uzsākšanas tika lasīta literatūra par ētiku kvalitatīvajā pētniecībā un apzinātas iespējamās ētiskās problēmas, kas varētu rasties šajā pētījumā, tādas kā konfidencialitātes problēma, pietiekami neizskaidrota pētījuma procedūra, attiecību problēmas starp pētnieku un pētījuma dalībniekiem, subjektivitātes problēma u. c.

Kvalitatīvos pētījumos ētisko principu ievērošana lielā mērā ir atkarīga no tā, cik vērīgs un apzināts ir pētnieks. Kaut arī pētnieki parasti labi pārzina ētikas pamatprincipus un ņem tos vērā, izstrādājot pētījuma procedūru, kā uzsver Marilisa Gillemina un Līna Džillema (Guillemine & Gillam, 2004), lai pētījums būtu ētisks ne tikai teorijā, bet arī praksē, ar procedurālu ētiku var būt nepietiekami un ir vajadzīgas arī mikroētikas prasmes. Ar mikroētiku autores saprot ikdienas ētiskās dilemmas un neparedzētas situācijas, kurās atklājas pētnieka ētiskā kompetence jeb spēja atrast piemērotākos risinājumus, lai nenodarītu pāri pētījuma dalībniekiem. Attīstīt šīs kompetences palīdz nepārtraukta refleksivitāte gan pirms pētījuma uzsākšanas, gan pētījuma laikā. Veikt refleksīvu pētījumu, pēc Gilleminas un Džillemas domām, nozīmē nepārtrauktu kritiskas pārbaudes un interpretācijas procesu saistībā ne tikai ar pētniecības metodēm un datiem, bet arī ar pētnieku, dalībniekiem un pētījuma kontekstu (Guillemine & Gillam, 2004).

Definēt iespējamos ētiskos riskus šajā pētījumā palīdzēja promocijas darba autores pieredze geštalterapijas jomā, jo, konsultējot klientus, bieži nācās saskarties ar dažādiem ētiskiem jautājumiem, piemēram, to, kā noteikt robežas un atrast līdzsvaru starp pārlietu saplūšanu ar klientu, no vienas puses, un pārāk bezpersonisku kontaktu, no otras puses.

Iespējamo risku noteikšanai sekoja ētisko principu izstrādāšana, lai nepieļautu šo problēmu rašanos, un iesnieguma sagatavošana RSU Pētījumu ētikas komitejai. Pēc atļaujas saņemšanas (skat. 1. pielikumu) tika izstrādāta informētās piekrišanas veidlapa, kurā 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 (skat. 2. pielikumu). Seši

dalībnieki, ar kuriem intervijas notika klātienē, parakstīja informētās piekrišanas veidlapu uz vietas, savukārt tie, ar kuriem intervijas notika attālināti, pirms intervijas saņēma informētās piekrišanas veidlapu e-pastā. Viens dalībnieks atsūtīja atpakaļ ieskenētu veidlapu, divi dalībnieki veidlapu atsūtīja papīra formātā, izmantojot pastu, bet astoņi dalībnieki veidlapu parakstīja, izmantojot elektronisko parakstu.

Tā kā bija svarīgi pētījuma dalībniekus informēt, ka fokusgrupās runātā informācija ir konfidenciāla, atsevišķa informētās piekrišanas veidlapa tika parakstīta arī pirms fokusgrupu diskusijām (skat. 3. pielikumu). Klātienē fokusgrupas dalībnieki to parakstīja uz vietas, bet attālinātās fokusgrupas dalībnieki izmantoja elektronisko parakstu vai atsūtīja veidlapu ieskenētā veidā.

Šajā pētījumā bija jāizmanto mikroētikas prasmes, jo nācās saskarties ar vairākiem ētiskas dabas jautājumiem, kas radās pētījuma procesā un nebija iepriekš paredzami. Turpmākajā tekstā ir aprakstīti vairāki piemēri, kā tika risinātas iepriekš identificētas, kā arī neparedzētas ētikas problēmas:

1. Konfidencialitātes un anonimitātes problēma.

Lai nepieļautu personas datu publiskošanu, veidojot transkriptus, dalībnieku identitāte tika kodēta, apzīmējot viņus ar skaitļiem no 1 līdz 17. Arī tie intervijas fragmenti, kuros pētījuma dalībnieki pieminēja savu darbavietu vai dalījās ar citiem datiem, kas varētu norādīt uz viņu identitāti, tika šifrēti.

Visi ar pētījumu saistītie elektroniskie faili tika uzglabāti pētnieces privātajā datorā, kurš ir aizsargāts ar paroli un kuram nevar piekļūt trešās personas.

2. Nepietiekami izskaidrota procedūra.

Katram dalībniekam pirms interviju uzsākšanas tika izskaidrots pētījuma mērķis, norise, kā arī viņa tiesības jebkurā brīdī pārtraukt dalību pētījumā. Dalībnieki parakstīja informētās piekrišanas veidlapu, apliecinot, ka ir iepazinušies ar minēto informāciju. Dalībniekiem bija pieejams pētījuma veicēja kontaktārunis un e-pasts gadījumiem, ja rodas kādi jautājumi. Pirms interviju uzsākšanas dalībnieki tika informēti par aptuveno intervijas ilgumu.

3. Attiecību problēmas starp pētnieku un pētījuma dalībniekiem.

Filosofs Martins Bubers izšķir divus dažādus attiecību veidus – “Es – Tas” attiecības un “Es – Tu” attiecības. Attiecībās “Es – Tas” cits tiek aplūkots un uztverts kā pasīvs objekts, kas pakļauts Es ietekmei, savukārt “Es – Tu” attiecībās Es un Tu ir līdzvērtīgi un starp viņiem pastāv dialogs (Buber, 1996).

Intervijās tika izmantota cieņpilna un lietišķa attieksme, izturoties pret pētījuma dalībniekiem nevis kā pret objektiem, kas tiek “psiholoģiski preparēti” un izmantoti pētījuma vajadzībām, bet kā pret subjektiem, ar ko tiek veidots līdzvērtīgs dialogs, neieņemot sarunā

dominējošu pozīciju. Kaut arī ar jautājumiem zināmā mērā tika vadīta saruna, interviju veicēja centās nebūt pārlietu direktīva sarunas virzības noteikšanā, ļaujot dalībniekiem ienest sarunā arī iepriekš neplānotas tēmas.

Brīžos, kad pētījuma dalībnieki stāstīja par nozīmīgiem savas dzīves notikumiem, tika izmantota empātiska klausīšanās un parafrāze. Kaut gan dažkārt dalībnieku sniegtā informācija tiešā veidā neattiecās uz pētījumu, intervējamie netika pārtraukti. Pētniecei bija svarīgi parādīt, ka pētījuma dalībnieki tiek uzklausi un viņu viedoklis cienīts.

Vairāki pētījuma dalībnieki interviju laikā atcerējās sāpīgu pieredzi, kas izraisīja spēcīgas emocijas, tai skaitā asaras. Lai pētījuma dalībniekus nespīestu atbildēt uz jautājumiem, par kuriem viņi nevēlas runāt vai kuri var aktualizēt negatīvus pārdzīvojumus, intervējamajiem tika piedāvāts pārtraukt interviju un atgādināts, ka dalībnieks jebkurā brīdī drīkst pateikt, ka nevēlas turpināt runāt par kādu tēmu. Kaut arī pētnieci interesēja, kas bijuši dalībnieku zemākie jeb krituma punkti, iztaujāšana netika turpināta, ja dalībnieki jūta diskomfortu.

Neņemot vērā sāpīgās atmiņas, visi dalībnieki izvēlējās turpināt runāt par savu pieredzi, tāpēc pētniece izturējās iekļūstīgi un šādos brīžos bija ne vien pasīvs klausītājs, bet arī izmantoja savas zināšanas psiholoģijā, sniedzot emocionālu atbalstu un palīdzot intervējamajiem pieņemt emocijas. Turpmākie jautājumi tika uzmanīgi izvēlēti, rūpējoties, lai netiek pārkāptas dalībnieku privātuma robežas un dalībnieki dalītos tikai tajā, ar ko paši vēlas.

Rakstā par pētnieka un pētījuma dalībnieku attiecībām Malfins Raheims un kolēģi (Raheim et al., 2016) atzīst, ka pārāk dziļa pētījuma dalībnieku pašatklāsmē var uzplēst vecās brūces. Ja ar tām tālāk nekas netiek darīts, šis process var nodarīt emocionālu kaitējumu pētījuma dalībniekiem. Taču vienlaikus autori atzīst, ka dalīšanās ar šādām sensitīvām tēmām var sniegt arī atvieglojumu, sevis atzišanu un iespēju paskatīties uz šo pieredzi ar citām acīm.

Apzinoties, ka intervijas nevar tikt pārvērstas par psihoterapijas sesiju, promocijas darba autore bija empātiska, uzklausi dalībnieku stāstus, tomēr nesāka padziļināti analizēt intervējamo problēmas. Pētījuma dalībniekiem (kuri vēlējās) tika piedāvāta psiholoģiskā atbalsta konsultācija tūlīt pēc intervijas vai tuvākajā laikā. No 17 pētījuma dalībniekiem šo iespēju izmantoja trīs dalībnieki.

Vēl viena ētiska rakstura problēma, ar ko šajā darbā nācās saskarties, bija robežu pārkāpšana no kāda pētījuma dalībnieka puses. Pēc notikušās intervijas viņš turpināja rakstīt intervētājamai privātas īsziņas, kurās novēlēja labu dienu, izteica komplimentus un izrādīja vēlmi veidot draudzīgas attiecības. Promocijas darba autore uz to reaģēja, piezvanot viņam un izrunājoties par radušos situāciju. Sarunas laikā tika minēts, ka pētījuma veicēja vēlas saglabāt tikai profesionālu kontaktu un nevar piedāvāt draudzību. Tika pārrunātas emocijas, kādas dalībnieks piedzīvoja pēc intervijas, un kopīgi secināts, ka šī saruna ir aktualizējusi viņa ilgas

pēc kāda cilvēka, kurš viņu saprot un atbalsta. Dalībnieks tika mudināts parūpēties par savām vajadzībām un meklēt atbalstu un domubiedrus apkārtējā vidē.

4. Subjektivitātes problēma.

Kaut arī šajā pētījumā izvēlētais paradigmas pieļauj pētnieka subjektivitāti, ir svarīgi nošķirt faktus no interpretācijas, kā arī nepretendēt uz visaptverošiem secinājumiem. Apzināties manu pētnieces subjektivitāti palīdzēja regulāri ieraksti refleksiīvajā žurnālā.

Tā kā šī pētījuma autore un interviju veicēja pati cieš no periodiskām muskuloskeletālām sāpēm, pastāvēja risks, ka autore var projicēt uz pētījuma dalībniekiem savu pieredzi, proti, pieņemt, ka viņa zina, ko dalībnieki jūt un domā. Lai izvairītos no šādas situācijas, dalībniekiem bieži tika pārjautāts vai precizēts dzirdētais, izmantojot tādas frāzes kā “Vai es Jūs pareizi sapratu?”, “Es pamanīju, ka Jūs vairākas reizes pieminējāt... Vai varētu būt, ka...?”.

Savukārt datu interpretācijas procesā darba autore centās izvairīties no vēlamo datu atlases (angl. *cherry picking*), fokusējoties nevis uz to, ko viņa gribētu akcentēt, bet uz to, ko pētījuma dalībnieks ir akcentējis kā svarīgāko. Lai “iekāptu intervējamā korpēs” un labāk viņu izprastu, klausoties ierakstu un veicot transkriptu, tika fiksētas izmaiņas ķermeņa pozā, elpošanā, balss tembrā u. c. nianšes. Mazināt subjektivitāti palīdzēja arī otras pētnieces piesaiste datu interpretācijas posmā, kas ļāva palūkoties uz datiem no cita rakursa.

Pēdējos gados arvien vairāk zinātnieku izvēlas padarīt savus pētījumu datus brīvi pieejamus visiem zinātniskās sabiedrības līmeņiem, nodrošinot FAIR principus, kas paredz, ka pētniecības dati ir atrodamā, pieejami, savietojami un atkalizmantojami (*findable, accessible, interoperable, reusable*). Tomēr, izvērtējot šī kvalitatīvā pētījuma datu sensitīvo saturu, tika pieņemts lēmums tos nepubliskot. Šie kvalitatīvie dati satur plašu informāciju, kas norāda uz pētījuma dalībnieku nodarbošanos, hobijiem, sadarbību ar veselības aprūpes speciālistiem un iesaisti dažādās pacientu organizācijās. Mēģinot anonimizēt visu, kas varētu norādīt uz personas identitāti, dati kļuvi grūti interpretējami, jo nāktos no tiem izņemt vairākus fragmentus, kas tādējādi traucētu izprast kopējo pētījuma dalībnieku pieredzes kontekstu.

Rezumējot jāatzīst, ka nav iespējams pilnībā izvairīties no visiem ar pētījuma ētiku saistītajiem izaicinājumiem, tomēr Helsinku deklarācijā minēto ētisko pamatprincipu ievērošana, kā arī regulāra refleksivitāte var ievērojami mazināt dažādu ētisko pārkāpumu iespējamību.

3. Rezultāti

Šajā nodaļā ir aprakstīti pētījuma rezultāti, integrējot visas trīs datu analīzes metodes – tematisko analīzi, naratīvo analīzi un kritisko incidentu tehniku. Tā kā pētījuma mērķa sasniegšanai tika izvirzīti seši apakšjautājumi, kas ir vērsti gan uz dzīvesspēku ietekmējošo faktoru noskaidrošanu, gan dzīvesspēka izmaiņām laika gaitā, lai atbildētu uz šiem jautājumiem, tika integrēti dati no vairākām datu analīzes metodēm. Līdz ar to iegūtie rezultāti tiks strukturēti pēc tā, uz kuru pētījuma jautājumu tie atbild, un kopīgās tēmas tiks izceltas treknrakstā.

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 dzīvesspēka izmaiņas dažādos dzīves posmos un to, kā pētījuma dalībnieki pret tām attiecas. Savukārt kritisko incidentu tehnika ļāva atrast tos iekšējos procesus vai ārējos notikumus, kas bijuši kā pagrieziena punkts HMS slimnieku dzīvesspēka attīstībā.

Atbildot uz pētījuma jautājumiem, ir ieskicēts gan tas, kā intervējamie stāsta par savu pieredzi, gan iztirzātas biežāk minētās tēmas, meklējot kopīgo un atšķirīgo starp gadījumiem. Sākotnēji bija iecere dažādu datu analīzes metožu rezultātus atspoguļot secīgi, vispirms aprakstot naratīvo toni, tēlus un metaforas un vēlāk iztirzājot kopīgās tēmas, tomēr, sākot aprakstīt datus, radās apjauta, ka naratīvais tonis mainās, ne vien atbildot uz dažādiem pētījuma jautājumiem, bet arī runājot par dažādu faktoru ietekmi uz dzīvesspēku. Tāpēc tika nolemts atbildes uz pētījuma jautājumiem veidot kā stāstu un visu trīs metožu sniegtos rezultātus izmantot pamīšus, atkarībā no tā, kurā stāsta vietā šie rezultāti visvairāk iederas.

Analizējot rezultātus, lielāks akcents tika likts uz kopīgajām iezīmēm, kas apvieno vairākus gadījumus. Biežāk minētās tēmas, atbildot uz katru no pētījuma jautājumiem, kā arī kopīgos kritiskos incidentus, kas parādās vismaz 25 % gadījumu, apkopotā veidā var aplūkot 13. pielikumā. Savukārt katra individuālā gadījuma īpatnības aprakstītas galvenokārt tajās situācijās, kad šie gadījumi būtiski atšķīrās no kopējās tendences. Pamanot šīs atšķirības, tika meklēti iespējamie skaidrojumi šī gadījuma unikālajā kontekstā, lai saprastu, kādi faktori varētu būt ietekmējuši konkrētos rezultātus. Cipari, kas norādīti iekavās aiz citātiem, norāda, kurš intervējamais teicis šos vārdus.

3.1. Dzīvesspēka veidošanās

Lai atbildētu uz pirmo pētījuma jautājumu “KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?” – tika integrēta tematiskā un naratīvā analīze. Tematiskā analīze ļāva atklāt kopīgās tēmas, par kurām dalībnieki runā, atceroties dzīvesspēka veidošanos, savukārt naratīvā analīze ļāva aprakstīt procesu, kā šīs pārmaiņas ir notikušas un kā HMS

slimnieki stāsta par savu pieredzi. Rezultāti no abām metodēm ir pasniegti aprakstošā veidā, izmantojot citātus, kuri visspilgtāk atspoguļo šo informāciju.

Interviju analīze atklāja, ka par dzīvesspēka veidošanos var runāt tikai no tā brīža, kad cilvēkam ir pietiekami slikti (fiziski vai emocionāli), lai viņš būtu gatavs atzīt problēmu un uzņemties atbildību par savas veselības un dzīves kvalitātes uzlabošanu. Kamēr sāpes ir paciešamas, liela daļa intervējamo savai veselībai nepievērš pietiekamu uzmanību un dzīvo ar attieksmi “kā ir, tā ir”.

Apkopojot dzīvesspēka rašanās pieredzes stāstus, intervijās parādījās vairākas kopīgas tēmas, kuras var grupēt divos lielos blokos. Pirmajā blokā var ietvert tēmas, kas saistītas ar to, kā intervējamie apraksta praktisko sadzīvošanu ar sāpēm: veselības problēmu nerisināšana; sadzīvošana ar sāpēm un slimību / grūtības pieņemt slimību; sāpju cēloņu meklēšana un apzināšanās; dažādu stratēģiju izmantošana sāpju mazināšanā. Otrajā blokā var ietvert tēmas, kas saistītas ar sāpju uztveri un to ietekmes uz dzīvi apzināšanos: sāpju un slimības radīto zaudējumu apzināšanās; vecuma, kurā pirmo reizi parādījās slimība un sāpes, nozīme.

Veicot tēmas “veselības problēmu nerisināšana” sīkāku analīzi, tika secināts, ka tiem slimniekiem, kuriem sāpes sākās pakāpeniski, arī dzīvesspēks attīstījās pakāpeniski, pieaugot līdz ar sāpju intensitāti. Vairāk nekā puse intervējamo atzina, ka slimības sākumā veselības problēmām netika pievērsta pietiekama uzmanība, ignorējot vai paciešot sāpes (1, 2, 4, 10, 16) un savlaicīgi nevēršoties pie ārsta (6, 10, 12). Galvenie tēli, kas parādās intervējamo naratīvos, stāstot par šo periodu, ir veselības aprūpes speciālisti, kuru vienaldzība vai zināšanu trūkums neļauj viņiem kļūt par pozitīvajiem tēliem un sniegt grūdienu dzīvesspēka attīstībā, bet tieši pretēji – veicina samierināšanos ar sāpēm un problēmas nerisināšanu. Pētījuma dalībnieku naratīvais tonis, runājot par šo periodu, bija drīzāk pesimistisks, un tajā iezīmējās nožēla attiecībā uz to, ka veselības problēmas netika uzskatītas par prioritārām (Tikai dzīvo. Ignorē, ignorē visu! Nu, es tā arī ar tādu saukli uz lūpām dzīvoju (1). Es vienkārši pacietu tās sāpes, nu. Es nezināju, ko ar viņām darīt (4). Nu, ko es varēju darīt? Ignorēju problēmu, izlikos, ka tās nav (10). Nu, neko nedarīju. Absolūti neko. Var jau būt, ka tas nebija diez ko pareizi (16)).

Savukārt tiem slimniekiem, kuriem sāpes parādījās pēkšņi un bija saistītas ar traumu, dzīvesspēks attīstījās daudz straujāk. Iespējams, ka tieši pēkšņo dzīves izmaiņu dēļ šo cilvēku naratīvais tonis bija ar izteiktāku emocionālo nokrāsu un, kaut arī ietvēra sevī traģismu (Tur nav nekādas nozīmes ne tavai pasaules uztverei, ne domāšanai, vai tu ko gribi vai negribi. Tur tās pozitīvās domāšanas... Mēs ar viņām pat caureju nevaram apturēt. Un stipras sāpes arī nevaram (17)), tomēr kopumā bija raksturojams kā optimistisks cīnītāja naratīvs, ietverot cerību uz labāku nākotni un gatavību nepadoties (Tad man likās – phū! (nopūšas). Dzīve viszemākajā punktā. Nezinu, kas tālāk būs. Bet... saņēmos. Sapratu – jābeidz čīkstēt. Tas neko nepalīdzēs.

Jādzīvo! (13) Kad nākamajā dienā es pamodos pēc operācijas, man visa dzīves glezna tālākā, turpmākā bija kā uz plaukstas (..) Bet man bija iekšējs miers pēc operācijas, kas teica – viss būs kārtībā. Viss atrisināsies (14)). Tikai viens intervējamais (5), kuram sāpes sākās pēkšņi, atzina, ka bija vajadzīgs diezgan ilgs laiks, lai emocionāli atgūtos no traumas (Kādu laiku negribējās dzīvot. Domāju par dzīves jēgu (5)).

Stāstot par savu pagātņi no tagadnes perspektīvas, daži intervējamie neverbāli pastiprināja naratīvo toni, piemēram, smagi nopūšoties (Ko tik kādreiz nedarīju – slidoju, braucu ar laivām, ar riteņiem. Ai... (nopūšas). Katrs stūrītis dārzā bija izplauts. Tagad vairs nevaru to visu (nopūšas) (16)), vai ieturot biežākas pauzes un runājot lejupslīdošā tonī (Bet sajūta, vot, tās slimības sākumā (pauze)... tā krīze, kad tu vairs nevari izturēt, kad vajadzēja sākt nopietni ārstēties, lai vispār var izdzīvot (pauze)... Nu, dzīvot tālāk – tā bija tāda kā galotne. (12)). Naratīvo toni paspilgtināja arī intervējamo izvēlētie vārdi, lai raksturotu savas emocijas, tādi kā šausmīgi, briesmīgi, drausmīgi (2), bezspēcība un bezcerība (5), smagums, depresija (12).

Analizējot slimnieku stāstus, var izteikt pieņēmumu: jo smagāka slimības gaita un jo spēcīgākas sāpes, jo vairāk slimnieki gatavi iesaistīties savu veselības problēmu risināšanā un jo vairāk viņu naratīvajā tonī jūtama apņēmība un dzīvēsspēks. Atrāšanās grūti paciešamos apstākļos veicina straujāku dzīvēsspēka attīstību, jo pati dzīve piespiež būt stipram (Bet arī dzīve piespiež. Tā ir attīstīšana. Nevienš jau no laba prāta netrenējas kaut kādā sāpju panesamībā, ja tu neesi kaut kāds tur jogs vai faķīrs (2)). Tomēr dzīvēsspēks attīstās tikai tad, ja slimnieki redz vai vismaz cer atrast risinājumu savām problēmām un saskata jēgu savai dzīvei. Jūtot bezspēcību un bezcerību, dzīvēsspēks neveidojas.

Mēģinot atbildēt uz jautājumu, kāpēc, piedzīvojot “kritienu lejup”, dažiem slimniekiem dzīvēsspēks sāk veidoties ātrāk un viņi atrod sevī spēku, lai “atlēktu atpakaļ”, bet citiem šis process aizņem ilgāku laiku, tiek secināts, ka katram ir savs grūtību apjoms, ko viņš var paciest. To, cik dziļam jābūt “kritienam lejup”, lai cilvēks atrastu punktu, no kura atsperties, un cik ātri tas notiks, ietekmē sāpju intensitāte un cilvēka pacietības mērs, tas, vai cilvēkam ir cerība, ka varētu kļūt labāk, un tas, cik daudz informatīvo, emocionālo un cita veida resursu ir cilvēka rīcībā. Sīkāk dažādu faktoru ietekme tiks aplūkota, atbildot uz otro pētījuma jautājumu.

Veicot tēmas “sadzīvošana ar sāpēm un slimību / grūtības pieņemt slimību” sīkāku analīzi, tika secināts, ka slimības sākumposmā daļai intervējamo (3, 6, 7, 14, 12, 10) lielākās grūtības radīja ne vien fiziskā sāpju sajūta, kuru nācās paciest, bet slimības radītie fiziskie ierobežojumi, kas atstāja ietekmi uz ikdienas dzīvesveidu, ietekmējot arī emocionālo un sociālo jomu (Man bija kaut kā īpašāk un savādāk viss nekā citiem un... Nevarēju ilgi staigāt. (..) Nu, jā, es krenķējos, ka es kaut ko tur nevaru... fiziski tā kā izdarīt. Un kāpēc ar mani tas ir noticis? (3).

Man bija ļoti grūti adaptēties. Es visu laiku biju ļoti aktīva, bet vienā brīdī es vairs nevarēju neko izdarīt. Draugi atgrūda, vecāki nepieņēma (6)).

Izvērtējot, kāpēc daļai intervējamo slimības sākumposmā bija vieglāk sadzīvot ar slimību, bet daļai tas prasīja ilgāku laiku, tika secināts, ka grūtāk bija tiem intervējamajiem, kuriem slimība izraisīja ļoti intensīvas ciešanas (Man ir bijušas tās riktīgās sāpes, kad esi gatavs pa sienām rāpties, bet tu neko nevari (17)), kas radīja acīmredzamus kustību ierobežojumus (Tā kā sevi es biju pieņēmis priekš sevis. Bet ne priekš apkārtējiem. Nu, teiksim, tā, man nekur, ne feisbukā, ne draugos nebija bildes, kur es esmu ratos (14)) vai vizuāli pamanāmas izmaiņas (Bet tas ir šausmīgi grūti, ka tu nevari uzvilkt apavus. Es toreiz “sekond hendā” pirku. Nu, kad tu nevari vairs, nu, tā kā sapucēties. Jo apavi ir ļoti svarīgi ... Nu, psiholoģiski sāp, ka vairs nevarēsi tā vai šitā (2). Un bija grūti cilvēkam pateikt – tu man patīc, bet es nāku komplektā, lūk, ar šo. Es esmu stīvs. Dzīvosim kopā, bet visur būs manas blaugznas (10)).

Jāpiebilst, ka spēja sadzīvot ar sāpēm ne vienmēr vērtējama nepārprotami. Dažos gadījumos pielāgošanās slimībai un iemācīšanās mazināt sāpes palīdzēja integrēt slimību ikdienā un turpināt ierasto dzīves ritmu, par spīti sāpēm (Tagad, paskatoties atpakaļ uz to periodu, visu laiku ar šīm muguras sāpēm es dzīvoju. Varbūt viņas ir mazāk vai vairāk, bet visu laiku tās ir (8)), taču dažkārt sāpju “apārstēšana” un simptomu “mīkstināšana” kavēja vēršanos pie ārsta un nopietnas ārstēšanas uzsākšanu (Un varbūt, “pateicoties” visiem šitiem līdzekļiem, kas tā kā sāpes samazināja, es novedu sevi tik tālu, kamēr man mugura pārlūza. Ja es sāktu ārstēties ātrāk, uzreiz, varbūt man nevajadzētu tikt līdz invaliditātei (12)).

Veicot tēmas “sāpju cēloņu meklēšana un apzināšanās” analīzi, tika secināts, ka slimības sākumposmā daļa intervējamo (2, 4, 7, 9, 11) centās atrast sāpju fiziskos cēloņus, bet daļa (5, 13, 14) centās ieraudzīt kādas dziļākas, ar fiziskiem iemesliem nesaistītas cēloņsakarības tam, kāpēc viņus piemeklējušas veselības problēmas. Visi intervējamie, kuri meklēja kādu dziļāku skaidrojumu slimībai, bija piedzīvojuši traumu un zaudējuši spēju staigāt, kā arī īsi pēc notikušās traumas bija pievērsušies Dievam. Iespējams, ka, tieši pateicoties spējai ieraudzīt kādu dziļāku jēgu ciešanās un sāpēs, šiem cilvēkiem izdevās nesalūzt grūtību priekšā un attīstīt dzīves spēku.

Vēl kāda tēma, kas parādījās visās intervijās, bija “dažādu stratēģiju izmantošana sāpju mazināšanā”. Intervējamie izmantoja tradicionālās ārstēšanas metodes, vēršoties pie mediķiem un lietojot medikamentus (4, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17), meklēja dažādus brīnumlīdzekļus un netradicionālus ceļus, kā uzveikt sāpes (10, 11), kā arī kombinēja tradicionālās un netradicionālās metodes (2, 8, 7, 12). Jo intensīvākas bija sāpes, jo aktīvāk slimnieki meklēja dažādus risinājumus un bija atvērtāki metožu daudzveidībai (Nu, man bija tāda stadija, ka es, ja man teiktu, ka palīdz, tad es arī savu sūdu ēstu, ja es zinātu, ka tas ārstē (2)). Nosliekšanos

par labu dažādām netradicionālām metodēm ietekmēja arī tas, ka ārsti nesniedza pietiekami plašu informāciju par diagnozi, bija grūti pieejami vai piedāvāja tikai risinājumus cīņai ar slimības sekām.

Sīkāk aplūkojot tēmu “sāpju un slimības radīto zaudējumu apzināšanās”, var secināt, ka biežāk minētais zaudējums, kuru, runājot par slimības sākumu, pieminēja vairāki slimnieki, ir atvadīšanās no iedomātās nākotnes un sapņiem, piemēram, no tā, ka vairs nekad nevarēs staigāt augstpapēžu kurpēs (2), slidot (3), dienēt armijā (6), strādāt algotu darbu (12). Visvairāk zaudējumu fiziskajā, sociālajā un emocionālajā dimensijā pieminēja tie intervējamie, kurus slimība bija skārusi vismagāk un kuri bija zaudējuši spēju staigāt (5, 13, 14). Tomēr interesanti, ka, runājot par vēlākajiem slimības posmiem, tieši šie paši cilvēki uzrādīja vislielāko dzīvesspēku un spēja ar pateicību uzlūkot labās lietas savā ikdienā, neskatoties uz dažādajiem ierobežojumiem.

Tēma, kas nedaudz parādījās individuālajās intervijās, tomēr vairāk tika izcelta fokusgrupu intervijās, ir “vecuma, kurā pirmo reizi parādījās slimība un sāpes, nozīme”. Intervējamie atzina, ka ir vieglāk, ja slimība tiek atklāta bērnībā, kad tev vēl nav gaidu attiecībā pret nākotni (Man šīs problēmas, muguras sāpes parādījās jau kopš bērnības, bet toreiz slimību nediagnosticēja. Es to pieņēmu kā normālu parādību, pašu par sevi saprotamu lietu (1)), vai arī pieaugušā vecumā, kad vari uz lietām skatīties reālistiski (Apzinātā, pieaugušā vecumā tu uz to situāciju skaties savādāk. Vari meklēt informāciju, vari meklēt, kas notiek apkārt, ko saka ārsti (9)). Visgrūtāk pieņemt slimību ir tad, ja tā tiek atklāta pusaudžu vecumā, kurš jau pats par sevi ir izaicinošs, bet veselības problēmas to padara īpaši grūtu (Varbūt būtu labāk, ja man būtu atklāts agrāk, un tad es nebūtu sev uzstādījusi tādas ambīcijas. Es gribēju kļūt par vienas profesijas pārstāvi, neizdevās (6)).

Rezumējot visu iepriekš teikto, var apgalvot, ka dzīvesspēks vienmēr attīstās kā pretspars grūtībām. Kamēr grūtības nerasniedz katra individuālo pacietības mēru, dzīvesspēks neattīstās vai attīstās ļoti lēnām. Galvenais virzītājspēks, kas liek cilvēkiem uzņemties atbildību un atsperties no zemākā punkta, ir cerība, ka varētu kļūt labāk vai vismaz nepalikot sliktāk. Naratīvo toni, runājot par slimības sākumposmu, lielā mērā ietekmē tas, vai intervējamie to atceras kā posmu, kurā viņiem bija pietiekami daudz iekšējo un ārējo resursu, vai kā posmu, kurā viņi jutās bezspēcīgi un vieni slimības priekšā.

3.2. Dzīvesspēka veidošanos ietekmējošie faktori

Lai atbildētu uz otro pētījuma jautājumu “Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam?” – tika integrēta tematiskā un naratīvā analīze. Tematiskā analīze ļāva noteikt biežāk minētos faktoros, kas ir ietekmējuši dzīvesspēku, bet

naratīvā analīze ļāva aprakstīt to, kā HMS slimnieki stāsta par savu pieredzi un kā apraksta procesu, kurā nonāca līdz dažādām dzīvesspēka veicināšanas stratēģijām.

Starp biežākajiem traucējošajiem faktoriem, kas kavēja dzīvesspēka attīstību, slimnieki minēja tādus faktoros kā 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 neatbilstošas fiziskās slodzes negatīvā ietekme uz pašsajūtu.

Savukārt kā palīdzošie faktori, kas veicināja 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.

Sīkāk aplūkojot tādu faktoru kā “informācijas trūkums par sāpju cēloņiem un slimību”, var secināt, ka informācijas trūkums bija viens no iemesliem, kāpēc slimnieki (2, 4, 6, 10, 11, 12) ilgstoši pacieta sāpes un novēloti saņēma nepieciešamo medicīnisko palīdzību. Tas kavēja atbildības uzņemšanos par veselību un līdz ar to dzīvesspēka attīstību. Dažos gadījumos slimnieki paši samierinājās ar sāpēm un nemeklēja informāciju (4, 11, 12), bet atsevišķos gadījumos problēmas iemesls bija ārstu nepietiekamā iedziļināšanās problēmā un nespēja noteikt pareizo diagnozi (6, 10).

Slimnieki, kuri bija labāk informēti par diagnozi un tās ārstēšanas iespējām, mērķtiecīgāk un savlaicīgāk nonāca pie vajadzīgās terapijas (Es uzskatu, ka man ir paveicies, jo man tajā laikā pagadījās labs ģimenes ārsts (..), kurš burtiski uzstāja, ka man ir artrīts (..) Un tā es pirmoreiz nokļuvu slimnīcā. (..) Līdz ar to man ir paveicies ar to, ka man kauli, nu ...kā tādi nav ļoti traumēti (9)), bet tie slimnieki, kuriem trūka informācijas par simptomu cēloņiem un iespējām mazināt sāpes, biežāk izmēģināja dažādus brīnumlīdzekļus un nereti zaudēja laiku (Es būtu nonācis pie bioloģiskajiem preparātiem gadus 6–7 ātrāk, ja vien ģimenes ārsts saprastu, kas man kaiš (10)).

Iepriekš minētais liek secināt, ka būtiska loma tajā, lai slimnieki nonāktu pie drošicamas informācijas, ir ģimenes ārstiem, kas tālāk var nosūtīt pie attiecīgajiem speciālistiem (Es vienkārši pacietu tās sāpes, nu. Es nezināju, ko ar viņām darīt. Es nezināju, ka ir tāds ārsts reimatologs, un es nezināju, kā tās noņemt (4)), taču, kā atzina daži slimnieki (4, 7, 10), reizēm informācija par iespējamo diagnozi vai ārstēšanas iespējām pie slimniekiem atnāk pa citiem kanāliem. (Tur (pacientu biedrībā) es ieguvu informāciju, kas tas ir (4). Vienā brīdī ar psoriāzi, sāpēm locītavās, uzpampušajiem pēdu pirkstiem un roku pirkstiem es pats aizdomājos līdz reimatoloģijai (10). Konkrēti, manā gadījumā, ar locītavu sāpēm vēršoties pie speciālista, man

nepaveicās. Speciālists prasīja: Ko jūs no manis gribat? Ko lai es jums saku? Protezēšanas operācija jāgaida gadiem ilgi. Bet, kas man būtu jādara, lai nenonāk līdz tai operācijai? – Staigājiet un domājiet labas domas! – tas bija vienīgais padoms, ko saņēmu. Es biju lasījusi par osteoreflsoterapiju, prasu viņam, varbūt to derētu izmēģināt? – Ā, tā ir laba lieta! Uzlabo asins apgādi. Varat pamēģināt. Tā nu, pašam jāseko, jāmeklē padomi arī internetā (7F)).

Ja slimniekiem trūkst informācijas par diagnozi un tās ārstēšanas iespējām, viņi to mēdz meklēt internetā un uzklausa dažādus padomus, kas dažkārt var būt vērtīgi, bet reizēm var būt arī maldīgi un nenovest pie cerētā rezultāta. Piedzīvojot atkārtotu vilšanos dažādās metodēs, var iestāties bezcerība un tādējādi arī kristies dzīvesspēks (Man samazinās vēlme kaut ko darīt, kad es neredzu rezultātu, kad tas pozitīvais rezultāts netiek iegūts (1). Es atceros to elli, kad tu dari visu ko, bet īsti labāk nepaliek (10)).

Izpētot faktoru “nepietiekamas rūpes par veselību,” tika secināts, ka rūpju par sevi trūkums bija viens no veselības problēmu iemesliem un sāpju pastiprinātājiem, kas kavēja dzīvesspēka attīstību (1, 2, 3, 8, 11, 12, 16) (Domāju, ka tā bija dzīvesveida kopsomma. Ļoti daudz sēdēju pie datora, liekais svars, loģiski (11)). Daļa intervējamo atzina, ka slimības sākumposmā vai nu vispār iztrūka rūpes par sevi (Tā kā strādāju priekš sevis, nevarēju aiziet uz slimības lapu nekādi, kamēr kustējos. Un tikai tad, kad jau kāja neklausīja, tad aizgāju pie daktera (12)), vai tās bija kampaņveidīgas un parādījās saasinājuma brīžos (Mājās darīt es esmu slinks, darīšu tad, kad man būs pavisam slikti (1)). Tomēr dažkārt tieši intensīvās sāpes bija iemesls tam, kāpēc cilvēkam bija grūti par sevi rūpēties un, piemēram, nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm (6, 9, 14, 15). (To sāpju dēļ ļoti bieži sanāk nevingrot, tad es nevingroju un neko nedaru (14)). Rūpes par sevi apgrūtināja arī veselības pakalpojumu nepieejamība (Tajā laikā, cik es atceros, man nepiedāvāja nekādu fizioterapiju, nekādu rehabilitāciju, pilnīgi neko. Izoperēja un palaida (8)). Līdz ar to nevar skaidri apgalvot, ka visos gadījumos iemesls, kādēļ cilvēks par sevi nerūpējās, bija tikai motivācijas trūkums.

To, kāpēc dažkārt cilvēki nepietiekami rūpējās par savu veselību un neieklausījās sava ķermeņa signālos, ietekmēja tāds faktors kā “citu vajadzību stādīšana augstāk par savām vajadzībām”. Tie slimnieki, kuri citu vajadzības uzskatīja par svarīgākām (1, 3, 4, 6, 9) nekā savas vajadzības, ilgstošāk pacieta sāpes, nemeklējot risinājumu (Man ir raksturīgi vairāk rūpēties par citiem, nevis par sevi. (..) Es atturos no sava laika organizēšanas savā labā. Es gaidu aicinājumu, kad kādam vajag palīdzēt, kam vajag vairāk. Jo man nav tik slikti (1). Kāds varbūt teiks, ka es par maz par sevi padomāju, tā arī varbūt ir taisnība (3)), savukārt slimnieki, kuri uzskatīja sevi par svarīgiem un nostādīja sevi dzīves centrā, daudz lielākā mērā bija gatavi meklēt risinājumus, lai novērstu sāpes (Vai tā ir audzināšana, vai tas ir mentāli – man nepatīk justies slikti. Un, ja man tā mugura sāp, es to negribu ciest. (..) Es baigi sevi mīlu! Pirmajā vietā

dzīvē es esmu sev pati (8). Es neesmu nekad bijis upuris un gribējis, lai mani kāds baigi žēlo (..) Es strādāju, un es ņēmu to studējošā kredītu, lai es varētu samaksāt par visu to, ko es tur darīju (10)).

Cilvēks, kurš cieš no hroniskām sāpēm, ne vienmēr var sadzīviski un emocionāli ar visu tikt galā pats, tāpēc dzīvespēka veidošanos var negatīvi ietekmēt tāds faktors kā “sociālā atbalsta lūgšanas vai saņemšanas grūtības”. Daļa intervējamo (2, 4, 6, 9, 10, 12) atzina, ka slimības sākumposmā ir piedzīvojuši sapratnes un atbalsta trūkumu no tuviniekiem. Šajā gadījumā HMS slimnieki redzēja sev tuvajos cilvēkos potenciāla atbalsta iespēju, kas tomēr netika saņemts. Tuvinieki, kas būtu varējuši kļūt par stāsta pozitīvajiem tēliem un, iespējams, vieniem no galvenajiem varoņiem, savas atturīgās pozīcijas dēļ palika kaut kur “ēnā”. Tie slimnieki, kuru veselības problēmas nebija no malas tik viegli pamanāmas, atzina, ka tuvinieki bieži vien nesniedza iedrošinājumu vai atbalstu veselības problēmu risināšanā vai arī nespēja pieņemt otra nevarību (Ilgu laiku sāpēja. Vecāki tā kā neuztvēra to nopietni, uzskatīja, ka es simulēju, lai nebūtu jāiet uz skolu (6). Tas varbūt briesmīgi izklausīsies, bet es nevarētu teikt, ka tajā laikā bija kāds cilvēks, kurš mani baigi atbalstīja, kuram es varētu pateikt milzīgo lielo paldies par to, ka izvilka mani cauri tam, jo tāda īsti nebija (10). Mans dzīvesbiedrs to nevarēja pieņemt nekādi. Un tā bija asākā krīze, ka man nebija atbalsta no dzīvesbiedra. Man vajadzēja tikt galā pašai(12). Tuvinieki arī reizēm: – Nu, kā tu nevari, nav jau tev tik traki! Nav šobrīd tev rokas tik ļoti pietūkušas... Un es jau arī nemēģinu teikt, redzi, šobrīd man ļoti sāp, es nedarīšu (9)), savukārt tiem slimniekiem, kuriem sāpes izraisīja pēkšņa trauma un veselības problēmas bija acīmredzamas, arī tuvinieku atbalsts bija lielāks (Ļoti daudz man ir mamma palīdzējusi. Visus šos gadus viņa bijusi līdzās, kopusi (13). Vecāki man ieaudzināja tādu raksturu, vienalga, sāp, nesāp, ir slikti, nav slikti, mēs kāpjām mašīnā un braucām uz Latgali (14)).

Ņemot vērā, ka dažkārt sāpes no malas nav pamanāmas, ir svarīgi, lai arī paši slimnieki uzdrīkstētos runāt par savām vajadzībām un meklētu palīdzību (Tad, kad es esmu pļecka, tad manam nabaga vīram saku – izvēri vīstu! Man ir placebo – vistas buljons. Vajag, lai mani samīļo (17)). Tomēr vairākiem intervējamajiem (3, 9, 10, 16) slimības sākumā bija ļoti grūti atzīt savu nevarību un runāt par emocijām (Atceros, ka skolas gados katru reizi, kad mamma ierunājās, ka varbūt man vajadzētu aiziet pie ārsta, es mammai teicu – mammu nerunā par šo, es negribu iet pie ārsta un negribu runāt par šo. Un tad mamma par to vairs arī nerunāja. Tas, ko es tagad saprotu, ka viņai vajadzēja tomēr runāt (10)). Ja slimnieki spētu izmantot pieejamos emocionālā atbalsta resursus, iespējams, ka dzīvespēks attīstītos straujāk.

Analizējot tādu faktoru kā “sāpju saistība ar emocionālo stāvokli”, tika secināts, ka nepatīkamas emocijas mēdza pastiprināt sāpju sajūtu (2, 6, 8, 10, 11, 17). Vairākās intervijās atklājās stresa negatīvā ietekme uz sāpēm (Ja darbā ir kaut kāds stress un krenķi, tad uzreiz

vairāk jūt tās sāpes (2). Un, ņemot vērā, ka mums un manai diagnozei ļoti daudz nāk no galvas, no stresa un no psihosomātikas, no negulēšanas, tad fiziska slodze ļoti palīdz mazināt stresu, sakārtot grafiku, gulēt vairāk (10). Stress visādos veidos grauj: cilvēki savilkti, asinsrite bremsējas (11). Turpretī patīkamas emocijas sāpes mazināja. Ziniet, kā: tev var kaut kas sāpēt, bet tad ierodas mans mazdēliņš un man vispār nekas nesāp, kamēr viņš ir te pie manis (9). Un tas psiholoģiskais jau arī palīdz mazināt sāpes, kad izej ārā, satieci ar cilvēkiem (14)). Taču intervējamie (10, 14, 15) atzina, ka ne tikai emocijas mēdza izprovocēt sāpes, bet arī sāpes mēdza izprovocēt dažādas emocijas, piemēram, pastiprināt dusmas (Sāpes ir sāpes. Tās tevi trobelē visu laiku – no rīta līdz vakaram. Un tava nervu sistēma arī neiztur. Varbūt tu dažreiz kaut ko skaļāk paud (..) Tu vari palikt vai nu dusmīgs, vai otrādi – sevis žēl (15)).

Kaut arī iepriekš tika secināts, ka, pieaugot sāpju intensitātei, pieaug arī dzīvesspēks, aplūkojot sīkāk dzīvesspēka un sāpju saistību, tika konstatēts, ka tas notiek tikai līdz zināmai robežai, proti, kamēr sāpes ir pietiekami stipras, lai rastos motivācija veikt kādas izmaiņas, bet ne tik stipras, lai apturētu jebkādu darbību. Ja sāpes ir pārāk intensīvas vai pārāk ilgstošas, tās atņem enerģiju un dzīvesspēks atkal krītas (Manuprāt, sāpes ir kā tāds enkurs, kas man neļauj darīt to, ko es varētu darīt. Ja man nebūtu sāpes, es sen jau būtu patstāvīgs (14.) Jo tad, kad man ļoti sāp, man gribas ļoti rupji lamāties, mest visu pa gaisu. Tās ir tādas dusmas un bezspēcība – viss kopā (17)).

Visbeidzot, kā pēdējais dzīvesspēku kavējošais faktors būtu jāmin “neatbilstošas fiziskās slodzes negatīvā ietekme uz pašsajūtu”. Daži intervējamie (6, 11, 12, 15) atzina, ka pārpūlēšanās vai, tieši pretēji, nekā nedarīšana ir divi grāvji, kas nelabvēlīgi ietekmē fizisko pašsajūtu (Bet es zinu, kāpēc es pārtraucu vingrot. Es reāli pārpūlējos. Es nebiju kādu laiku vingrojis un tad taisīju vingrinājumus pēc ilgāka laika un kaut kā ļoti intensīvi mēģināju darīt to, ko es biju darījis. Un es sev kaut ko aizlauzu laikam. Man pilnīgi mugura pēc tam nobloķējās. Es ļoti nobijos no tiem vingrinājumiem, tāpēc neesmu pie tiem atgriezies (11). Agrāk bija tā, ka es daru un vēl man vajag, un vēl. Jūtu, ka nepaspēju izdarīt, tad sāku krenķēties. Kaut vai pa nakti, bet vienalga es to padarīšu! Vienalga, kaut vai, kā saka, kaut vai asinis no deguna (12)).

Galvenā problēma ar neatbilstošu fizisko slodzi ir tā, ka šāda pārspīlēta slodze un pakāpeniskuma neievērošana traucē ieviest mērenus, bet pastāvīgus ieradumus, tā vietā radot situāciju, kurā cilvēks lēkā no kampaņas uz kampaņu, pārpūloties un pēc tam atkal ilgāku laiku neko nedarot (Piemēram, tu nolem iziet ārā uz 15 minūtēm, bet ir tik labi, ka tu noej stundu. Tad tu atnāksi mājās, tev sāpēs kājas, un otrā dienā tu vairs neiziesi. Ja es būtu tās 15 minūtes godīgi izgājis, ķermenis varbūt pielāgotos, un nākamajā dienā es atkal varētu noiet tās 15 minūtes (11)).

Savukārt, runājot par palīdzošajiem faktoriem, kas veicināja dzīvesspēka attīstību, kā galvenais faktors jāmin “atbildības uzņemšanās par veselības uzlabošanu un nepadošanās sāpju priekšā”. Liela daļa slimnieku (2, 7, 8, 13, 15, 17) atzina, ka apjaušma, ka pats esi atbildīgs par savu pašsajūtu, deva pozitīvu grūdienu un ļāva atsperties no zemākā punkta (Un tad es domāju: – Nē! Es nesabrukšu, es principā nesabrukšu, jo man ir kauns no tā. Es negribu sabrukt! Protams, es varu salauzt kājas, es varu pakļūt zem mašīnas. Es varbūt varu sajukt prātā. Bet, kamēr es spēju regulēt, es gribu pret apkārtējo sabiedrību izskatīties un justies labi! (8). Saņēmos. Sapratu – jābeidz čīkstēt. Tas neko nepalīdzēs. Jādzīvo! (..) Čīkstēšana un sevis žēlošana nav palīdzīga, arī sevis un citu vainošana nepalīdz, bet tieši otrādi – traucē atveseļoties (13). Mēs esam paši atbildīgi par savu dzīvi! Un, ja tu to pieņem, nemeklēsi, neapvainosi citus, nebūsi dusmīgs. Vienkārši – vajag justies kā pieaugušam cilvēkam. Situācija ir tāda, kāda viņa ir (15)).

Dzīvesspēka attīstībā būtiska loma ir bērnībā piedzīvotajam vecāku paraugam un dzīves pieredzei. Zinot, ka vecāki spēja tikt galā ar grūtībām, ir vieglāk grūtību priekšā atrast spēku arī sevī (Tas ir raksturs, es domāju. Tas ir tēvs – es tā domāju. Manai mammītei ar nav bijusi viegla dzīve, bet tēvs bija izsūtīts (2). Es redzēju, ka viņi savā vecumā, kad saslima, negribēja palikt uz gultas. Vingroja gultā. Tas bija tā! Domāju, ja viņi to var, tad kā man nevarēt (9)! Man bija vectēvs. Viņam tās domas bija tik dziļas, man no viņa daudz kas palika, ko es izmantoju praksē. Kad es biju maziņš, es varbūt nepievērsu uzmanību, nesapratu, bet, kad es nokļuvu šajā situācijā, es sāku saprast, ko viņš man mācīja (14)).

Par svarīgu, palīdzīgu faktoru uzskatāma “apkārtējo atbalsta un iedvesmas nozīme”. Ir būtiski, lai cilvēks nepaliek viens savās ciešanās un var saņemt no tuviniekiem praktisku un emocionālu atbalstu (Es tajā laikā dzīvoju viena pati. Teicu viņai – nāc dzīvot pie manis! Mēs esam divi kroplīši, mums būs vieglāk (8). Briesmīgākais nav ciešanas, briesmīgākais ir būt tajās vienam (17)). Pat, ja otra klātbūtne nespēj mazināt sāpes, emocionālā līmenī atbalsts palīdz vieglāk pieņemt šīs sāpes un slimību.

Tāpat ir svarīgi, lai cilvēks var mijiedarboties ar citiem, kuriem ir līdzīgas problēmas, piemēram, iesaistoties pacientu organizācijās. Vairāki intervējamie (2, 3, 4, 6, 9) atzina, ka informatīvais un emocionālais atbalsts, kā arī iedrošinājums, ko slimnieks var iegūt mijiedarbībā ar citiem slimniekiem, palīdz vieglāk pieņemt slimību un vairo dzīvesspēku (Īstenībā mums tā biedrība ir svarīga, cilvēku tikšanās, izvilksana no mājas, satiekas cilvēki ar līdzīgu diagnozi, līdzīgu problēmu. Tad tu saproti, ka neesi viens (3F). Biedrībā katrs pastāsta, kā viņam iet, drīzāk pasmejas par likstām. Vairāk ar humoru. Kad visi satikušies, neskatoties, kāds kuram vecums, visi tā – vairāk ar pozitīvo (9)).

Slimības sākumposmā, kad valda apjukums, svarīgs ir ne vien tuvinieku un citu slimnieku atbalsts, bet arī iespēja saņemt profesionālu psiholoģisku palīdzību. Jo īpaši svarīgas ir tad, ja slimība un sāpes ir sākušās strauji un būtiski mainījušas cilvēka ierasto ikdienu. Vairāki intervējamie (6, 12, 14, 15) atzina, ka tieši psiholoģiskais atbalsts viņiem palīdzēja pieņemt slimību (Visdrīzāk man palīdzēja psiholoģiska palīdzība pieņemt to saslimšanu. Kad pieņem, tad tev ir daudz vieglāk tā kā tikt tam pāri (6). Tad palīdzēja vairāk psiholoģe, nu, kā saka, izzāgēt ārā to smagumu (12). Bet man ļoti palīdzēja tā psiholoģe, psihoterapeite. (..) Viņa ļoti lielu ieguldījumu uztaisīja manā attīstībā. Ja ne viņa, es nezinu, kur es būtu tagad un ko es darītu tagad. Viņa palīdzēja sākt strādāt ar sevi (14)).

Sīkāk aplūkojot tādu dzīvesspēku veicinošo faktoru kā “dažādu sāpju mazināšanas paņēmieni izmantošana”, varēja pamanīt, ka līdztekus medikamentu lietošanai visbiežāk slimnieki sāpju mazināšanai izmantoja fiziskās aktivitātes (1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 14), apmeklēja dažādas procedūras un lietoja sāpes mazināšanas palīgierīces (3, 14, 7, 9), eksperimentēja ar uzturu (4, 9, 10), centās sakārtot veselību enerģētiskā līmenī (3, 7). Visi intervējamie izmantoja vairāk nekā vienu stratēģiju.

Ja ar izvēlētajām stratēģijām slimniekiem neizdevās sasniegt cerētos rezultātus, tas negatīvi ietekmēja dzīvesspēku un lika vai nu meklēt jaunas stratēģijas, vai samierināties ar sāpju nepārejamību, savukārt pozitīvā pieredze, pat ja tā tikai nedaudz uzlaboja stāvokli, deva papildu enerģiju tālākai attīstībai un stiprināja ticību par izdošanos nākotnē (Tad mani rudenī aizsūtīja uz Vaivariem – uz sanatoriju. Tur es sāku atkopties – baseins, vingrošana, tāds režīmiņš. Jā. Sāku apzināties, ka esmu cilvēks, ka esmu vajadzīgs (5). Kad izoperēja to izgulējumu, mani sāka pozicionēt, likt ratos. Iekustējās labā roka. (..) Bet tad, kad labā roka sāka kustēties, tad nopirku savu pirmo planšeti. Es sāku spēlēt kaut kādas spēles, kas ir online, kur var komunicēt ar citiem cilvēkiem. (..) Tā komunikācija bija ļoti dziļš, teiksim, ieguldījums manā attīstībā (..). Es sapratu, ka man jāattīstās tālāk (14)). No iepriekš minētā var secināt, ka pozitīvas nākotnes perspektīvas saskatīšana neatkarīgi no tā, ar kādām ārstēšanās metodēm tas tiek sasniegts, sniedz pozitīvu pavērsienu dzīvesspēka attīstībā, mainot domāšanas fokusu.

Būtisku pavērsienu dzīvesspēka attīstībā slimniekiem deva “iekšējās perspektīvas maiņa”, proti, spēja paskatīties uz slimību “citām acīm” un ieraudzīt iespējas, ko dzīve dod, neskatoties uz slimību (Nu, citreiz cilvēkam tas saasinājums ir galvā. Viņš uztaisa to par lielu problēmu, traģēdiju. Gandrīz tā, ka tev dzīve tagad ir beigusies. Viņš iet, visiem stāsta, cik tagad ir slikti un tā tālāk. Visi jautājumi ir risināmi. Vajag darīt labāko, ko tu vari sev iedot šajā laikā (7). Tev no tā labāk paliks, ja sāksi raudāt, padoties, neko nedarīt? Kas tev palīdzēs? Tavā vietā tev kāds naudu pelnīs, tavā vietā dzīvot? Nē! Kaut kādā veidā tas pārslēdzas uz prātu – nav vērts, nav vērts čīkstēt un pīkstēt!(13)).

Daļa dalībnieku (5, 7, 13, 14) atzina, lai mainītu iekšējo perspektīvu, ir svarīgi izkāpt no komforta zonas un būt patiesi atvērtam jaunai pieredzei (Bet, ja gribam kustēties uz priekšu, ir jāizkāpj no komforta zonas. Mēs nevaram dzīvot komfortā un gaidīt, ka mūsu dzīve mainīsies (13). Kad tu iekšēji emocionāli esi atvērts, nevis kad tu ārēji to izrādi, bet kad tu patiešām esi atvērts, gatavs visu uzsūkt, tad tu patiešām citās vibrācijās esi (14)). Un tāpat ir svarīgi atrast kādu lielāku mērķi vai jēgu – jebko, kas satur dzīvi kopā un ļauj uztvert to kā vērtīgu, par spīti tam, ka atsevišķās dzīves dimensijās tiek piedzīvoti zaudējumi (Apzināti meklēt skaisto, labo. Neiekrist tajā bedrē, bet apzināties – sāp šodien, šodien man ir sliktāk. Bet vai tas ir viss, kas ar mani šajā dienā ir noticis? Vai sāpe, vai slimība ir visa mana dzīve? (17)).

Tie slimnieki, kuri bija pievērsušies Dievam vai nodarbojās ar kādām garīgām praksēm (3, 5, 7, 14, 17), norādīja uz to, ka ticība viņiem ļāva pārvērtēt vērtības un pieņemt slimību nevis kā sodu, bet kā iespēju un iekšēju transformāciju (Ir tāds moments, ka, pateicoties veselības problēmām, tu dziļāk ņem to ... līdz kaulam varbūt – garīgi. Tu sāc palikt garīgāks, kaut kā – jūtīgāks, emocionālāks (5). Bet īstenībā pēc pašanalīzes un visas dzīves pārskata, jo laika bija daudz, es īstenībā secināju, ka tam vajadzēja beigties vienreiz. Ja nebūtu traumas, tas tāpat būtu beidzies letāli (14)).

Vēl kāds dzīvespēku veicinošs faktors, kas tika pieminēts intervijās, bija “pievēršanās aktivitātēm, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm”. Kaut arī par prieka un aizmirstānās nozīmi runāja arī citi intervējamie, šīs aktivitātes kā īpaši palīdzošas pieminēja tieši slimnieki, kuri nestrādāja (12, 13, 14) un kuriem bija daudz brīvā laika, kas citādi būtu pavadīts, pārāk daudz domājot par sāpēm (Man vispār neapnīk āra pastaigas. Kad es varu izrauties no mājas rutīnas (13). Kad nāk impulsi no ārpuses, nav jādomā par to, kas locekļos notiek (16). Tādos brīžos es vairāk uzturos *online* vidē, paspēlēju kādu spēli. Tas palīdz aizmirsties. Tas deva tādu ļoti labu aizmirstanos. Kad tu iekrīti tajā spēlē, tu arī nejūti sāpes vairs tik daudz, un tur ir komunikācija ar īstiem cilvēkiem (14)). Aktivitātes, kas ļāva aizmirsties, pastarpināti veicināja dzīvespēku, uz brīdi ļaujot nedomāt par sāpēm un tādējādi mazinot sāpju radīto nomāktību, savukārt prieka aktivitātes tiešā veidā ietekmēja dzīvespēku (Man patīk rakstīt, izpaust sevi rakstiskā formā. Man ir prieks savu pieredzi nodot citiem, īpaši brīžos, kad man ir iedvesma. Man prieku sniedz satikšanās ar cilvēkiem, klausīties viņu pieredzēs un sniegt savu atgriezenisko saiti. Ja mana atgriezeniskā saite kādam palīdz, tas sniedz gandarījumu. Ja esmu savā vietā, es jūtos, ka esmu kaut ko vērtīgu uz zemes izdarījusi (7)).

Dažkārt, gribot labu, cilvēks var nodarīt sev pāri, piemēram, pārspīlējot ar fizisko slodzi vai uzņemoties pārāk daudz dažādu pienākumu, kas rada stresu. Nodarbes, kuru sākotnējais mērķis bija vairot spēku, gala rezultātā var to atņemt. Vai tieši otrādi – cilvēks var nenovērtēt savas spējas un būt pasīvs tā vietā, lai uzņemtos atbildību par dzīvi. Lai izvairītos no tā, ka

iedomātā darbība aizved pie pavisam cita rezultāta, ir svarīgi sajust savu ķermeni. Pēc vairāku slimnieku sacītā (5, 7, 12, 17), viens no dzīvesspēku veicinošiem faktoriem, kas viņiem savulaik palīdzēja, bija “ieklausīšanās sevī un savu spēju apzināšanās” (Saprast, ka tas nav nekas nenormāls, ka vienā cilvēkā var sadzīvot gan ļoti liels spēks, gan ļoti liels vājums. Tas nav nekāds negods un netikums (17)). Atjaunojot saikni ar savu ķermeni un atzīstot gan savu spēku, gan vājumu, slimnieki varēja labāk regulēt fizisko un mentālo slodzi (Kādreiz jau es cenšos darīt mazāk, bet regulārāk. Piemēram, tagad ar to stieni. Es sev pateicu – es darīšu vienkārši minimumu, kas ir nulle, vienkārši karāšos uz stieņa (..) Es sapratu, ka negribu sev likt ne mērķus, ne kādu programmu, es vienkārši mēģināšu un skatīšos, kas notiks (17)).

Tomēr ne visi dzīvesspēku ietekmējošie faktori bija viennozīmīgi pozitīvi vai negatīvi. Tika konstatēti arī ambivalenti faktori. Piemēram, iepriekšējā grūtību pieredze dzīvesspēku ietekmēja divējādi. Intervijas atklāja, ka daļai slimnieku (4, 6, 14) līdzšinējās grūtības kalpoja kā rūdiņš un, sastopoties ar sāpēm, veicināja dzīvesspēku (Dzīvojām mēs tādā ne pārāk turīgā... tuvāk nabadzības līmenim utt., es domāju, ka šobrīd attieksme pret saslimšanu ir... tu novērtē to, kas tev ir iedots tieši šobrīd un tagad. Es neiešu raudāt par to, ka man ikdienā jāsadzīvo ar kādām sāpēm, es to pieņemu un cenšos darīt labāko, ko varu (6). Manuprāt, tas ir individuāli. Man ...es varu teikt 100 %, tas norūdiņa (14), bet dažus slimniekus (1, 2, 16) pārciestā grūtību pieredze ietekmēja pretēji, proti, atņēma spēku un mazināja iniciatīvu. Jo negatīvāka pieredze, jo skumjāk tev ir gājis bērnībā, tas nevis tevi norūdiņjis, bet tas paliek iekšā kaut kur, ka esi sists kaut kā (..) Rēta paliek, un par labu tas nenāk. (2). Padomju armijā mani aizsūtīja dienēt uz Sibīriju. Nu, bija jāiztur. Jāturās, jāturās, jāturās. Bija jābūt stipram. Bet vispār tas posms mani iztukšoja vairāk, nekā stiprināja (16)). Iespējams, ka kādreiz piedzīvotā bezspēcība, sastopoties ar grūtībām vēlākajos gados, mazināja ticību savai spējai uzvarēt grūtības un veicināja samierināšanos, savukārt pozitīva grūtību pārvarēšanas pieredze veicināja pašefektivitāti. Tas liek secināt, ka sastapšanās ar grūtībām dzīvesspēku var ietekmēt gan pozitīvi, gan negatīvi.

Divējāda ietekme bija arī bērnībā saņemtajai audzināšanai un uzskatam, ka cilvēks nedrīkst sevi žēlot un sūdzēties kādam, ka viņam ir grūti. Pāris intervējamie (8, 13) atzina, ka šis uzskats bijis viņiem palīdzošs un viņi joprojām pie tā turas (Bet principā es nevienam nestāstu, ka man ir slikti. Tāpēc, ka tas sliktums attiecas uz pašu, nevis uz pasauli. Un pasaule nav vainīga, ka tu jūties slikti. Ja tev ir slikti tā, tad ej pie ārsta un ārstējies. Ja tev ir slikti tā, tad ej pie psihoterapeita vai kā. Apkārtējā pasaule nav tam domāta, lai tu izliktu tās savas sāpes (8). Ir bijis tā, ka mājās, kad neviena nav, gribas kādu asaru palaist, pateikt, ka, jā, man ir grūti. Bet es necentīšos to izrādīt citiem, necentīšos to uzkraut citiem. Es vienmēr visiem saku: – Ir labi. Man ir *ok!* Viss ir super, viss ir forši! Dažreiz varu pateikt, nu, jā, ir čābīgi, bet es neiešu

citiem uz pleca raudāt (13)), savukārt citi (2, 10, 17) tieši pretēji atzina, ka spējai runāt par savām emocijām ir ļoti svarīga loma (Arī tieši tā publiskā dienasgrāmata (sociālajos tīklos ievietotās pārdomas), daloties ar citiem un saņemot fīdbeku, bet tas nav tāpēc, ka man vajadzētu, lai mani žēlo. Bet vairāk tā sajūta, ka tu jau savās ciešanās neesi unikāls (17). Un, kad es sāku par to runāt, man palīdzēja cilvēki, kas teica – mēs bijām to pamanījuši un forši, ka tu tagad par to runā (10)).

Vēl kāds faktors, kuram atkarībā no situācijas var būt atšķirīga ietekme, ir tuvinieku atbalsts. Kaut arī lielākoties atbalsts vērtējams kā pozitīvs resurss, dažkārt atbalsta var būt par daudz, padarot slimnieku bezspēcīgāku, nekā viņš īstenībā ir (Es, starp citu, esmu malku skaldījis no ratiem. (..) Un ziniet, kas notika? Kaimiņi pieskrēja, saķēra galvu, atņēma man cirvi! Bet es varu! Es jutos kā cilvēks, pašapzinīgs. Viņi nesaprot. Domā – tas tur mokās. Bet tas ir tikai ārējais veidols. Man patīk, ka es pats varu izdarīt. Otram palūgt, tas nav tas! Tu ir tā kā dubultā, kubā nespējnieks (5). Vajag atrast kaut kādu variantu, lai dod viņiem dzīvot tā, kā viņi var. Pilnvērtīgi. Bet neprasīt no viņiem kā no veseliem. Viņi nav tādi. Bet nav arī nevarīgi (15)). Tātad no iepriekš minētā var secināt, ka ir svarīga pareizā atbalsta proporcija, kuru var izjust, tikai labāk iepazīstot cilvēka, kuram grasāties palīdzēt, vajadzības un spēju līmeni.

Atšķirīgi vērtējama arī dažādu faktoru ietekme attiecībā uz lēmumu pieņemšanu par ārstēšanu. Piemēram, atvērtība pieredzei var būt palīdzīga, ļaujot izmēģināt dažādas metodes (Ja tu pats kaut kādus rāmjus esi uzlicis, tad tie rāmji ļoti traucē iziet ārā. Nav vārīņu, pa kuriem vismaz nedaudz ielaist svaigo gaisu (6). Atvērtība ir svarīga. Tad cilvēki nebaidās izmēģināt jaunas lietas!(14)), bet pārāk liela atvērtība var radīt apjukumu dažādajās metodēs un aizvest nepareizajā virzienā (Kaut kādā brīdī, ar lielu sajūsmu visu pieņemot, var nonākt kaut kur citur, bet ne tur, kur gribējās. Citā virzienā, bet ne tajā vēlamajā (14)). Kāds slimnieks atzina, ka ir svarīgi palikt atvērtam, taču vienlaikus domāt līdz tam, lai lēmumi ir arī pamatoti (Es esmu atvērts un uzticos visam, kam es redzu, ka tas ir pamatots. Tāpēc bieži vien no draugiem un radiem tu nevari būt baigi atvērts, vai forumiem, tāpēc, ka tas nav par tevi. Tas ir vienkārši ideja vai piedāvājums. (..) Bet, ja kāds saka: – Man palīdzēja šis un maniem čomiem palīdzēja šis, tāpēc tev arī vajag pamēģināt, – es saku: – Klau, es neesmu tu un neesmu tavi čomi. Datos balstītu lēmumu pieņemšana ir tas, kāpēc es varu mierīgi iet gulēt (10)).

Slimnieku pieredzes stāsti parādīja, ka viens un tas pats faktors atkarībā no konkrētās situācijas var radīt pretēju efektu. Piemēram, attiecībā uz medikamentu lietošanu sāpju mazināšanai nevar vienprātīgi apgalvot, vai šis faktors uzskatāms kā dzīvesspēku veicinošs vai pazeminošs. Kādam medikamentu lietošana var radīt nevēlamas blaknes un negatīvi ietekmēt dzīves kvalitāti (Man tur ir rakstīts neirontīns, midokalms, vēl kas tur, bet šitie te miorelaksanti mani tā norelaksē, ka es pēc tam vispār neesmu spējīga funkcionēt (17)), bet kāds cits, tieši

pateicoties medikamentiem, var pilnvērtīgi funkcionēt (Tomēr jāsaka, ka visvairāk man ir palīdzējuši tieši bioloģiskie medikamenti. (..) Pēc tam, kad dabūju bioloģiskos medikamentus, es pēc 2 nedēļām ar plikām kājām varēju ieiet ezerā, raudādams no prieka (10)). Un vēl var būt variants, kad labākais risinājums ir kaut kur pa vidu (Kādus 3 gadus dzēru, tad izlēmu, ka beidzot man pietiks. Spastika bija nedaudz samazinājusies. Uzreiz nometu. Un tad es sajutu, ka tomēr ir, ka nedrīkst tā. Bija grūti. Tad atgriezos atpakaļ un sāku pamazām samazināt (15)).

Rezumējot iepriekš minēto, var teikt, ka lielākā daļa no visiem dzīvesspēku ietekmējošajiem faktoriem ir atkarīgi vai daļēji atkarīgi no paša indivīda, nevis ārējiem apstākļiem. Nostādot sevi dzīves centrā un uzņemoties lielākas rūpes par veselību, vairāk analizējot un mācoties pārvaldīt savas emocijas un domas, kā arī meklējot prieka avotus, cilvēks var veicināt savu dzīvesspēku. Par ārējiem un no indivīda mazāk atkarīgiem faktoriem uzskatāmi tādi faktori kā apkārtējo atbalsta pieejamība un informācijas trūkums par slimību.

Savukārt tādi faktori kā līdzšinējā grūtību pieredze, no vecākiem saņemtie vēstījumi, atbalsta apjoms, speciālistu noteiktās ārstēšanas apšaubīšana, ieklausīšanās apkārtējo padomos un pašizglītošanās par slimību var būt gan palīdzoši, gan traucējoši atkarībā no tā, vai slimnieks neiekrīt kādā no galējībām un spēj kritiski izvērtēt savu uzskatu un pieņemto lēmumu iespējamās ieguvumus un riskus.

3.3. Dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā

Lai atbildētu uz trešo pētījuma jautājumu “Kas raksturo HMS slimnieku dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā?” – tika integrēta tematiskā analīze, naratīvā analīze un kritisko incidentu tehnika. Tematiskā analīze ļāva apkopot tēmas, kuras intervējamie visbiežāk minēja, stāstot par dzīvesspēka pārmaiņām, naratīvā analīze ļāva aprakstīt to, kā dažādos slimības posmos mainās gan ārējo faktoru ietekme, gan pašu intervējamo attieksme, savukārt kritisko incidentu tehnika ļāva noteikt būtiskākos pagrieziena punktus dzīvesspēka kāpumā vai kritumā. Analīzes gaitā tika aplūkoti gan tie faktori, kas ietekmēja dzīvesspēka izmaiņas, gan vēlāmie notikumi un faktori, kuri būtu varējuši pozitīvi ietekmēt HMS slimnieku dzīvesspēku.

Viens no faktoriem, kas vistiešāk ietekmē dzīvesspēka pārmaiņas visos slimības posmos, ir pašas sāpes. Līdz ar to var teikt, ka dzīvesspēka attīstību lielā mērā nosaka slimības un sāpju attīstība (Un tad tā kā pa tādiem vilņiem. Tikko tev kaut kas mazāk sāp ... Tu jau tāds, nu, tāds... Tāds ļoti priecīgs! Tāds... Un tad vēlāk atkal lejā...(2)). Tomēr nevar apgalvot, ka dzīvesspēka izmaiņas ietekmē tikai sāpju intensitāte. Dzīvesspēka izmaiņas atkarīgas arī no tā, kā mainās cilvēka attieksme pret sāpēm, sevi un dzīvē notiekošo. Tāpat dzīvesspēka attīstību var ietekmēt arī izmaiņas slimniekam pieejamajos informatīvajos, emocionālajos un praktiskajos resursos.

Sāpju intensitātes pieaugums, īpaši, ja tas sakrīt ar citām grūti pieņemamām pārmaiņām cilvēka dzīvē, piemēram, darba vai tuvu attiecību zaudēšanu, bieži vien kļūst par kritisko incidentu, no kura dzīvespēka līkne strauji slīd uz leju vai ceļas uz augšu. Tas, uz kuru pusi līkne virzīsies, lielā mērā atkarīgs no tā, vai cilvēkam ir vai nav cerības uz uzlabojumiem.

Desmit no 17 intervētajiem cilvēkiem atzina, ka bezspēcība, sastopoties ar veselības problēmām, bija viens no zemākajiem viņu dzīves punktiem. Zaudējot cerību par veselības atgūšanu vai saskaroties ar ciešanām, bet neredzot risinājumu, kā sev palīdzēt, cilvēki mēdza zaudēt interesi par dzīvi un vairs nespēja rast motivāciju un enerģiju kaut kam saņemties (Kādu laiku negribējās dzīvot. Domāju par dzīves jēgu (5). Tad es sēdēju, bija ļoti slikti, es vispār neko vairs negribēju (6). Man bija bakalaurs jāpabeidz, ko es toreiz nepabeidzu, tāpēc, ka es gulēju gultā un bija tik slikti... (Pauze) Jā, bija vienkārši slimības saasinājums un stress. Bija absolūta bezcerība, sajūta, ka netiec ne ar ko galā (10)).

Daudzos gadījumos (5, 6, 8, 10, 12, 13, 17) bezspēcību radīja smagā slimības gaita un cerības nedošana no ārstu puses, taču tāpat bezspēcību radīja arī informācijas trūkums par diagnozi un apjukums, nezinot, kā sev palīdzēt (Nē, tajā brīdī es nesapratu, kas ar mani notiek, jo man nebija nekādas informācijas – ne kas tas ir, neko (9)), tuvinieka veselības problēmas (Jā, nu, man bija tas moments brīdī, kad man vecākajai meitai sākās tās drausmīgās depresijas (..) Pēc tam manī arī kaut kas tāds notika (4)) un bezcerība, kas bija saistīta ar dienestu armijā (Bet vispār tas posms mani iztukšoja vairāk, nekā stiprināja. (..) Pakārties jau nepakāros un raudāt neraudāju. Nocietinājos, un viss (..) Mainījās tas, ka nevarēju ietekmēt pats savu dzīvi (16)). Kopīgais ar bezcerību saistītajiem kritiskajiem incidentiem bija tas, ka cilvēkiem trūka rīcības plāna un pozitīvas perspektīvas attiecībā uz nākotni.

Viens no intervējamajiem atzina, ka šo bezcerības un neziņas posmu varētu saīsināt un laikus uzsākt ārstēšanos, ja vien ģimenes ārsti būtu izglītoti un spētu ātrāk noteikt iespējamo diagnozi un nosūtīt pie speciālistiem (Es būtu nonācis pie bioloģiskajiem preparātiem gadus 6–7 ātrāk, ja vien ģimenes ārsts saprastu, kas man kaiš (10)).

Bezcerību un nomāktību bieži vien radīja arī nespēja pieņemt radikālās dzīves izmaiņas. Piecos gadījumos (1, 12, 13, 14, 15) šīs izmaiņas izraisīja fiziska trauma vai strauja veselības pasliktināšanās, kas “apgrieza dzīvi kājām gaisā” (Tad arī pateica, ka jāpieliek punkts. Man jādzīvo savādāk nekā pirms tam. Fiziski nevaru un arī nedrīkstu, ja es gribu palikt uz kājām, nevis invalīdu ratos (12). Man bija trauma (..) Tad man likās – phū! (nopūšas). Dzīve viszemākajā punktā (13). Bija daudz darba, ļoti laba alga, tāds sirds darbs. Un ēēē... visgrūtāk bija pieņemt to, ka man tā vairs nebūs (14)), bet divos gadījumos kritiskie incidenti bija saistīti ar radikālām izmaiņām, kuras izraisīja reāla vai varbūtēja darba zaudēšana un grūtības pieņemt jaunus apstākļus (No Baku es atbraucu un bez darba to gadu nodzīvoju. Es atpakaļ neesmu

tikusi ... nu, psihiskajā tajā. Tomēr tas man ir bijis tāds baigi būtisks zaudējums (2). Nu, mani no darba gribēja atbrīvot. Tas bija tāds lūzuma punkts (16)).

Kaut arī nepārejošās veselības problēmas bieži vien radīja bezspēcību un dzīvesspēka kritumu, veselības pasliktināšanās ar nosacījumu, ka problēmas ir risināmas, tieši pretēji deva spēcīgu pozitīvu grūdienu dzīvesspēka attīstībā. Sešas no 17 intervijām (1, 2, 8, 10, 11, 15) atklāja, ka sāpju pieaugums palīdzēja atrast motivāciju, lai sāktu par sevi vairāk rūpēties, piemēram, nodarboties ar sportu, apmeklēt kādas medicīniskas procedūras vai veikt cita veida ieguldījumu savā veselībā (Saprātu, ka nav labi, kad, kāpjot vai izkāpjot no mašīnas, kājas bija jāieceļ. Gan sāpes, gan nekustīgums jau radās. Tad es vērsos pie mediķiem, uzsāku kārtējo veselības atjaunošanas ciklu (1). Es tā negribētu, lai man tā būtu, bet man uz to iet. Man šķiet, ka tā ir briesmīga sajūta, ka tu spēj mainīties tikai tad, ja tev vairs nav citu variantu (11). Pa ziemu tur bija, ka es ar kaut ko citu tur nodarbojos un šitie treniņi... pat online – praktiski netrenējos. Un man bija tik slikti! Man sāka sāpēt visa mugura, kakls un ... es vienkārši nevarēju. Es aizgāju vienkārši uzreiz uz šito – Bubnovska centru – un sāku tur nopietni vingrot (15)).

Cerība par veselības uzlabošanos nākotnē pieciem no 17 slimniekiem (5, 10, 11, 13, 14) kalpoja kā pozitīvs virzītājspēks. Dažkārt šo cerību uzturēja kādas jaunas ārstniecības metodes atklāšana (Man bija cerība, ka atradīšu veidu, kā atbrīvoties no artrīta pavisam. Tomēr jāsaka, ka visvairāk man ir palīdzējuši tieši bioloģiskie medikamenti (10)), negaidītas un pozitīvas pārmaiņas ķermenī (Es atceros mirkli, kad man sakustējās kājas no tās spastikas. (..) Un tad ārsti teica: – Vo, tev kājas kustas. Bet, ja tu staigāsi, tas būs pēc trijiem gadiem. Es teicu: – Nē, tas būs ātrāk! (13)) vai paļāvība uz Dievu un viņa dziedināšanu (Es izlasīju vienu tādu vietu Bībelē. Rakstīts, ka gulēja vīrietis, kurš bija paralizēts un nevarēja tikt dziedināts, jo visi viņam aizsteidzās garām. 38 gadi viņam bija jāgaida. Tad es teicu: paga! No šodienas vēl 6 gadi, un es būšu kājās! (5)).

Dažkārt dzīvesspēka kāpums nebija saistīts tieši ar cerībām par veselības uzlabošanos, bet ar citām dzīves izmaiņām. Kāds intervējamais atzina, ka viņam emocionālu pacēlumu deva mirkli, kuros viņš izjuta savu īpašo lomu dažādās dzīves norisēs (Kāpums bija stāvēt uz barikādēm un būt klātesošam, atzīstot Latvijas neatkarību. Kāpums bija prezentēt savu grāmatu trīs ministru klātbūtnē. Kāpums bija personīgi tikties ar ASV prezidentu (16)), bet kāda sieviete emocionālu kāpumu piedzīvoja pēc mazdēla piedzimšanas (Kad mēs esam viens ar otru, tad viss pārējais ir tā kā ļoti tālu – kaut kur. Viņa dēļ vien nākas rūpēties par sevi (9)). Ņemot vērā, ka emocijas var ietekmēt arī fizisko pašsajūtu un enerģijas līmeni, var secināt, ka jebkurš emocionāli pozitīvs pacēlums var sekmēt arī dzīvesspēka pieaugumu.

Aplūkojot, kurā slimības posmā bija vērojamas straujākās dzīvesspēka izmaiņas, tika secināts, ka visbiežāk tās notika slimības vidusposmā. Slimības sākumā cilvēki nereti vēl

neapzinājās problēmu nopietnību un pacieta sāpes vai arī mēģināja aptvert un pieņemt notiekošo. Kaut arī apjausmu par to, ka nepieciešams kaut ko mainīt, daži slimnieki (8, 12, 13, 14, 15) piedzīvoja salīdzinoši drīz pēc sāpju parādīšanās vai traumas, viņi atzina, ka ceļš pretī dzīvesspēka veicināšanai lielākoties nav bijis straujš, jo sevis nostādīšana dzīves centrā un atbildības uzņemšanās par veselību ir notikusi pakāpeniski (Zini, tur ir vajadzīga arī tā saprašana galvā. Pirmkārt – ka tā nav kampaņa, tas nav Jaunais gads – kā es pavasarī kļušu jauna, slaida un iešu peldēties. Bet tas lēmums ir – tas ir uz mūžu. To jau es arī nesapratu uzreiz (8). Jo tas atnāk tikai ar laiku, ar pieredzi, jo nevar tā pēkšņi – hopā! Man ļoti grūti bija iemācīties (12)).

Arī slimības pieņemšana visbiežāk notika pakāpeniski un ne vienmēr sasniedza pilnīgas pieņemšanas stāvokli. Daži intervējamie atklāja, ka viņi joprojām nav līdz galam pieņēmuši slimību, tāpēc drīzāk var runāt par būtisku pavērsienu ceļā uz slimības pieņemšanu (Ar prātu – jā. Bet iekšēji – nē. Nu, nevar pieņemt. Cilvēks grib staigāt savās korpēs. Un dejot! (2) Varbūt sabiedrotais nav īstais vārds. Varbūt – līdzgaitnieks. Objektīvā realitāte. Jo sabiedrotais... Ieraudzīt kaut ko skaistu, kur tā nav, tas ir diezgan grūti (11). Sākumā man pat bija kauns iet uz veikalu. Kādu laiku. Tagad eju. Bet vienalga man nepatīk, ko es redzu spogulī. Es neko nevaru ar to izdarīt, man nepatīk mana jaunā loma (15)). Taču arī tad, ja cilvēks līdz galam nespēj samierināties ar slimību un tās ierobežojumiem vai joprojām saglabā cerību izveseļoties, slimības pieņemšana var izpausties kā rēķināšanās ar realitāti (Pieņemt, nepieņemt... Galvenais – saprast, kas tas ir un ko ar to darīt. Kā sadzīvot (2)).

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. Piemēram, kāda sieviete slimības sākumposmu raksturoja ar vārdiem (Tas nāca šausmīgi virsū. Agresīvi. Kad Tu nesaproti (2)), norādot uz sākotnējo šoku, informācijas trūkumu un atkarību no sāpēm, bet, runājot par slimības vidusposmu, proti, pirmajiem gadiem pēc slimības parādīšanās, viņa sadzīvošanu ar slimību aprakstīja vairāk caur darbības prizmu un stāstīja par dažādajām metodēm, kas tika izmēģinātas (Nu, man bija tāda stadija, ka es, ja man teiktu, ka palīdz, tad es arī savu sūdu ēstu, ja es zinātu, ka tas ārstē. Es lasīju visu, ko var izlasīt krieviski, angļiski, franču valodā (..) Bet es daudz ko esmu izmēģinājusi. Kad sāp, esi gatavs pat visdīvainākās lietas izmēģināt (2)). Arī kāda cita sieviete slimības sākumu raksturoja kā apjukuma pilnu (Tajā brīdī es nesapratu, kas ar mani notiek, jo man nebija nekādas informācijas – ne, kas tas ir, neko (9)), bet, runājot par slimības vidusposmu, vairāk akcentēja dažādos sāpju mazināšanas paņēmienus, kas tika izmēģināti (Biju izmēģinājusi visu un sapratu, ka pie mūsu vainām visefektīvākie ir medikamenti (9)).

Skatoties uz to, kā dzīvesspēks mainās ilgtermiņā, proti, kad sāpes ir klātesošas 5 vai vairāk gadus, var pamanīt, ka dzīvesspēka kāpumi un kritumi kļūst mērenāki un ne tik intensīvi. To var izskaidrot ar faktu, ka cilvēki jau ir iepazinuši savu pašsajūtu ietekmējošos faktorus un slimība viņus vairs nespēj tik ļoti pārsteigt vai izsist no līdzsvara (Es esmu pietiekami pieredzējis savas ekspektācijas, un es nejūtu, ka man tiktu atņemtas kaut kādas iespējas (10)). Izņēmums ir situācijas, kad dzīvesspēka izmaiņas ietekmē ar sāpēm nesaistīti faktori, piemēram, tuvinieka nāve (5) vai darba zaudēšana (8).

Četrās intervijās (6, 12, 14, 15) tika atklāts, ka būtiska loma slimības pieņemšanas procesā un līdz ar to dzīvesspēka attīstībā ir bijusi psiholoģiskā atbalsta speciālistiem, kas palīdzēja adaptēties dzīvei ar slimību (Ar psihologa palīdzību, ar domām, ar slimības gaitas pieņemšanu tu saproti, ka dzīve nevarēs būt tāda. Un tad tu maini domas (6). Bet man ļoti palīdzēja tā psiholoģe, psihoterapeite. (..) Viņa ļoti lielu ieguldījumu uztaisīja manā attīstībā (14)). Savukārt viens cilvēks atzina, ka pieņemt slimību viņam palīdzēja ticība Dievam un savas misijas apzināšanās (Man teica tā: ja tu nepaliksi beigts tajā dienā, tad Dievs tev uzlicis kaut kādu uzdevumu, tad tev vēl ir kas darāms šajā pasaulē (5)).

Savukārt pieciem no 17 intervējamajiem (2, 4, 5, 6, 14) kritiskie incidenti, pēc kuriem dzīvesspēks strauji attīstījās, bija tuvu un atbalstošu attiecību izveidošana vai iesaistīšanās kādā atbalsta organizācijā (Vēlāk, 16–17 gados, kad es iepazinos ar savu tagadējo vīru, tad es saņēmu tādu īstu atbalstu, un tad man dzīve mainījās. Parādījās arī jauni draugi, kas mani pieņēma tādu, kāda esmu (6). Un man ļoti daudz devusi biedrība (..), es sāku vairāk apmeklēt tos seminārus tajā biedrībā, ja. Es sapratu, ka man jāiet pie reimatologa. Jo es līdz tam nezināju, kas vainas (4). Tā komunikācija bija ļoti dziļš, teiksim, ieguldījums manā attīstībā. (..) Es sapratu, ka man jāattīstās tālāk. Un tad es izdomāju, ka gribu pabeigt vidusskolu (14)).

Svarīgi piebilst, ka dažiem slimniekiem dzīvesspēku paaugstināja ne vien tas, ka viņiem bija pieejams atbalsts no citiem, bet arī iespēja pašam sniegt kādam atbalstu. Apziņa, ka esi vajadzīgs un noderīgs apkārtējiem, deva spēku saņemties un darboties. Piecās no 17 intervijām (3, 4, 9, 14, 15) cilvēki runāja par to, cik svarīgi viņiem bija rūpēties par citiem un apzināties savu noderīgumu (Un tad bija jāorganizē viss, jāpiedalās, tā kā priekš citiem arī jādara. Un tad kaut kā tur ... citiem vajadzēja, nu, tā kā uzsist pa plecu (3). Toreiz meita aizgāja 1. klasē. No rīta vajag piecelties – viņu pavadīt. Bizītes viņai, frizūru kaut kādu uztaisīt. Man bija tik grūti! (..) Ja mamma nevar ne brokastis sagatavot, neko... Nepiedalīties viņas dzīvē? Tas būtu ārpriests! Taču gribēju būt vajadzīga (15)).

Savukārt būtisku negatīvu ietekmi uz dzīvesspēku radīja tuvu attiecību zaudēšana vai atbalsta trūkums no tuvinieku puses. Sešās no 17 intervijām (2, 5, 6, 8, 12, 13) atklājās, ka, zaudējot tuvas attiecības, tiek zaudēts gan emocionāls atbalsts un sapratne, kas ir ļoti nozīmīgi

dzīvesspēka uzturēšanā, gan iedrošinājums, kas stiprina ticību pozitīvām izmaiņām nākotnē (Kad A aizgāja, salūzu. Sāku domāt par dzīvi, par jēgu. (..) Vēl viena bedre. Jau trauma bija tāds krahs. Un tad vēlreiz! (5) Nebija neviena, neviens neticēja... Man bija ļoti grūti adaptēties. Es visu laiku biju ļoti aktīva, bet vienā brīdī es vairs nevarēju neko izdarīt. Draugi atgrūda, vecāki nepieņēma... (6). Un mani jaunieši aizbrauca uz Angliju dzīvot. Kad atrauj mums tos tuvos cilvēkus... Bija tāds periods, kad es raudāju katru dienu (8). Ir daudzi, kas ir novērsušies. Draugi aizgājuši projām. Nu, un, un... daži radnieki (13)).

Daži intervējamie (4, 6, 12) atzina, ka viņiem būtu palīdzējis tuvinieku atbalsts, kurš slimības sākumposmā diemžēl nebija pieejams (Mani, piemēram, vīrs sākumā nesaprata. (..) Un tad viņš sāka braukāt uz zvejām, uz Norvēģiju. Un viņš tur saķēra tās savas mencas milzīgās, sabojāja rokas. Nevarēja tējkannu pacelt, tēju ieliet. Un tad viņš saprata, kas ir sāpes. Tikai tad, kad pašam sāpēja (4). Žēl, ka tikai tagad kungs apjēdz, jo pašam sākās problēmas. Tagad viņš kaut kā sāk saprast, lai gan man tās problēmas jau sen (12)).

Tie intervējamie, kuru dzīvē trūka tuvu un draudzīgu attiecību (2, 5, 9), atzina, ka ļoti ilgojas pēc šādām attiecībām, jo tās padarītu dzīvi vieglāku, patīkamāku un ļautu aizmirsties no sāpēm (Nu, pats galvenais, ja tā mīlestība būtu. Ja to varētu atrast, tad būtu vieglāka tā dzīve (5). Tiekoties visas vainas aizmirstas. Nu, žēl, ka man draudzene vairs nav, nu, jau vairākus gadus. Tā bija tāda radniecīga dvēsele. Ļoti, ļoti atbalstošs cilvēks (9)).

Kā atsevišķa kategorija, kas dažādos slimības posmos ievērojami paaugstināja dzīvesspēku, jāizdala fizisko aktivitāšu uzsākšana. Piecās no 17 intervijām (1, 5, 8, 15, 17) tieši fizisko aktivitāšu uzsākšana bija kritiskais incidents, pēc kura dzīvesspēks būtiski pieauga. Fiziskās aktivitātes tika uzsāktas kā mēģinājums atrisināt veselības problēmas (Un tad, kad es sapratu, ka pasaulē ir fizioterapija un tādas lietas, tad es metos uz turieni. Un principā pirms 5 gadiem es sāku vingrot. Sāku ar treneri, kas man iemāca pareizi to darīt, saudzējot (8)), kā vēlme pierādīt, ka vari būt stiprāks par slimību (Brauķšana sagādāja lielu prieku. Bet... pēc pirmajiem kilometriem, pēc pirmajām 10 minūtēm sākās sāpes. Nu, un tā es braucu, pieciešot to visu (1)), kā izaicinājums, kas piešķir dzīvei kādu mērķi un ļāva atrast sevī spēku (Sākumā man tas teniss bija. Es domāju, priekš kam es to daru, tas ir tik grūti! Tagad man citas nodarbības. Un atkal – ārpriekš, nu, ko es daru! Bet varbūt tieši grūtību pārvarēšana un izaicinājumi palīdz atrast sevī spēku (15)) un kā brīvā laika pavadīšanas veids, kas ļāva aizmirsties no sāpēm (Es sāku staigāt. Sāku pamazām, tad varēju jau 12 km dienā nostaiģāt. Šobrīd nepietiek vienkārši tam laika. Strādājot tas nav reāli. Bet tas man bija ļoti labi, lai es iemācītos būt šeit un tagad (17)).

Ņemot vērā, ka intervijas norisinājās laikā, kad valstī bija Covid-19 uzliesmojums, faktors, kas negatīvi ietekmēja nodarbošanos ar fiziskām aktivitātēm un līdz ar to dzīvesspēku,

bija Covid-19 radītie ierobežojumi. Vairāki cilvēki atzina, ka pandēmija izjauca viņu ikdienas režīmu. Ja vien nebūtu aizliegumu un turpinātos ierastais dzīves ritms, pēc intervējamo domām, būtu daudz vieglāk palikt fiziski aktīviem (Visu manu sūri grūti panākto sistemātiskumu, visu izjauca šī te globālā jezga. Tā ir galvenais traucēklis (1). Tagad jūtu, ka arvien grūtāk ir sevi piespiest uz to fizisko – pa šiem pēdējiem diviem gadiem. Pagājušajā gadā mēs visu zienu uz ielas trenējāmies. (..) Tas ir tik grūti! Apģērbties, un visas mantas. Uz ielas auksti, ratos sēžot. Ja sniegs, vispār nav iespējams kaut kur braukt (15)).

Kā vēl vienu faktoru, kas būtu varējis pozitīvi ietekmēt rūpes par sevi un vairot dzīvesspēku, intervējamie minēja finanses, kuru trūkums kavēja pieeju rehabilitācijas pakalpojumiem (Nu, nauda vairāk varētu būt. Tad varētu pašikot. Uz kūrortiem varētu braukt, nu, tādiem, kas noderētu. Es noteikti būtu izmēģinājusi. Es domāju, ka es arī brauktu biežāk, ja (2). Nu, uz masāžām nevaru aiziet, masāžas uztaisīt. Kāpēc? Tāpēc, ka nav par ko! Man saka – tu taču varētu uz baseinu iet! Jā, varētu, bet... (3)).

Rezumējot iepriekš minēto, var sacīt, ka visbūtiskākā loma dzīvesspēka attīstībā ir pašām sāpēm. Sāpes komplektā ar cerību paaugstina dzīvesspēku, bet sāpes komplektā ar bezcerību to pazemina. Tāpat dzīvesspēku ietekmē arī laiks, kas pagājis kopš diagnozes. Ja slimības sākumposmā un vidusposmā vēl ir raksturīgi strauji dzīvesspēka kāpumi un kritumi, tad, ilgstoši dzīvojot ar sāpēm, kāpumi un kritumi kļūst mazāk izteikti, jo cilvēki jau ir iepazinuši savas sāpes un zina, ar ko rēķināties. Ilgtermiņā dzīvojot ar sāpēm, slimnieku mērķis nav vairot dzīvesspēku, bet censties to noturēt esošajā līmenī.

3.4. Dzīvesspēka uzturēšana ilgtermiņā

Lai atbildētu uz ceturto pētījuma jautājumu “Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā?” – tika integrēta tematiskā un naratīvā analīze. Tematiskā analīze ļāva noteikt biežāk minētas tēmas, runājot par dzīvesspēka uzturēšanu ilgtermiņā, bet naratīvā analīze ļāva aprakstīt to, kā HMS slimnieki stāsta par savu pieredzi un kā apraksta procesu, kurā nonāca līdz dažādām stratēģijām.

Stāstot par to, kā notiek sadzīvošana ar sāpēm ilgtermiņā, proti, kad sāpes ir klātesošas 5 vai vairāk gadus, lielākajai daļai intervējamo naratīvais tonis kļūst pozitīvāks. Viņu stāstījumā var just lielāku pārlicību par sevi un savām spējām menedžēt sāpes. Galvenās izmaiņas, salīdzinot ar slimības sākumposmu, ir akcenta pārvešana no cīņas ar slimību uz sadzīvošanu ar slimību (Kad man kāda problēma rodas, reakcija ir nevis pārdzīvot, ka viņa ir, bet – ko ar viņu darīt (2)). Slimnieki vairāk cenšas nevis atbrīvoties no sāpēm, bet integrēt sāpes ikdienā un mācīties ar tām sadraudzēties (Bet man ir dārzs, par spīti visam šitam, es neesmu to atmetusi. Un tad man ir visi šitie darbi, visas šīs fāzes, saproti, ar pakaļu gaisā, galvu lejā, ja. (..) Cilvēks

jau piemērojas, lai kā tas nebūtu, ja (2). Es esmu tik tālu pielāgojusies visam – ar māju, ar visu. Elementāri – man pat slota nav jāņem rokās. Pa māju putekļu sūcējs robots braukā, vienreiz mēnesī nāk apkopēja, lai man tajās vietās, kur es netieku klāt (6). Tā ka sāpes ir mans labākais draugs. Es viņas saprotu, esmu labās attiecības, bet es viņas audzinu (8)).

Atšķirībā no slimības sākumposma, kad slimnieki biežāk “lūkāja” no vienas metodes pie citas, meklējot labāko risinājumu sāpju pārvarēšanai, ilgtermiņā dzīvojot ar sāpēm, tiek lietotas jau pārbaudītas metodes, kā mazināt sāpes un uzturēt ķermeni labā formā. Grūtākais šajā posmā nav saprast, ko darīt, bet kā atrast motivāciju, lai to darītu regulāri. Galvenais izaicinājums, ar kuru slimnieki saskaras ilgtermiņā, ir tilta būvēšana no zināšanām uz praksi (Jo es zinu, ka ir jādara savā labā, kas jādara, bet nav tik slikti, lai to darītu (1). Protams, fiziskām aktivitātēm ir nozīme. Tikai slinkums dažkārt netiek pārvarēts (7)).

Tas, ka aktīvi netiek meklētas jaunas sāpju pārvarēšanas stratēģijas, nenozīmē, ka slimnieki ir noslēgti jaunām pieejām. Vairāki slimnieki (4, 6, 7) atzina, ka ilgtermiņā sadzīvot ar slimību viņiem palīdz neiestrēģšana vienā risinājumā un atvērtības saglabāšana (Ir tāds teiciens – mainies pats, un pasaule ap tevi mainīsies. Ja tu esi noslēdzies sevī vai kaut kādā telpā un nedzirdi neko jaunu, tad... pats sevi arī nolemj kaut kam (1). Kad piedalījies psihosomatikas grupas nodarbībās, bija viena sieviete, kura teica – es ticu tikai medicīniskai terapijai un nekam citam. Pēc 10 nodarbībām, kad vairāk vai mazāk iepazinām sevi, citas metodes pielietojām, un ar domāšanu... mēs varbūt jutāmies par kriptiņu labāk, bet viņa – nē! (6)).

Arī tie intervējamie, kas vēl saglabā cerību kādreiz tomēr pilnībā izveseļoties, šajā dzīves posmā tomēr koncentrē enerģiju nevis uz slimības uzvarēšanu vai brīnuma gaidīšanu, bet sadzīvošanu ar slimību (Bet, ja gribam kustēties uz priekšu, ir jāizkāpj no komforta zonas. Mēs nevaram dzīvot komfortā un gaidīt, ka mūsu dzīve mainīsies (13). Vēl mani tracina teiciens: – Viņš ir stiprs. Nu, cik es stiprs varu būt? Man nav variantu. Man ir jāturas. Vienkārši viss (5)).

Spēja samierināties ar realitāti, tomēr darīt labāko, ko apstākļi atļauj, ir tā, kas piešķir naratīvam pozitīvu nokrāsu un palīdz saskatīt labās lietas, par spīti sāpēm. Tātad var apgalvot, ka, mainoties domāšanas fokusam, mainās arī sāpju uztvere un naratīvais tonis, kādā slimnieks runā par savām problēmām. Sākot koncentrēties uz iespējām, nevis šķēršļiem, grūtības vairs nešķiet nepārvaramas un ir vieglāk atbrīvoties no bezspēcīga upura naratīva.

To, ka daļa slimnieku ir iemācījušies sadzīvot ar sāpēm, apliecina arī slimnieku lietotās līdzības. Viena no līdzībām, ko intervējamie min, runājot par sāpēm, ir attieksšanās pret sāpēm kā pret kaut ko, ar ko ir jāsadraudzējas un jāpieņem, necenšoties tās par katru cenu uzvarēt vai tām pretoties. Runājot par sāpēm, tiek lietotas tādas metaforas kā zaļais briesmonītis, trīsgalvu pūķis, labākais draugs, mākonis virs galvas. Tā kā sāpes ir vienmēr klātesošas, ir jāatrod veids,

kā ar tām sadarboties (Kaut kāds briesmonītis zaļais. Viņš tā kā visu kaut ko te pastrādājis. (..) Ar to briesmoni jāsadraudzējas (3). Sāpes kā trīsgalvu pūķis, kam nocērt vienu galvu un aug vēl un vēl. Varbūt atstāt to mierā, kā ir, nevis mēģināt taisnību meklēt, pretoties (6). Sāpes kā labākais draugs. Es viņas saprotu, esmu labās attiecības, bet es viņas audzinu. Tā. Viņas būs ar mani līdz mūža beigām. Bet viņas man nedarīs pāri, klausīs un palīdzēs man sasniegt tos mērķus (8). Sāpes kā mākonis virs galvas. Tu nevari laika apstākļus kontrolēt. Tāpat tu nevari savas sāpes kontrolēt. Ja tas mākonis tur ir, ja tās sāpes tur ir, tad tās ir jāpieņem. Es teiktu, ka ir jāiemācās dejot lietū. Ir jāļauj tam mākonim nolīt (10). Sāpes kā kaut kas, ar ko jāsadraudzējas (..) Kaut kā jāiepazīst tās sāpes. (..) Viņas neaizies nekur (15)).

Dažkārt sāpes tiek salīdzinātas ar nepatīkamu traucēkli, kas ir klātesošs, bet ar ko iespējams sadzīvot. Mērenas un dažkārt pārejošas sāpes tiek salīdzinātas ar korpē iesprūdušu oli, odu sīkoņu un ložņājošu čūsku (Sāpes kā spiedošs, korpē iesprūdi olis, kas tur maisās. Kaut kā tā varbūt. Reizēm tu pabīdi viņu kaut kur tālāk, ja nejūti, tad ir *ok!* Viņš ir kaut kas tāds, kas tur maisās. Tai korpē ir, bet uzvedas dažādi (9). Sāpes kā tāda odu sīkoņa, kas visu laiku ir fonā (10). Sāpes kā čūska kaut kāda, kas atlien. Klusi, klusi lokās, lokās it kā nemanāmi... Bet tā nav liela čūska, drīzāk tāda maza, nemanāma. Viņa ielien tevī. Viņa ložņā pa manu ķermeni un atstāj sāpju pēdas (11)).

Kad cilvēks ir jau kādu laiku dzīvojis ar diagnozi un sapratis, kas viņam var palīdzēt un kas ne, ārējo faktoru (apkārtējo atbalsta un informācijas pieejamības) ietekme nedaudz mazinās un vairāk sāk dominēt iekšējie faktori. Viens no tiem ir spēja sevi disciplinēt, nemeklējot atrunas, un apzināta laika atvēlēšana aktivitātēm, kuras palīdz fiziski un emocionāli uzturēt sevi formā (Es bieži domāju, ka kaut ko mainīšu tad, kad palikšu mierīgāks, tad, kad man būs labāk, tad, kad notiks tas vai tas, bet tas brīdis nepienāk. Un tas brīdis var arī nepienākt. Vajag iemācīties atrast tās iespējas jau tagad (11). Nedēļa man izkrita, jutu, ka man vajag atgriezties. Pēc tam nedēļu es vēl neatradu laiku, un tad man atkal bija tik slikti! Un es sapratu, ka viss! Sanāk tā, ka tā ir viena no tām lietām, no kā nedrīkst atkāpties (15)).

Dzīvojot ar sāpēm ilgstoši, vairums slimnieku maina savu domāšanas fokusu, pārnesot enerģiju no tā, lai mazinātu sāpju ietekmi savā dzīvē, uz to, lai palielinātu citu, pozitīvo faktoru ietekmi, un līdz ar to sāpes vairs nebūtu dzīves centrā. Būtisku dzīves spēka kāpumu septiņiem no 17 intervējamajiem (3, 4, 5, 7, 13, 14, 16) deva tādas nodarbošanās (darba vai hobija) atrašana, kas ļāva nedaudz aizmirsties no sāpēm un vienlaikus sniedza prieku un gandarījumu par darba augļiem (Slimība aizmirstas, kad esi ar kaut ko nodarbināts. Kādu brīdi es strādāju socmājā pie datoriem (5). Tāda dzīvesdziņa un prieks manī ir atgriezies, kad es daru tikai un vienīgi to, kas man patīk. Kad mans darbs ir mans prieks. Tas sniedz man prieku, un es redzu,

ka arī citiem kaut ko iedodu (7). Ikreiz, kad es pabeidzu gleznu, domāju, vai, cik tas ir skaisti! Tas ir tā kā glāsts sev. Tas iedvesmo! (13)).

Ilgtermiņā dzīvojot ar hroniskām sāpēm, slimnieki iemācās atteikties no nereālām gaidām pret sevi (Agrāk bija tā, ka es daru un vēl man vajag, un vēl. (..) Nedrīkst darīt kaut ko pāri saviem spēkiem (12). Tāds iekšējais spiediens, ko es pati esmu ...ka man jādara vairāk, nekā es varu. (..) Bet man jāpieņem – tu vari tik, cik tu dari. Un tas ir pietiekami (17)), mācās būt pateicīgi par labo savā ikdienā (Nevajag gaidīt, kad lietas sakārtosies, nu, ka tas nekad nenotiks, bet vajag iemācīties būt laimīgam ikdienā, dzīvojot ar tām dzīves likstām (11). Es taču staigāju, man ir kājas. Labi, tur sāp, bet man viņas ir, tās kājas, un kaut cik klausu mani. Bet ir cilvēki, kas tikai ratiņos sēž un neko nevar darīt (12)), kā arī cenšas atrast savai dzīvei papildījumu, neskatoties uz piedzīvotajiem zaudējumiem (Svarīgi kontaktēties ar citiem, atrast nodarbi sev, kura nes reālu prieku (14)). Apzināti meklēt skaisto, labo. Neiekrist tajā bedrē, bet apzināties – sāp šodien, šodien man ir sliktāk. Bet vai tas ir viss, kas ar mani šajā dienā ir noticis? Vai sāpe, vai slimība ir visa mana dzīve? (17)).

Vairāki intervējamie (1, 2, 5, 13, 14, 17), atskatoties uz periodu, kas jau nodzīvots ar sāpēm, atzina, ka sāpes viņiem ir ne tikai daudz ko atņēmušas, bet arī iemācījušas un bijušas sava veida skolotājs un pagrieziena punkts, lai mainītu kaut ko savā dzīvesveidā un pasaules uztverē. To apliecina arī spilgtās metaforas, kurās sāpes tiek salīdzinātas ar luksofora sarkano gaismu, stopkrānu un transformāciju (Ir pienācis brīdis, kad, ja neizdarīsi, tad... tad... Nu, tas ir tā kā neapstāties pie luksofora sarkanās gaismas (1). Es, piemēram, savā dzīvē ļoti, ļoti skrēju tā kā vilcienam pa priekšu. Es gribēju ātri, ātri izdzīvot to dzīvi, bet tika norauts STOP krāns. Apstājies! (13) Dzīve ir pilnīgi mainījusies, kardināli, tas ir kā ar kājām gaisā. Nu, tā ir cita domāšana, tā ir cita pasaules uztvere (14). Viens ir tāds, ka sāp – au! Jā. Bet otrs aspekts ir tas, kas caur sāpēm ar mums notiek. Tā transformācija. Un tāpēc tas ir ļoti daudzslāņaini. Tas nav vienkārši tikai briesmīgs, neciešams notikums. Principā tas ir briesmīgs, neciešams notikums, bet caur šo briesmīgo, neciešamo notikumu var ļoti daudz iemācīties, saprast, novērtēt (17)).

Tāpat sāpes ir iemācījušas ar lielāku pateicību novērtēt to, ko dzīve dod (Un es domāju, ka man arī dzīvesprieku ir devusi mana slimība. Es mēģināšu tūlīt noformulēt. Man nav nemirstīguma sajūtas artrīta dēļ, bet es domāju, ka es jūtos drīzāk nemirstīgs nekā tie, kuriem ir šāda sajūta. Es paskaidrošu. Zinot, cik sūdzīgi var būt, tu vairāk novērtē visu kaut ko. Bet tad, kad ir forši un labi, tad dažreiz tev ir tāda sajūta, ka, cauri visai tai pakaļai izejot, būt šeit un tagad un justies šobrīd šādi, tā ir nemirstība (10)).

Sāpes tiek raksturotas arī kā spēks, kas caurvij visu dzīvi un rada tajā ne vien ciešanas, bet arī pozitīvas izmaiņas. Tās tiek salīdzinātas ar modinātāju un ūdenī iemestu akmeni, kas rada tālejošu ietekmi (Sāpes kā modinātājs. Tas saka: – Novērtē savu ķermeni, pievērs

uzmanību savam ķermenim, sabalansē savu dzīvi (7). Sāpes kā ūdenī iemests akmens. Kad tu iemet akmeni ūdenī, tad tie rumbuļi ir arvien lielāki un lielāki. (..) tev rodas tā ietekme uz visu tavu dzīvi vai ūdens virsmu, vai kaut kā. Bet ne tikai uz virsmu. Tas absolūti nav tādā virspusējā līmenī. Tur ir tas dziļais līmenis (17)).

Kaut arī lielākajai daļai intervējamo (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) dzīvesspēks izpaudās kā iemācīšanās sadzīvot ar sāpēm un slimību, intervijas atklāja, ka dzīvesspēks var attīstīties arī tajos gadījumos, kad ar sāpēm ir grūti “atrast kopīgu valodu”. Tie slimnieki, kam sāpes mēdz būt ļoti intensīvas, tās salīdzina ar žņaugu, graužēju, paisumu, savilkām kuģu trosēm, enkuru, karstu eļļu un stingumu, kas pārņem savā varā (Sajūta, ka tev ir žņaug uzlikts. Tu ej kā māla kājām, tādām stīvām (2). Sāpes kā graužējs, kurš grauž kaulu. Sāpes kā jūra. Paisums! (12) Sāpes kā savilkta kuģu troses biezas. Tādas sasiet mezglā un riktīgi savilkt – tādā veidā apmēram. Tās savelkas tik ļoti! Tev ir jāatrod cita poza, lai tas muskulis atlaistu vaļā. Tad liekas, ka tāda pilnīgi resna trose savilkta tādā mezglā. Nepatīkami ir. Ļoti, ļoti (13). Es jūtu, ka ķermeni velk kopā. Jūtos kā tāds baļķis. Sāpes kā enkurs. Sāpes kā karsta eļļa (14). Sāpes kā stingums. Jo sāpes sastindzina. Tu vairs nevari atļauties to, ko varēji iepriekš (16)).

Intensīvo sāpju brīžos slimniekiem ir grūti atrast sevī spēku (Dažreiz man ir tā, ka bikses pilnas! Piedod par izteicienu! Man ir tā, ka nevar parunāties (5). Dažkārt ir grūti runāt. Kad man saskaras augšējā lūpa ar apakšējo, man tādiem zibeņiem iet cauri elektrība. Man visi draugi zina, ja es neceļu klausuli vai nometu... Man ir speciāla īsziņa uzrakstīta (..) Kad man ir tās sāpes, nekādas zāles nepalīdz. Varbūt narkotiskās – tramadols un morfīns, bet tās es nelietoju (14)), tomēr pēc tam, kad intensīvās sāpes norimst, tieši šie cilvēki uzrāda vislielāko dzīvesspēku un ar pateicību spēj pieņemt to, ko dzīve dod (Ir tāds moments, ka, pateicoties veselības problēmām, tu dziļāk ņem to ... līdz kaulam varbūt – garīgi. Tu sāc palikt garīgāks, kaut kā – jūtīgāks, emocionālāks (5). Lai cilvēks būtu laimīgs, nav obligāti kājas vajadzīgas. Galva ir vajadzīga, un tas ir faktiski viss. Emmm... un pasaules uztvere, sevis pieņemšana, tas ir vissvarīgākais (14)).

Rezumējot iepriekš teikto, var secināt, ka, ilgtermiņā dzīvojot ar sāpēm, cilvēki vairāk pūļu velta tam, lai sadzīvotu ar slimību, nevis to uzvarētu. Dzīvesspēka uzturēšanā dominē iekšējie faktori, tādi kā pašdisciplīna, domāšanas fokusa maiņa un spēja vairot prieka avotus savā dzīvē. Ja slimniekiem, neskatoties uz slimību un sāpēm, izdodas ieraudzīt savai dzīvei jēgu un atrast lietas, par ko būt pateicīgiem un gandarītiem, tad ir vieglāk pārvarēt pat ļoti intensīvas sāpes.

3.5. Ilgtermiņa dzīvesspēku ietekmējošie faktori

Lai atbildētu uz piekto pētījuma jautājumu “Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā?” – tika integrēta tematiskā un naratīvā analīze.

Galvenie palīdzošie faktori, kas ļauj uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā, ir motivācijas un pašvērtējuma ietekme uz rūpēm par sevi, fizisko aktivitāšu un veselīga dzīvesveida regulāra praktizēšana, pievēršanās aktivitātēm, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm, domāšanas fokusa un iekšējās perspektīvas maiņa, apkārtējo atbalsta un iedvesmas nozīme, dažādu sāpju mazināšanas paņēmieni izmantošana un emociju kā resursa izmantošana, sadzīvojot ar sāpēm.

Savukārt faktori, kas visbiežāk traucē uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā, ir motivācijas, gribasspēka un pašdisciplīnas trūkums, pārpūle un mazkustīgums, sociālā atbalsta lūgšanas vai saņemšanas grūtības, domāšanas ieradumu un pārlicību ietekme uz rūpēm par sevi, stress un emocionālie pārdzīvojumi, dažādi ārējie ierobežojumi, kā arī pašas sāpes kā traucējošs faktors.

Lai cilvēks, kurš piedzīvojis “kritienu lejup”, spētu “atlēkt atpakaļ”, izšķiroša loma ir motivācijai. Intervijas atklāja, ka intensīvu sāpju gadījumā motivāciju kaut ko darīt savā labā nosaka pašsaglabāšanās instinkts un vēlme izvairīties no ciešanām, taču, ja cilvēks ilgstoši dzīvo ar mērenām sāpēm, viņš var pie tām pierast, kā rezultātā arī motivācija par sevi rūpēties mēdz kristies. Lai šo motivāciju uzturētu, svarīga loma ir spējai sevi disciplinēt un ievērot labos ieradumus, par spīti tam, ka dažkārt negribas. Daži slimnieki (13, 14, 15) atzina, ka viņiem piemīt iekšējā motivācija un lielākoties izdodas atrast sevī spēku, lai, piemēram, nodarbotos ar fiziskajām aktivitātēm (Man visu laiku ir motivācija. Jau 12 gadus (14)), bet daļa (1, 11, 16) atklāja, ka viņiem trūkst gribasspēka un vajadzīga ārējā motivācija (Nu, apkārtējo uzturējums palīdzēja. Nu, tas, ka viņi mani padzenāja. Piespēlēja kaut kādus darbus. Bija vien jādara. Kad tu pakusties, padari kaut ko, tad tās sāpes drusku mazinās (16)).

Viens no faktoriem, kas, pēc vairāku slimnieku (1, 2, 7, 11, 15) domām, palīdz paaugstināt motivāciju par sevi rūpēties, ir pašas sāpes (Esmu slinka, nevaru sevi piespiest. Bet tagad, kad sāp visas malas, es vingroju jau kādas trīs nedēļas (2)). Analizējot intervijas, tika novērots, ka, jūtot nelielas sāpes, cilvēkam bieži vien nav motivācijas par sevi rūpēties, bet, kad sāpes pieaug, pieaug arī motivācija. Taču brīdī, kad sāpes kļūst pārāk stipras, motivācija atkal krītas (Bet pārsvarā, ja man vairāk sāp, es vispār neko nedaru. Vairāk mēģinu tādā miera stāvoklī dzīvot (6). Es, kad man sāp, es guļu un vaidu. Kad ir tie saasinājumi, tad neko nevar izdarīt. Iestājas depresijas simptomātika (10)).

Motivāciju var paaugstināt arī vēlme būt noderīgam. Kāda slimniece atzina, ka viņas galvenais motivators ir mazdēls (Viņa dēļ vien nākas rūpēties par sevi (9)), bet kāda cita slimniece atzina, ka viņai saņemties palīdz apziņa, ka citiem ir vēl sliktāk (Ja vēl kādam ir

sliktāk nekā tev, tas arī motivē. Jo tomēr tu vari palīdzēt tam cilvēkam (15)). Pie šī faktora gan jāpiebilst, ka rūpēšanās par citiem ir ambivalents faktors. No vienas puses, spēja justies vajadzīgam iedod enerģiju un vairo (54), bet, no otras puses, pārlieta koncentrēšanās uz citu vajadzībām var būt kā traucēklis, lai parūpētos par savām vajadzībām (Man ir mazbērni pa vasaru. Tad bija diezgan sarežģīti: gan ēst gatavošana, gan viņus vajadzēja kaut kā izklaidēt. (..) Bet slodze bija lielāka un tad vajadzēja gulēt. Neko nevari padarīt pēc tam. Bija diezgan grūti fiziski, jā (6)).

Daži intervējamie (7, 10) atzina, ka motivācija pieaug līdz ar pašvērtējuma pieaugumu (Es domāju, ka pašvērtējums palīdz saņemties. Jo augstāks pašvērtējums, jo lielāka motivācija kaut kādas problēmas risināt. Ja tu pats neuzskati sevi par vērtību, rūpēties par sevi ir sarežģīti un grūti. Ja tu neesi tā vērts, priekš kam darīt kaut ko sarežģītu. Bet ir arī otrādi. Tur ir tieša korelācija: jo vairāk tu par sevi rūpējies, jo augstāk tu par sevi domā. Nu, tā var teikt (10). No zema pašvērtējuma rodas arī tāds slinkums. Sak, nav vērts! Kam man to vajag? (7)).

Vēl kāds faktors, kas, pēc kāda slimnieka domām, var veicināt motivāciju, ir spīts (Pasaule ne vienmēr tev parādīs, ka esi vērtība, bet, ja tu pats to zini, tad es domāju, ka ir vieglāk rūpēties par sevi. Un, ja tev liek šķēršļus, jo vairāk tu gribi izaugt kā nezāle cauri betonam (11)). Tomēr spīts un vēlme sevi apliecināt ne vienmēr sniedz pozitīvu rezultātu. Dažkārt spītu rada augsta pašvērtība un vēlme pastāvēt par sevi, bet dažkārt spīts, tieši otrādi, rodas no zema pašvērtējuma un vēlmes sevi par katru cenu pierādīt, pat ja tas nenāk par labu veselībai (Mans uzskats, ja man vecāki bērnībā vairāk ticētu, es varbūt tagad sev nemēģinātu kaut ko pierādīt. Bet, tā kā man vecāki neticēja, man visu laiku bija tā kā jāpierāda, un es esmu iemācījusies varēt lietas, kas, iespējams, man nav jāvar, nav jāgrib varēt, bet es tomēr ņemu un daru (6)).

Savukārt faktori, kas pazemina motivāciju par sevi rūpēties, ir pašas sāpes, cerības zaudēšana un nespēja ieraudzīt veselības uzlabojumus (Ja nav rezultāta, tad motivācija zūd (15)), pārāk liels apzinīgums citu priekšā (Ja es kaut ko esmu apņēmusies, es to izdarīšu. Un, ja man tas ir svarīgs, es to izdarīšu, kaut arī esmu slima. Jā. Tā ir laba īpašība, bet reizē arī slikta, tāpēc ka vēl neesmu iemācījusies, ka nevajag slimai strādāt (17)) un žēlošana no ģimenes locekļu puses, kas samazina slimnieka vēlmi uzņemties atbildību (Ja ir pārāk empātiski ģimenes locekļi, tas var kļūt par tādu žēlošanu. Brīdī, kad vajadzīgs spēriens pa pakaļu, tev saka: – Vai, man žēl, ka tev tā ir! Nu, ko dod tas tavs žēlums? (7)).

Līdztekus motivācijai svarīga loma dzīvesspēka uzturēšanā ir arī fiziskajām aktivitātēm. Fiziskās aktivitātes ne tikai ļauj uzturēt labu fizisko formu, bet palīdz arī emocionāli justies labi, mazinot stresu un ļaujot uz brīdi atslēgties no sāpēm (Un, ņemot vērā, ka mums un manai diagnozei ļoti daudz nāk no galvas, no stresa un no psihosomatikas, no negulēšanas, tad fiziska slodze ļoti palīdz mazināt stresu, sakārtot grafiku, gulēt vairāk. Jo nogurušāks tu esi, jo labāk nāk

miegs (10). Ja, piemēram, smagi ap sirdi, tad, kamēr sāk sāpēt kājas, tad sirdij paliek vieglāk (12). Bet man staigāšana palīdz. Ārā es esmu šeit un tagad, man tas izdodas (17)).

Kā biežākās fiziskās aktivitātes, kuras slimnieki atzina par palīdzošām, tika minētas vingrošana fizioterapeita pavadībā vai patstāvīgi (3, 4, 6, 9, 11, 13, 14, 15), pastaigas, tai skaitā nūjošana (2, 4, 6, 9, 11, 12, 17), un peldēšana (1, 4, 5, 6, 10). Tomēr, kā atzina paši intervējamie, dzīvesspēka uzturēšanā izšķirošā loma nav tam, kādas fiziskās aktivitātes tiek izvēlētas, bet gan tas, lai šīs aktivitātes būtu regulāras (Visi šie pasākumi dod, tikai tas jādara regulāri un pareizi (1). Pirms vairākiem gadiem uzsāku fizioterapeitisko vingrošanu, bija būtisks uzlabojums, bet, ja ir pauze, tad tas nesaglabājas. Un, ja pauze ir pārāk ilga, ir grūti tikt atpakaļ uz kaut kāda ceļa. Vajag, vajag pareizi un sistemātiski (14). Pēc tam mēs aizbraucām kaut kur, nedēļa man izkrita, jutu, ka man vajag atgriezties. Pēc tam nedēļu es vēl neatradu laiku, un tad man atkal bija tik slikti! Un es sapratu, ka viss! Sanāk tā, ka tā ir viena no tām lietām, no kā nedrīkst atkāpties (15)).

Regularitātes nozīmi kā būtisku minēja 11 no 17 intervējamajiem (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15), tomēr tikai pieci slimnieki (7, 8, 9, 10, 13) atzina, ka ikdienā patiešām veic regulāras fiziskās aktivitātes (Vajag darīt labāko, ko tu vari sev iedot šajā laikā. Protams, nav viegli sevi mobilizēt šai vingrošanai. Tas man arī jāatzīst. Ir, kad es arī nepavingroju kādu dienu, bet cenšos saņemties un vismaz 2–3 reizes nedēļā pavingrot (7). Tagad, kad pagājuši pieci gadi, es varu teikt – tas ir mans dzīvesveids. Principā mans darbu plānojums, darba režīms aug no manām fitnesa nodarbībām (8)). Pārējie atzina, ka brīžos, kad viņi saņem fiziskajām aktivitātēm, tās ir palīdzošas, tomēr viņi nespēj tās veikt pietiekami regulāri un ilgstoši (Teorētiski es zinu, ka vajag, bet es to nedaru. Tas par to rīta stīvumu un izkustēšanos, to regulāri vajag darīt (3). Droši vien ilgtermiņā ir svarīgas, bet es esmu no tiem cilvēkiem, kas grib pēc iespējas mazāk kustēties (6)).

Iemesli, kādēļ neizdodas ieviest fiziskās aktivitātes kā ikdienas sastāvdaļu, ir dažādi, piemēram, visu vai neko domāšana un vēlme pēc pārāk straujām pārmaiņām (Nu, droši vien, ka nepalika tik labi un tik ātri labi, lai noticētu arī tam, droši vien vajadzēja ilgāk nodarboties (1). Mans galvenais šķērslis ir tas, ka es saprotu, ka ir vajadzīgs komplekss. Es gribu kaut kādu vienu lietu paņemt, bet es saprotu, ka pārējo es neesmu gatavs mainīt pagaidām (11)) vai arī atteikšanās no iesāktā brīdī, kad kļūst nedaudz labāk (To arī es esmu pamanījis – tu gribi to ātro rezultātu. Un, ja paliek drusku labāk, tad klasiskais vīriešu sindroms – o, viss labi, nav vairs nekas jādara! (11)). Fizisko aktivitāšu uzturēšanu ilgtermiņā kavē arī laika trūkums un citu pienākumu nostādīšana pirmajā vietā (Gribēju strādāt uz pusslodzi, bet darba vieta, kas bija gatava mani pieņemt, prasīja, lai strādāju pilnu slodzi. Man tas bija grūti (4). Es sāku staigāt. Sāku pamazām, tad varēju jau 12 km dienā nostaigāt. Šobrīd nepietiek vienkārši tam laika (17)) vai slikti laika apstākļi (Un, kamēr vēl bija tā ziema aukstā, es gāju staigāt. Man taču tur Biķernieku mežs, bija forši. Bet tad nāca pavasaris. Un pavasaris bija tāds ļoti slikts, un es biju

pilnīgi kaut kādā nomāktībā. Ne te uz dārzu, ne te ko, ja... (2) Es to daru atkarībā no laika apstākļiem. Ja ir vējš un līst, tad neeju... Ja ir atkusnis, sniegs un ledus, es neeju, ja ir atbilstoši laika apstākļi, tad – jā (9)).

Tā kā intervijas norisinājās Covid-19 ierobežojumu laikā, dalībniekiem tika lūgts salīdzināt attālināto un klātienē fizisko nodarbību efektivitāti. Pilnīgi visi, kuri izteicās par šo jautājumu, atzina, ka klātienē nodarbības ir daudz efektīvākas. Pirmkārt, tās sniedz ārējo motivāciju, kas ir svarīga tiem slimniekiem, kuri nav pietiekami pašdisciplinēti (Kad tikko sākās ierobežojumi, klātienē neko nevarēja darīt, bija *zoom* formātā nodarbības. Pats pāris nodarbībās piedalījies. Bet bija viss tā. (..) No manas puses, protams, viss atslāba, jo... jo, nu, kad atbildība uz sevi, var arī nedarīt (1)), un, otrkārt, veicot fiziskās aktivitātes klātienē, speciālista uzraudzībā, ir mazāks risks pārpūlēties un izdarīt vingrojumus nepareizi (Ja tu esi pilnīgi vesels, tu vari darīt pilnīgi neko, bet, ja ir kādas slimības, tad ir jāzina, ko darīt (2). Te no mana ekrāna šaipus neviens neredz, vai es pareizi izpildu vingrojumus tā, kā nepieciešams. Pasniedzējs var redzēt, vai es to vingrinājumu daru pareizi vai nepareizi (6)).

Tomēr jāpiebilst, ka fiziskās aktivitātes dzīvespēku vairo vien tad, ja ir mērenas un nerada kaitējumu veselībai. Spējām neatbilstoša fiziskā slodze rada pārpūli, kam bieži vien seko nekā nedarīšanas periodi (Ja es nebūtu pārslogojumu uztaisījis tai rokai... Nevajadzēja pārspīlēt ar rezultātiem (13). Es zinu, ja es vairāk pavigrošu, tad man pēc tam būs jādzer tās pretsāpju zāles (14). Tagad diemžēl es traumēju roku. Nu, tā – nepareiza vingrošana. (..) Pārvērtēju sevi. Un ne iesildīšanās, ne atsildīšanās (15)). Arī pašas sāpes dažkārt var būt traucējošs faktors, lai nodarbotos ar fiziskajām aktivitātēm regulāri (Man bij visu laiku otrādi, jo vairāk kustos, jo vairāk sāp. Centos visu laiku slinkot (2). To sāpju dēļ ļoti bieži sanāk nevingrot, tad es nevingroju un neko nedaru (14)).

Vairāki intervējamie (6, 10, 15) atzina, ka mērenība ir svarīga ne vien attiecībā uz fiziskajām aktivitātēm, bet arī attiecībā veselīgu dzīvesveidu. Jebkuru pozitīvu ieradumu ir jāspēj piekopt ar prieku, citādi veidojas iekšēja pretestība un stress, kas nelabvēlīgi ietekmē veselību (Ja man ir jāēd ēdiens, kurš man negaršo, nejūtos labi. Esmu ievērojusi, ja man ir mazāks stress, ja mentāli jūtos labāk, es arī fiziski jūtos labāk. Es varu nostaiģāt 10 km, ja es eju priekā (6). Es atceros, kā divus mēnešus ēdu ļoti veselīgi, tikai tvaicētus dārzeņus un zivi, es pazaudēju svaru un sakārtoju ādu, taču stress, ko radīja neēšana un skatīšanās uz aizliegto ēdienu, bija milzīgs. (..) Manuprāt, ir vajadzīgs kaut kāds līdzsvars attiecībā uz uzturu (10)).

Dzīvespēka uzturēšanā nozīmīga loma ir arī spējai atrast prieka avotus. Prieka aktivitātes pilda dažādas funkcijas. Tās ļauj nomainīt domāšanas fokusu no sāpēm uz kaut ko citu, vairo pozitīvas emocijas, sniedz motivāciju socializēties, būt aktīviem un vienlaikus palīdz iepriecināt arī citus. Ļoti precīzi par to, ko nozīmē prieks, izteicies viens no slimniekiem (Kad

tu dari to, ko tu gribi darīt un kas tev padodas. Un kad tu vari to darīt (10)). Ja cilvēkam kaut kas sniedz lielu prieku, piemēram, iespēja atgūt veselību siltajās zemēs (2, 4), tomēr viņam nav iespēju to īstenot, tas var radīt neapmierinātības izjūtu. Tāpēc, kā atzina vairāki intervējamie (2, 5, 7, 16, 17), ir svarīgi, lai prieks nav kaut kas ekskluzīvs un ir atrodamas arī ikdienā (Es esmu no tiem, par kuriem saka – jānācās priecāties par katru mirkli... (2). Mežs, uguns un ūdens – tā ir tāda dabiskā terapija. Sēžu mājās un atveru savu krāsni, kas kuras. Skatos uz uguni... (5). Protams, arī ikdienišķas lietas man sniedz prieku, kā Ziedonis teica – tie mazie prieciņi – iedzert kādu garšīgu tēju vakarā, palasīt labu grāmatu, apēst saldējumu (7)).

Starp biežāk minētajiem prieka avotiem var ierindot aktivitātes dabā (2, 4, 5, 12, 17) (Dārzā man ļoti patīk (..) Daba! Nu, daba, jūra. Tādas lietas (2). Aizbraucu līdz jūrai, atveru vaļā durvis, lūku un kaifoju, priecājos. Ziniet, kad es visvairāk priecājos? Kad jūra runā. Kad viļņi lieli, ir liels vējš (5)), kontaktēšanos ar patīkamiem cilvēkiem (2, 3, 7, 9, 13, 14, 16) (Man prieku sniedz satikšanās ar cilvēkiem, klausīties viņu pieredzēs un sniegt savu atgriezenisko saiti (7). Man patīk satīkties ar cilvēkiem. Man pēc rehabilitācijām tagad feisbukā ir vairāk nekā 100 cilvēki, ar kuriem es uzturu kontaktus, ar kuriem es tiekos, ar kuriem mēs kaut ko darām (14)) un dažādu hobiju īstenošanu, piemēram, strādāšanu dārzā (2, 9, 12), rūpēšanos par mājdzīvniekiem (12, 16), ēst gatavošanu (10), gleznošanu (13), mūzikas terapiju (17).

Intervijās atklājās atšķirīgi viedokļi attiecībā uz to, vai aizraušanās ar prieka aktivitātēm būtu jāierobežo. Daļa slimnieku (2, 7, 9) atzina, ka ir jāievēro mērenība arī tajās lietās, kas sniedz prieku, citādi var gadīties pārpūlēties (Noeju 2–3 km, pēc tam man jāatpūšas. Nu, tā (7). Nu, es to daru kādu pusstundu, tad piespiežu sevi – tagad nē! Uz kādām stundām tas jāpamet, tad daru atkal, lai rokas pārāk nepārslogotu, jo tad nav labi, ja ilgi to dari (9)), bet daļa intervējamo (1, 8, 10, 15) atzina, ka tieši aizrautība ir tā, kas šo prieku iedod. Šie slimnieki atklāja, ka viņiem prieku sniedz fiziskās aktivitātes, kuras ļauj sevi pārvarēt un apliecināt. Kaut arī šīs aktivitātes ne vienmēr nāk par labu fiziskajai veselībai, mentāli tās ļoti paceļ enerģiju un veicina dzīvesspēku (Iegādājos velosipēdu, uzsāku braukšanu. Braukšana sagādāja lielu prieku. Bet... pēc pirmajiem kilometriem, pēc pirmajām 10 minūtēm sākās sāpes. Nu, un tā es braucu, pieciešot to visu. Kādus trīs gadus regulāri apmeklēju visus tos NTB, SEB, Maroka un tos posmus, piesaistot līdzjutējos ģimeni. Bija tāds nosacīti dzīvesveids radies. Man reimatologs teica, ka varbūt tev nevajadzētu skriet, bet man patika tā apziņa un doma, ka, ja es gribu skriet, es varu skriet, pat ja es to daru uz ibumetīnu (10)).

Līdztekus prieka aktivitātēm jāizdala arī aktivitātes, kas noslogo prātu un ļauj aizmirsties no sāpēm, piemēram, spēlīšu spēlēšana telefonā vai klaiņošana internetā (5, 12, 14), dzīves norišu, dabas norišu vai dzīvnieku vērošana (16, 17), vides maiņa un socializēšanās (9, 12, 13, 14), mūzikas terapija (17), meditācija un lūgšanas (5, 7, 17). Šīs nodarbes nespēj

palīdzēt intensīvu sāpju gadījumā, taču ļauj aizmirsties no mērenām, bet ilgstoši nepārejošām sāpēm (Kad nāk impulsi no ārpuses, nav jādomā par to, kas locekļos notiek (16)).

Sīkāk aplūkojot tādu faktoru kā domāšanas un iekšējās perspektīvas maiņa, jāsecina, ka ir pārlicības, kas palīdz veicināt dzīvesspēku visos slimības posmos, bet ir arī tādas, kas, laikiem ejot, mainās un vairs nav noderīgas. Piemēram, uzskats, ka slimniekam pašam aktīvi jāiesaistās savas veselības uzlabošanā, negaidot palīdzību tikai no malas, ir būtisks ikvienā slimības posmā. Līdzīgi ir ar uzskatu, ka dzīvesspēku var veicināt prasme pielāgoties apstākļiem un apņēmība meklēt prieka avotus. Savukārt tādas uzskatus kā “man jātiek ar visu galā pašam, nelūdzot atbalstu” (4, 6, 12), “es nedrīkstu izrādīt savas emocijas” (6, 10), “ja daru, tad, sevi nesaudzējot” (1, 12, 13, 15) daļa slimnieku atzina kā ilgtermiņā traucējošus. Tā vietā slimnieki runāja par to, cik svarīgi ir apzināties savus emocionālos un fiziskos resursus un vajadzības gadījumā vērsties pēc atbalsta (Faktiski tā ir savu resursu apzināšanās, savu robežu apzināšanās (17)).

Pāris intervējamie (1, 10) atzina, ka viņiem sadzīvot ar slimību palīdz humors un spēja pajokot par savu diagnozi (Un ar kuriem man ir kāds tuvāks kontakts, palūdz kaut ko fiziski palīdzēt, pacelt, es saku: “Man ir ārsta zīme!” Bet es to daru savu iespēju robežās. (..) Ģimenē ar sievu par to arī pasmejamies, sakām: “Sačakarēta mugura.” Vai vēl kaut kā tēlaināk... (1). Ja kādreiz ir jānes kādi smagumi, es mēdzu pajokot – es nevaru nest, esmu artrīta puisēns (10)). Kā palīdzošas attieksmes slimnieki (11, 15) minēja arī atteikšanos no nereālām gaidām pret sevi (Piemēram, tagad ar to stieni. Es sev pateicu – es darīšu vienkārši minimumu, kas ir nulle, vienkārši karāšos uz stieņa (11)), atkarības mazināšanu no citu viedokļa (Es staigāju, nūjoju. Man patīk. Ir pat bijis tā, ka kaut kādus gadus atpakaļ kaimiņi vai ar pirkstu rāda: tas taču ir stulbi! Es pasmaidu par to. Es teicu – varbūt palasiet par nūjošanu, kas tas ir. Varbūt jums arī patīks. Es neuztraucos par to, ka kādam tas liekas jocīgi (9)), neidentificēšanos ar slimību (Ja viss, kas tu esi, ir slimība, tad tu nevari neko darīt. Bet tiklīdz tu apzinies, ka man ir artrīts vai man ir depresija, tu saproti, ka tu esi šajā visā galvenais objekts. Man ir artrīts, tāpat kā man ir apakšbikses, tāpat kā man ir mašīna, tāpat kā man ir prieks. Tad, ja tu esi galvenais, tu vari noteikt, ko un kā darīt ar to (10)), pateicības praktizēšanu (14, 17) (Bet es pēc operācijas pasakos par katru foršo lietu, kas ir notikusi (14)), pievēršanos ticībai un garīgām praksēm (2, 3, 14, 17) (Es neesmu no tiem cilvēkiem, kuri saka – es paļaujos tikai uz sevi! Ko man Dievs dod? – Man Dievs dod tikai to, ko es varu izdarīt. Tas nenozīmē, ka es tikai tā – viss tikai Dieva rokās un es neko. Nu, Dieva rokas ir tas, ko tu pats dari, ja. Tev ir kaut kas jādara, un attiecīgi viņš tevi pabalstīs vai pieturēs aiz stērbeles (2)), pozitīvas nākotnes perspektīvas saglabāšanu (5, 11, 13, 14) (Bet es nekad neesmu atmetis to cerību, es vienmēr esmu ticējis, ka viss būs labi. Es nekad

nepieņemu, ka es palikšu tāds. Un es nepieņemu vēl joprojām. Es vienmēr esmu stāvējis uz to, ka nē, tas tā nebūs! Es cenšos stāvēt uz to, ka viss mainīsies, būs labāk (13)).

Turpretī kā traucējošu domāšanas veidu slimnieki (1, 3, 11, 15, 17) minēja perfekcionismu jeb vēlmi vienmēr sasniegt ideālu rezultātu (Nu, man laikam tas ir dažreiz par daudz šitais, kā teikt – ideālisms? Ne tā, ka es esmu ideāla, bet man ir priekšstats – kā jābūt. Un dažreiz ir grūti no tā atteikties. Tas rada problēmas (15). Un līdz ar to ir tā problēma, ka es bieži pāreju pāri saviem spēkiem. Es nemāku izbalansēt. Reizēm tas aiziet uz tā rēķina, ka es neguļu vai nepaēdu. Vai kaut ko neizdaru no savām pamatvajadzībām (17)), kā arī pārlietu koncentrēšanos uz sāpēm, kas mēdz tās pastiprināt (Fokusējoties uz simptomiem, tev tie simptomi uzreiz pareizinās ar kaut kādu koeficientu (17)).

Kā palīdzošu faktoru visos slimības posmos slimnieki atzina apkārtējo atbalsta pieejamību, ietverot gan ģimenes atbalstu (4, 5, 8, 9, 14), gan citu pacientu atbalstu (2, 3, 4). Tomēr, salīdzinot ar slimības sākumposmu, ilgtermiņā dzīvojot ar sāpēm, nedaudz mainās apkārtējo atbalsta loma. Sākotnēji daudz lielāka nozīme ir informatīvajam atbalstam, kas palīdz izprast un pieņemt diagnozi, bet vēlākajos gados priekšplānā izvirzās savstarpējās mijiedarbības, motivācijas un iedvesmas nozīme. Šī sociālā mijiedarbošanās nav tikai vēlme iegūt atbalstu, bet arī vēlme to sniegt citiem. Tā drīzāk ir aktīva apmaiņa ar domām, emocijām un pieredzes stāstiem (Mēs tur gājām pie jūras staigāt, cits tur drūmāks, cits tur tā vai šitā, bet tie ratiņkrēslu cilvēki – viņi lasījās ārā jautrās kompānijās, un viņiem nekad tur nebija klusums kaut kāds. Smieklī, joki – tā viņi tik skaļi tur dzīvojās savā starpā! (12). Un tas psiholoģiskais jau arī palīdz mazināt sāpes, kad izej ārā, satiecies ar cilvēkiem. Man ir divi cilvēki, kuri man zvana, kad viņiem ir sūdzīgi, un kam es zvanu, kad man ir sūdzīgi (14)).

Ļoti svarīga lieta, ko uzsvēra kāds slimnieks, ir spēja izjust, kad tev ir pietiekami daudz resursu, lai tiktos ar citiem slimniekiem, un kad šo resursu nav (Tad, kad man ir ļoti slikti, tad man vajag atbalstu no citiem slimniekiem, bet, kad ir labāk, tad vairs nevajag. Tad varbūt tā pacientu organizācija traucē, jo tu vēl neesi tik stiprs, lai dotu atbalstu citiem, un citu būdu stāsti tevi nomāc (14)). Tāpat ir svarīgi izjust, kas ir tas, ko otrs cilvēks no tevis gaida. Kā atzina kāda slimniece, bieži vien otram cilvēkam nevajag mūsu padomus vai žēlošanu, pietiek ar būšanu līdzās un uzklausišanu (Cik svarīgi ir vienkārši klausīties, pajautāt – kā es tev varu palīdzēt? Cik svarīga sajūta, ka tu neesi viens tajā, kas ar tevi ir noticis. Briesmīgākais nav ciešanas, briesmīgākais ir būt tajās vienam (17)).

Savukārt kā traucējošu faktoru, kas negatīvi ietekmē dzīvesspēku, var minēt sociālā atbalsta lūgšanas vai saņemšanas grūtības. Kāds slimnieks atzina, ka viņam pēc sievas nāves tā arī nav izdevies izveidot emocionāli tuvas attiecības ar kādu un, esot vienam, dzīve ir daudz grūtāka, nekā tā būtu, dzīvojot attiecībās (Nu, pats galvenais, ja tā mīlestība būtu. Ja to varētu

atrast, tad būtu vieglāka tā dzīve (5)). Savukārt citi slimnieki atzina, ka viņiem varbūt arī būtu pieejams atbalsts, taču viņi paši izvairās to lūgt un runāt par savām grūtībām (Man tā situācija bija tāda – man bija pāri 50, kad tas sākās. Es negribēju rādīt mammai, ka man ir sāpes. Viņai bij grūti, bet rādīt, ka man ir vēl grūtāk, es to nedrīkstēju rādīt (2). Pasaule tāpat ir pilna ar pārdzīvojumiem. Kāpēc tai vēl vajadzīgi mani? (..) Es domāju, ka nevajag apkārtējos apgrūtināt (16)).

Runājot par tādu dzīvesspēku ietekmējošu faktoru kā sāpju mazināšanas paņēmieni, jāsaprot, tie ir ļoti dažādi un katrs no slimniekiem izvēlas kaut ko citu, piemēram, teipošanu (8), ķermeņa norūdīšanu (8), miega paradumu sakārtošanu (8, 10), uztura paradumu maiņu (8), siltu vannu (10), masāžas (7, 12), medikamentozu terapiju (4, 5, 9, 10, 13, 14), mūziku (11, 17), vides maiņu (5, 12, 14).

Daži intervējamie (8, 10, 11, 12) atzina, ka sāpju mazināšanai īpaši svarīga ir kompleksa pieeja, kad tiek apvienotas dažādas metodes un iesaistīti dažādi speciālisti (Bet tā kompleksi jācīnās. Ir jāvingro, mazāk jāēd, jāstaipās un staipoties ļoti jāelpo (8). Skaidrs ir tas, ka, jo vairāk tu guli, jo mazāk tu streso, un, jo efektīvāk tu ēd un mēreni kusties, jo labāk tu jūties (10). Kolektīvais darbs: vienlaicīgi – masieris, fizioterapeits un kādi tur vēl speciālisti, es vairs pat neatceros. Bet, ka visi kopā, ka tur reizē notiek visas tās procedūras, tas ļoti palīdz (12)). Iepriekš minētais liek secināt, ka veselības problēmas nevar tikt risinātas atrauti no pārējās dzīves konteksta, kas tiešā vai netiešā veidā var ietekmēt arī fizisko pašsajūtu.

Kā atsevišķs palīdzošs faktors jāizdala emociju regulācijas prasmju ietekme uz sāpēm. Intervējamie (5, 10, 11, 17) uzsvēra, ka viņiem ir svarīgi pazīt un spēt izreaģēt emocijas, jo apspiestas emocijas, īpaši stress, var nelabvēlīgi ietekmēt fizisko pašsajūtu (Es vispār esmu pamanījis, ka manam ķermenim vajag izdzīvot tās emocijas. Ja es esmu bijis skumjš, bet kāds mani izvelk no šī stāvokļa un iemet prieka virpulī, es pēc tam tāpat pie tā atgriežos. Man vajag tās sajūtas izjust (11). Man ir tāds psalmu komplekts, ko man vienreiz mans draugs mācītājs iedeva, – gavēņa laika psalmi. Tos es lasu balsī, kamēr es apraudos un es izreaģēju ārā. Tā ir viena lieta, ko daru. Un es esmu zvanījusi uz krīzēm, krīžu centru “Skalbes”. Tad, kad man nāk, kad es jūtu, ka man viss grīļojas ārā galīgi. Man tas ļoti palīdz. Tur es nodistancējos no tās savas vētras (17)). Tāpat ir svarīgi iepazīt veidus, kā vairot patīkamās emocijas, kas savukārt ļauj nedomāt par sāpēm un uzlabo pašsajūtu (Protams, ka tad, kad tu esi absolūti laimīgs, tu nedomā tik daudz par tām sāpēm. Nav tā, ka tev sāp mazāk, bet tu nekoncentrējies uz tām sāpēm (10)). Savukārt, ja stress vai emocionāli pārdzīvojumi ņem virsroku, lielai daļai slimnieku (1, 2, 6, 9, 10, 11, 12, 16, 17) sāpes saasinās.

Kaut arī dzīvesspēka uzturēšana ilgtermiņā ir vairāk atkarīga no iekšējiem faktoriem, dažādi ārējie ierobežojumi, kā, piemēram, vides nepieejamība, veselības pakalpojumu nepieejamība vai finanšu nepieejamība, var negatīvi ietekmēt rūpes par veselību (Piemēram,

Bauskā es nevaru tikt uz Pasu daļu, jo tur ir pakāpieni (13). Tā vienā tikšanās reizē ar Čakšu es pacēlu jautājumu par reimatologiem. Nu, nav taču iespējams tikt pie viņiem, vai tur kvotas nav vai kā. Man jāpierakstās pie reimatologa. Tur janvāra sākumā ir pieraksts uz gadu, bet man, piemēram, janvārī nekas nesāp, bet varbūt man martā vai jūnijā sāks sāpēt. Ja es nepierakstos uz priekšu, pēc tam tikt nevaru (2). Vispār tas ir arī psiholoģisks stress, ja visu laiku jādomā par naudu (15)).

Attiecībā uz finanšu trūkumu kā traucējošu faktoru, lai par sevi rūpētos, intervējamo domas dalījās, un daži slimnieki (6, 10, 11) atzina, ka ne vienmēr tas ir patiesais iemesls, kāpēc cilvēki kaut ko nedara. Teiciens "Ja man būtu vairāk naudas..." bieži vien ir tikai atruna (Ja tu neesi īsti motivēts, nav tev naudas vai ir nauda, tu nevarēsi. Man personīgā pieredze: gadus sešus atpakaļ man bija 400 eiro ienākumi un es darīju tikpat daudz, cik tagad ar trīsreiz vairāk ienākumiem (6). Man liekas, ka ir pamatlietas, kam nevajag vispār naudu, un tad ir lietas, kur nauda palīdz vai palīdz veicināt. Un naudas trūkums var kaut ko bremsēt. Bet ir otrs variants, ka tev ir nauda, bet tu apjūc idejās vai atrodi atrunas un beigās nekas nemainās, un izrādās, ka nauda tur vispār nebija pie vainas (11)).

Kā atsevišķs faktors, kurš var būt gan dzīvesspēku veicinošs, gan kavējošs, jāpiemin klimatisko apstākļu ietekme uz fizisko un emocionālo pašsajūtu. Vairāki slimnieki (2, 5, 7, 9, 10, 16) intervijās pieminēja, ka klimatiskie apstākļi viņus tā vai citādi iespaido. Klimats var ietekmēt sāpju intensitāti (Es ne ļoti mīlu ziemu, jo ziemā ir mitrums un sniegs, un slapjums, aukstums. Manām locītavām aukstums nepatīk (4)), motivāciju nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm (Ja ir vējš un līst, tad neeju... Ja ir atkusnis, sniegs un ledus, es neeju, ja ir atbilstoši laika apstākļi, tad – jā (9)), kā arī emocionālo pašsajūtu (Bet tur ir dienvīdi, cita vide. Tas palīdzēja. (..) Visi tur priecīgi, tev vienmēr pasmaida: – Kā iet? (2)).

Rezumējot galveno attiecībā uz faktoriem, kas ietekmē dzīvesspēku ilgtermiņā, var secināt, ka svarīga ir mērenība attiecībā uz fizisko slodzi un dzīvesveidu, mērķiem un gaidām, atbalsta saņemšanu un došanu, kā arī citiem faktoriem. Tāpat var secināt, ka vairākus dzīvesspēku ietekmējošos faktoros, kā, piemēram, rūpes par citiem, aizraušanos ar fiziskajām aktivitātēm vai atļaušanos būt vājam, nevar raksturot kā viennozīmīgi palīdzošus vai traucējošus. To, kā konkrētais faktors ietekmēs konkrētā slimnieka dzīvi, nosaka tas, kā šis faktors savstarpēji mijiedarbojas ar citiem faktoriem. Ja, piemēram, sava vājuma apzināšanās iet kopā ar sava spēka un resursu apzināšanos, tas palīdz noteikt veselīgas robežas un sevi pasaudzēt, 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. Dzīvesspēks HMS slimniekiem ratiņkrēslā

Atbildot uz sesto pētījuma 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, dzīvesspēka uzturēšanas stratēģijas būtiski neatšķiras no kopējās HMS slimnieku grupas. Šajā apakšgrupā raksturīgās tēmas, atbildot uz katru no pētījuma jautājumiem, var aplūkot 14. pielikumā.

Cilvēkiem, kuriem HMS sākās pēc piedzīvotas mugurkaula traumas un kuri uzreiz pēc tam zaudēja spēju staigāt, bija raksturīgs ļoti straujš emocionāls kritums, kam sekoja tikpat straujš kāpums. Trīs no četriem šīs apakšgrupas locekļiem slimības sākumposmu raksturoja kā šoku un apjausmu, ka dzīve vairs nebūs tāda, kā iepriekš (Pirmais moments, kad es pamodos, bija šoks, jo es sapratu, ka kājas nekustas. Priekšā bija tāds divielis. Un es domāju, kā tai divielī ielikt galvu, izdarīt sev galu, lai nebūtu jāmokās (5). Pirmām kārtām, kad es biju reanimācijā pēc traumas, man ārsti, labākās draudzenes vecāki teica, ka, iespējams, ir skaitītas dienas vai stundas (13). Kad nākamajā dienā es pamodos pēc operācijas, man visa dzīves glezna – tālākā, turpmākā – bija kā uz plaukstas, jo reāli meitene... mēs bijām kopā, es sapratu, ka viņa mani pametīs (14)).

Tā kā šie cilvēki piedzīvoja zaudējumus ne vien fiziskajā, bet arī sociālajā un emocionālajā jomā, lai “izkļūtu no bedres” un veicinātu dzīvesspēku, viņiem atšķirībā no citiem HMS slimniekiem nepietika ar nelielām un pakāpeniskām ieradumu vai dzīvesveida korekcijām un bija nepieciešama līdzšinējo dzīves mērķu un vērtību būtiska pārformulēšana, jo īpaši attiecībā uz to, kā atrast jēgu dzīvei, kurā daļa no līdzšinējās jēgas bija zudusi. Tieši tāpēc šajā posmā vissvarīgākais dzīvesspēku veicinošais faktors bija garīgs un psiholoģisks atbalsts.

Divi no četriem šīs apakšgrupas locekļiem īsi pēc traumas pievērsās ticībai Dievam, bet divi dalībnieki kā būtiskāko pagrieziena punktu minēja psihologa atbalstu, kurš palīdzēja mainīt dzīves uztveri. Arī citi HMS slimnieki kādā no slimības posmiem mainīja iekšējo perspektīvu, taču šīs izmaiņas ne vienmēr bija tik straujas un radikālas, kā cilvēkiem ar kustību traucējumiem. Slimniekiem, kuri bija zaudējuši spēju staigāt, gan kritumi, gan kāpumi bija ar lielāku amplitūdu un iekšējā transformācija radīja ļoti būtiskas izmaiņas (Kaut kur man bij dziļākas būtības meklējumi, bet tāds klikšķis notika, kad man atnesa Bībeli (5). Man dzīve vispār ir pamainījusies par 180 grādiem (13). Dzīve ir pilnīgi mainījusies, kardināli, tas ir kā ar kājām gaisā (14)).

Salīdzinot ar citiem HMS slimniekiem, kuri uzsāka fizisku un emocionālu darbu ar sevi un bieži to darīja kampaņveidīgi, cilvēkiem ar kustību traucējumiem izdevās vieglāk uzturēt motivāciju par sevi rūpēties, un viņi šajās aktivitātēs iesaistījās ar lielāku entuziasmu. To varētu

izskaidrot ar faktu, ka cilvēkiem, kuri bija zaudējuši spēju staigāt, bija zudusi virkne iespēju un mērķu, tāpēc slimnieki centās darīt labāko ar atlikušajām iespējām.

Runājot par dzīvesspēka uzturēšanu ilgtermiņā, intervējamajiem ar kustību traucējumiem palīdzēja līdzīgas stratēģijas kā citiem HMS slimniekiem, piemēram, fizisko aktivitāšu ieviešana ikdienā, socializēšanās, sevis nodarbināšana un prieka aktivitāšu meklēšana. Tomēr fizisko aktivitāšu praktizēšanas jomā galvenā atšķirība no citiem HMS slimniekiem bija tajā, ka šie cilvēki nevarēja atļauties lēkāt no kampaņas uz kampaņu un ilgstoši atstāt savu veselību novārtā, jo ķermenis prasīja pastāvīgu uzmanību un rūpes (Pa ziemu tur bija, ka es ar kaut ko citu tur nodarbojos un šitie treniņi... pat online... praktiski netrenējos. Un man bija tik slikti! Man sāka sāpēt visa mugura, kakls un ... es vienkārši nevarēju (15)). Vēl kāds būtisks izaicinājums, kas šo apakšgrupu atšķīra no citiem HMS slimniekiem, bija grūtības atrast līdzsvaru starp autonomiju un atkarību no citiem. Intervējamie atzina, ka ir svarīgi apzināties savu spēju robežas un nedarīt vairāk, kā ķermenis atļauj, taču vienlaikus nepadarīt sevi arī nespējīgus un atkarīgus no citiem (Vajag atrast kaut kādu variantu, lai dotu viņiem dzīvot tā, kā viņi var. Pilnvērtīgi. Bet neprasīt no viņiem kā no veselīgiem. Viņi nav tādi. Bet nav arī nevarīgi (15)).

Ir jāizceļ kāda tieši šai apakšgrupai īpaši raksturīga iezīme – vēlme būt vajadzīgiem. Šajā pētījumā intervētie cilvēki ar kustību ierobežojumiem izrādīja ļoti izteiktu vēlmi socializēties ar citiem un iesaistīties dažādās organizācijās. Tā kā slimnieki ar kustību traucējumiem lielā mērā bija atkarīgi no apkārtējo praktiskā atbalsta un ne visas funkcijas spēja veikt patstāvīgi, viņi izrādīja lielu gandarījumu par situācijām, kurās bija iespēja izdarīt ko noderīgu citiem (Es kādu brīdi arī vienā autoservisā taisīju blīves (..) Tādas korķa blīves bija jātaisa, jāsit caurumiņi, ļoti precīzi, līdz milimetram. Strādāju mājās. A. saka: – *Ej gulēt!* Bet man gribas padarīt. Tas tā ceļ tavu pašapziņu! Tu jūties vajadzīgs. Es aizmirstos tajā brīdī. Man taču nekāda vaina nav! Es jūtos kā cilvēks, nevis invalīds (5). Ieraugot cilvēku, kas saņem gleznu, un acis iedegas: – *Vai, cik skaisti!* Un tā tālāk. Tas motivē vēl vairāk darīt (13). Es darīju to, kas man labi padevās. Slēdzu iekšā galvu. Ar rokām es darīt nevarēju, bet es sāku palīdzēt cilvēkiem (14). Ja vēl kādam ir sliktāk, nekā tev, tas arī motivē. Jo tomēr tu vari palīdzēt tam cilvēkam. Un tu jūti, ko spēj palīdzēt (15)).

Aplūkojot faktoros, kas traucē ilgtermiņā uzturēt dzīvesspēku, var redzēt, ka HMS slimniekiem bez kustību ierobežojumiem galvenokārt dominē iekšēji faktori, piemēram, grūtības sevi disciplinēt un stresa nelabvēlīgā ietekme uz pašsajūtu, savukārt slimniekiem, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, vairāk dominē ārējie faktori. Pārvietojoties ratiņkrēslā, viens no galvenajiem ilgtermiņa izaicinājumiem ir spēja saglabāt pēc iespējas lielāku neatkarību, taču tādi faktori kā vides nepieejamība, nespēja saņemt rehabilitācijas pakalpojumus un dažādi

šķēršļi, piemēram, kovida ierobežojumi, var ievērojami apgrūtināt šīs cilvēku grupas vajadzību apmierināšanu un socializēšanos (Piemēram, Bauskā es nevaru tikt uz Pasu daļu, jo tur ir pakāpieni (13). Man palika grūtāk, kad man atņēma teātrus ar visiem tiem kovidiem, kad Latvijas valdība saplēsās ar Baltkrievijas valdību, jo man vienkārši iztrūka braucieni uz Baltkrieviju. Tā ir vislabākā rehabilitācija, kāda man bijusi (14)).

Kaut arī šai apakšgrupai bija vairākas kopīgas iezīmes, intervijas atklāja arī vairākas individuālas īpatnības. Kāds dalībnieks ratiņkrēslā atzina, ka ir laimīgāks, nekā pirms traumas (Es cilvēkiem bieži saku, ka es no visas šīs situācijas, kas ar mani ir notikusi, esmu vairāk ieguvējs, nekā zaudētājs. (..) Es tagad esmu laimīgāks, kā pirms tam. Man šobrīd ir laiks visam, laiks studijām, laiks atpūsties, laiks strādāt, laiks pastaigām, sev veltīt (14)). Savukārt kāda cita dalībniiece atzina, ka ir iemācījusies sadzīvot ar slimību un atradusi prieka avotus, tomēr līdz galam laimīga nav (Grūti būt laimīgam, ja tev visu laiku kaut kas traucē, kaut kas sāp. Jo man ir, ar ko salīdzināt. (..) Laime būtu par daudz teikts (15)). Individuālas atšķirības tika atklātas arī attiecībā uz cerības saglabāšanu par iespēju kādreiz atkal staigāt. Kādam dalībniekam dzīvesspēku un motivāciju par sevi rūpēties deva ticība, ka kādu dienu kļūs labāk (Es nekad nepieņemu, ka es palikšu tāds. Un es nepieņemu vēl joprojām. Es vienmēr esmu stāvējis uz to, ka nē, tas tā nebūs! Es cenšos stāvēt uz to, ka viss mainīsies, būs labāk (13)). Bet kādam citam dalībniekam tieši pretēji – dzīvesspēku radīja jauno apstākļu pieņemšana (Es sapratu, ka tikmēr, kamēr es sevi nepieņemu, man neies nekas uz priekšu. Un tā arī bija. Tad, kad es pieņemu sevi pilnībā, tad arī, vot, veidojās atvieglojums (14)).

Rezumējot jāatzīst, ka slimniekiem ar HMS, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, slimības sākumposmā dzīvesspēks attīstās straujāk nekā citiem HMS slimniekiem un šajā posmā būtiskākā loma ir iekšējās perspektīvas maiņai. Ilgtermiņā dzīvojot ar sāpēm, HMS slimnieki gan ar kustību ierobežojumiem, gan bez tiem izmanto līdzīgas stratēģijas un vairāk koncentrējas uz pieejamajiem resursiem un iespējām, nevis sāpju radītajiem zaudējumiem.

Diskusija

Šī pētījuma mērķis bija noskaidrot, kāda ir slimnieku ar HMS dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredze. Pētījuma mērķis tika sasniegts, un, pateicoties atbilstoši izvēlētai pētījuma metodoloģiskajai stratēģijai, izdevās 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 tā brīža, kad cilvēkam ir pietiekami slikti (fiziski vai emocionāli), lai viņš būtu gatavs atzīt problēmu un uzņemties atbildību par savas veselības un dzīves kvalitātes uzlabošanu. 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). Tas, ka dzīvesspēks var veidoties vienīgi kā pretspars grūtībām, izskaidro, kāpēc daļa pētījuma dalībnieku, kuriem sāpes slimības sākumposmā bija mērenas un paciešamas, samierinājās ar sāpēm un neatrada sevī spēku, lai stātos tām pretī un meklētu risinājumus situācijas uzlabošanai.

Līdzšinējie pētījumi (Brittain et al., 2022; Ramirez-Maestre et al., 2019; Sturgeon et al., 2016) ir apstiprinājuši, ka dzīvesspēks palīdz labāk adaptēties hroniskām sāpēm un tās vieglāk izturēt. Šis pētījums parādīja, ka ne tikai dzīvesspēks var ietekmēt sāpes, bet arī sāpes var ietekmēt dzīvesspēku. Jo vairāk cilvēks izjūt sāpju nelabvēlīgo ietekmi uz savu dzīvi, jo lielāka būs viņa motivācija par sevi rūpēties. Tomēr, kā atzina HMS slimnieki, tas notiek tikai līdz brīdim, kamēr slimnieks spēj pārvaldīt sāpes un saglabā cerību par situācijas uzlabošanu.

Sarunvalodā bieži tiek lietots teiciens "Tas, kas mūs nenogalina, padara mūs stiprākus". Šo teicienu, aprakstot kumulatīvu nelabvēlīgu notikumu pozitīvo ietekmi uz dzīvesspēku, izmantojuši arī kāda longitudināla pētījuma autori (Seery et al., 2010), secinot, ka regulāra grūtību pieredze var veicināt dzīvesspēku. Šī pētījuma rezultāti daļēji apstiprina pieņēmumu par grūtību sniegto rūdījumu, taču ne pilnībā. Intervētie HMS slimnieki atzina, ka brīžos, kad emocionālās vai fiziskās ciešanas kļūst pārāk lielas, viņu spēja pārvarēt radušās grūtības krītas, līdz ar to var izteikt pieņēmumu, ka, pieaugot sāpēm, pieaug arī dzīvesspēks, bet tikai līdz brīdim, kamēr sāpes nav pārāk intensīvas. Kad sāpes pārņem cilvēku savā varā, veidojas pretējs efekts un dzīvesspēks krītas.

Pārdomājot iespējamus iemeslus, kāpēc grūtības cilvēkus ne vienmēr padara stiprākus, var radīt asociāciju ar augiem, kuriem tiek nolauzta galotne. Ja galotne tiek nolauzta nedaudz, ievērojot zināmu intervālu starp aplaušanas reizēm, augi sāk dzīt jaunas atvases. Taču, ja tiek nolauzta pārāk liela daļa no auga vai arī tas tiek darīts pārāk bieži, augs nespēj atkopties un adaptēties pārmaiņām. Iespējams, līdzīgi ir ar cilvēku. Piedzīvojot nelielas, regulāras grūtības,

starp kurām ir laiks atkopties, cilvēks iemācās tām pielāgoties un tādējādi attīsta savu dzīvesspēku, taču, ja dzīves triecieni ir pārāk intensīvi un seko cits pēc cita, cilvēks nespēj mobilizēt resursus, lai atgūtos.

To, ka cilvēks kā dinamiska sistēma var tikt salīdzināts ar citām dinamiskām sistēmām, piemēram, ekosistēmu, savos darbos aprakstījis arī Mišels Ungars (Ungar et al., 2021; Ungar 2018). Pēc autora domām, ikviena sistēma, vienalga, vai tas būtu cilvēks, organizācija vai dzīvā daba, piedzīvojot satricinājumu, tiecas atgūt līdzsvaru un pielāgoties jaunajiem apstākļiem, taču gadījumos, kad stresori, ar kuriem sistēmai jāsaskaras, ir pārāk intensīvi vai nepārejoši, spēja adaptēties būtiski samazinās (Ungar, 2018).

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 tiem cilvēkiem, kuriem ir līdzīgas problēmas. Pacientu atbalsta grupu īpašā loma dzīvesspēka veicināšanā ir minēta arī iepriekš veiktajos pētījumos (Kim et al., 2019; Rolbiecki et al., 2017). Mijiedarbība ar citiem slimniekiem ļauj nejusties vieniem ciešanās un var sniegt emocionālu un informatīvu atbalstu, kas slimības sākumposmā cilvēkam var būt ļoti vajadzīgs.

Interviju analīze un interpretācija atklāja, ka dzīvesspēka attīstību slimības sākumposmā lielā mērā noteica kontakta ar veselības aprūpes speciālistiem kvalitāte. Ja kontakts bija labs un intervējamais uzticējās speciālista sniegtajai informācijai, tas vairoja slimnieku līdzestību un deva šiem cilvēkiem pārliecību par spēju pārvaldīt sāpes, taču, ja speciālisti nebija pieejami, pietiekami neiedziļinājās slimnieku problēmās, lika samierināties ar situāciju un nedeva cerību par iespējamiem uzlabojumiem, tas atstāja negatīvu iespaidu uz slimības pārvaldību.

Vairāki šī pētījuma dalībnieki apstiprināja kādu jau zināmu un Latvijā ļoti izplatītu problēmu – veselības aprūpes speciālistu lielo noslodzi un garās rindas, kas jāgaida, lai nokļūtu uz valsts apmaksātu konsultāciju. Ilgais gaidīšanas laiks nereti bija iemesls, kāpēc intervējamie mēdza informāciju par diagnozi un ārstēšanu meklēt paši, izmantoja dažādas alternatīvās ārstēšanas metodes, kas ne vienmēr bija pamatotas, vai vienkārši samierinājās ar sāpēm.

Šī pētījuma rezultāti sakrīt ar iepriekš veiktajiem pētījumiem dažādās pasaules valstīs, piemēram, Ķīnā (Luo et al., 2018), Šveicē (Nafradi et al., 2018), ASV (Rolbiecki et al., 2017), kur tika analizētas attiecības starp pacientiem un veselības aprūpes sniedzējiem. Līdzšinējie pētījumi liecina, ka cilvēku ar hroniskām slimībām dzīvesspēku lielā mērā ietekmē viņu komunikācija ar veselības aprūpes sniedzējiem un tas, vai cilvēki ar HMS 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; Nafradi et al., 2018).

Savukārt kādā Anglijā veiktā kvalitatīvā pētījumā, kurā tika analizētas galvenās barjeras, kas traucē efektīvā hronisko sāpju pārvaldībā, autori (Hadi et al., 2017) izvirzīja sešus

traucējošos faktoros, 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.

Kā būtisks adaptāciju ietekmējošs faktors šajā pētījumā tika izcelta HMS slimnieku uztvere un attieksme pret sāpēm. Vairums slimnieku atzina, ka kādā no slimības posmiem ir jutušies bezpalīdzīgi, savukārt, mainot domāšanas fokusu un meklējot veidus, kā dzīvot iespējami pilnvērtīgi, par spīti sāpēm, HMS slimniekiem izdevās integrēt sāpes savā ikdienā un vairot dzīvesspēku.

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 viņa priekšstatiem par sāpēm (Nakamura & Chapman, 2002). Konstruktīvisma paradigma šajā pētījumā ļāva izskaidrot to, kāpēc slimnieku emocionālajam stāvoklim un domāšanas modeļu maiņai bija tik būtiska loma sāpju ietekmes mazināšanā. Vairāki dalībnieki norādīja uz to, ka, iemācoties tolerēt stresu, apzinoties neveselīgos domāšanas ieradumus, un atrodot ikdienā vietu cerībai par situācijas uzlabošanos vai vismaz nepasliktināšanos, viņiem izdevās mazināt sāpju negatīvo ietekmi uz pašsajūtu.

Tā kā cerības iegūšana vai zaudēšana ir cieši saistīta ar sāpju pārvaldības pašefektivitāti jeb ticību savai spējai ietekmēt sāpes, var sacīt, ka šī pētījuma rezultāti saskan ar līdzšinējo pētījumu rezultātiem. Iepriekš veiktie pētījumi Itālijā (Ferrari et al., 2019), Indijā (Kripa & Sharma, 2022), Ķīnā (Chen & Jackson, 2018) un Austrālijā (Newton-John & Hunter, 2014) apstiprina, ka zemāka sāpju pašefektivitāte bija šķērslis savas dzīves pārvaldībā, savukārt augstāka sāpju pašefektivitāte un izvairīšanās no sāpju katastrofizēšanas uzlaboja pašpārvaldes prasmes un veicināja dzīvesspēku. To, ka domāšana var ietekmēt ne vien psiholoģisko labsajūtu, bet arī 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, kas tika pamanīta, veicot interviju naratīvo analīzi, bija naratīvā toņa izmaiņas atkarībā no tā, uz ko intervējamie izvēlējās fokusēties. Kad pētījuma dalībnieki tika lūgti aprakstīt slimības sākumu, dažu intervējamo naratīvs bija diezgan pesimistisks, norādot uz neziņu un bezspēcību sāpju priekšā. Tomēr, kad dalībnieki atbildēja uz jautājumu par to, kas viņiem palīdz samazināt sāpes vai dzīvot ar tām, viņu naratīvais tonis kļuva

pozitīvāks, jo viņi sāka koncentrēties uz esošajiem resursiem un sāpju pārvaldīšanas iespējām. Tas varētu liecināt, ka attieksme pret sāpēm un tādējādi arī dzīvesspēks var tikt mainīti, mainot uzmanības fokusu. Bodils Tveits, kurš analizējis, kā dzīvesspēks tiek izpausts stāstos par atveseļošanos no gūžas lūzuma vecākā gadagājuma cilvēkiem, atzīst, ka stāstu stāstīšana var kļūt par dzīvesspēka veicināšanas resursu, jo stāsti ne tikai atspoguļo cilvēka esošās spējas, bet arī veido un stiprina stāstītāja spēju tikt galā ar viņa problēmām (Tveit, 2023). Tieši tāpēc ir svarīgi, lai psiholoģiskā atbalsta speciālisti, veselības aprūpes darbinieki un citi speciālisti, kas ir iesaistīti HMS slimnieku aprūpē, palīdzētu šiem indivīdiem ne vien apzināties viņu šī brīža resursus, bet arī veicinātu pašefektivitāti, mudinot atcerēties līdzšinējo pozitīvo pieredzi grūtību pārvarēšanā.

Šajā pētījumā līdztekus iekšējās perspektīvas maiņai un spējai koncentrēties uz iespējām, nevis šķēršļiem, kā pozitīvu adaptāciju veicinošs faktors tika minēta arī atbildības uzņemšanās par veselības uzlabošanu un nepadošanās sāpju priekšā, apkārtējo atbalsta un iedvesmas nozīme, dažādu sāpju mazināšanas paņēmieni izmantošana, pievēršanās aktivitātēm, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm, kā arī ieklausīšanās sevī un savu spēju apzināšanās. Savukārt starp biežākajiem traucējošajiem faktoriem, kas, promocijas darba autores ieskatā, kavēja dzīvesspēka attīstību, HMS slimnieki minēja tādus faktorus kā informācijas trūkumu par sāpju cēloņiem/slimību, nepietiekamas rūpes par veselību, citu vajadzību stādīšanu augstāk par savām vajadzībām, sociālā atbalsta lūgšanas vai saņemšanas grūtības, emocionālā stāvokļa ietekmi uz sāpēm un neatbilstošas fiziskās slodzes negatīvo ietekmi uz pašsajūtu.

Sistemātiskajos pārskatos, kuri veltīti hronisku sāpju slimnieku dzīvesspēkam un kuros apkopoti pētījumi no dažādām pasaules valstīm, visbiežāk minētie veicinošie faktori ir sociālais un psiholoģiskais atbalsts, kā arī iekšējās perspektīvas maiņa, bet kā kavējošus faktorus pētnieki min sociālo izolāciju, pesimismu un stresu (Cal, 2015; Gheshlagh, 2016; Stewart & Yuen, 2011). Visi iepriekš nosauktie faktori sakrīt ar konkrētā pētījuma rezultātiem. Vienīgi pesimisma vietā šī pētījuma dalībnieki vairāk runāja par bezcerības izjūtu. Iegūtie rezultāti ļauj izteikt pieņēmumu, ka sociālā mijiedarbība un spēja regulēt savas domas un emocijas palīdz veicināt dzīvesspēku HMS slimniekiem neatkarīgi no pasaules reģiona, kurā viņi dzīvo.

Aplūkojot to, kā dzīvesspēks mainās dažādos slimības posmos, šī pētījuma datu interpretācija atklāja, ka slimības sākumposmā un vidusposmā cilvēkiem ar HMS biežāk bija novērojama strauja dzīvesspēka paaugstināšanās un samazināšanās, taču pēc vairāku gadu ilgas sadzīvošanas ar sāpēm slimnieku dzīvesspēka izmaiņas vairs nebija tik izteiktas, jo cilvēki jau bija iepazinuši savas sāpes un zināja, ko no tām sagaidīt. Ilgtermiņā dzīvojot ar sāpēm, intervējamo mērķis vairs nebija tās uzvarēt, bet gan integrēt savā ikdienā un atrast efektīvākos

pārvarēšanas mehānismus, kā ar tām sadzīvot, izmantojot tādus iekšējos faktorus kā pašdisciplīna, domāšanas fokusa maiņa un prieka avotu vairošana. Pie līdzīgiem secinājumiem nonāca arī autori kādā Lielbritānijā veiktā kvalitatīvā pētījumā. Skota un kolēģi (Scott et al., 2020) atklāja, ka ilgtermiņā cilvēki ar hroniskām sāpēm ne tikai izmēģina sāpju kontroles stratēģijas, bet arī fokusējas uz savu dzīvi plašākā mērogā, nedomājot tikai par sāpēm, bet, piemēram, veicot darbības, kas viņiem sagādā prieku.

To, ka dažādos slimības posmos cilvēka adaptācijas spējas var atšķirties, ir pamanījuši arī Mičiganas Universitātes pētniece Jumeja Šova (*Yomei Shaw*) un kolēģi (Shaw et al., 2020), kura aplūkoja reimatoīdā artrīta pacientu dzīvesspēka attīstību dažādās slimības stadijās un secināja, ka pacientu reakcijas uz sarežģītām situācijām var iedalīt trijos posmos: 1) nespēja tikt galā ar situāciju, 2) cīnīšanās un spēju pilnveidošana, lai situāciju pārvarētu, 3) meistarības iegūšana. Kaut arī šajā promocijas darbā tika secināts, ka dzīvesspēka attīstība nav lineārs process un tam ir vairāki kāpumi un kritumi, var piekrist Šovai tajā, ka pirmais posms pēc sāpju parādīšanās vai diagnozes uzzināšanas ir vissarežģītākais. HMS slimniekiem bieži trūkst gan informatīvu, gan emocionālu resursu, lai risinātu situāciju, tādēļ ir ļoti svarīgi šajā posmā nodrošināt slimniekiem gan informatīvu, gan emocionālu atbalstu.

Pārejot pie faktoriem, kas palīdz uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā, jāsaprot, galvenā atšķirība no slimības sākumposmā dominējošajiem faktoriem ir tā, ka, ilgtermiņā dzīvojot ar sāpēm, lielāka nozīme ir iekšējiem, nevis ārējiem, faktoriem. Šajā pētījumā iegūto datu interpretācija atklāja, ka uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā palīdz motivācijas un pašvērtējuma ietekme uz rūpēm par sevi, domāšanas fokusa un iekšējās perspektīvas maiņa, emociju kā resursa izmantošana, sadzīvojot ar sāpēm, pievēršanās aktivitātēm, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm, fizisko aktivitāšu un veselīga dzīvesveida regulāra praktizēšana, dažādu sāpju mazināšanas paņēmienu izmantošana, kā arī apkārtējo atbalsta un iedvesmas nozīme.

Savukārt faktori, kas traucē uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā, ir motivācijas, gribasspēka un pašdisciplīnas trūkums, domāšanas ieradumu un pārliecību ietekme uz rūpēm par sevi, stress un emocionālie pārdzīvojumi, pārpūle un mazkustīgums, pašas sāpes kā traucējošs faktors, kā arī sociālā atbalsta lūgšanas vai saņemšanas grūtības un dažādi ārējie ierobežojumi.

Kā svarīgu faktoru dzīvesspēka kontekstā var izdalīt garīgumu, kurš kā pozitīvs resurss parādās gan šajā promocijas darbā, gan citos pētījumos (De-Diego-Cordero et al., 2023; Hassani et al., 2017; Rolbiecki et al., 2017; Sutanto et al., 2013). Garīgums, pēc pētnieku domām, palīdz vieglāk iziet cauri sāpēm un ļauj saskatīt dzīves jēgu, neskatoties uz ciešanām. *De-Diego-Kordero* un kolēģi, kuri pētījuši attiecības starp garīgumu un sāpēm, atzinuši, ka ārstēšanas procesā ārsti reti apmierina savu pacientu eksistenciālās, garīgās un reliģiskās

vajadzības, tomēr būtu svarīgi aplūkot cilvēku kā veselumu, ieskaitot garīgo dimensiju, jo tas ir būtisks terapeitisko attiecību aspekts (De-Diego-Cordero et al., 2023).

Vairāki dalībnieki, runājot par faktoriem, kas ļauj pārvarēt ar sāpēm saistītās grūtības, uzsvēra, cik svarīga loma viņu ikdienā ir saiknei ar dabu, kas iekļāva pastaigas, dabas vērošanu, dārza darbus, kā arī rūpes par telpaugiem un mājdzīvniekiem. Pēdējos gados veiktie pētījumi citviet pasaulē saskan ar šī promocijas darba rezultātiem, akcentējot tieši aktīvas mijiedarbības, piemēram, dārzkopības pozitīvo lomu uz hronisko sāpju pārvaldību (Lynch et al., 2012; Quick et al., 2017).

Šajā promocijas darbā tika atklāti arī vairāki izaicinājumi, ar kuriem savā ikdienas dzīvē saskaras HMS slimnieki. Piemēram, viens no šādiem izaicinājumiem ir spēja saglabāt ikdienas rutīnu un sociālās lomas, neskatoties uz to, ka ķermenis bieži ir šķērslis, kas rada virkni ierobežojumu. Arī grūtības pieņemt sāpju uzliktos ierobežojumus ir izaicinājums, kas var izpausties kā redzami traucējumi un izraisīt izkropļotu sevis uztveri. Trīs no šī pētījuma dalībniekiem atzina: tā kā sāpes nav redzamas, citi var nepamanīt, ka cilvēks jūtas slikti, tāpēc HMS slimniekam pašam jābūt gatavam vajadzības gadījumā lūgt palīdzību.

Nosauktie izaicinājumi saskan ar rezultātiem no kvalitatīvas metasintēzes rezultātiem, kurā tika iekļauts 41 pētījums no 15 dažādām valstīm Eiropā, Amerikas Savienotajās Valstīs un Austrālijā (Crowe et al., 2017). Kopumā šajā metasintēzē tika identificētas piecas metatēmas: 1) ķermenis kā šķērslis; 2) sāpes – neredzamas, bet reālas; 3) sevis uztveres traucējumi; 4) neparedzamība; 5) turpināšana dzīvot, 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 vai ilgāk, tāpēc bija iemācījušies rēķināties un paredzēt dažādus iespējamus scenārijus.

Viena no paradigmām, kurā tika balstīts šis promocijas darbs, bija sociālā konstrukcionisma paradigma. Saskaņā ar sociālā konstrukcionisma pārstāvju teikto mūsu uzvedību un nozīmi, kuru piešķiram savai pieredzei, lielā mērā nosaka ne vien mūsu subjektīvās interpretācijas, bet arī sabiedrībā konstruētie naratīvi un nerakstītās vienošanās par to, kas ir un kas nav norma (Hibberd, 2005). Sociālajā vidē valdošie naratīvi caurstrāvo visu cilvēku ikdienu, tai skaitā ietekmē to, kā cilvēki attiecas pret savu ķermeni, sastopoties ar slimību, jo īpaši gadījumos, kad slimība ir fiziski redzama (Conrad & Barker, 2010).

Šajā promocijas 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. Kā piemēru var minēt kāda dalībnieka uzskatu, ka grūtību brīžos ir jānocietinās, nevis jāizrāda citiem savas emocijas. Šo uzskatu lielā mērā ietekmēja viņa dienests padomju armijā un tur valdošā attieksme pret emocijām. Vēl kāds

piemērs ir ciešanas, ko daļai pētījuma dalībnieku radīja nespēja pieņemt sava ķermeņa tēlu, jo tas nesakrīt ar sabiedrībā konstruētajiem priekšstatiem par sievišķību un vīrišķību, piemēram, uzskats, ka būt sievišķīgai nozīmē valkāt augstpapēžu kurpes, ko kāda slimniece kājas deformāciju dēļ vairs nevarēja darīt. Sociālo konstrukciju ietekme izpaudās arī kāda dalībnieka izvēlē norobežoties no publisku un tuvāku attiecību veidošanas, jo viņa ārējais izskats, ko raksturoja zvīņaina āda un blaugznas, neiekļāvās normā.

Četri no šī pētījuma dalībniekiem ikdienā pārvietojās ratiņkrēslā. Ņemot vērā, ka šie cilvēki līdztekus hroniskām sāpēm sastapās arī ar citiem ierobežojumiem, viens no pētījuma jautājumiem bija izpētīt, kas raksturo dzīvespēka veidošanos un uzturēšanu šai apakšgrupai. Būtisks izaicinājums, kas atklājās intervijās, 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 līdzīgā grupā veiktu pētījumu (Geard et al., 2018; Machida et al., 2013), kurā tika analizēts dzīvespēks cilvēkiem ar muguras smadzeņu traumām un atklāts, ka atkarības un autonomijas līdzsvarošana ir ļoti būtiska, lai slimnieki nezaudētu saikni ar reālo dzīvi un saglabātu emocionālo stabilitāti.

Galvenā atšķirība dzīvespēka veicināšanas un uzturēšanas pieredzē cilvēkiem, kuri pārvietojās ratiņkrēslā, no pārējiem pētījuma dalībniekiem bija spēcīgāka motivācija uzturēt sevi fiziski labā formā un aktīvāka sociālo kontaktu veidošana ar citiem slimniekiem, kam ir līdzīgas veselības problēmas. Iespējams, šo motivāciju palīdzēja uzturēt tieši veselības radīto zaudējumu apzināšanās un tās rezultātā attīstītā spēja novērtēt dzīves sniegtās iespējas. Tas vēlreiz apliecina nodaļas sākumā minēto, ka dzīvespēks attīstās kā pretspars grūtībām. Vēl kāda tieši šai apakšgrupai raksturīga iezīme, kas palīdzēja uzturēt dzīvespēku, bija izteiktā vēlme būt noderīgiem un sniegt ieguldījumu sabiedrībā. To, cik svarīga HMS slimniekiem ar pārvietošanās grūtībām ir sociālā līdzdalība, apstiprina arī kāds Norvēģijā veikts pētījums reimatoīdā artrīta slimnieku izlasē (Herrera-Saray, 2013).

Stāstot par slimības vidusposmu, visi četri pētījuma dalībnieki raksturoja sevi kā spējīgus stāties pretī dažādiem slimības radītajiem ierobežojumiem. Savukārt, stāstot par sadzīvošanu ar sāpēm ilgtermiņā, viens no šiem četriem dalībniekiem atzina, ka viņa motivācija meklēt veidus, kā pārvarēt grūtības un uzlabot dzīves kvalitāti ir samazinājusies, un viņš vairs nav tik sociāli un fiziski aktīvs. Šīs pārmaiņas varētu skaidrot ar faktu, ka vīrietis bija zaudējis sievu un līdztekus hroniskām sāpēm piedzīvoja arī citas veselības problēmas.

Aplūkojot, cik lielā mērā šī pētījuma rezultāti sakrīt ar citu pētījumu rezultātiem, jāatzīst negaidīti lielā līdzība. Uzsākot šo pētījumu, tika pieņemts, ka dzīvespēka veicināšanas un uzturēšanas stratēģijas un ar tām saistītie izaicinājumi Latvijā dzīvojošiem HMS slimniekiem varētu atšķirties no citviet pasaulē dzīvojošu HMS slimnieku izmantotajām stratēģijām un ka

Latvijas kultūras kontekstam un katra pētījuma dalībnieka unikālajam dzīves kontekstam varētu būt lielāka ietekme uz to, kā cilvēki pārvar ar sāpēm saistītās grūtības, tāpēc bija pārsteigums, cik daudz kopīga tika atrasts ar citiem dažādās pasaules valstīs veiktiem pētījumiem.

Tomēr bija kāda īpatnība, kas raksturoja tieši šo pētījumu un netika atrasta citos līdz šim veiktajos pētījumos hronisko sāpju slimnieku izlasē. Tā bija HMS slimnieku tendence aizvietot rūpes par sevi ar rūpēm par citiem cilvēkiem vai prioritizējot darbu un citus pienākumus. Iespējams, ka šī ir tieši Latvijas kontekstam raksturīga īpatnība, jo latviešu mentalitāte ir ilgstoši veidojusies vidē, kur nācās pakļauties svešām varām un cīnīties par izdzīvošanu, izvirzot priekšplānā tādas vērtības kā čaklums, atbildība pret citiem un nepieciešamība izpatikt.

Rezumējot jāsecina, ka šajā pētījumā intervētie HMS slimnieki sastopas ar līdzīgiem izaicinājumiem, kā HMS slimnieki citviet pasaulē, tāpēc dzīvēsspēka veicināšanā Latvijā varētu būt noderīgas kādas no jau izstrādātajām intervencēm. 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

Viens no šī pētījuma ierobežojumiem ir nelielais dalībnieku skaits. Kaut arī no 17 pētījuma dalībniekiem iegūtie dati nodrošināja saturisko piesātinājumu un ļāva atbildēt uz visiem pētījuma jautājumiem, iekļaujot pētījumā lielāku dalībnieku skaitu, būtu iespējams HMS slimniekus grupēt apakšgrupās, salīdzinot dzīvēsspēka veidošanos un uzturēšanu cilvēkiem ar dažādam diagnozēm.

Vēl kāds ierobežojums ir pētījuma dalībnieku labprātīgā pieteikšanās pētījumā. HMS slimnieki, kuri piekrita intervijai, iespējams, kopumā bija aktīvāki un motivētāki dalīties ar savu pieredzi, kas varētu norādīt arī uz augstāku dzīvēsspēku. Tie HMS slimnieki, kuri nebija spējuši adaptēties slimības radītajām izmaiņām, iespējams, nevēlējās par to runāt, tāpēc nepieteicās pētījumā.

Par ierobežojumu uzskatāms arī tas, ka, runājot par dzīvēsspēka veidošanos, intervējamie tika lūgti atsaukt atmiņā piecus vai vairāk gadu senus notikumus. Ir jāņem vērā, ka atmiņas par šiem notikumiem ir rekonstruktīvas, tāpēc nav iespējams apliecināt to precizitāti.

Par ierobežojumu uzskatāms arī fakts, ka daļa interviju un viena no fokusgrupām tika veiktas attālināti. Klātienē intervijas būtu ļāvušas sarunas laikā lielāku uzmanību pievērst dalībnieku ķermeņa valodai, kas palīdzētu labāk saprast intervējamo emocijas un attieksmi pret uzdotajiem jautājumiem. Savukārt, runājot par attālināto fokusgrupu, ir grūti viennozīmīgi pateikt, vai tas uzskatāms par pētījuma ierobežojumu vai stipro pusi, jo, iespējams, kādam

dalībniekam bija vieglāk atvērties, pateicoties iespējai neslēgt iekšā kameru un nenorādīt savu īsto vārdu.

Kā pēdējo punktu, kurš var vienlaikus tikt uzskatīts gan par ierobežojumu, gan stipropusi, var minēt pētnieces pozīciju – pieredzi HMS slimnieku grupai. Būšana vienai no grupas radīja risku, ka iegūtos datus var interpretēt caur pētnieces subjektīvo prizmu, savukārt šīs pozīcijas stiprā puse ir lielāka pieņemšana no dalībnieku puses un, iespējams, dziļāka pašatklāsme.

Pētījuma stiprā puse ir tā zinātniskais stiprums un novitāte attiecībā uz pētījuma metodēm. Pateicoties integratīvajai datu analīzes pieejai un Latvijā līdz šim vēl neizmantotās kritisko incidentu tehnikas iekļaušanai datu analīzē, šis pētījums var kalpot arī kā paraugs citiem kvalitatīvajiem pētniekiem, kuri vēlēties turpināt pētīt dzīvesspēku vai citus kompleksus un multidimensionālus fenomenus, izmantojot līdzīgu metodoloģisko pieeju. Turklāt šajā darbā aprakstītā integratīvā datu analīzes pieeja var tikt izmantota ne vien psiholoģijā, bet arī citās sociālajās zinātnēs.

Šis darbs sniedz arī būtisku zinātnisku piensumu kvalitatīvajai pētniecībai gan Latvijas, gan pasaules kontekstā. Pasaulē dzīvesspēka izmaiņas dažādos slimības posmos cilvēkiem ar hroniskām sāpēm ir salīdzinoši maz pētītas, tāpēc šis pētījums var kļūt par nozīmīgu ieguldījumu kopējās zināšanās, savukārt Latvijā konkrētajā slimnieku grupā līdz šim nav veikti kvalitatīvi pētījumi.

Pētījuma praktiskais lietojums

Pirmkārt, šis pētījums var būt noderīgs pašiem HMS slimniekiem. Iepazīšanās ar citu HMS slimnieku pieredzi var sniegt praktiskus padomus, kā veicināt dzīvesspēku un iespēju robežās novērst dzīvesspēku traucējošos faktorus. Spēja pārnest pētījumā gūtās atziņas uz savu kontekstu var iedrošināt HMS slimniekus meklēt psiholoģisko atbalstu vai pievienoties kādai pacientu organizācijai, nepaliekot vieniem ciešanās.

Otrkārt, šis pētījums var būt noderīgs Latvijā strādājošiem veselības aprūpes speciālistiem, psihologiem, sociālajiem darbiniekiem un citiem speciālistiem, kuri ikdienā sastopas ar HMS slimniekiem un vēlas izprast šīs slimnieku grupas galvenos izaicinājumus un vajadzības. Labāk izprotot faktorus, kas veicina un kavē HMS slimnieku dzīvesspēku, būtu iespējams izstrādāt mērķētas atbalsta programmas un intervences tieši šai cilvēku grupai.

Treškārt, šis pētījums var būt noderīgs arī HMS slimnieku tuviniekiem, jo sniedz ikdienā noderīgu informāciju par to, kurās situācijās HMS slimnieki sagaida atbalstu un kurās ne, kas ir tie faktori, kuri palīdz mazināt sāpju intensitāti un kuri to veicina.

Turpmākie pētījuma virzieni

Turpmākajos kvalitatīvajos pētījumos būtu lietderīgi izpētīt dzīvesspēka veicināšanas un uzturēšanas pieredzi arī cilvēkiem ar citām hroniskām slimībām. Var piekrist *Zenga Je* un viņa kolēģu (Ye, 2022) viedoklim, ka nākotnē vajadzētu veikt vairāk pētījumu par to, kā dzīvesspēks var mazināt hronisku slimību ietekmi uz pacienta veselību dažādos slimības posmos.

Būtu lietderīgi izpētīt, kā dzīvesspēku ietekmē tas, ja cilvēkam ir vairākas blakusslimības vai ja līdztekus veselības problēmām cilvēks piedzīvo arī citus nelabvēlīgus dzīves notikumus.

Cits nozīmīgs pētījumu virziens varētu būt dzīvesspēka veicināšanai domātu intervencu programmu izstrādāšana cilvēkiem ar HMS, novērtējot šo programmu ilgtermiņa efektivitāti.

Secinājumi

Pētījuma mērķis bija aprakstīt HMS slimnieku dzīvesspēka veidošanās un uzturēšanas pieredzi. Pētījuma mērķis tika sasniegts. Tika veiktas intervijas ar 17 HMS slimniekiem, aprakstīta šo slimnieku adaptācijas pieredze, dzīvojot ar hroniskām sāpēm, un, balstoties uz promocijas darba autores interpretāciju par to, kā šajos pieredzes aprakstos izpaužas dzīvesspēks, izdarīti secinājumi, kas attiecināmi uz intervētajiem HMS slimniekiem. Izvēlētais metodoloģiskais risinājums attaisnojās, jo tika gūtas atbildes uz visiem pētījuma jautājumiem, vienlaikus nodrošinot, ka tiek ievēroti kvalitatīvā pētījuma zinātniskā stipruma kritēriji – ticamība, pārnesamība, uzticamība un apstiprināmība.

Pētījumā tika izvirzīti šādi jautājumi:

1. Kā HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?

Intervētie HMS slimnieki, aprakstot procesu, kā viņi ir adaptējušies dzīvei ar sāpēm, atzina, ka spēja pielāgoties sāpēm un tās pieņemt ir attīstījusies pakāpeniski. Izanalizējot pētījuma dalībnieku sniegtos pieredzes aprakstus, promocijas darba autore secināja, ka viņu dzīvesspēks ir attīstījies pakāpeniski un tā attīstība lielā mērā bijusi saistīta ar sāpju intensitāti un kopējo dzīves kontekstu. Kamēr grūtības nerasniedz katra individuālo pacietības mēru un cilvēks neatrod veidu, kā pārvaldīt sāpes vai sadzīvot ar slimību, dzīvesspēks neattīstās vai attīstās ļoti lēnām. Dzīvesspēks palielinās, pieaugot sāpju intensitātei, tomēr tikai līdz brīdim, kamēr sāpes kļūst pārlietu intensīvas. Ja sāpes nav kontrolējamas vai slimniekam nav cerību, ka situācija varētu uzlaboties vai nepasliktināties, dzīvesspēks krītas. Aprakstot slimības sākumposmu, kurā notiek dzīvesspēka veidošanās, HMS slimnieku naratīvais tonis ir drīzāk pesimistisks un nedrošības pilns, jo cilvēki vēl nav adaptējušies dzīvei ar sāpēm.

2. Kā HMS slimnieki raksturo faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam?

Intervētie HMS slimnieki atzina, ka slimības sākumposmā tuvinieku, pacientu kopienas un psiholoģiskās palīdzības sniedzēju praktisks, emocionāls un informatīvs atbalsts ir veicinājis diagnozes pieņemšanu, ļāvis nejusties vieniem ciešanās un palīdzējis atrast resursus, lai vieglāk pārvarētu grūtības. Izvairīties no katastrofizēšanas un pārāk liela stresa ir palīdzējusi iekšējās perspektīvas maiņa, savukārt parūpēties par fizisko ķermeni palīdzējušas mērenas un pielāgotas fiziskās aktivitātes un dažādu sāpju mazināšanas paņēmieni izmantošana. Iepriekš minētie faktori var tikt uzskatīti par dzīvesspēku veicinošiem faktoriem. Savukārt galvenie traucējošie faktori, kas kavējuši veiksmīgu pielāgošanos sāpēm, bija savlaicīgas un drošticamas informācijas trūkums, veselības aprūpes speciālistu pieejamības problēma, kā arī laika neveltīšana rūpēm par sevi. Šie faktori var tikt uzskatīti par dzīvesspēku kavējošiem faktoriem.

3. 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, 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.

4. 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 izvēlēta rīcība un attieksme pret sāpēm var tikt aprakstīta kā dzīvesspēka uzturēšanas pieredze.

5. 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.

6. 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 nozīmīgākajām 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)

Saistībā ar finansiālu atbalstu:

- 1) finansiāli atbalstīt pacientu biedrības ar mērķi organizēt klātienes 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.

Saistībā ar profesionālu atbalstu:

- 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 saslimšanām, ārstēšanas iespējām, iestādēm, kurās iespējams saņemt pakalpojumus, informācija 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 apmainītos ar informāciju vai organizētu kopīgas tikšanās. Aplikācija varētu palīdzēt sekot līdzi pozitīvajiem ieradumiem, tajā varētu tikt apkopoti ieteikumi par HMS slimniekiem piemērotiem uztura paradumiem un cita noderīga informācija.

HMS slimnieku ģimenes locekļiem

- 8) 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;

- 9) 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

- 10) 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;
- 11) 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;
- 12) 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;
- 13) nodarboties ar aktivitātēm un hobijiem, kas sniedz prieku un nodarbina prātu, tādējādi ļaujot aizmirsties no sāpēm;
- 14) 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;
- 15) izvēloties fiziskās aktivitātes, dot priekšroku klātienē nodarbībām trenera vai fizioterapeita vadībā, nevis attālinātajām nodarbībām, kurās netiek uzraudzīta vingrojumu izpildes kvalitāte;
- 16) plānojot dienas grafiku, sākumā ieplānot laiku rūpēm par sevi, piemēram, atvēlēt konkrētu laiku fiziskajām aktivitātēm, tikai pēc tam ieplānot citus pienākumus;
- 17) rakstīt sāpju dienasgrāmatu, kas ļautu pamanīt, kādi faktori (piemēram, ikdienas režīms, miegs, uzturs, emocionālais stāvoklis, dažādas aktivitātes) pastiprina un kādi samazina sāpes;
- 18) rakstīt pateicības dienasgrāmatu, kas ļautu līdztekus sāpju radītājiem ierobežojumiem pamanīt pieejamos resursus, iespējas un labos notikumus dzīvē;
- 19) 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 pašreizējos apstākļos varu darīt savā labā?”;
- 20) ieplānot 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. Abdalla, M. M., Oliveira, L. G., Azevedo, C. E., & Gonzalez, R. K. (2018). Quality in qualitative organizational research: types of triangulation as a methodological alternative. *Administration: Teaching and Research, 19*, 66–98. <https://doi.org/10.13058/raep.2018.v19n1.578>
2. Adams, W. C. (2015). Conducting semi-structured interviews. In: J.S Wholey, H.P. Hart & K.E. Newcomer (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 492–505). Jossey-Bass. <https://doi.org/10.1002/9781119171386.ch19>
3. Agashe, S., Kumar, S.D., & Rai, R. (2021). Exploring the Relationship Between Social Ties and Resilience From Evolutionary Framework. *Frontiers in Human Dynamics, 3*. <https://doi.org/10.3389/fhumd.2021.683755>
4. 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>
5. 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>
6. Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health, 2*, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>
7. Almedom, A. M., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma, 12(2)*, 127–143. <https://doi.org/10.1080/15325020600945962>
8. American Psychological Association. Resilience (n.d.). APA Dictionary of Psychology. Retrieved October 14, 2023, <https://dictionary.apa.org/resilience>
9. Anyfantopoulou, E., & Theofilou, P. (2023). Exploring Social Support, Pain Self-Efficacy and Health Beliefs in Older Adults with Musculoskeletal Disorders. *Series of Clinical and Medical Case Reports and Reviews, 1*, 1–8. <https://doi.org/10.54178/2993-3579.v1i5a2014>
10. American Psychological Association. (n.d.). Multimethod approach. In *APA Dictionary of Psychology*. Retrieved April 14, 2022, from <https://dictionary.apa.org/multimethod-approach>
11. American Psychological Association. (n.d.). Resilience. In *APA Dictionary of Psychology*. Retrieved April 14, 2022, from <https://dictionary.apa.org/resilience>
12. Anguera M. T., Blanco-Villaseñor A., Losada J. L., Sánchez-Algarra P., & Onwuegbuzie A. J. (2018). Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name? *Quality and Quantity, 52(6)*, 2757-2770. <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2>
13. Arnold, M., Schilbach, M., & Rigotti, T. (2023). Paradigms of Resilience Research: A Brief Review and an Outlook. *Psychologische Rundschau 74(3)*, 154–165. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000627>
14. Artuch-Garde, R., González-Torres, M. d. C., de la Fuente, J., Vera, M. M., Fernández-Cabezas, M., & López-García, M. (2017). Relationship between resilience and self-regulation: A study of Spanish youth at risk of social exclusion. *Frontiers in Psychology, 8*, Article 612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00612>
15. Asselin M. E. (2003). Insider research: issues to consider when doing qualitative research in your own setting. *Journal for Nurses in Staff Development, 19(2)*, 99–103. <https://doi.org/10.1097/00124645-200303000-00008>
16. 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>
17. Ayton, D., Tsindos, T., Berkovic, D. (2023) *Qualitative research: A practical guide for health and social care researchers and practitioners*. Council of Australian University Librarians.

18. Babic, R., Babic, M., Rastovic, P., Curlin, M., Šimic, J., Mandic, K., & Pavlovic, K. (2020). Resilience in Health and Illness. *Psychiatria Danubina*, 32(2), 226–232.
19. Banerjee, B., & Dixit, S. (2016). Experiences of family caregivers in the context of mental illness: Suffering, acceptance and resilience. *Psychological Studies*, 61(4), 355–365. <https://doi.org/10.1007/s12646-016-0371-9>
20. 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>
21. 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>
22. Brinkmann, S. (2015). Perils and potentials in qualitative psychology. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 49(2), 162–173. <https://doi.org/10.1007/s12124-014-9293-z>
23. Berger, P. L., & Luckmann, T. (1991). *The social construction of reality*. Penguin Books.
24. 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>
25. Bingham, A. J. (2023). From data management to actionable findings: a five-phase process of qualitative data analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231183620>
26. Bitner, M. J., Booms, B. H., & Tetreault, M. S. (1990). The service encounter: Diagnosing favorable and unfavorable incidents. *Journal of Marketing*, 54(1), 71–84. Sage Publications, Inc.
27. 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>
28. Blyth, F. M., Briggs, A. M., Schneider, C. H., Hoy, D. G., & March, L. M. (2019). The global burden of musculoskeletal pain - Where to from here? *American Journal of Public Health*, 109(1), 35–40. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304747>
29. 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>
30. Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*, 13, 39-101.
31. 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>
32. Boland, J., Banks, S., Krabbe, R., Lawrence, S., Murray, T., Henning, T., & Vandenberg, M. (2022). A COVID-19-era rapid review: using Zoom and Skype for qualitative group research. *Public Health Research & Practice*, 32(2), 31232112. <https://doi.org/10.17061/phrp31232112>
33. 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>
34. Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369–375. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1648>
35. Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events. *American Psychologist* 59(1), 20–28.

36. Borgstede, M., & Scholz, M. (2021). Quantitative and qualitative approaches to generalization and replication – a representationalist view. *Frontiers in Psychology, 12*, 605191. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.605191>
37. Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publications, Inc.
38. Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11*, 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
39. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
40. 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>
41. Brittain, D. R., Gyurcsik, 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>
42. Bryan, C., O'Shea, D., & MacIntyre, T. (2019). Stressing the relevance of resilience: A systematic review of resilience across the domains of sport and work. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 12*(1), 70–111. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2017.1381140>
43. Bryman, A. (2012). How many qualitative interviews is enough? In S.E. Baker, R. Edwards, (Eds.), *Expert Voices and Early Career Reflections on Sampling and Cases in Qualitative Research*, 18–20. National center for research methods.
44. Buber, M. (1996). *I and Thou* (W. Kaufmann, Trans., 1st Touchstone ed.). Touchstone. (Original work published 1923)
45. Bundzena-Ervika, A. *Saistība starp psiholoģisko noturību un pašpalīdzības stratēģijām veselības aprūpes speciālistiem Latvijā COVID-19 pandēmijas laikā* [Maģistra darbs, Rīgas Stradiņa universitāte]. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/5766>
46. 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.
47. Butkeviča, S. (2023) *Psiholoģiskās noturības saistība ar uztverto sociālo atbalstu diabēta slimniekiem* [Bakalaura darbs, Rīgas Stradiņa universitāte]. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/13767>
48. Cal, S. F. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology, 2*. <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1024928>
49. Campbell-Sills, L., Forde, D. R., & Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research, 43*(12), 1007–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013>
50. Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., et al. (2002). Adolescent protective factors promoting resilience in young adults at risk for depression. *Child and Adolescent Social Work Journal, 19*, 393–412. <https://doi.org/10.1023/A:1020274531345>
51. Centrālā statistikas pārvalde (2021). *Eiropas iedzīvotāju veselības apsekojums*. <https://www.csp.gov.lv/lv/katalogs/eiropas-iedzivotaju-veselibas-apsekojums>
52. Chamberlain, K., Cain, T., Sheridan, J., & Dupuis, A. (2011). Pluralism in qualitative research: From multiple methods to integrated methods. *Qualitative Research in Psychology, 8*(2), 151–169. <https://doi.org/10.1080/14780887.2011.572730>
53. 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>

54. Chell, E. (1998). Critical incident technique. In G. Symon & C. Cassell (Eds.), *Qualitative methods and analysis in organizational research: A practical guide* (pp. 51–72). Sage Publications Ltd.
55. 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>
56. 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>
57. Chong, P. H., Walshe, C., & Hughes, S. (2021). A good death in the child with life shortening illness: A qualitative multiple-case study. *Palliative Medicine, 35*(10), 1878–1888. <https://doi.org/10.1177/02692163211027700>
58. Chung, E. Y. H. (2019). Identifying evidence to define community-based rehabilitation practice in China using a case study approach with multiple embedded case study design. *BMC Health Services Research, 19*(6). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3838-7>
59. Cimmino, M. A., Ferrone, C., & Cutolo, M. (2011). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. Best practice & research. *Clinical Rheumatology, 25*(2), 173–183. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.01.012>
60. 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>
61. Coady, A., Godard, R., & Holtzman, S. (2024). Understanding the link between pain invalidation and depressive symptoms: The role of shame and social support in people with chronic pain. *Journal of Health Psychology, 29*(1), 52–64. <https://doi.org/10.1177/13591053231191919>
62. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–77. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
63. 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>
64. Corlett, S., & Mavin, S. (2018). Reflexivity and researcher positionality. In C. Cassell, A. Cunliffe, & G. Grandy (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods* (pp. 377–389). Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781526430212.n23>
65. Creswell, J. W. (2018). *Ethnographic case studies*. Sage Publications.
66. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage.
67. Creswell, J., & Guetterman, T. (2018). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (6th ed.). Pearson.
68. 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>
69. 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.
70. Crossley, M. L. (2003). Formulating narrative psychology: The limitations of contemporary social constructionism. *Narrative Inquiry, 13*(2), 287–300. <https://doi.org/10.1075/ni.13.2.03cro>
71. 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>

72. Crotty, M. (1998) Chapter 3: Constructionism: The making of meaning. In *The foundations of social research* (pp. 42–65). London, Sage.
73. 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>
74. 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>
75. 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>
76. Da Costa, L., Lemes, I. R., Tebar, W. R., Oliveira, C. B., Guerra, P. H., Soidán, J. L. G., Mota, J., & Christofaro, D. hadiG. D. (2022). Sedentary behavior is associated with musculoskeletal pain in adolescents: A cross sectional study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 26(5), 100452. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2022.100452>
77. 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>
78. 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>
79. Davis, M. C., Luecken, L., & Lemery-Chalfant, K. (2009). Resilience in common life: Introduction to the special issue. *Journal of Personality*, 77(6), 1637–1644. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00595.x>
80. 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>
81. De la Corte-Rodriguez, H., Roman-Belmonte, J. M., Resino-Luis, C., Madrid-Gonzalez, J., & Rodriguez-Merchan, E. C. (2024). The role of physical exercise in chronic musculoskeletal pain: best medicine – A narrative review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(2), 242. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020242>
82. Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(5), 276–282. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(96\)80036-7](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(96)80036-7)
83. de Matos, M. O., & Bernardes, S. F. (2023). Helpful social support for chronic pain in long-term care residents: “With a little help I manage on my own”. *Nursing Open*, 10(9), 6326–6335. <https://doi.org/10.1002/nop2.1881>
84. 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>
85. De Diego-Cordero, R., Ávila-Mantilla, A., Vega-Escano, J., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2022). The role of spirituality and religiosity in healthcare during the covid-19 pandemic: An integrative review of the scientific literature. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 2168–2197. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01549-x>
86. 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>

87. Dempsey, M., Foley, S., Frost, N., Murphy, R., Willis, N., Robinson, S., DunnGalvin, A., Veale, A., Linehan, C., Pantidi, N., & McCarthy, J.C. (2019). Am I lazy, a drama queen or depressed? A journey through a pluralistic approach to analysing accounts of depression. *Qualitative Research in Psychology*, *19*, 473–493. <https://doi.org/10.1080/14780887.2019.1677833>
88. 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>
89. Djourova, N., Rodriguez, I., Tordera, N., & Abate, G. (2019). Self-efficacy and resilience mediating mechanisms between the dimensions of transformational leadership and wellbeing. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. *27*(3), 256–270. <https://doi.org/10.1177/1548051819849002>
90. Dwyer, S. C., & Buckle, J. L. (2009). The space between: on being an insider-outsider in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, *8*(1), 54–63. <https://doi.org/10.1177/160940690900800105>
91. Edward, K. L., Welch, A., & Chater, K. (2009). The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(3), 587–595. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04912.x>
92. 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>
93. 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>
94. Engmann, B. (2013). Could resilience predict the outcome of psychiatric rehabilitation patients? *Open Journal of Depression*, *2*, 7–10. doi: 10.4236/ojd.2013.22002.
95. Enworo, O. C. (2023). Application of Guba and Lincoln's parallel criteria to assess trustworthiness of qualitative research on indigenous social protection systems. *Qualitative Research Journal*, *23*(4), 372–384. <https://doi.org/10.1108/QRJ-08-2022-0116>
96. 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>
97. Ferrari, S., Vanti, C., Pellizzer, M., Dozza, L., Monticone, M., & Pillastrini, P. (2019). Is there a relationship between self-efficacy, disability, pain and sociodemographic characteristics in chronic low back pain? A multicenter retrospective analysis. *Archives of Physiotherapy*, *9*, 9. <https://doi.org/10.1186/s40945-019-0061-8>
98. 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>
99. Fisher, D. M., & Law, R. D. (2020). How to choose a measure of resilience: An organizing framework for resilience measurement. *Applied Psychology*, *70*, 643–673. <https://doi.org/10.1111/apps.12243>
100. Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, *51*(4), 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
101. Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, *18*(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
102. Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.
103. Flynn D. M. (2020). Chronic musculoskeletal pain: Nonpharmacologic, noninvasive treatments. *American Family Physician*, *102*(8), 465–477.

104. Fodouop - Kouam, A. W. (2024). Interpretivism or constructivism: Navigating research paradigms in social science research. *International Journal of Research Publications*, 143. <https://doi.org/10.47119/IJRP1001431220246122>
105. Freimane, G. (2012). *Cukura diabēta pacientu dzīvēsspēka, slimības pozitīvās nozīmes apzināšanās un iekšējās saskaņas saistība ar pēctraumas izaugsmi un veselības uzvedību* [maģistra darbs, Latvijas Universitāte]. <https://dspace.lu.lv/dspace/handle/7/45214>
106. Frost, N., & Nolas, S. (2011). Exploring and expanding on pluralism in qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 8, 115–119. <https://doi.org/10.1080/14780887.2011.572728>
107. Fusch, P., Fusch, G., & Ness, L. (2018). Denzin’s paradigm shift: revisiting triangulation in qualitative research. *Journal of Social Change*, 10, 19–32. <https://doi.org/10.5590/JOSC.2018.10.1.02>
108. Gallo LC, Matthews KA (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*. 129:10–51.
109. Garmezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416–430. <https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>
110. Garmezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child psychiatry: Modern approaches* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
111. Garmezy, N., & Rutter, M. (Eds.). (1983). *Stress, coping, and development in children*. Johns Hopkins University Press.
112. 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>
113. 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)
114. 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>
115. 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>
116. Gheshlagh, R.E., Sayehmiri, 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>
117. Given, L. M. (2008). Data saturation. In *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (pp.196–196). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781412963909.n99>
118. Glette, M., & Wiig, S. (2022). The headaches of case study research: A discussion of emerging challenges and possible ways out of the pain. *The Qualitative Report*, 27(5), 1377–1392. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5246>
119. 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.

120. Gonzalez, P., Nuñez, A., Wang-Letzkus, M., Lim, J., Flores, K., & Napoles, A. M. (2015). Coping with breast cancer: Reflections from Chinese American, Korean American, and Mexican American women. *Health Psychology, 35*(1), 19–28. DOI: <https://doi.org/10.1037/hea0000263>
121. Gordon, S. F. (2017). Narratives of resistance and resilience: Exploring stories of violence against women. *Agenda, 31*(2), 34–43. <https://doi.org/10.1080/10130950.2017.1366181>
122. Goubert, L., & Trompetter, H. (2017). Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *European Journal of Pain, 21*(8), 1301–1315. <https://doi.org/10.1002/ejp.1062>
123. Greeff, A., & Fillis, A. (2009). Resiliency in poor single-parent families. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 90*, 279–285. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3902>
124. Grove, S. J., & Fisk, R. P. (1997). The impact of other customers on service experiences: A critical incident examination of “getting along”. *Journal of Retailing, 73*(1), 63–85.
125. Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications, Inc.
126. 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>
127. Guillemin, M., & Gillam, L. (2004). Ethics, reflexivity, and “ethically important moments” in research. *Qualitative Inquiry, 10*(2), 261–280. <https://doi.org/10.1177/1077800403262360>
128. Guterman, J. T., & Rudes, J. (2008). Social constructionism and ethics: Implications for counseling. *Counseling and Values, 52*(2). <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2008.tb00097.x>
129. Jin, Y., Bhattarai, M., Kuo, W. C., & Bratzke, L. C. (2023). Relationship between resilience and self-care in people with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing, 32*(9-10), 2041–2055. <https://doi.org/10.1111/jocn.16258>
130. Jones, J. E., Jones, L. L., Calvert, M. J., Damery, S. L., & Mathers, J. M. (2022). A literature review of studies that have compared the use of face-to-face and online focus groups. *International Journal of Qualitative Methods, 21*. <https://doi.org/10.1177/16094069221142406>
131. 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>
132. 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>
133. 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>
134. 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>
135. Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough? *Qualitative Health Research, 27*(4), 591–608. <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>
136. Hibberd, F. J. (2005). *Unfolding social constructionism*. Springer.
137. 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>
138. Hiew, C. C., Mori, T., Shimizu, M., & Tominaga, M. (2000a). Measurement of resilience development: Preliminary results with a State-Trait Resilience Inventory. *Journal of Learning and Curriculum Development, 1*, 111–117.

139. Hiller, J. (2016). *Epistemological Foundations of Objectivist and Interpretivist Research*. Barcelona Publishers.
140. Huang, D., Wang, J., Fang, H., Fu, Y., & Lou, J. (2023). Longitudinal association of chronic diseases with depressive symptoms in middle-aged and older adults in China: Mediation by functional limitations, social interaction, and life satisfaction. *Journal of Global Health, 13*, 04119. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04119>
141. Hyett, N., Kenny, A., & Dickson-Swift, V. (2014). Methodology or method? A critical review of qualitative case study reports. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 9*, 23606. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23606>
142. Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics, 4*, 1–23. <https://doi.org/10.1146/annurev.es.04.110173.000245>
143. Holmes, A. G. D. (2020). Researcher positionality – A consideration of its influence and place in qualitative research – A new researcher guide. *Shanlax International Journal of Education, 8*(4), 1–10. <https://doi.org/10.34293/education.v8i4.3232>
144. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2023). Global Burden of Disease Study 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://www.healthdata.org/gbd>
145. Jones, J. E., Jones, L. L., Calvert, M. J., Damery, S. L., & Mathers, J. M. (2022). A Literature Review of Studies that Have Compared the Use of Face-To-Face and Online Focus Groups. *International Journal of Qualitative Methods, 21*. <https://doi.org/10.1177/16094069221142406>
146. 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>
147. 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>
148. Karole, L. (2023) *Psiholoģiskās noturības saistība ar pašpalīdzības stratēģijām slimniekiem ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm* [bakalaura darbs, Rīgas Stradiņa universitāte]. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/13790>
149. Karoly, P., Ruehlman, L. S., & Okun, M. A. (2013). Psychosocial and demographic correlates of employment vs disability status in a national community sample of adults with chronic pain: toward a psychology of pain presenteeism. *Pain Medicine, 14*(11), 1698–1707. <https://doi.org/10.1111/pme.12234>
150. Kārklīņa, I. (2013). *Latvijas trūcīgo ģimeņu bērnu izglītības sasniegumus ietekmējošie faktori* [promocijas darbs, Rīgas Stradiņa universitāte]. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/2464>
151. 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>
152. Kincheloe, J. L. (2001). Describing the bricolage: conceptualizing a new rigor in qualitative research. *Qualitative Inquiry, 7*(6), 679–692. <https://doi.org/10.1177/107780040100700601>
153. King, D., DeShon, R., Phetmisy, C., & Burrows, D. (2022). What is resilience? Offering construct clarity to address “quicksand” and “shadow side” resilience concerns. In P. L. Perewé (Ed.) *Examining the paradox of occupational stressors: building resilience or creating depletion*, (pp 25–50). DOI: 10.1108/S1479-355520220000020005.
154. 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>

155. Klarare, A., Rasmussen, B. H., Fossum, B., Hansson, J., Fürst, C. J., & Lundh Hagelin, C. (2018). Actions helping expressed or anticipated needs: patients with advanced cancer and their family caregivers' experiences of specialist palliative home care teams. *European Journal of Cancer Care*, 27(6), e12948. <https://doi.org/10.1111/ecc.12948>
156. Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
157. Kripa, S., & Sharma, P. (2022). Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain and disability in chronic pain patients: A narrative review. *Bulletin of Faculty of Physical Therapy*, 27, 42. <https://doi.org/10.1186/s43161-022-00101-y>
158. Kristjansdottir, O. B., Stenberg, U., Mirkovic, J., Krogseth, T., Ljoså, T. M., Stange, K. C., & Ruland, C. M. (2018). Personal strengths reported by people with chronic illness: A qualitative study. Health expectations: *An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 21(4), 787–795. <https://doi.org/10.1111/hex.12674>
159. 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>
160. 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>
161. Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 179–224). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
162. Kuntz, J. C. (2021). Resilience in times of global pandemic: Steering recovery and thriving trajectories. *Applied Psychology: An International Review*, 70(1), 188–215. <https://doi.org/10.1111/apps.12296>
163. Kunzler, A. M., Gilan, D. A., Kalisch, R., Tüscher, O., & Lieb, K. (2018). Aktuelle Konzepte der Resilienzforschung [Current concepts of resilience research]. *Der Nervenarzt*, 89(7), 747–753. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0529-x>
164. Kwee, J., McBride, H., & Rossen, L. (2020). Quality maternal health care from the voices of childbearing women: factors that optimize and disturb wellbeing. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health*, 34(3), 171–190.
165. Lambert, S. D., & Loisel, C. G. (2008). Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 228–237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04559.x>
166. Lau, B. H. P., Cheung, M. K. T., Chan, L. T. H., Chan, C. L. W., & Leung, P. P. Y. (2021). Resilience in the storm: Impacts of changed daily lifestyles on mental health in persons with chronic illnesses under the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5875. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115875>
167. Lauva, Dž. (2021). *Sāpju dzīvesspēka loma psiholoģiskajā labklājībā pieaugušajiem ar hronisko sāpju pieredzi [bakalaura darbs, Latvijas Universitāte]*. <https://dspace.lu.lv/dspace/handle/7/55711>
168. Lavrakas, P. J. (Ed.). (2008). *Encyclopedia of survey research methods* (Vols. 1–0). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412963947>
169. Lee, J. H., Seo, M., Lee, M., Park, S. Y., Lee, J. H., & Lee, S. M. (2017). Profiles of coping strategies in resilient adolescents. *Psychological Reports*, 120(1), 49–69.
170. 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.

171. Li, S. Y. (2021). The relationships among self-efficacy, social support, and self-care behavior in the elderly patients with chronic pain. *Medicine*, *100*(9), e24554. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002454>
172. 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)
173. Lock, S., Rees, C. S., & Heritage, B. (2020). Development and validation of a brief measure of psychological resilience: The state-trait assessment of resilience scale. *Australian Psychologist*, *55*(1), 10–25.
174. Lotz, M. (2016). Vulnerability and resilience: a critical nexus. *Theoretical Medicine and Bioethics*, *37*(1), 45–59. <https://doi.org/10.1007/s11017-016-9355-y>
175. Lunde, C. E., & Sieberg, C. B. (2020). Walking the tightrope: A proposed model of chronic pain and stress. *Frontiers in Neuroscience*, *14*, 270. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00270>
176. Loeffler, A., & Steptoe, A. (2021). Bidirectional longitudinal associations between loneliness and pain, and the role of inflammation. *Pain*, *162*(3), 930–937. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002082>
177. 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>
178. Luo, Z., Zhong, S., Zheng, S., Li, Y., Guan, Y., Xu, W., Li, L., Liu, S., Zhou, H., Yin, X., Wu, Y., Liu, D., & Chen, J. (2023). Influence of social support on subjective well-being of patients with chronic diseases in China: chain-mediating effect of self-efficacy and perceived stress. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1184711.
179. 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>
180. Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, *62*(3), 600–616. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01555.x>
181. Lynch, M., Sloane, G., Sinclair, C., & Bassett, R. (2012). Resilience and art in chronic pain. *Arts & Health*, *5* (1), 51–67. <https://doi.org/10.1080/17533015.2012.693937>
182. 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>
183. Machida, M., Irwin, B., & Feltz, D. (2013). Resilience in competitive athletes with spinal cord injury: the role of sport participation. *Qualitative Health Research*, *23*(8), 1054–1065. <https://doi.org/10.1177/1049732313493673>
184. Mallick-Searle, T., Sharma, K., Toal, P., & Gutman, A. (2021). Pain and function in chronic musculoskeletal pain-treating the whole person. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *14*, 335–347. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S288401>
185. Manning, J. C. (2015). Stories of survival: exploring long-term psychosocial well-being in childhood survivors of acute life threatening critical illness: a multiple-case study. (Publication No. 28563870) [Doctoral dissertation, University of Nottingham]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
186. 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.
187. Martin, A. J. (2017). Adaptability – what it is and what it is not: Comment on Chandra and Leong (2016). *American Psychologist*, *72*(7), 696–698. <https://doi.org/10.1037/amp0000163>
188. Mārtinsonsone, K., Pipere, A. un Kamerāde, D. (red.). (2016). Pētniecība: teorija un prakse. RaKa.
189. Maslovska, K. (2008). Latvijas sieviešu sērošanas pieredze pēc tuva cilvēka nāves, riski un iespējas [promocijas darbs, Latvijas Universitāte]. https://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/4727/23275-Kristine_Maslovska_2008.pdf

190. 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>
191. Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, *23*(2), 493–506. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000198>
192. Masten, A. S., & Reed, M. J. (2002). Resilience in Development. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 117–131). New York: Oxford University Press.
193. Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, *53*(2), 205–220. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.205>
194. 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>
195. Maxwell, J. A. (2021). Why qualitative methods are necessary for generalization. *Qualitative Psychology*, *8*(1), 111–118. <https://doi.org/10.1037/qup0000173>
196. 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)
197. McAslan, A. (2010). Organisational resilience: understanding the concept and its application. *Torrens Resilience Institute*. Retrieved from <http://torrensresilience.org/origins-of-theterm>
198. McDonnell, L., Scott, S., & Dawson, M. (2017). A multidimensional view? Evaluating the different and combined contributions of diaries and interviews in an exploration of asexual identities and intimacies. *Qualitative Research*, *17*(5), 520–536. <https://doi.org/10.1177/1468794116676516>
199. McLoyd, V. C. (1998). Children in poverty: Development, public policy and practice. In W. Damon, I. E. Sigel, & K. A. Renninger (Eds.), *Handbook of child psychology: Child psychology in practice* (5th ed., pp. 135–208). John Wiley & Sons, Inc.
200. Merriam-Webster. (n.d.). Resilience. In *Merriam-Webster.com dictionary*. Retrieved January 4, 2022, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/resilience>
201. Mik-Meyer, N. (2020). Multimethod qualitative research. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research* (5 ed., pp. 357–374). SAGE Publications.
202. Miller, M., Albarracin, M., Pitliya, R. J., Kiefer, A., Mago, J., Gorman, C., Friston, K. J., & Ramstead, M. J. D. (2022). Resilience and active inference. *Frontiers in psychology*, *13*, 1059117. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1059117>
203. Miller-Graff, L. E. (2022). The multidimensional taxonomy of individual resilience. *Trauma, Violence, & Abuse*, *23*(2), 660–675. <https://doi.org/10.1177/1524838020967329>
204. 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>
205. 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>
206. Moore, T. L. (2023). The lived experience and meaning of resilience in the setting of chronic illness and low-resource communities of African Americans that reside in Tallahatchie County, Mississippi. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *18*(1), 2218221.

207. Morse, J. M. (2010). Simultaneous and sequential qualitative mixed method designs. *Qualitative Inquiry*, 16(6), 483–491. <https://doi.org/10.1177/1077800410364741>
208. Morse, J. M. (2009). Mixing qualitative methods. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1523–1524. <https://doi.org/10.1177/1049732309349360>
209. Morse, J. M. (2003). Principles of mixed methods and multi-method research design. In C. Teddlie & A. Tashakkori (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 189–208). SAGE Publication.
210. Morse, J. M., & Niehaus, L. (2009). *Mixed method design: Principles and procedures*. Left Coast Press.
211. Musich, S., Wang, S. S., Schaeffer, J. A., Kraemer, S., Wicker, E., & Yeh, C. S. (2022). The association of increasing resilience with positive health outcomes among older adults. *Geriatric Nursing*, 44, 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.01.007>
212. Müller, R., Gertz, K. J., Molton, I. R., Terrill, A. L., Bombardier, C. H., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2016). Effects of a Tailored Positive Psychology Intervention on Well-Being and Pain in Individuals With Chronic Pain and a Physical Disability: A Feasibility Trial. *The Clinical Journal of Pain*, 32(1), 32–44.
213. 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
214. 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.
215. Nassaji, H. (2020). Good qualitative research. *Language Teaching Research*, 24(4), 427–431. <https://doi.org/10.1177/1362168820941288>
216. Neff, L. A., & Broady, E. F. (2011). Stress resilience in early marriage: Can practice make perfect? *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(5), 1050–1067. <https://doi.org/10.1037/a0023809>
217. Newton-John, T. R. O., Mason, C., & Hunter, M. (2014). The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 360–365. <https://doi.org/10.1037/a0037023>
218. Nieto, M., Visier, M. E., Silvestre, I. N., Navarro, B., Serrano, J. P., & Martínez-Vizcaíno, V. (2023). Relation between resilience and personality traits: The role of hopelessness and age. *Scandinavian Journal of Psychology*, 64(1), 53–59. <https://doi.org/10.1111/sjop.12866>
219. Nitkin, P., & Buchanan, M. J. (2020) Relationships between people with cancer and their companion animals: what helps and hinders, *Anthrozoös*, 33(2), 243–259. <https://doi.org/10.1080/08927936.2020.1719764>
220. Norton, L. S., & Dibb, B. (2023). “I’m not the same person anymore”: Thematic analysis exploring experiences of dependence to prescribed analgesics in patients with chronic pain in the UK. *Pain and Therapy*, 12(6), 1427–1438. <https://doi.org/10.1007/s40122-023-00553-7>
221. Oficiālās statistikas portāls. 2021. *Eiropas iedzīvotāju veselības apsekojums*. Iegūts no: <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/soc-aizsardziba-veselibas/veselibas-pasvertejums/cits/8111-eiropas-iedzivotaju> [sk. 10.02.2023.].
222. Opsomer, S., Pype, P., Lauwerier, E., & De Lepelre, J. (2019). Resilience in middle-aged partners of patients diagnosed with incurable cancer : a thematic analysis. *PLOS ONE*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221096>
223. 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.
224. 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>

225. Parker, I. (2005). *Qualitative psychology: Introducing radical research*. Open University Press.
226. Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research, 34*(5 Pt 2), 1189–1208.
227. Perrot, S., Cohen, M., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., Treede, R. D., & IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain, 160*(1), 77–82. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>
228. Philpot, L. M., Schumann, M. E., & Ebbert, J. O. (2020). Social relationship quality among patients with chronic pain: A Population-based sample. *Journal of Patient Experience, 7*(3), 316–323. <https://doi.org/10.1177/2374373519862934>
229. Pillow, W. (2003). Confession, catharsis, or cure? Rethinking the uses of reflexivity as methodological power in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education, 16* (2), 175–196. <https://doi.org/10.1080/0951839032000060635>
230. Pipere, A. (2016). Datu analīzes metodes kvalitatīvajā pētījumā. No Mārtinsone, K., Pipere, A., Kamerāde, D. (red.), *Pētniecība: teorija un prakse*. RaKa, 357.–416. lpp.
231. Pipere, A. (2011). Kvalitatīvās un kvantitatīvās pētījuma stratēģijas salīdzinājums. No Mārtinsone, K., Pipere, A. (red.), *Ievads pētniecībā: Stratēģijas, dizaini, metodes*. Rīga: RaKa, 119.–127. lpp.
232. Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *ANS. Advances in Nursing Science, 19*(3), 1–13. <https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00002>
233. Popham, C., McEwen, F., & Pluess, M. (2021). Psychological resilience in response to adverse experiences: An integrative developmental perspective in the context of war and displacement. In A. Masten & J. J. Tellegen (Eds.), *Resilience in Development: The impact of adversity, risk, and trauma* (pp. 453–471). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0022>
234. 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.
235. Probst, B. (2015). The eye regards itself: benefits and challenges of reflexivity in qualitative social work research. *Social Work Research, 39*(1), 37–48. <https://doi.org/10.1093/swr/svu028>
236. Quick, J., Robishaw, S., Baylor, K., Snyder, D., & Han, J. (2017). Vegetable garden as therapeutic horticulture for patients with chronic pain. *Pain Medicine, 18* <https://doi.org/10.1093/pm/pnx065>
237. Raheim, M., Magnussen, L.H., Sekse, R. J. T., Lunde, A., Jacobsen, T., & Blystad, A. (2016). Researcher-researched relationship in qualitative research: Shifts in positions and researcher vulnerability. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 11* (1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30996>
238. 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>
239. 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
240. Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. SAGE Publications.
241. Robinson-Lane, S. G. (2020). Adapting to chronic pain: A focused ethnography of black older adults. *Geriatric Nursing, 41* (4), 468–473. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.08.001>
242. 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>
243. Roller, M. R., & Lavrakas, P. J. (2015). *Applied qualitative research design: a total quality framework approach*. The Guilford Press.

244. Romāne-Meiere, A. (2020). Sociālā dzīvotspēja ārkārtas situācijā profesionālajā darbībā. *Sociālais darbs Latvijā*, 1, 20–24.
245. Rosas, R., Pimenta, F., Maroco, J., & Leal, I. (2019). Perceived consequences of a successful weight loss: A pluralist qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 24(8), 1043–1055. <https://doi.org/10.1177/1359105316685901>
246. Roslan, N., Yusoff, M. S. B., Morgan, K., Razak, A., & Shauki, N. (2022). Evolution of resilience construct, its distinction with hardiness, mental toughness, work engagement and grit, and implications to future healthcare research. *Education in Medicine Journal*, 14, 99–114. <https://doi.org/10.21315/eimj2022.14.1.9>
247. Rossouw, P., & Rossouw, J. (2016). The predictive 6-factor resilience scale: Neurobiological fundamentals and organizational application. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 4(1), 31–45. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2016.0031-0045>
248. Rutter, M. (2006). The promotion of resilience in the face of adversity. In A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families count: effects on child and adolescent development* (pp. 26–52). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511616259.003>
249. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
250. 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, 855–865.
251. Sato, S., Ukimoto, S., Kanamoto, T., & Fujita, Y. (2021). Chronic musculoskeletal pain, catastrophizing, and physical function in adult women were improved after 3-month aerobic-resistance circuit training. *Scientific Reports*, 11, 14939. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-91731-0>
252. Schäfer, S. K., Kunzler, A. M., Kalisch, R., Tüscher, O., & Lieb, K. (2022). Trajectories of resilience and mental distress to global major disruptions. *Trends in Cognitive Sciences*, 26(12), 1171–1189. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.09.017>
253. Schultz, L., & Lundholm, C. (2010). Learning for resilience? Exploring learning opportunities in biosphere reserves. *Environmental Education Research*, 16(5–6), 645–663. <https://doi.org/10.1080/13504622.2010.505442>
254. 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>
255. Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry* 10, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>
256. Sechelski, A., & Onwuegbuzie, A. J. (2019). A call for enhancing saturation at the qualitative data analysis stage via the use of multiple qualitative data analysis approaches. *The Qualitative Report*, 24(4), 795–821.
257. Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025–1041. <https://doi.org/10.1037/a0021344>
258. Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>
259. 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>

260. Shelton, C. D., Hein, S. D., & Phipps, K. A. (2019). Resilience and spirituality: A mixed methods exploration of executive stress. *International Journal of Organizational Analysis, 11* (8). <https://doi.org/10.1108/IJOA-08-2019-1848>
261. Shim, M., Johnson, R., Gasson, S., Goodill, S., Jermyn, R., & Bradt, J. (2017). A model of dance/movement therapy for resilience-building in people living with chronic pain. *European Journal of Integrative Medicine, 9*. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2017.01.011>
262. Shi, S., Pain, K., & Chen, X. (2022). Looking into mobility in the Covid-19 'eye of the storm': Simulating virus spread and urban resilience in the Wuhan city region travel flow network. *Cities, 126*, Article 103675. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2022.103675>.
263. Siddall, P. J., McClelland, J. M., Rutkowski, S. B., & Cousins, M. J. (2003). A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury. *Pain, 103*(3), 249–257. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(02\)00452-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(02)00452-9)
264. Shrivastava, A., & Desousa, A. (2016). Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. *Indian Journal of Psychiatry, 58*(1), 38–43. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.174365>
265. 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>
266. Silva, A. B. (2008). The relationship between social constructivism and qualitative method. [Conference presentation]. The 5 Nordic Interdisciplinary Conference Qualitative Methods in the Service of Health, University of Stavanger, Norway.
267. Simmons, A., & Yoder, L. (2013). Military resilience: A concept analysis. *Nursing Forum, 48*(1), 17–25. <https://doi.org/10.1111/nuf.12007>
268. Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina, 55*(11), 745. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
269. Skaldere-Darmudasa, G. (2023). *Psiholoģiskā noturība un slimības noliegšana kā līdzestīgu uzvedību prognozējošie faktori hroniski slimiem pacientiem primārā aprūpē* [maģistra darbs, Rīgas Stradiņa universitāte]. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/10486>
270. Skaldere-Darmudasa, G. (2021). *Psiholoģiskā noturība un kognitīvās kļūdas pulmonālās hipertensijas pacientiem Latvijā* [bakalaura darbs, Rīgas Stradiņa universitāte]. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/5465>
271. Smith, B. E., Hendrick, P., Bateman, M., Holden, S., Littlewood, C., Smith, T. O., & Logan, P. (2019). Musculoskeletal pain and exercise-challenging existing paradigms and introducing new. *British Journal of Sports Medicine, 53*(14), 907–912. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098983>
272. Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
273. Smith, B. (2013). Disability, sport and men's narratives of health: A qualitative study. *Health Psychology, 32*(1), 110–119. <https://doi.org/10.1037/a0029187>
274. Smith, C., & Carlson, B. E. (1997). Stress, coping, and resilience in children and youth. *Social Service Review, 71*, 231–256. <https://doi.org/10.1086/604249>
275. Springer, K. L., & Bedi, R. P. (2021). Why do men drop out of counseling/psychotherapy? An enhanced critical incident technique analysis of male clients' experiences. *Psychology of Men and Masculinities, 22*(4), 776–786. <https://doi.org/10.1037/men0000350>
276. Sovero, L. & Bite L. (2014). Dzīvesspēks un tā novērtēšanas metodes. *Latvijas Universitātes raksti. Psiholoģija, 801*, 96–110.
277. Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. The Guilford Press.
278. Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE Publications.

279. Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry, 13*(4), 725–732. <https://doi.org/10.1111/eip.12726>
280. Steinmetz, A. (2022). Back pain treatment: A new perspective. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease, 14* Article 14. <https://doi.org/10.1177/1759720X221100293>
281. Stevelink, S. A. M., Malcolm, E. M., & Fear, N. T. (2015). Visual impairment, coping strategies and impact on daily life: A qualitative study among working-age UK ex-service personnel. *BMC Public Health, 15*, 1118. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2455-1>
282. Stevens, M., Cruwys, T., & Murray, K. (2020). Social support facilitates physical activity by reducing pain. *British Journal of Health Psychology, 25*(3), 576–595. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12424>
283. 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>
284. Stauss, B., & Weinlich, B. (1997). Process-oriented measurement of service quality: Applying the sequential incident technique. *European Journal of Marketing, 31*(1), 33–55. <http://dx.doi.org/10.1108/03090569710157025>
285. 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>
286. 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>
287. Su, P., Yi, J., Chen, X., & Xiao, Y. (2023). Visual analysis of psychological resilience research based on web of science database. *Psychology Research and Behavior Management, 16*, 465–481. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S394693>
288. Sutanto, B., Singh-Grewal, D., McNeil, H. P., O'Neill, S., Craig, J. C., Jones, J., & Tong, A. (2013). Experiences and perspectives of adults living with systemic lupus erythematosus: thematic synthesis of qualitative studies. *Arthritis Care & Research, 65*(11), 1752–1765. <https://doi.org/10.1002/acr.22032>
289. Svence, G. (2012). Dzīvesspēka koncepta adaptācija sabiedrības veselībai. *Sabiedrība. Integrācija. Izglītība, 1*, 525–535.
290. 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>
291. Šmite, D. (2023). Hronisku muguras lejasdaļas sāpju pacientu analīze biopsihosociālā modeļa ietvaros [promocijas darbs, Rīgas Stradiņa universitāte]. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/14422>
292. Tanguay-Sabourin, C., Fillingim, M., Guglietti, G. V., & Zare, A. (2023). A prognostic risk score for development and spread of chronic pain. *Nature Medicine, 29*(7), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02430-4>
293. Tarsitani, L., Pinucci, I., Tedeschi, F., Patanè, M., Papola, D., Palantza, C., Acarturk, C., Björkenstam, E., Bryant, R., Burchert, S., Davisse-Paturet, C., Díaz-García, A., Farrel, R., Fuhr, D. C., Hall, B. J., Huizink, A. C., Lam, A. I. F., Kurt, G., Leijen, I., Mittendorfer-Rutz, E., Barbui, C. (2022). Resilience of people with chronic medical conditions during the COVID-19 pandemic: a 1-year longitudinal prospective survey. *BMC Psychiatry, 22*(1), 633. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04265-8>
294. Tee, E. Y. J., Raja Reza Shah, R., Thomas, K. S., Ng, S., & Mun, E. P. Y. (2021). Beyond resilience: Promotive and protective traits that facilitate recovery during crisis. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/p2h35>

295. 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>
296. Teng-Calleja, M., Hechanova, M. R. M., Sabile, P. R., & Villasanta, A. P. V. P. (2020). Building organization and employee resilience in disaster contexts. *International Journal of Workplace Health Management*, 13(4), 393–411. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-09-2019-0122>
297. 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>
298. Thongkhum, K., Peungposop, N., & Sakunpong, N. (2022). A mixed-methods study to develop a resilience scale for Thai elderly with chronic diseases and depression. *Depression Research and Treatment*, 2022, 3256981. <https://doi.org/10.1155/2022/3256981>
299. Timmers, I., Quaedflieg, C. W. E. M., Hsu, C., Heathcote, L. C., Rovnaghi, C. R., & Simons, L. E. (2019). The interaction between stress and chronic pain through the lens of threat learning. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 641–655. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.10.007>
300. Tisenkopfs, T. (2016). Zinātnes dzīvotspēja un valstiskums. *Zinātnes Vēstis*, 21(521). http://archive.lza.lv/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=302&Itemid=492
301. 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>
302. Ungar, M. (2019). Designing resilience research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promotive and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 96, Article 104098. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104098>
303. 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>
304. 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>
305. Ungar, Michael. (2004). A constructionist discourse on resilience: multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth. *Youth & Society*, 35, 341–365. <https://doi.org/10.1177/0044118X03257030>
306. Ungar, M. (2003). Qualitative contributions to resilience research. *Qualitative Social Work*, 2(1), 85–102. <https://doi.org/10.1177/1473325003002001123>
307. Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008). Protective factors and the development of resilience in the context of neighborhood disadvantage. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(6), 887–901. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9220-1>
308. 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
309. Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
310. Wainwright, E., Wainwright, D., Coghill, N., Walsh, J., & Perry, R. (2019). Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. *Occupational Medicine*, 69(3), 163–176. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz012>
311. Walsh, F. (2020). Loss and resilience in the time of COVID-19: meaning making, hope, and transcendence. *Family Process*, 59(3), 898–911. <https://doi.org/10.1111/famp.12588>

312. Warner, L. M., Schwarzer, R., Schüz, B., Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2012). Health-specific optimism mediates between objective and perceived physical functioning in older adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(4), 400–406. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9368-y>
313. Werner, E. E. (2012). Children and war: risk, resilience, and recovery. *Development and Psychopathology*, 24(2), 553–558. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000156>
314. Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
315. Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46(2), 207–227. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x>
316. Walshe, C., Roberts, D., Appleton, L., Calman, L., Large, P., Lloyd-Williams, M., & Grande, G. (2017). Coping well with advanced cancer: A serial qualitative interview study with patients and family carers. *PLoS One*, 12(1). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169071>
317. Wendt, M., Ciešlik, K., Lewandowski, J., & Waszak, M. (2019). Effectiveness of combined general rehabilitation gymnastics and muscle energy techniques in older women with chronic low back pain. *BioMed Research International*, 2019, 2060987. <https://doi.org/10.1155/2019/2060987>
318. Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. McGraw-Hill Education.
319. Whitmore, C., Markle-Reid, M., McAiney, C., Fisher, K., & Ploeg, J. (2023). How do individual, social, environmental, and resilience factors shape self-reported health among community-dwelling older adults: a qualitative case study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03726-3>
320. Wilson, J. M., Colebaugh, C. A., Flowers, K. M., Meints, S. M., Edwards, R. R., & Schreiber, K. L. (2022). Social support and psychological distress among chronic pain patients: The mediating role of mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 190, 111551. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111551>
321. Wilson, G. (1997). A postmodern approach to structured dependency theory. *Journal of Social Policy*, 26(3), 341–350.
322. Windle, G., Bennett, K. M. & Noyes, J. (2011a) A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes* 9, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>
323. Windle, G. (2011b). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152–169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
324. Winslow, M., Seymour, J., & Clark, D. (2005). Stories of cancer pain: a historical perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(1), 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.08.005>
325. Wong, G., & Breheny, M. (2021). The experience of animal therapy in residential aged care in New Zealand: A narrative analysis. *Aging and Society*, 41(11), 2641–2659. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000574>
326. World Health Organization (2023, January 13). *Musculoskeletal health*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
327. Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 10. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00010>
328. 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>
329. Yazan, B. (2015). Three approaches to case study methods in education: Yin, Merriam, and Stake. *The Qualitative Report*, 20(2), 134–152. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2102>
330. Ye, Z. J. (2022). Editorial: Resilience in chronic disease. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 846370. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.846370>

331. Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
332. 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>
333. Zarotti, N., Coates, E., McGeachan, A., Williams, I., Beever, D., Hackney, G., Norman, P., Stavroulakis, T., White, D., White, S., Halliday, V., McDermott, C., & HighCALs Study Group (2019). Health care professionals' views on psychological factors affecting nutritional behaviour in people with motor neuron disease: A thematic analysis. *British Journal of Health Psychology*, 24(4), 953–969. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12388>
334. Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of Adult Resilience* (pp. 3–29). The Guilford Press.

Pateicības

Vēlos izteikt lielu pateicību savai promocijas darba vadītājai profesorei Anitai Piperei par profesionālo un emocionālo atbalstu promocijas darba izstrādes procesā, kā arī par pacietīgo vadīšanu cauri “metodoloģijas džungļiem” brīžos, kad jutos apmaldījusies! Paldies, ka palīdzējāt vienlaikus saskatīt darba kopskatu un nezaudēt precizitāti, aprakstot detaļas. Paldies par “ideju pavedieniem”, konstruktīvo atgriezenisko saiti un precizējošajiem jautājumiem, kas veicināja manu kā pētnieces refleksivitāti. Īpašs paldies, ka atgādinājāt, cik svarīgi, pētot citu cilvēku dzīvesspēku, ir neaizmirst arī par saviem dzīvesspēka resursiem!

Liels paldies profesorei Kristīnei Mārtinsonai par noderīgajiem padomiem, sniegtajām izaugsmes iespējām un iedrošinājumu ceļu uz promocijas darbu, mērot soli pa solītim, nenobīstoties no ceļa garuma!

Paldies Rīgas Stradiņa universitātei par finansiālo atbalstu publikāciju tapšanā un iespēju pilnveidot akadēmiskās prasmes!

Paldies ikvienam Veselības psiholoģijas un pedagoģijas katedras kolēģim par to, ka bijāt mans iedvesmas avots un tādējādi veicinājāt manu pašefektivitāti! Īpašs paldies Elīnai Akmanei par sniegto pleca sajūtu un atbalstu disertācijas rakstīšanas noslēguma posmā!

Vēlos pateikties arī visiem saviem tuviniekiem. Pirmkārt, paldies manam skolotājam Uldim Umulim, kurš saskatīja manī potenciālu un pamudināja mani iestāties doktorantūrā! Paldies maniem vecākiem Jānim un Vilhelmīnei par praktisku un finansiālu atbalstu, uzsākot studijas! Paldies maniem bērniem Elizabetei, Kristoferam, Katrīnai un Oliveram par sapratni situācijās, kurās nācās būt patstāvīgiem un pacietīgiem! Paldies maniem draugiem Lindai, Leldei, Zanei, Kristīnei, Agnesei, Līgai A., Līgai B., Jānim un Sergejam par to, ka “uzlādējāt manas baterijas” un bijāt man līdzās priekos un bēdās!

Īpaši lielu paldies vēlos izteikt dzīvesbiedram Jānim, bez kura palīdzības es nebūtu spējusi apvienot promocijas darba rakstīšanu un ģimenes dzīvi! Paldies par izturību un pacietību, mērojot šo ceļu kopā ar mani!

Noslēgumā vēlos pateikties ikvienam šī pētījuma dalībniekam par veltīto laiku un atklātību, daloties savā dzīvesspēka pieredzē!

Pielikumi

RSU Pētījumu ētikas komitejas atļauja

APSTIPINĀTA
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, Doktora studiju programmas vadītāja
7	Marina Siņkovska		Datu drošības un pārvaldības daļas vadītāja

**Pieteikuma
iesniedzējs/i:** **Elina Zelčāne, Doktorantūras nodaļa**

**Pētījuma / pētnieciskā
darba
nosaukums:** Dzīvesspēka uzturēšanas ilgtermiņa
stratēģijas cilvēkiem ar hroniskām
muskuloskeletālām sāpēm

**Pētījumu ētikas
komitejas sēdes
datums:** 27.05.2021.

**Pētījuma
protokols:**
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.

**Komitejas
lēmums:** **Piekrist pētījumam**

Komitejas priekšsēdētājs Jānis Vētra Tituls: Dr.habil. med.
profesors

Informētās piekrišanas veidlapa dalībai pētījumā

Cienītā kundze!
Godātais kungs!

Uzaicinu Jūs piedalīties pētījumā “**Pieredze, dzīvojot ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm**”, ko veic RSU psiholoģijas doktorante Elīna Zelčāne. Vēlos Jūs iepazīstināt ar pētījuma mērķi, norisi un nosacījumiem. Pirms šī dokumenta parakstīšanas veltiet laiku, lai rūpīgi izlasītu visu informāciju! Pirms dokumenta parakstīšanas Jums ir tiesības uzdot jautājumus par pētījumu un/vai iegūt kādu papildu informāciju.

Pētījuma mērķis:

Pētījuma mērķis ir aprakstīt slimnieku ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm ikdienas izaicinājumus dažādos slimības posmos un atklāt sāpju pieredzi ietekmējošos faktoros.

Pētījuma norise:

Atkarībā no epidemioloģiskajiem apstākļiem valstī pētījums tiks realizēts kā individuālas klātienes vai tiešsaistes intervijas, iepriekš vienojoties par abpusēji izdevīgu laiku un vietu. Intervijas ilgums ir aptuveni 60 minūtes.

Ieguvumi:

Veicamā pētījuma rezultātā ir sagaidāms ieguvums cilvēkiem, kuri ikdienā cieš no hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Izpētot šīs slimnieku grupas pieredzi un dzīves kvalitāti ietekmējošos faktoros, tiks izstrādātas rekomendācijas, kas palīdzēs veiksmīgāk sadzīvot ar slimību.

Iespējamie riski:

Specifisku pētījuma risku nav.

Konfidencialitāte un datu drošība:

Personas datu apstrāde notiks atbilstoši “Fizisko personu datu apstrādes likuma” prasībām. Personas tiks intervētas un iegūtie rezultāti tiks prezentēti pētījumā tikai un vienīgi anonīmi. Aptuveni 60 min. ilgas, daļēji strukturētas intervijas tiks ierakstītas diktofonā. Interviju ieraksti tiks glabāti pētnieka datorā līdz transkriptu pierakstam. Pēc transkriptu izveides dati tiks pseidominimizēti jeb kodēti. Kodētie dati tiks izmantoti zinātnisko publikāciju un zinātniski pētnieciskā darba izstrādē. Ja Jums ir jautājumi vai sūdzības par Jūsu personas datu apstrādi un uzglabāšanu šajā pētījumā, Jums jāsazinās ar personas datu aizsardzības speciālistu: personu.dati@rsu

Brīvprātīga piedalīšanās:

Piedalīšanās šajā pētījumā ir brīvprātīga. Jums ir tiesības atteikties piedalīties pētījumā vai pārtraukt dalību pētījumā jebkurā laikā. Atteikšanās piedalīties pētījumā vai dalības pārtraukšana neizraisīs nekādas nelabvēlīgas sekas. Jūs tiksiet informēts/a par visiem būtiskajiem jautājumiem par šo pētījumu, kas var ietekmēt Jūsu vēlmi turpināt dalību šajā pētījumā.

Ja jums ir jebkādi jautājumi par šo pētījumu, lūdzu, sazinieties ar Elīnu Zelčāni, Salas ielā 1, Ogrē, tel. 26143089.

Šis dokuments ir sastādīts divos eksemplāros, no kuriem viens atrodas pie pētījuma veicēja, bet otrs – pie pētāmajām personām.

Es ar savu parakstu apliecinu, ka

- 1) esmu iepazinies/usies ar šī dokumenta saturu;
- 2) uz maniem jautājumiem ir sniegta atbilde;
- 3) es piekrītu piedalīties šajā pētījumā;

2. pielikuma turpinājums

- 4) es saprotu, ka mana dalība šajā pētījumā ir brīvprātīga un atteikšanās piedalīties pētījumā vai dalības pārtraukšana neizraisīs nekādas nelabvēlīgas sekas;
- 5) piekrītu, ka šī pētījuma laikā atbilstoši tiesiskā regulējuma prasībām tiek savākti, uzglabāti un apstrādāti mani personas dati.

Vārds, uzvārds, paraksts (Pētnieks):

Datums:

Vārds, uzvārds, paraksts (Pētījuma dalībnieks):

Datums:

Informētās piekrišanas veidlapa dalībai pētījumā

Cienītā kundze!
Godātais kungs!

Uzaicinu Jūs piedalīties pētījuma **“Pieredze, dzīvojot ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm”** otrajā posmā, ko veic RSU psiholoģijas doktorante Elīna Zelčāne. Vēlos Jūs iepazīstināt ar pētījuma mērķi, norisi un nosacījumiem. Pirms šī dokumenta parakstīšanas veltiet laiku, lai rūpīgi izlasītu visu informāciju! Pirms dokumenta parakstīšanas Jums ir tiesības uzdot jautājumus par pētījumu un/vai iegūt kādu papildu informāciju.

Pētījuma mērķis:

Pētījuma mērķis ir aprakstīt slimnieku ar hroniskām muskuloskeletālām sāpēm ikdienas izaicinājumus dažādos slimības posmos un atklāt sāpju pieredzi ietekmējošos faktoros.

Pētījuma norise:

Šis ir pētījuma otrais posms, kas tiek realizēts pēc individuālo interviju veikšanas. Šī posma ietvaros tiks organizētas 2 fokusgrupas (vairāku cilvēku apaļā galda diskusijas), kuru mērķis ir pārrunāt pētījuma pirmā posma secinājumus, iegūt pētījuma dalībnieku atgriezenisko saiti, kā arī dot iespēju dalībniekiem savstarpēji mijiedarboties un reaģēt uz citu dalībnieku viedokļiem.

Ieguvumi:

Veicamā pētījuma rezultātā ir sagaidāms ieguvums cilvēkiem, kuri ikdienā cieš no hroniskām muskuloskeletālām sāpēm. Izpētot šīs slimnieku grupas pieredzi un dzīves kvalitāti ietekmējošos faktoros, tiks izstrādātas rekomendācijas, kas palīdzēs veiksmīgāk sadzīvot ar slimību.

Iespējamie riski:

Specifisku pētījuma risku nav.

Konfidencialitāte un datu drošība:

Personas datu apstrāde notiks atbilstoši “Fizisko personu datu apstrādes likuma” prasībām. Lūdzam arī Jūs no savas puses neizpaust tālāk fokusgrupā iegūto informāciju un saglabāt konfidencialitāti attiecībā uz citu dalībnieku teikto. Fokusgrupu laikā iegūtie rezultāti tiks prezentēti pētījumā tikai un vienīgi anonīmi. Aptuveni 120 min. ilgās fokusgrupas diskusijas tiks ierakstītas diktofonā. Fokusgrupās iegūtie dati tiks glabāti pētnieka datorā līdz transkriptu (sarunas atšifrējuma) pierakstam. Pēc transkriptu izveides dati tiks pseidominimizēti jeb kodēti. Kodētie dati tiks izmantoti zinātnisko publikāciju un zinātniski pētnieciskā darba izstrādē. Ja Jums ir jautājumi vai sūdzības par Jūsu personas datu apstrādi un uzglabāšanu šajā pētījumā, Jums jāsazinās ar personas datu aizsardzības speciālistu: personu.dati@rsu

Brīvprātīga piedalīšanās:

Piedalīšanās šajā pētījumā ir brīvprātīga. Jums ir tiesības atteikties piedalīties pētījumā vai pārtraukt dalību pētījumā jebkurā laikā. Atteikšanās piedalīties pētījumā vai dalības pārtraukšana neizraisīs nekādas nelabvēlīgas sekas. Jūs tiksiet informēts/a par visiem būtiskajiem jautājumiem par šo pētījumu, kas var ietekmēt Jūsu vēlmi turpināt dalību šajā pētījumā.

Ja jums ir jebkādi jautājumi par šo pētījumu, lūdzu, sazinieties ar Elīnu Zelčāni, Salas ielā 1, Ogrē, tel. 26143089.

Šis dokuments ir sastādīts divos eksemplāros, no kuriem viens atrodas pie pētījuma veicēja, bet otrs – pie pētāmajām personām.

Es ar savu parakstu apliecinu, ka

- 1) esmu iepazinies/usies ar šī dokumenta saturu;
- 2) uz mani ir uzdoti jautājumiem ir sniegta atbilde;

3. pielikuma turpinājums

- 3) es piekrītu piedalīties šajā pētījumā;
- 4) es saprotu, ka mana dalība šajā pētījumā ir brīvprātīga un atteikšanās piedalīties pētījumā vai dalības pārtraukšana neizraisīs nekādas nelabvēlīgas sekas;
- 5) piekrītu, ka šī pētījuma laikā atbilstoši tiesiskā regulējuma prasībām tiek savākti, uzglabāti un apstrādāti mani personas dati.

Vārds, uzvārds, paraksts (Pētnieks):

Datums:

Vārds, uzvārds, paraksts (Pētījuma dalībnieks):

Datums:

Fokusgrupas jautājumi

Ievads

Man ir prieks, ka atradāt laiku, lai ierastos uz šodienas tikšanos. Atgādināšu, ka šī fokusgrupa tiek organizēta manis veikta pētījuma ietvaros, kura mērķis ir noskaidrot cilvēku pieredzi, dzīvojot ar hroniskām sāpēm. Esmu izanalizējusi pirms gada veiktās intervijas ar jums un vēlos vēlreiz pateikt lielu paldies, ka uzticējāt man savus dzīvesstāstus. Tie deva vērtīgus secinājumus par grūtībām un palīdzošajiem faktoriem, kas ļauj labāk sadzīvot ar sāpēm un rūpēties par sevi. Šīs dienas fokusgrupa tiek organizēta, lai saņemtu Jūsu atgriezenisko saiti par šiem secinājumiem. Iespējams, intervijās mums neizdevās pieskarties visiem ar sāpju pieredzi saistītajiem jautājumiem, tāpēc es ceru, ka šodien, kopīgi diskutējot, mēs nonāksim arī pie kādām jaunām atziņām, kas varētu dot pienesumu manā pētījumā. Es ļoti ceru, ka šīs dienas saruna sniegs vērtīgas atziņas ne vien man, bet būs interesanta arī jums pašiem. Gribu atgādināt, ka fokusgrupā runātais ir konfidenciāls, tāpēc aicinu Jūs neizpaust tālāk šodien dzirdēto informāciju. Es ierakstīšu sarunu, lai pēcāk izveidotu diskusijas transkriptu un izmantotu to zinātniskā darba veikšanai. Pēc transkripta veikšanas ieraksts tiks dzēsts. Visa informācija tiks izmantota tikai kodētā veidā. Jūsu vārds vai jebkura personīgā informācija, kas varētu norādīt uz Jūsu identitāti, netiks izpausta un neparādīsies publiski. Pētījumā un ar to saistītajās publikācijās tiks izmantoti tikai atsevišķi citāti. Esmu sagatavojusi informētās piekrišanas veidlapas, kuras aicinu Jūs parakstīt pirms sarunas (tiek izskaidroti galvenie informētās piekrišanas punkti).

Pirms sākam sarunu, vēlējos jautāt, vai Jums ir kādas neskaidrības vai jautājumi par procedūru?

Ievadjautājums: Lai iepazītos, Jūs varētu nosaukt katrs savu vārdu vai, ja nevēlaties atklāt identitāti, izdomāt pseidonīmu un pavisam īsi dažos teikumos pateikt, kas šī pēdējā gada laikā ir bijušas Jūsu lielākās grūtības saistībā ar sāpēm un kas ir bijis Jūsu stiprinājums vai resurss, kas ļāvis iespējami labāk sadzīvot ar tām. Es sākšu ar sevi (pasaku dažus teikumus kā piemēru, lai dalībnieki redz, cik gari runāt).

1. bloks: Dzīvespēka 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 dzīves posmā tās parādījušās (bērnībā vai pieaugušā vecumā). 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: Dzīvēsspēka 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?
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 izveseļoties? 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 ienaidnieks un uzmanība tiek pievērsta sāpju radītajiem ierobežojumiem, bet, slimībai attīstoties, cilvēki sāpes sāk uztvert kā sabiedroto, ar ko iespējams atrast kopīgu valodu un kas spēj kaut ko dzīvē pat iemācīt. Kā Jūs šo komentētu?

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

16. Pētījuma dalībnieki atzina, 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?

Intervijas transkripta fragments

Kas ir tas, ko Jūs darījāt pēc tam, kad iznācāt no slimnīcas? Kādas bija Jūsu stratēģijas, lai sadzīvotu ar traumas radītajām sekām?

Pēc slimnīcas es uzreiz aizbraucu uz Vaivariem. Sāku dzert neirontīnu. Sākumā es neko nevarēju, tikai plecus celt šitā te (demonstrē). Ratos es vēl neplānoju sēdēt. Viņiem bija tādi rati ar atgāzamu atzveltni, mani vadāja tāda pusguļus stāvoklī. Man reiba galva, un es nevarēju sevi noturēt normālā sēdus stāvoklī. Es ar to minimālo neirontīna devu varēju paciest. Pirmā rehabilitācija bija ap 6 nedēļām. Atbraucot mājās, man atklājās izgulējums, kas bija dabūts jau Daugavpilī. Bija riktīgs caurums uz krustiem, aizmugurē tāds izpuvis. Pieteicos plastiskajai operācijai brūču klīnikā, un pēc 7 mēnešiem mani izoperēja. Tajā laikā pie manis uz mājām nāca fizioterapeite 3 reizes nedēļā, pasīvi kustināja rokas un kājas. Kad izoperēja to izgulējumu, mani sāka pozicionēt, likt ratos. Iekustējās labā roka. Sāku kustināt kreiso roku, arī tā sāka pa bišķiņam kustēties. Sākumā tas bija ļoti minimāli. Pat guļot nevarēju pulti paņemt, lai kanālus pārslēgtu, tik minimāla bija tā kustība. Bet tad, kad labā roka sāka kustēties, tad nopirku savu pirmo planšeti. Es sāku spēlēt kaut kādas spēles, kas ir online, kur var komunicēt ar citiem cilvēkiem. Tas deva tādu ļoti labu aizmiršanos. Kad tu iekrīti tajā spēlē, tu arī nejūti sāpes vairs tik daudz, un tur ir komunikācija ar īstiem cilvēkiem. Bija ļoti interesanti. Tas bija ļoti dziļš, teiksim, ieguldījums manā attīstībā. Mēs sadraudzējāmies, arī pa telefonu pēc tam sazvānījāmies konferences zvanā. Es sapratu, ka man jāattīstās tālāk. Un tad es izdomāju, ka gribu pabeigt vidusskolu. Atrasties skolā man pašam bija nereāli, vai ne, jo man visu laiku bija vajadzīga palīdzība. Un es sapratu, ka tālmācības skola ir kaut kas superīgs priekš manis. Un es izcili esmu pabeidzis to pusotru klasi, kas man pietrūka. Nu un tagad es mācos personāla vadību attālināti. Sākumā es gribēju iet uz SIVU, bet tur mani nepaņēma, sakot, ka es neizturēšu to slodzi. Nu tā, lūk (nogrozās krēslā un drusku sažmiedz seju).

Vai Jums nav par ilgu šī intervija? Es pamanu, ka Jūs visu laiku maināt pozu. Ja jūtaties noguris, mēs varam uztaisīt paūzi.

Nē, nē, man viss ir ok. Man vienkārši dažreiz savēlk kreiso plecu, tad es viņu pastiepu, un man palaiž vaļā. Nebrīdināju uzreiz, parasti jau brīdinu cilvēkus.

Es gribētu atgriezties drusku atpakaļ pa laika līniju. Jūs minējāt, ka psiholoģe Jums daudz palīdzēja, varbūt bija vēl kādi cilvēki vai situācijas, kas Jums šajos gados ir palīdzējuši rūpēties par sevi?

Vienā no rehabilitācijām iepazinos ar vienu onkuli, nu, tādu jau gados no Jēkabpils. Viņš bija ļoti pozitīvs. Tie bija kādi 2 gadi pēc traumas. Man lielākās raizes jau bija pārgājušas. Tā kā sevi es bija pieņēmis priekš sevis. Bet ne priekš apkārtējiem. Nu, teiksim tā, man nekur, ne feisbukā, ne draugos, nebija bildes, kur es esmu ratos. Un pēc tās iepazīšanās ar viņu, redzot, kāds viņš ir žiperīgs, jā, no tā laika es sāku likt fotogrāfijas, kur es atlabstu, tas bija pēc kādiem diviem gadiem, nebija vēl pilni divi gadi, un tad es sāku pieņemt arī citu priekšā sevi.

Fokusgrupas transkripta paraugs

Moderators: Kā, jūsuprāt, cilvēka attieksmi pret sāpēm varētu ietekmēt tas, cik daudz vai maz dzīves grūtību viņam līdz šim nācies pārvarēt?

14: Bērībā ieaudzinātās rakstura īpašības, iegūtās kompetences varētu palīdzēt pārvarēt grūtības.

15: Pilnībā nepiekrītu! Kādas tur kompetences bērībā? Cilvēkam vai nu ir raksturs, vai nav. Tie, kas dzīvo kā siltumnīcā, viņi sūdzas visu laiku. Tas nav atkarīgs no pieredzes, nē!

9: Man vispār ir viedoklis par bērību. Kad pats uz sevi skaties, grūtāk pateikt. Es vairāk skatos uz saviem bērniem, 22 un 25 gadi, un, kad viņi stāsta savas situācijas, es saprotu, ka bērības traumas viņi pārdzīvo un tas viņus ietekmē, galvā viņiem tas sēž. Jauniešu dzīvi tas ietekmē. Ja kaut kādi draugi abižojusi, kaut kas neuzklausa.

Moderators: Jūs domājat, ka mūs vairāk ietekmē negatīvā pieredze, kas piedzīvota bērībā?

9: Jā.

3: Tie ir tie zemapziņas procesi, kas izlaužas.

Moderators: Vai kāds no jums var teikt, ka bērības pieredze Jūs ir pozitīvi ietekmējusi?

15: Jā, bērība mani ir ietekmējusi tieši pozitīvā ziņā. Bija viss mierīgi, vecāki nekur nesteidzās. Dzīve bija pavisam tāda laba.

14: Jā, es teiktu, ka ietekmē mācītais ne jau pavisam maziņam, bet kad bērns jau kaut ko sāk saprast no dzīves. Pieņemsim, man bija vectēvs. Viņam tās domas bija tik dziļas, man no viņa daudz kas palika, ko es izmantoju praksē. Kad es biju maziņš, es varbūt nepievērsu uzmanību, nesapratu, bet, kad es nokļuvu šajā situācijā, es sāku saprast, ko viņš man mācīja. Tādā ziņā.

3: Ir jau viedoklis, ka bērns to ietekmi saņem, vēl esot mammas vēderā. Mēs jau saņemam dažādas lietas, kamēr vēl paši nepzināmies.

Moderators: Kā citiem? Vai varat teikt, ka līdzšinējās grūtības Jūs ir norūdījušas?

2: Man ir doma, ka tās iepriekšējās grūtības nāk nevis par labu, bet tevi piebeidz. Ir bijis, bijis, bijis, un tankš!, tu vēl dabū! Vienkārši tu domā – nu cik var! Un kāpēc atkal man? Es vairs nespēju! Tu dari, bet, jo negatīvāka pieredze, jo skumjāk tev ir gājis bērībā, tas nevis tevi norūdījis, bet tas paliek iekšā kaut kur, ka esi sistis kaut kā.

Tematiskās analīzes paraugs

Tēmas un apakštēmas

Transkripta teksts	Sākotnējie kodi	Apakštēmas
<p>(Fragments) Kā Jūs nonācāt līdz visām šīm metodēm? Pats apzināti meklējāt informāciju, draugi ieteica, kaut kur nejauši uzzinājāt? F: Ar draugiem un ģimeni es diezgan maz par šo runāju tajā laikā, jo bija tāds kaut kāds kauns. Bet es diezgan daudz internetā meklēju informāciju. Bija tāds posms, kad gribēju izmēģināt visu pēc kārtas. Reimatologs pateica, ka tā ir hroniska slimība, kas nekad nepāries, bet es vēl cerēju atrast kādu brīnumlīdzekli.</p>	<p>nerunāšana par slimību, kauns vēlme izmēģināt visu pēc kārtas cerība atrast brīnumlīdzekli</p>	<p>kauns runāt ar tuviniekiem par slimību dažādu sāpju mazināšanas paņēmieni izmēģināšana brīnumlīdzekļa meklēšana</p>
<p>Es saprotu, ka Jūs daudz ko darījāt vienlaikus. Bet varbūt Jums tomēr ir kādas pārdomas par to, kuri paņēmieni Jums palīdzēja vairāk un kuri ne? F: Skaidrs ir tas, ka, jo vairāk tu guli, jo mazāk tu streso un jo efektīvāk tu ēd un mēreni kusties, jo labāk tu jūties.</p>	<p>vairāk miega, mazāk stresa, mērenas kustības palīdz labāk justies</p>	<p>miega, uztura, kustību un stresa menedžmenta ietekme uz pašsajūtu</p>
<p>Jūs pieminējāt vārdu “mēreni”. Ko Jums nozīmē mēreni? Ir svarīgi nepārspīlēt. Man ir bijušas tādas situācijas, ka nolemju, ka es skriešu katru dienu, vai nolemju, ka es tagad cilāšu svarus un eju <i>all in</i>. Bet labāk ir nevis pa brīdim saraut un pasportot, bet labāk ir katru dienu kādas 30 minūtes pavadīt mazliet lielākā sirds ritmā nekā tad, kad tu lasi e-pastus. Jebkurš sviedriņš ir labi, kas tev ir, bet nevajag pārspīlēt. Un es tagad cenšos to arī piekopt. Ja vari aiziet kaut kur ar kājām, aizej labāk ar kājām, nekā gaidi trolejbusu. Ja tu nevari pastaigāt, tad aizej uz baseinu. Pareizi, jā, es gāju uz baseinu studiju laikā. Tā bija minimāla slodze locītavām, bet vienlaikus sportiņš. Jā, baseins man ļoti palīdzēja. Tas mani turēja pie noteiktiem rāmjiem. Es zināju, ka es eju tajā un tajā dienā tikos un tikos uz baseinu. Tas maksāja naudu, līdz ar to man vajadzēja to darīt. Un baseinā tu jocīgi izskaties, ja tu sēdi stūrī un skaties uz pārējiem. Tur ir jāpeld. Un tās 40 minūtes, kad tu papeldi, tas ir daudz labāk nekā celt stieņus.</p>	<p>nepārspīlēšana labāk mazāk, bet regulāri jebkurš sviedriņš ir labi Iešana kājām baseins palīdzēja turēšanās pie noteiktiem rāmjiem labāk peldēt, nekā celt stieņus</p>	<p>mērenas un regulāras fiziskās aktivitātes ir labākas par neregulāru un intensīvu slodzi risinājumu meklēšana fizisko aktivitāšu iekļaušanai ikdienā regularitātes un noteikta režīma loma fizisko aktivitāšu īstenošanā</p>

1. jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?

Tēma: Diagnostozes novēlotas noteikšanas iemesli

Diagnozes savlaicīga nekonstatēšana

Paša slimnieka aizdomāšanās par diagnozi un vēršanās pie speciālistiem

Vecākiem būtu jāuzņemas lielāka atbildība, sastopoties ar bērnu veselības problēmām

Svarīgi uzlabot ģimenes ārsta kompetenci un veicināt agrīnu diagnostiku

Apziņa, ka diagnoze būtu noteikta ātrāk, ja mamma būtu uzstājīgāka un runātu par slimību

Tēma: Slimības radītie fiziskie ierobežojumi

Jaunu simptomu parādīšanās un veselības pasliktināšanās

Sāpju radītas grūtības pārvietoties

Izvairīšanās no kustībām un sporta slimības sākumposmā

Sāpes, kā staigāšana par mazu esošās koka tupelēs ar iebērtām knopkām

Tēma: Veselības problēmu ignorēšana un sāpju paciešana

Laika gaitā izveidojusies tolerance pret sāpēm

Veselības problēmu ignorēšana

Tēma: Brīnumlīdzekļa meklēšana, paļaujoties uz paša atrasto informāciju

Informācijas meklēšana internetā un dažādu sāpju mazināšanas paņēmienu izmēģināšana

Dažādu paņēmienu izmēģināšana, cerot atrast tādu, kas ļaus pavisam izārstēties

Paļaušanās uz paša atrasto informāciju

2. jautājums: Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam?

Traucējošie faktori

Tēma: Intereses zaudēšana par dzīvi

Ģimenes ārsta nespēja noteikt veselības problēmu īsto cēloni izraisa intereses pazušānu par dzīvi

Apziņa, ka sāpju dēļ nevari darīt to, ko gribi, liek justies kā gūsteknim

Tēma: Slimības ārējā nemanāmība traucē saņemt atbalstu

Artrīts kā neredzama slimība

Sajūta, ka draugi neizprot, kā tu jūties, jo slimība ir ārēji neredzama

Atbalsta trūkums slimības sākumposmā

Tēma: Stresa negatīvā ietekme uz sāpēm

Stress veicina sāpju saasināšanos, un tas viss kopā izraisa bezcerību

Stresa negatīvā ietekme uz fizisko un mentālo pašsajūtu

Tēma: Kauns runāt par slimību

Kauns runāt ar tuviniekiem par slimību

Grūtības atklāti runāt par savu slimību un tās ietekmi uz partnerattiecībām

Stigma kā galvenais traucējošais faktors, lai runātu par slimību

Palīdzošie faktori

Tēma: Pareizo medikamentu atrašana

Bioloģisko medikamentu lietošanas uzsākšana

Emocionāla pacēluma izjūta, spējot atkal paiet bez sāpēm

Faktori, kas nav viennozīmīgi vērtējami

Tēma: Netradicionālu metožu izmēģināšana

Indiešu masāžas, kriosaunas, pirts, homeopātijas izmēģināšana

Tēma: Uztura paradumu maiņa

Mēģinājumi uzlabot veselības stāvokli, mainot uztura paradumus

3. jautājums: Kas raksturo HMS slimnieku dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā?

Tēma: Sāpju ietekme uz identitātes veidošanos

Identitāte veidojusies, tajā jau integrējot slimību

Tēma: Apjausma, ka jāņem labākais no dzīves, par spīti slimībai

Slimība iemācījusi pieņemt dzīvi bez ilūzijām un gaidām un gūt no tās ārā maksimumu

Tēma: Zemākā punkta sasniegšana vairo dzīvesspēku

Zemākā punkta sasniegšana kā eksistenciāla krīze, no kuras vienīgā izeja ir kārpīties uz augšu

Tēma: Krīzes sasniegšana ļauj beidzot uzdrošināties runāt par slimību

Uzdrošināšanās runāt par slimību tikai tad, kad ir tik slikti, ka nevar vairs nerunāt
Pārstājot slēpt slimību un sākot par to runāt, iestājas atvieglojums

Tēma: Sāpju radītās negatīvās personības izmaiņas

Slimība veicinājusi sarkasma, cinisma un skepses pieaugumu

4. jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā?

Tēma: Slimības integrēšana ikdienā un iemācīšanās ar to sadzīvot

Lai iemācītos sadzīvot ar slimību, sākumā jāatzīst, ka tā ir un būs daļa no dzīves
Slimības pieņemšana veicina līdzestību
Apziņa, kā sāpes nevar kontrolēt, tikai pieņemt

Tēma: Sava ķermeņa pieņemšana ļauj brīvāk runāt par slimību

Pieņemot savu ķermeni, uzlabojas attiecības ar apkārtējiem

Tēma: Slimības sniegtās dzīves mācības

Slimība ir devusi dzīvesprieku, iemācījusi būt pateicīgam un pilnasinīgāk izbaudīt ikkatru brīdi, kurā ir labi

Tēma: Apjausma, ka sāpes nav vainīgas pie savu plānu nerealizēšanas

Sāpes nav bijis iemesls, lai atteiktos no kāda sapņa
Atteikšanos no plāniem iespaidojuši citi faktori, nevis slimība

5. jautājums: Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā?

Traucējošie faktori

Tēma: Klimata un laika apstākļu ietekme uz sāpēm

Klimata ietekme uz sāpēm

Tēma: Grūtības paciest hroniskas sāpes

Sāpes kā odu sīkoņa fonā

Īslaicīga sāpju pastiprināšana ļauj uz brīdi nejust hroniskās sāpes

Palīdzošie faktori

Tēma: Neidentificēšanās ar slimību

Galvenais objekts esi tu pats, nevis slimība
Svarīgi neidentificēties ar slimību

Tēma: Atteikšanās no upura pozīcijas

Grūtos brīžos palīdz rēķināšanās ar realitāti, nevis čīkstēšana
Nevēlēšanās būt upurim

Tēma: Bioloģiskie medikamenti kā sāpju mazinātājs

Bioloģisko medikamentu lietošana kā ilgtermiņa paņēmieni sāpju mazināšanā
Būtiska veselības uzlabošanās pēc bioloģisko medikamentu lietošanas

Tēma: Regulāra un mērena fiziskā slodze

Mērenas un regulāras fiziskās aktivitātes ir labākas par neregulāru un intensīvu slodzi
Svarīgi ievērot režīmu un turēties pie rāmjiem

Tēma: Pozitīvas emocijas ļauj nedomāt par sāpēm

Samazinot stresu un būtiski uzlabojot emocionālo pašsajūtu, uzlabojas arī fiziskā pašsajūta
Laiques izjūta nemazina sāpes, taču ļauj uz tām nekonzentrēties
Domāšanas maiņa ļauj nekonzentrēties uz sāpēm, bet nemazina tās

Tēma: Humora izmantošana attieksmē pret sāpēm

Spēja pajokoties par slimību

Tēma: Prieka aktivitāšu nozīme

Svarīgi atrast līdzsvaru starp pareizo un patīkamo, lai dzīvē ir vieta arī baudai, ne tikai aizliegumiem
Darot to, kas sniedz prieku un padodas, ir vieglāk aizmirsties no sāpēm
Ēst gatavošana un pārgājieni kā prieka aktivitātes

Tēma: Kompleksa pieeja sāpju mazināšanai

Miega, uztura, kustību un stresa menedžmenta ietekme uz sāpēm

Tēma: Ūdens pozitīvā ietekme uz sāpēm

Individuālo interviju un fokusgrupu kopīgās tēmas

Cipari pie tēmām/apakštēmām norāda uz to, kurš intervējamais par tām runājis, savukārt burts F norāda uz to, ka šī tēma tika minēta fokusgrupu diskusijās.

1. jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?

1) Tēma: Veselības problēmu nerisināšana

apakštēma: veselības problēmu ignorēšana un sāpju paciešana (1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 16)

apakštēma: novēlota ārstēšanās uzsākšana (6, 10, 12)

2) Tēma: Sadržīvošana ar sāpēm un slimību / grūtības pieņemt slimību

apakštēma: pielāgošanās fiziskajiem ierobežojumiem (3, 6, 7, 9, 14, 10, 12)

apakštēma: sadzīvošana ar sāpēm un slimību ikdienā (1, 4, 8, 10, 11, 12, 16) / diagnozes nepieņemšana (2, 5, 6, 13)

apakštēma: samierināšanās ar sāpēm (11, 16, 15) / grūtības pieņemt sāpes (17)

3) Tēma: Sāpju/slimības radīto zaudējumu apzināšanās

apakštēma: zaudējumi sociālo attiecību jomā (5, 10, 14)

apakštēma: atvadīšanās no iedomātās nākotnes (2, 3, 5, 6, 12, 14, 15)

apakštēma: fiziska atkarība no apkārtējiem (5, 13, 14)

4) Tēma: Sāpju cēloņu meklēšana un apzināšanās

apakštēma: cēloņu meklēšana (2, 4, 7, 5, 9)

apakštēma: cēloņu apzināšanās (5, 14, 11)

5) Tēma: Dažādu stratēģiju izmantošana sāpju mazināšanā

apakštēma: paļaušanās uz medikū ieteikumiem un/vai sāpju mazināšana ar medikamentiem (3, 9, 17, 13, 11, 15, 12, 14)

apakštēma: brīnumlīdzekļa meklēšana (11, 10)

apakštēma: gan tradicionālu, gan netradicionālu metožu izmēģināšana (2, 7, 8, 12)

Dažādas tēmas

Strauja slimības attīstība (9)

Apjausma, ka jāpārstāj sevi žēlot (13)

Vecuma, kurā pirmo reizi parādījās slimība/sāpes, nozīme (F) (1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 14, 15)

2. jautājums: Kā HMS slimnieki apraksta faktorus, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam?

Traucējošie faktori

1) Tēma: Citu vajadzību stādīšana augstāk par savām vajadzībām (1, 3, 4, 6, 9)

2) Tēma: Sociālā atbalsta lūgšanas/saņemšanas grūtības

apakštēma: atbalsta un sapratnes trūkums no apkārtējiem (9, 4, 6, 10, 12, 2)

apakštēma: emociju neizrādīšana un atbalsta nelūgšana (9, 3, 16, 10)

apakštēma: nerunāšana par slimību un sāpēm (2, 10)

apakštēma: žēlošana no apkārtējo puses (5)

3) Tēma: Neatbilstošas fiziskās slodzes negatīvā ietekme uz pašsajūtu

apakštēma: pārpūles un nekā nedarīšanas negatīvā ietekme uz pašsajūtu (6, 11, 12, 14)

apakštēma: pakāpeniskuma neievērošana, ieviešot fiziskās aktivitātes (11)

4) Tēma: Sāpju saistība ar emocionālo stāvokli

apakštēma: stresa un emocionālu pārdzīvojumu negatīvā ietekme uz sāpēm (2, 10, 8, 17)

apakštēma: veselības problēmu ietekme uz emocijām (10, 14, 15)

5) Tēma: Nepietiekamas rūpes par veselību

apakštēma: nepietiekama atbildības uzņemšanās par veselību (1, 2, 3)

apakštēma: grūtības ievērot veselīgus ieradumus ilgtermiņā (1, 11, 12, 8)

apakštēma: grūtības par sevi rūpēties veselības pakalpojumu nepieejamības dēļ (8)

apakštēma: pašas sāpes un veselības problēmas kā traucēklis, lai par sevi rūpētos (6, 9, 14, 15)

6) Tēma: Sāpju saistība ar emocionālo stāvokli

apakštēma: stresa un emocionālu pārdzīvojumu negatīvā ietekme uz sāpēm (2, 10, 8, 17)

apakštēma: veselības problēmu ietekme uz emocijām (10, 14, 15)

7) Tēma: Nepietiekamas rūpes par veselību

apakštēma: nepietiekama atbildības uzņemšanās par veselību (1, 2, 3)

apakštēma: grūtības ievērot veselīgus ieradumus ilgtermiņā (1, 11, 12, 8)

apakštēma: grūtības par sevi rūpēties veselības pakalpojumu nepieejamības dēļ (8)

apakštēma: pašas sāpes un veselības problēmas kā traucēklis, lai par sevi rūpētos (6, 9, 14, 15)

8) Tēma: Informācijas trūkums par sāpju cēloņiem/slimību (4, 6, 10, 11, 12)

Dažādas tēmas

Grūtības pieņemt slimības ierobežojumus (6)

Vilšanās medicīnas aprūpes speciālistos (7)

Palīdzošie faktori

1) Tēma: Sāpju mazināšanas paņēmieni

apakštēma: fizisko aktivitāšu/fizioterapijas izmantošana sāpju mazināšanai (1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14)

apakštēma: dažādu procedūru un palīgierīču izmantošana (3, 14, 7, 9)

apakštēma: sekošana mediķu padomiem un/vai medikamentu lietošana (1, 10)

apakštēma: uztura paradumu maiņa (9)

apakštēma: veselības uzlabošana enerģētiskā līmenī (3, 7)

apakštēma: dienasgrāmatas rakstīšana (2)

2) Tēma: Iekšējās perspektīvas maiņa

apakštēma: ticība Dievam un garīgo prakšu izmantošana ikdienā (5, 7, 13, 14, 17)

apakštēma: domāšanas fokusa maiņa (7, 13, 15)

apakštēma: atvērtība jaunai pieredzei (5, 13, 14)

3) Tēma: Apkārtējo atbalsta un iedvesmas nozīme

apakštēma: profesionāla psiholoģiskā atbalsta nozīme (6, 12, 14, 15)

apakštēma: pacientu kopienas atbalsta nozīme (6, 9)

apakštēma: ģimenes un draugu atbalsta nozīme (5, 8)

apakštēma: ieteikumu un iedvesmas smelšanās no citiem (2, 7, 11, 14, 15)

apakštēma: rūpes par ģimenes locekļiem kā motivators rūpēties par sevi (15)

4) Tēma: Pievēršanās aktivitātēm, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm (8, 10, 12, 14, 13, 16, 17)

5) Tēma: Ieklausīšanās sevī un savu spēju apzināšanās (5, 7, 12, 17)

6) Tēma: atbildības uzņemšanās par veselības uzlabošanu un nepadošanās sāpju priekšā (2, 7, 8, 15, 17, 13)

Dažādas tēmas

Diagnozes nepieņemšana (13)

Ieguvumi no traumas (14)

Ambivalenti faktori

Izvaiļšanās lietot medikamentus vai atkarība no tiem (2, 7, 3, 14)

Netradicionālu metožu izmantošana nesniedz viennozīmīgus rezultātus (2, 10, 12)

Apkārtējo atbalsts kā palīdzošs un traucējošs faktors (5, 8)

Spēja atzīt vājumu un izrādīt emocijas (2, 6, 9, 14, 15)

Līdzšinējo grūtību ietekme uz spēju sadzīvot ar slimību un sāpēm (F) (2, 3, 6, 9, 14, 15)

Konservatīvisma un atvērtības ietekme uz lēmumu pieņemšanu (F) (1, 2, 6, 9, 12, 14, 15)

3. jautājums: Kas raksturo HMS slimnieku dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā?

1) Tēma: Dzīves satricinājumu ietekme uz dzīvesspēka izmaiņām

apakštēma: ar slimības gaitu saistīti dzīvesspēka kāpumi un kritumi (2, 4, 5, 9)

apakštēma: emocionālu pārdzīvojumu negatīvā ietekme (5, 16)/emocionālu pacēlumu pozitīvā ietekme (16) uz dzīvesspēku

apakštēma: krīze kā spēcīgs dzīvesspēka veicinātājs (5, 8, 10, 13)

apakštēma: dzīves satricinājumi kā pamudinājums pievērsties/novērsties no Dieva (5, 13)

2) Tēma: Līdzcilvēku atbalsta nozīme dzīvesspēka izmaiņās (6, 9, 12, 16)

3) Tēma: Ieguvumi no sāpēm/slimības

apakštēma: Spēja saskatīt pozitīvo ciešanās (17)

apakštēma: Sāpes un slimība kā motivators rūpēties par sevi (6, 7, 8, 14)

apakštēma: Sāpes un slimība kā stimuls dzīves skatījuma maiņai (11, 5, 12, 13, 14, 15)

4) Tēma: Pakāpeniska sāpju un slimības pieņemšana/nepieņemšana

apakštēma: sāpju un slimības pieņemšana (2, 3, 6, 8, 9, 11, 12, 17)/nepieņemšana (8)

apakštēma: sāpju ietekme uz identitātes veidošanos (2, 5, 10, 14)

apakštēma: sava ķermeņa iepazīšana un pieņemšana (4, 5, 8, 13, 14)/vilšanās un grūtības pieņemt (11)

5) Tēma: Risinājumu meklēšana dzīves kvalitātes saglabāšanai

apakštēma: Atvērtība jaunai pieredzei (1, 8, 9)

apakštēma: Koncentrēšanās uz dzīves uzlabošanu tagadnē (10, 14, 15)

4. jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo savu dzīvesspēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā?

1) Tēma: Iekšējās perspektīvas un attieksmes pret sāpēm maiņa

apakštēma: atteikšanās no nereālām gaidām (2, 3, 15)

apakštēma: dzīves jēgpilnības apzināšanās, neskatoties uz sāpēm (5, 13, 14)

apakštēma: pateicības praktizēšana (11, 13)/nespēja būt līdz galam laimīgam (15)

2) Tēma: Mācīšanās sadzīvot ar sāpēm

apakštēma: sāpju iepazīšana un pieņemšana (1, 2, 6, 8, 9, 10, 15, 13, 17)

apakštēma: pielāgošanās sāpju radītajiem ierobežojumiem (3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 16)

apakštēma: medikamentu lietošana kā stipru sāpju mazinātājs (11)/izvairīšanās no pārmērīgas medikamentu lietošanas (17)

3) Dzīvesveida izmaiņas un rūpes par ķermeni

apakštēma: fizisko aktivitāšu iekļaušana ikdienā (5, 8)

apakštēma: izvairīšanās no pārpūles un mērenības saglabāšana (9, 12, 13)

apakštēma: regularitātes, laika plānošanas un disciplīnas nozīme (7, 8, 11, 13) / motivācijas trūkums kā traucēklis ilgtermiņa rūpēm par sevi (11, 16)

apakštēma: atbildības uzņemšanās par savu veselību un dzīves kvalitāti (10, 11, 13, 15)

apakštēma: savu vajadzību novietošana dzīves centrā (7, 17)

apakštēma: sava ķermeņa iepazīšana un pieņemšana (10, 16, 17)

4) Tēma: Slimība kā pozitīvs dzīves transformētājs (4, 10, 13, 14)

5) Atvērtība jaunai pieredzei (4, 6, 7, 14)

Citas tēmas

Tēma: Nākotnes mērķu izvirzīšana (6)

Tēma: Sapratne, ka pastāv saikne starp emocijām un fizisko ķermeni (7)

Tēma: Vajadzības pēc atbalsta atzīšana (13)

5. jautājums: Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā?

Traucējošie faktori

1) Tēma: Motivācijas, gribasspēka un pašdisciplīnas trūkums (1, 2, 3, 4, 11, 16)

2) Tēma: Stresa un emocionālu pārdzīvojumu negatīvā ietekme uz pašsajūtu (1, 2, 6, 9, 11, 12, 16, 17)

3) Tēma: Pašas sāpes kā traucējošs faktors

apakštēma: sāpju negatīvā ietekme uz emociju regulāciju (11, 15, 17)

apakštēma: grūtības kaut ko darīt stipro sāpju dēļ (10, 11, 14)

4) Pārpūles un mazkustīguma negatīvā ietekme uz sāpēm (4, 11, 13, 15, 17)

5) Domāšanas ieradumu un pārliecību ietekme uz rūpēm par sevi

apakštēma: traucējoši domāšanas modeļi, piemēram, perfekcionisms, visu vai neko domāšana (1, 3, 11, 15)

apakštēma: pārlieka koncentrēšanās sāpēm tās pastiprina (17)

6) Dažādi ārējie ierobežojumi

apakštēma: vides nepieciejamība (5, 13, 15)

apakštēma: kovidā ierobežojumi (14, 15)

apakštēma: finansiālas problēmas (2, 3, 4, 6)/finanšu trūkums kā aizbildinājums, lai nerūpētos par sevi (F) (10, 11, 15)

7) Sociālā atbalsta lūgšanas/saņemšanas grūtības

apakštēma: emocionālā atbalsta trūkums (5)

apakštēma: grūtības lūgt palīdzību (1)

apakštēma: pārāk liels atbalsts traucē būt patstāvīgam (15)

apakštēma: citu cilvēku vajadzību stādīšana augstāk par savām vajadzībām (1, 3, 15)

Dažādas tēmas

Tēma: Laika trūkums rūpēm par sevi (6)

Tēma: Netradicionālās medicīnas izmēģināšana (4)

Tēma: Neveselīgs dzīvesveids (11)

Tēma: Mērķu trūkums (11)

Tēma: Sāpes pastiprinoši faktori (14)

Tēma: Bezdarbība traucē attīstīties (15)

Tēma: Lēmuma pieņemšanas grūtības (15)

Palīdzošie faktori

1) Tēma: Fizisko aktivitāšu un veselīga dzīvesveida regulāra praktizēšana

apakštēma: fizisko aktivitāšu/fizioterapijas izmantošana sāpju mazināšanai (3, 4, 6, 9, 11, 13, 14, 15)

apakštēma: fizisko aktivitāšu pozitīvā ietekme uz pašsajūtu (12, 17)

apakštēma: prieka nozīme, plānojot fiziskās aktivitātes (6)

apakštēma: katra vajadzībām un spējām pielāgotas fiziskās aktivitātes (15)

apakštēma: klātienē nodarbību nozīme (1, 15)

apakštēma: mērenības ievērošana, veicot fiziskās aktivitātes (7, 10, 12)

apakštēma: ieklausīšanās savā ķermenī (4, 8, 14)

apakštēma: regularitātes nozīme veselīgo ieradumu praktizēšanā (1, 2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 15)

apakštēma: pielāgošanās slimības ierobežojumiem (5, 6)

2) Iesaistīšanās aktivitātēs, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm

apakštēma: nodarbošanās ar hobijiem un prieka aktivitātēm (2, 3, 7, 10, 12, 13, 14, 16)

apakštēma: vides maiņa un pievēršanās aktivitātēm, kas ļauj aizmirsties (4, 5, 12, 14, 15, 16, 17)

apakštēma: socializēšanās kā iespēja aizmirsties no sāpēm (9, 13, 16)

3) Domāšanas fokusa un iekšējās perspektīvas maiņa

apakštēma: atteikšanās no neveselīgiem domāšanas modeļiem (5, 6, 10)

apakštēma: humora izmantošana attieksmē pret sāpēm (1, 10)

apakštēma: atteikšanās no nereālām gaidām pret sevi (11, 15)

apakštēma: atkarības mazināšana no citu viedokļa (9)
apakštēma: neidentificēšanās ar slimību (10)
apakštēma: pateicības praktizēšana (14, 17)
apakštēma: ticība Dievam un garīgo prakšu pozitīvā ietekme uz sāpju pieņemšanu (2, 3, 14, 17)
apakštēma: cerības saglabāšana un pozitīvs skats nākotnē (5, 11, 13, 14)

4) Apkārtējo atbalsta un iedvesmas nozīme

apakštēma: pacientu organizāciju un atbalsta grupu nozīmīgums (2, 3, 4)
apakštēma: ģimenes un tuvinieku praktiskā un emocionālā atbalsta nozīme (4, 5, 8, 9, 14)
apakštēma: palīdz apziņa, ka neesi viens ciešanās (17)
apakštēma: apkārtējo piemērs kā motivators (1, 12)
apakštēma: socializēšanās pozitīvā loma (11)

5) Dažādu sāpju mazināšanas paņēmieni izmantošana

apakštēma: teipa pozitīvā ietekme uz sāpēm (8)
apakštēma: ķermeņa norūdišana (8)
apakštēma: ērtas gulēšanas nozīme (8)
apakštēma: uztura paradumu maiņa (8)
apakštēma: ūdens pozitīvā ietekme uz sāpēm (10)
apakštēma: pašmasāža un masāža palīdz mazināt sāpes (12)
apakštēma: medikamenti kā sāpju mazinātājs (4, 5, 9, 10, 13, 14) / atkarība no medikamentiem (4)
apakštēma: mūzika kā mierinājuma devējs (11, 17)
apakštēma: vides maiņa kā iespēja mazināt sāpes (5, 12, 14)
apakštēma: kompleksa pieeja sāpju mazināšanai (8, 10, 12)
apakštēma: risinājumu meklēšana, lai nebūtu jācieš (5, 8, 13)

6) Emociju kā resursa izmantošana, sadzīvojot ar sāpēm

apakštēma: Emociju izreaģēšanas nozīme (5, 17)
apakštēma: Savu sajūtu un emociju iepazīšana (11)
apakštēma: Pozitīvas emocijas ļauj nedomāt par sāpēm un uzlabo pašsajūtu (10, 17)

7) Motivācijas nozīme rūpēs par sevi

apakštēma: Ārējās motivācijas pozitīvā ietekme (1, 11, 16)
apakštēma: Iekšējās motivācijas meklēšana (14, 15)
apakštēma: Fizisko aktivitāšu motivācijas atkarība no sāpju intensitātes (1, 2)
apakštēma: Grūtības, ko nākas pārvarēt, kā motivators (15)
apakštēma: Apziņa, ka vari būt noderīgs kā motivators (3, 15)
Sāpju iepazīšana ļauj izvirzīt plānus, rēķinoties ar sāpietekme uz motivāciju rūpētie par sevi (F)(10, 15)

Dažādas tēmas

Tēma: Neatkarības sajūta (11)
Tēma: Vajadzība pēc vienatnes (13)
Tēma: Savu stipro pušu apzināšanās (14)
Tēma: Pašvērtējuma ietekme uz rūpēm par sevi (F) (2, 7, 10, 15)

Ambivalenti faktori

Rūpes par citiem kā palīdzošs un reizē traucējošs faktors (3, 12, 15)
Uzskats, ka jābūt stipram, kā reizē traucējošs un palīdzošs (6, 8, 9, 13, 14)
Pārāk augstu mērķu izvirzīšana un tieksme pēc atzinības (3, 11, 15)
Attālinātā darba dažādā ietekme uz fizisko aktivitāšu īstenošanu (F) (1, 4, 10, 15)
Slimības dažādā ietekme uz personības attīstību (F) (3, 6, 7, 10, 12)
Klimatisko apstākļu ietekme (2, 5, 7, 9, 10, 16)

Naratīvās analīzes paraugs

Jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?	Naratīvais tonis	Tēli (Metaforas)	Tēmas
Slimības sākumposms. Pirmie mēneši pēc diagnozes uzzināšanas/sāpju parādīšanās	Naratīva tonis ir negatīvs. Tajā tiek akcentēta bezspēcības izjūta un pasivitāte. Dzīvesspēks vēl neparādās.	Ģimenes ārsts kā negatīvs tēls, kura nepareizi noteiktā diagnoze iedragā pašapziņu	<p>Problēmas ignorēšana <i>Nu ko es varēju darīt? Ignorēju problēmu, izlikos, ka tās nav. Ik pa laikam uzsmērēju kaut kādu pretsēnīšu smēri uz tās savas psoriāzes, bet baigi neko nedarīju.</i></p> <p>Ierastā dzīvesveida zaudēšana <i>Tas nozīmē, ka nevar neko darīt, baseinos iet nevar, pie friziera nevar iet, jo tas ir lipīgi.</i></p> <p>Intereses pazušana par dzīvi <i>Tajā brīdī man pazuda interese par ļoti daudz ko. Neko vairs negribējās</i></p>
Slimības vidusposms. Pirmie gadi pēc diagnozes uzzināšanas / sāpju parādīšanās	Naratīvam raksturīgs traģisks tonis. Uz to norāda tādu apzīmējumu lietošana kā “vissliktākais laiks”, “šausmīgi”. Dzīvesspēks netiek veicināts apzināti. Tas izpaužas kā neapzināts ķermeņa mēģinājums ieņemt mazāk sāpīgu stāvokli.	Sāpes kā staigāšana par mazu esošās holandiešu koka tupelēs <i>Iedomājieties tās holandiešu koka tupeles, kas ir grebtas un ka tādas ir kājās, tikai 23 izmērus par mazu. Un viņās vēl iekšā ir tās padomju laika knopkas. Tās ieber iekšā trīs izmērus mazākā kurpē, un tādās ir jāstaigā. Tādas ir tās ikdienas artrīta sāpes.</i>	<p>Samierināšanās ar sāpēm atstāj ietekmi uz gaitu un stāju <i>Un, tā staigājot un cenšoties izvairīties no sāpēm, es sāku staigāt nepareizi, un tad jau sāka rasties problēmas ar gūžām un pleciem, respektīvi, šķībi staigāju.</i></p> <p>Izvairīšanās no fiziskas slodzes <i>Vienkārši mazāk kustējos. Skolā izdomāju visādus ieganstus, lai izvairītos no sporta.</i></p>

Jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?	Naratīvais tonis	Tēli (Metaforas)	Tēmas
5 vai vairāk gadi pēc diagnozes uzzināšanas/dzīves ar sāpēm	<p>Naratīvam sākotnēji raksturīgs traģisks tonis. Vīrietis akcentē savu bezpalīdzības izjūtu un padošanos slimības priekšā.</p> <p><i>no tevis vispār nav nekāda jēga, tev nav nekādas perspektīvas, un tev nav vispār nekādu ilūziju par nākotni. Un tad tu uzdod sev jautājumu – vai es gribu tā dzīvot vai nē.</i></p> <p>Taču, sasniedzot zemāko punktu un piedzīvojot eksistenciālu krīzi, notiek atspersšanās. Šajā brīdī mainās arī naratīva tonis. Tajā akcents vairs netiek likts uz to, cik slikti ir dzīvot ar sāpēm, bet uz to, kā dzīvot iespējami labi, neskatoties uz sāpēm. Šajā brīdī sākas darbs pie apzinātas dzīvesspēka veicināšanas.</p>	<p>Dzīve kā elle</p> <p><i>Es atceros to elli, kad tu dari visu ko, bet īsti labāk nepaliek.</i></p>	<p>Tiek zaudēta kontrole pār slimību.</p> <p><i>Tas gads bija crazy. Tad man bija 22–23 gadi. Tad es praktiski nestaigāju.</i></p> <p>Zemākā punkta sasniegšana kā sākums apzinātam dzīvesspēkam</p> <p><i>Tika sasniegts bedres dibens jeb zemākais punkts, un no tā tad varēju atsperties. Nebija jau variantu – vai nu tur palikt, vai kārpīties uz augšu.</i></p> <p>Slimības pieņemšana palīdz uzņemties atbildību par veselību</p> <p><i>Es domāju, ka no brīža, kad tu pieņem un saproti, ka tev tā būs, tu vari sākt kaut ko darīt, lai sadzīvotu ar slimību, nevis censtos to visu laiku izārstēt.</i></p>

Kritisko incidentu analīze

	Kritiskais incidents	Citāts	Kategorijas
Izteikts kritums	<p>Nepareizas diagnozes noteikšana</p> <p>Slimības saasinājums</p>	<p><i>Tajā brīdī man pazuda interese par ļoti daudz ko. Neko vairs negribējās. Man bija ļoti liels stress – darbs, augstskola, veselības problēmas. Man bija bakalaurs jāpabeidz, ko es toreiz nepabeidzu, tāpēc ka es gulēju gultā un bija tik slikti... (Pauze) Jā, bija vienkārši slimības saasinājums un stress. Bija absolūta bezcerība, sajūta, ka netiec ne ar ko galā. (Pauze) Tika sasniegts bedres dibens jeb zemākais punkts, un no tā tad varēju atsperties. Nebija jau variantu – vai nu tur palikt, vai kārpīties uz augšu</i></p>	<p>Intereses un motivācijas zudums</p> <p>Bezcerības izjūta</p> <p>Nespēja atrisināt problēmas</p> <p>Stress kā simptomu saasinātājs</p> <p>Apziņa, ka sasniegta robežsituācija</p>
Izteikts kāpums	<p>Slimības pieņemšana un publiska atzīšana</p> <p>Bioloģisko medikamentu lietošanas uzsākšana</p> <p>Došanās apmaiņas programmā uz Prāgu</p>	<p><i>Un, kad es sāku par to runāt, man palīdzēja cilvēki, kas teica – mēs bijām to pamanījuši, un forši, ka tu tagad par to runā. Man tēvs teica... Es atzinos, ka man ir psoriāze. Viņš teica – es to zinu. Un tad palika vieglāk. Vienkārši bija jāļauj tam mākonim nolīst.</i></p> <p><i>Pēc tam, kad dabūju bioloģiskos medikamentus, es pēc 2 nedēļām ar plikām kājām varēju ieiet ezerā, raudādams no prieka. Tur es ēdu slikti, gulēju maz, dzēru nenormāli daudz alu, bet ar visu to man bija labāk. Es sapratu, ka es varu ēst, ko es gribu, gulēt kojās, cik un kā es gribu, man nav jāraksta kaut kādas esejas, kas man neinteresē, un nākamajā rītā jāiet uz darbu, respektīvi, es pilnībā izslēdzu stresu.</i></p>	<p>Spēja atklāti runāt par slimību ļauj gūt atbalstu</p> <p>Pārstājot slēpt slimību, rodas atvieglojums</p> <p>Prieks par veselības uzlabošanos</p> <p>Brīvības iegūšana un atbrīvošanās no pienākumiem</p> <p>Stresa izslēgšana no dzīves</p>

	Kritiskais incidents	Citāts	Kategorijas
Vēlamais notikums/faktors (wish-list / item)	<p>Ģimenes ārsta informētība</p> <p>Vecāku neatlaidība</p>	<p><i>Es būtu nonācis pie bioloģiskajiem preparātiem gadus 6–7 ātrāk, ja vien ģimenes ārsts saprastu, kas man kaiš.</i></p> <p><i>Un tas pats ir attiecībā uz vecākiem. Tikai tāpēc, ka bērniņš negrib runāt par to, ka viņam kaut kas sāp, nenozīmē, ka tu vari to ignorēt un teikt – ā, nu labi.</i></p>	<p>Ģimenes ārsta zināšanu trūkums kā šķērslis savlaicīgai diagnozes noteikšanai</p> <p>Pārlietu lielā vecāku piekāpība kā traucēklis savlaicīgai veselības problēmu risināšanai</p>

Kopīgie kritiskie incidenti starp gadījumiem

Skaitļi iekavās blakus kritiskajiem incidentiem apzīmē intervējamo, kurš šo kritisko incidentu pieminēja.

Ar dzīvesspēka kritumu saistītie kritiskie incidenti

Kritiskais incidents	Kategorija
Mugurkaula trauma (1)	Grūtības pieņemt radikālās dzīves izmaiņas
Pandēmijas radītie ierobežojumi (1)	Ikdienas režīma sabrukšana
Atgriešanās mājās no ārzemēm (2)	Grūtības pieņemt radikālās dzīves izmaiņas Tuvu attiecību vai sapratnes zaudēšana
Veselības problēmu saasināšanās (2)	Fiziskās pašsajūtas ietekme uz emocionālo pašsajūtu
Grūtības pieņemt fiziskās nepilnības (3)	Fiziskā ķermeņa nepieņemšana
Meitas saslimšana (4)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Depresijas parādīšanās (4)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Mugurkaula trauma (5)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Apjausma, ka neizdosies atkal staigāt (5)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Sievas nāve (5)	Vērtību pārvērtēšana Tuvu attiecību vai sapratnes zaudēšana
Strauja slimības progresēšana (6)	Tuvu attiecību vai sapratnes zaudēšana
Nokļūšana slimnīcā ar nieru problēmām (6)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Operācijas nepieciešamības apzināšanās (7)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Sāpju atgriešanās pēc operācijas (8)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Darba zaudēšana un bērnu došanās uz ārvalstīm (8)	Tuvu attiecību vai sapratnes zaudēšana Darba zaudēšana
Veselības problēmu saasināšanās (9)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Nepareizas diagnozes noteikšana (10)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana Motivācijas zudums
Veselības problēmu saasināšanās (10)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Svara pieaugums (11)	Vilšanās izjūta Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Pandēmijas negatīvā ietekme uz ierasto režīmu (11)	Ikdienas režīma sabrukšana
Muguras savilkšana (11)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Veselības problēmu strauja parādīšanās (12)	Grūtības pieņemt radikālās dzīves izmaiņas Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana. Tuvu attiecību vai sapratnes zaudēšana
Muguras trauma (13)	Grūtības pieņemt radikālās dzīves izmaiņas Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana. Tuvu attiecību vai sapratnes zaudēšana
Muguras trauma (14)	Grūtības pieņemt radikālās dzīves izmaiņas
Mugurkaula operācija (15)	Grūtības pieņemt radikālās dzīves izmaiņas
Pandēmijas negatīvā ietekme uz ierasto režīmu (15)	Ikdienas režīma sabrukšana Klātienē nodarbību nozīme
Dienests Sibīrijā (16)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana
Darba zaudēšana (16)	Grūtības pieņemt radikālās dzīves izmaiņas
Mugurkaula operācija (17)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana

Ar izteiktu kāpumu saistītie kritiskie incidenti

Kritiskais incidents	Kategorija
Nespēja izkāpt no mašīnas vai iekāpt tajā (1)	Veselības problēmu saasināšanās
Hobiju (riteņbraukšanas) uzsākšana (1)	Fizisko aktivitāšu (riteņbraukšanas) ieviešana ikdienā
Pārcelšanās uz Baku (2)	Vides un darba maiņa
Iesaistīšanās pacientu organizācijā (2)	Informatīvā un/vai emocionālā atbalsta parādīšanās
Ģimenes nodibināšana (3)	Rūpes par citiem un vēlme būt noderīgam
Iesaistīšanās pacientu biedrībā (3)	Rūpes par citiem un vēlme būt noderīgam Gandarījums, palīdzot biedrības biedriem
Dzīvās ētikas un sirds meditācijas kursu uzsākšana (3)	Rūpes par citiem un vēlme būt noderīgam
Nokļūšana slimnīcā (4)	Informatīvā un/vai emocionālā atbalsta parādīšanās
Iesaistīšanās pacientu biedrībā (4)	Informatīvā un/vai emocionālā atbalsta parādīšanās Rūpes par citiem un vēlme būt noderīgam Gandarījums, palīdzot biedrības biedriem
Iepazīšanās ar Bībeli (5)	Cerības parādīšanās
Hobiju (peldēšanas) uzsākšana (5)	Fizisko aktivitāšu (peldēšanas) ieviešana ikdienā
Iepazīšanās ar sievu (5)	Informatīvā un/vai emocionālā atbalsta parādīšanās
Iepazīšanās ar vīru un jaunu draugu atrašana (6)	Informatīvā un/vai emocionālā atbalsta parādīšanās
Psiholoģiskās palīdzības nozīme (6)	Sevis un slimības radīto ierobežojumu pieņemšana
Aiziešana no darba un vides maiņa (6)	Vides maiņa
Sava aicinājuma atrašana (7)	Gandarījums par sava darba augļiem
Jauna darba uzsākšana (8)	Uzdrīkstēšanās mainīties
Fizisko aktivitāšu uzsākšana (8)	Fizisko aktivitāšu (vingrošanas) ieviešana ikdienā
Mazdēla piedzimšana (9)	Rūpes par citiem un vēlme būt noderīgam
Slimības publiska atzīšana (10)	Sevis un slimības radīto ierobežojumu pieņemšana
Bioloģisko medikamentu lietošanas uzsākšana (10)	Cerības parādīšanās
Došanās apmaiņas programmā (10)	Vides maiņa Atpūta no pienākumiem un stresa
Uzlabojumi, izmēģinot jaunas metodes (11)	Cerības parādīšanās
Psiholoģiskās palīdzības nozīme (12)	Sevis un slimības radīto ierobežojumu pieņemšana
Kāju sakustēšanās (13)	Cerības parādīšanās
Pievēršanās Dievam (13)	Paļāvība uz Dievu
Gleznu tirgošanas uzsākšana (13)	Gandarījums par sava darba augļiem
Izdzīvošana pēc traumas (14)	Jēgas un sava aicinājuma apzināšanās
Psiholoģiskās palīdzības nozīme (14)	Sevis un slimības radīto ierobežojumu pieņemšana
Pievēršanās Dievam (14)	Ticības loma slimības pieņemšanā
Aktivitātes pieaugums pēc izgulējumu izoperēšanas (14)	Cerības parādīšanās Informatīvā un emocionālā atbalsta parādīšanās Fizisko aktivitāšu uzsākšana

Kritiskais incidents	Kategorija
Nodarbošanās un aicinājuma atrašana (14)	Rūpes par citiem un vēlme būt noderīgam Gandarījums par sava darba augļiem
Psiholoģiskās palīdzības nozīme (15)	Sevis un slimības radīto ierobežojumu pieņemšana
Sportošanas uzsākšana (15)	Fizisko aktivitāšu (tenisa) ieviešana ikdienā
Vēlme piedalīties meitas dzīvē (15)	Rūpes par citiem un vēlme būt noderīgam
Piedalīšanās barikādēs (16)	Gandarījums par sava darba augļiem
Grāmatas uzrakstīšana un tikšanās ar ASV prezidentu (16)	Gandarījums par sava darba augļiem
Acu operācijas sekas (17)	Fizisko aktivitāšu (pastaigu) ieviešana ikdienā

25 % atbilstības sliekšni pārsniegušās kategorijas

Dzīvesspēku samazinošo kritisko incidentu kategorijas	Dzīvesspēku paaugstinošo kritisko incidentu kategorijas
Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana	Cerības parādīšanās
Radikālo dzīves izmaiņu nepieņemšana	Sevis un slimības radīto ierobežojumu pieņemšana
Tuvu attiecību vai atbalsta zaudēšana	Informatīvā un/vai emocionālā atbalsta parādīšanās
	Rūpes par citiem un vēlme būt noderīgam
	Fizisko aktivitāšu uzsākšana

Vēlamais notikums vai faktors (*wish-list items*)*

Vēlamais notikums/faktors	Citāts
Kovida ierobežojumu neesamība, kas ļautu saglabāt ierasto režīmu (1, 8, 11, 15)	<i>Visu manu sūri grūti panāktu sistemātiskumu, visu izjauca šī te globālā jezga. Tā ir galvenais traucēklis. (1)</i> <i>Vienu laiku – tad, kad bija lokdauns – es nevarēju aiziet uz sporta klubu. Tas mani dzina izmisumā. (8)</i> <i>Dažreiz tās bija tikai 5 minūtes, ko es pavingroju, bet tas laiks bija ieplānots. Tagad, kad visu laiku esmu mājās, nav vairs tā režīma. (11)</i> <i>Tagad jūtu, ka arvien grūtāk ir sevi piespiest uz to fizisko – pa šiem pēdējiem diviem gadiem. Pagājušajā gadā mēs visu ziemeļu uz ielas trenējāmies. (..) Tas ir tik grūti! Apģērbties, un visas mantas. Uz ielas auksti, rātos sēžot. Ja sniegs, vispār nav iespējams kaut kur braukt. (15)</i>
Izglītotāki ģimenes ārsti, kas ļautu ātrāk nonākt pie pareizās diagnozes (10)	<i>Es būtu nonācis pie bioloģiskajiem preparātiem gadus 6–7 ātrāk, ja vien ģimenes ārsts saprastu, kas man kaiš. (10)</i>

Vēlamais notikums/faktors	Citāts
Ilgas pēc tuvām attiecībām (2, 5, 9)	<p><i>Es varbūt tur biežāk aizbrauktu, bet viņš dzīvo tādā vietā, tur lāgā nevar. Ja tu ar satiksmes autobusu aizbrauc, tad tu atpakaļ netiec. Un tad vēl viņam ir bērni, mazbērni. Es viņus sīkus kādreiz redzēju, bet tad tas kontakts pārtrūka. Un nu... nu ... arī nebūs. Un viņš ir brālēns, un viņam ir sieva. Tomēr sievas pār vīriem valda. Ja viņš būtu šite, ja, tas ar būtu savādāk. (2)</i></p> <p><i>Nu, pats galvenais, ja tā mīlestība būtu. Ja to varētu atrast, tad būtu vieglāka tā dzīve. (5)</i></p> <p><i>Tiekoties visas vainas aizmirstas. Nu, žēl, ka man draudzene vairs nav nu jau vairākus gadus. Tā bija tāda radniecīga dvēsele. Ļoti, ļoti atbalstošs cilvēks. (9)</i></p>
Sapratne no tuviniekiem (4, 6, 12)	<p><i>Mani, piemēram, vīrs sākumā nesaprata. Meita bija jau diezgan paliela. Izmesti ārā tie otrie rati, kas ir sēžamie. Es saku – man vajag ratus. Pirmkārt, viņai kājas sāp un man mugura sāp. Es viņu nevaru panēsāt. Viņš saka: – Priekš kam tev vajag, viņa jau liela! Tas tāpēc, ka viņam tanī brīdī nesāpēja. Un tad viņš sāka braukāt uz zvejām, uz Norvēģiju. Un viņš tur saķēra tās savas mencas milzīgās, sabojāja rokas. Nevarēja tējkannu pacelt, tēju ieliet. Un tad viņš saprata, kas ir sāpes. Tikai tad, kad pašam sāpēja. (4)</i></p> <p><i>Nebija neviena, neviens neticēja... Man bija ļoti grūti adaptēties (..) Tajā brīdī, kad manai mātei pašai parādījās diagnoze osteoartrīts. Tad pieņēma pilnībā, atvainojās par to laiku, kad domāja, ka es esmu izgudrojusi tās sāpes. (6)</i></p> <p><i>Žēl, ka tikai tagad kungs apjēdz, jo pašam sākās problēmas. Tagad viņš kaut kā sāk saprast, lai gan man tās problēmas jau sen. (12)</i></p>
Labāka finansiālā situācija ļautu ieguldīt līdzekļus rehabilitācijā (2, 3, 4)	<p><i>Nu, nauda vairāk varētu būt. Tad varētu pašikot. Uz kūrortiem varētu braukt, nu tādiem, kas noderētu. Es noteikti būtu izmēģinājusi. Es domāju, ka es arī brauktu biežāk, ja. (2)</i></p> <p><i>Nu, uz masāžām nevaru aiziet, masāžas uztaisīt. Kāpēc? Tāpēc, ka nav par ko! Man saka – tu taču varētu uz baseinu iet! Jā, varētu, bet... (3)</i></p> <p><i>Ziniet, mums nav iespēju kādai dārgai rehabilitācijai. Nav naudiņas. Sākumā arī uz to vingrošanu gājām, jo tā bija valsts apmaksāta. Bet pamēģini to apmaksāt pats! (4)</i></p>

* Notikums vai faktors, kura nebija, bet kurš būtu varējis pildīt palīdzošu lomu konkrētajā situācijā.

Intervijas kopsavilkuma paraugs

1. jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?

Slimības sākumposmā vēl neparādās dzīvesspēks. Simptomi, kaut arī nepatīkami, tiek pieņemti, samierinoties, ka tur neko tāpat nevar darīt. Vecāki nav pietiekami uzstājīgi, lai mudinātu dēlu meklēt risinājumus veselības problēmām, bet ģimenes ārsts, nosakot nepareizu diagnozi un paziņojot, ka šī slimība ir lipīga, veicina to, ka jaunajam vīrietim pazūd jebkāda interese par dzīvi. Taču, simptomiem progresējot, iestājas posms, kurā vīrietim sāpes ir tik lielas, ka rodas grūtības pastaigāt. Vienlaikus darbs rada ļoti daudz stresa, ir grūti tikt galā ar studijām, un iestājas pilnīga bezcerība jeb pats bedres dibens. Šis var tikt uzskatīts par kritisku brīdi, kas liek saņemties un meklēt izeju ārā no situācijas, atsperties no viszemākā punkta. Šajā brīdī arī var redzēt būtisku pavērsienu domāšanā, pārnesot akcentu no centieniem uzvarēt sāpes uz centieniem atrast veidu, kā iespējami kvalitatīvāk dzīvot līdz ar sāpēm.

2. jautājums: Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam?

Slimības sākumposmā kā traucējošu faktoru var minēt atbalsta un iedrošinājuma trūkumu. Jaunais vīrietis pats nevēlas runāt par savu slimību un nelūdz atbalstu, bet arī viņa ģimene par to nerunā un nepiedāvā atbalstu. Visi izliekas, it kā nekas nebūtu noticis. Arī ģimenes ārsts aicina vienkārši smērēt smēres (cīnīties ar sekām, nevis cēloni) vai turpināt staigāt, cerot, ka kājas izaugumi vienkārši nodils. Slimības sākumposmā nav neviena, kurš iedrošinātu un mudinātu jauno vīrieti tomēr meklēt problēmu cēloņus. Kā vēl vienu traucējošu faktoru var minēt stresu un pārslodzi, kas neļauj atpūsties un atrast laiku, lai parūpētos par sevi. Tikai tad, kad dzīve pārvēršas par elli, vīrietis beidzot ir gatavs velīt laiku savas veselības un labsajūtas uzlabošanai. Kā palīdzošu faktoru var minēt atpūtu, ko sniedz iespēja doties studēt uz Prāgu. Pozitīvu ietekmi uz veselību sniedz arī fiziskās aktivitātes, taču ar noteikumu, ka tiek ievērota mērenība.

3. jautājums: Kas raksturo HMS slimnieku dzīvesspēka izmaiņas slimības gaitā?

Dzīvesspēka attīstībā ir vērojami kāpumi un kritumi. Slimības sākumposmā dzīvesspēks vēl neattīstās. No jaunā vīrieša puses vērojama pasivitāte un problēmu ignorēšana. Dzīvesspēka izteikta lejupslīde notiek brīdī, kad ārsts nepareizi diagnosticē viņam sēnīti, paziņojot, ka tā ir lipīga. Pamazām vīrietis cenšas atrast veidus, kā mazināt sāpes, tomēr šo posmu vēl nevarētu raksturot kā apzinātu dzīvesspēka attīstīšanu, bet drīzāk mēģinājumus fiziski pielāgoties slimības ierobežojumiem. Nonākot pie īstās diagnozes un saprotot, ka tā ir hroniska slimība, ar kuru nāksies sadzīvot, dzīvesspēks būtiski kāpj, jo jaunais vīrietis nolemj izmēģināt dažādas metodes, kas varētu likvidēt simptomus. Seko vilšanās, slimības saasinājums un dzīvesspēka lejupslīde. Vīrietis saprot, ka nespēs atrast kādu vienu brīnumlīdzekli, kas viņam palīdzēs vai pilnībā izārstēs. Mainās taktika un domāšanas fokuss. Brīnumlīdzekļu vietā viņš sāk meklēt tos ikdienas ieradumus, kas palīdzētu uzturēt labu formu un atvieglot sāpju negatīvo ietekmi. Tā vietā, lai censtos kontrolēt un novērst slimību, vīrietis pieņem, ka slimība nekur nepazudīs. Vīrietis arī sāk apzināties, cik svarīgi ir runāt par savu slimību un necensties izvairīties no tā, kas ir. Runāšana dod atvieglojumu un ļauj saņemt atbalstu. Došanās studēt uz Prāgu ir vēl viens dzīvesspēka kāpums. Iegūtā brīvība un spēja dzīvot bez stresa ievērojami uzlabo vīrieša pašsajūtu un mazina sāpes, par spīti neveselīgajam dzīvesveidam. Par būtisku kāpumu var uzskatīt arī bioloģisko medikamentu lietošanas uzsākšanu, kas sniedz būtiskus veselības uzlabojumus.

4. jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā?

Ilgtermiņā dzīvesspēku palīdz uzturēt pielāgošanās apstākļiem un rēķināšanās ar realitāti, nevis čīkstēšana un upura lomas ieņemšana. Palīdz atteikšanās no nereālām gaidām un spēja ar pateicību paskatīties uz to, kas ir, tā vietā, lai gaustos par to, kā nav. Kā ļoti būtisku faktoru vīrietis min neidentificēšanos ar slimību, piešķirot tai noteiktu vietu savā dzīvē, bet nepadarot to par dzīves centru. Galvenā loma ir jāpiešķir sev pašam, nevis slimībai. Ir būtiski meklēt dažādus prieka avotus un atrast līdzsvaru starp to, ko vajag darīt, un to, ko gribas darīt. Dzīvesspēku palīdz uzturēt apziņa, ka slimība ienes zināmus ierobežojumus, tomēr sniedz arī daudz vērtīgu dzīves mācību, piemēram, iemācot koncentrēties uz to, kas notiek šeit un tagad, un izbaudot ikkatru mirkli, kurā jūties labi.

5. jautājums. Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā?

Ilgtermiņā palīdzošs faktors ir regulāras, bet mērenas fiziskās aktivitātes un ieklausīšanās savā ķermenī. Vīrietis ir atklājis, ka viens no noturīgākajiem paņēmieniem, kurš palīdz atslābināties un mazināt sāpes, ir silta vanna. Palīdz arī regulāra piemērotu medikamentu lietošana, kas neļauj slimībai ļoti saasināties. Emocionālā līmenī ļoti svarīga ir spēja nekaunēties no slimības un gatavība par to runāt. Humors var kļūt par starpnieku, kas atvieglo sarunas par slimības ierobežojumiem, piemēram, piebilstot “es nevaru nest smagumus, jo esmu artrīta puisēns”. Tāpat emocionāli palīdz jebkas, kas uzlabo pašsajūtu, – ēst gatavošana, pārgājieni u. c. prieka aktivitātes. Laimes izjūta nemazina sāpes, tomēr ļauj uz tām nekoncentrēties un mazliet aizmirsties. Kā traucējošu faktoru var minēt ilgstošu kontemplēšanu par slimību, jo no tā labāk nekļūst. Traucējošs faktors ir arī stress, kas negatīvi ietekmē emocionālo pašsajūtu un tādējādi pastiprina arī fiziskos simptomus.

Kopīgās tēmas, kritiskie incidenti un to minēšanas biežums

Tabulā apvienotas biežāk minētās tēmas, atbildot uz katru no pētījuma jautājumiem (PJ), kā arī kopīgie kritiskie incidenti, kas minēti vismaz 25 % gadījumu. Iekavās norādītie cipari aiz katras no tēmām norāda, cik intervijās no kopējā interviju skaita šī tēma vai kritiskais incidents parādās.

PJ1: Dzīvesspēka attīstība		
Kopīgās tēmas		
Veselības problēmu nerisināšana (9/17)		
Sadzīvošana ar sāpēm un slimību / grūtības pieņemt slimību (17/17)		
Sāpju/slimības radīto zaudējumu apzināšanās (9/17)		
Vecuma, kurā pirmo reizi parādījās slimība/sāpes, nozīme (9/17)		
Sāpju cēloņu meklēšana un apzināšanās (7/17)		
Dažādu stratēģiju izmantošana sāpju mazināšanā (14/17)		
PJ2: Dzīvesspēka attīstību ietekmējošie faktori		
Kopīgās tēmas		
Traucējošie faktori	Veicinošie faktori	Ambivalentie faktori
Informācijas trūkums par sāpju cēloņiem/slimību (5/17)	Atbildības uzņemšanās par veselību un nepadošanās sāpju priekšā (6/17)	Līdzšinējo grūtību ietekme uz spēju sadzīvot ar slimību un sāpēm (6/17)
Nepietiekamas rūpes par veselību (10/17)	Apkārtējo atbalsta un iedvesmas nozīme (10/17)	Spēja atzīt vājumu un izrādīt emocijas (5/17)
Citu vajadzību stādīšana augstāk par savām vajadzībām (5/17)	Sāpju mazināšanas paņēmieni izmantošana (12/17)	Apkārtējo atbalsts (3/17)
Sociālā atbalsta lūgšanas/saņemšanas grūtības (8/17)	Iekšējās perspektīvas maiņa (6/17)	Atvērtība jaunām pieredzēm (4/17)
Sāpju saistība ar emocionālo stāvokli (6/17)	Pievēršanās aktivitātēm, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm (7/17)	Medikamentu lietošanas paradumi (4/17)
Neatbilstošas fiziskās slodzes ietekme uz pašsajūtu (4/17)	Ieklausīšanās sevī un savu spēju apzināšanās (4/17)	Netradicionālo metožu izmantošana (3/17)
PJ3: Dzīvesspēka izmaiņas laika gaitā		
Kopīgās tēmas	Kritiskie incidenti, kas samazināja dzīvesspēku	Kritiskie incidenti, kas paaugstināja dzīvesspēku
Dzīves satricinājumu ietekme uz dzīvesspēka izmaiņām (8/17)	Bezspēcība un/vai cerības zaudēšana (12/17)	Cerības parādīšanās (5/17)
Līdzcilvēku atbalsta nozīme dzīvesspēka izmaiņās (4/17)	Radikālo dzīves izmaiņu nepieņemšana (7/17)	Sevis un slimības radīto ierobežojumu pieņemšana (5/17)
Ieguvumi no sāpēm/slimības (9/17)	Tuvu attiecību vai atbalsta zaudēšana (6/17)	Informatīvā un/vai emocionālā atbalsta parādīšanās (5/17)
Pakāpeniska sāpju/slimības pieņemšana (11/17)	–	Rūpes par citiem un vēlme būt noderīgam (6/17)
Risinājumu meklēšana dzīves kvalitātes saglabāšanai (6/17)	–	Fizisko aktivitāšu uzsākšana (6/17)

PJ4: Dzīvesspēka uzturēšana ilgtermiņā		
Kopīgās tēmas		
Mācīšanās sadzīvot ar sāpēm (17/17)		
Iekšējās perspektīvas un attieksmes pret sāpēm maiņa (7/17)		
Dzīvesveida izmaiņas un rūpes par ķermeni (11/17)		
Slimība kā pozitīvs dzīves transformētājs (4/17)		
Atvērtība jaunai pieredzei (4/17)		
PJ5: Ilgtermiņa dzīvesspēku ietekmējošie faktori		
Kopīgās tēmas		
Traucējošie faktori	Veicinošie faktori	Ambivalentie faktori
Motivācijas, gribasspēka un pašdisciplīnas trūkums (6/17)	Fizisko aktivitāšu un veselīga dzīvesveida regulāra praktizēšana (15/17)	Rūpes par citiem (3/17)
Stresa un emocionālu pārdzīvojumu negatīvā ietekme uz pašsajūtu (8/17)	Iesaistīšanās aktivitātēs, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm (13/17)	Pārāk augstu mērķu izvirzīšana un tieksme pēc atzinības (3/ 17)
Pašas sāpes kā traucējošs faktors (5/17)	Domāšanas fokusa un iekšējās perspektīvas maiņa(12/17)	Uzskats, ka nevajag izrādīt vājumu (5/17)
Pārpūles un mazkustīguma negatīvā ietekme uz sāpēm (5/17)	Apkārtejo atbalsta un iedvesmas nozīme (11/17)	Attālinātā darba dažādā ietekme uz fizisko aktivitāšu īstenošanu (3/17)
Domāšanas ieradumu un pārlicību ietekme uz rūpēm par sevi (5/17)	Dažādu sāpju mazināšanas paņēmieni izmantošana (10/17)	Slimības dažādā ietekme uz personības attīstību (5/17)
Sociālā atbalsta lūgšanas/saņemšanas grūtības (4/17)	Motivācijas nozīme rūpēs par sevi (7/17)	Klimatisko apstākļu dažādā ietekme (6/17)
Dažādi ārējie ierobežojumi (vides nepieejamība, kovida ierobežojumi) (7/17)	Emociju kā resursa izmantošana, sadzīvojot ar sāpēm (4/17)	–

Kopsavilkums par dzīvesspēka veidošanos un uzturēšanu HMS slimniekiem, kuri pārvietojas ratiņkrēslā

1. jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvesspēka rašanās pieredzi?

Kopīgās tēmas:

Sadzīvošana ar sāpēm un slimību (14, 15) / grūtības pieņemt slimību (5, 13)

Sāpju/slimības radīto zaudējumu apzināšanās

apakštēma: zaudējumi sociālo attiecību jomā (5, 14)

apakštēma: atvadišanās no iedomātās nākotnes (5, 14, 15)

apakštēma: fiziska atkarība no apkārtējiem (5, 13, 14)

Sāpju cēloņu meklēšana un apzināšanās (5, 14)

Paļaušanās uz medikū ieteikumiem un/vai sāpju mazināšana ar medikamentiem (14, 15)

Cilvēkiem, kuriem HMS sākās pēc piedzīvotas mugurkaula traumas un kuri uzreiz pēc tam zaudēja spēju staigāt, bija raksturīgs ļoti straujš emocionāls kritums, Trīs no četriem šīs apakšgrupas locekļiem slimības sākumposmā raksturoja kā šoku un apjausmu, ka dzīve vairs nebūs tāda, kā iepriekš. Stāstot par pirmajām nedēļām pēc traumas, intervējamie bieži pieminēja dažāda veida zaudējumus, tai skaitā atvadišanos no iedomātās nākotnes. Divi dalībnieki salīdzinoši ātri samierinājās ar faktu, ka nāksies turpmāko dzīvi pavadīt ratiņkrēslā, bet divi dalībnieki turpināja ticēt, ka reiz atgūs spēju staigāt. Tomēr neatkarīgi no tā, kādas bija intervējamo domas par nākotnes perspektīvu, visiem četriem HMS slimniekiem (kādam ātrāk, citam vēlāk) pēc piedzīvotā satricinājuma sekoja straujš dzīvesspēka kāpums, ko raksturoja izteikts entuziasms, pievēršoties fiziskajām aktivitātēm un atbildības uzņemšanās par veselības uzlabošanu. Intervējamie atzina, ka trauma viņu dzīvē bija kritiskais incidents, kas pašā slimības sākumā radīja bezspēcības izjūtu un atkarību no citiem, taču vienlaikus divi no šīs apakšgrupas locekļiem atzina, ka vēlāk, atskatoties uz notikušo, viņi var teikt, ka trauma vienlaikus bija arī pozitīvs, dzīves vērtības mainošs notikums.

2. jautājums: Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši rasties dzīvesspēkam?

Kopīgās tēmas:

Traucējošie faktori

Sāpju saistība ar emocionālo stāvokli (14, 15)

Pašas sāpes un veselības problēmas kā traucēklis, lai par sevi rūpētos (14, 15)

Palīdzošie faktori

Iekšējās perspektīvas maiņa

apakštēma: ticība Dievam un garīgo prakšu izmantošana ikdienā (5, 13, 14)

apakštēma: domāšanas fokusa maiņa (13, 15)

apakštēma: atvērtība jaunai pieredzei (5, 13, 14)

Apkārtejo atbalsta un iedvesmas nozīme

apakštēma: profesionāla psiholoģiskā atbalsta nozīme (14, 15)

apakštēma: ieteikumu un iedvesmas smelšanās no citiem (14, 15)

Pievēršanās aktivitātēm, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm (13, 14)

Atbildības uzņemšanās par veselības uzlabošanu un nepadošanās sāpju priekšā (13, 15)

HMS slimniekiem, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, slimības sākumposmā veicināt dzīvesspēku visvairāk traucēja pašas sāpes. Tās padarīja šos cilvēkus atkarīgus no medikamentiem un citu aprūpes, ierobežojot jebkādu aktivitāti un spēju par sevi parūpēties. Tā kā šie cilvēki piedzīvoja zaudējumus ne vien fiziskajā, bet arī sociālajā un emocionālajā jomā, lai "izkļūtu no bedres" un veicinātu dzīvesspēku, viņiem nepietika ar nelielām un pakāpeniskām ieradumu vai dzīvesveida korekcijām un bija nepieciešama līdzšinējo dzīves mērķu un vērtību būtiska pārformulēšana, jo īpaši attiecībā uz to, kā atrast jēgu dzīvei, kurā daļa no līdzšinējās jēgas bija zudusi. Tieši tāpēc šajā posmā vissvarīgākais dzīvesspēku veicinošais faktors bija garīgs un psiholoģisks atbalsts. Divi no četriem šīs apakšgrupas locekļiem īsi pēc traumas pievērsās ticībai Dievam, bet divi dalībnieki kā ļoti būtisku, dzīvesspēku veicinošu faktoru minēja

psihologa atbalstu, kurš palīdzēja mainīt dzīves uztveri. Brīdī, kad veselības stāvoklis nedaudz nostabilizējās un HMS slimnieki kļuva patstāvīgāki, par svarīgiem dzīvespēku veicinošiem faktoriem kļuva pievēršanās fiziskajām aktivitātēm, dažādiem hobijiem un nodarbēm, kas ļauj aizmirsties no sāpēm.

3. jautājums: Kas raksturo HMS slimnieku dzīvespēka izmaiņas slimības gaitā?

Kopīgās tēmas:

Dzīves satricinājumu ietekme uz dzīvespēka izmaiņām (5, 13)

Sāpes un slimība kā stimuls dzīves skatījuma maiņai (5, 13, 14, 15)

Pakāpeniska sāpju un slimības pieņemšana/nepieņemšana

apakštēma: sāpju ietekme uz identitātes veidošanos (5, 14)

apakštēma: sava ķermeņa iepazīšana un pieņemšana (5, 13, 14)

Koncentrēšanās uz dzīves uzlabošanu tagadnē (14, 15)

Slimniekiem, kuri bija zaudējuši spēju staigāt, gan dzīvespēka kritumi, gan kāpumi bija ar lielāku amplitūdu. Kritiskie incidenti, kas būtiski pazemināja dzīvespēku, bija saistīti ar cerības zudumu par veselības stāvokļa uzlabošanos vai tuvu attiecību zaudējumu, savukārt kritiskie incidenti, kas visbūtiskāk paaugstināja dzīvespēku, bija saistīti ar cerības vai jēgas iegūšanu. Pilnīgi visiem šīs apakšgrupas locekļiem par svarīgāko pagrieziena punktu dzīvespēka attīstībā kļuva iekšējās perspektīvas maiņa, kas ļāva atrast motivāciju, lai rūpētos par dzīves kvalitātes uzlabošanu, neskatoties uz slimības ierobežojumiem. Kaut arī ne visi slimnieki spēja pieņemt diagnozi, arī tie, kuri līdz galam nespēja samierināties ar esošo situāciju, tomēr centās dzīvot savu labāko dzīves versiju, saglabājot cerību, ka kādu dienu izdosies atgūt spēju staigāt.

4. jautājums: KĀ HMS slimnieki raksturo sava dzīvespēka uzturēšanas pieredzi ilgtermiņā?

Kopīgās tēmas:

Dzīves jēgpilnības apzināšanās, neskatoties uz sāpēm (5, 13, 14)

Mācīšanās sadzīvot ar sāpēm

apakštēma: sāpju iepazīšana un pieņemšana (13, 15)

apakštēma: pielāgošanās sāpju radītajiem ierobežojumiem (5, 14)

Atbildības uzņemšanās par savu veselību un dzīves kvalitāti (13, 15)

Slimība kā pozitīvs dzīves transformētājs (13, 14)

Ilgtermiņā dzīvojot ar sāpēm, HMS slimniekiem ar kustību ierobežojumiem ir raksturīga pielāgošanās apstākļiem, sava ķermeņa iepazīšana un fiziskās slodzes saskaņošana ar spēju līmeni. Lai ilgtermiņā uzturētu dzīvespēku, šī cilvēku apakšgrupa nevar atļauties lēkāt no kampaņas uz kampaņu, jo ķermenis prasa regulāru uzmanību un rūpes. Ir jāizceļ kāda tieši šai apakšgrupai īpaši raksturīga iezīme, kas palīdz saglabāt dzīvespēku, – vēlme būt vajadzīgiem. Šajā pētījumā intervētie cilvēki ar kustību ierobežojumiem izrādīja ļoti izteiktu vēlmi socializēties ar citiem un iesaistīties dažādās organizācijās. Tā kā slimnieki ar kustību traucējumiem lielā mērā bija atkarīgi no apkārtējo praktiskā atbalsta un ne visas funkcijas spēja veikt patstāvīgi, viņi izrādīja lielu gandarījumu par situācijām, kurās bija iespēja izdarīt ko noderīgu citiem

5. jautājums. Kā HMS slimnieki apraksta faktoros, kas ir palīdzējuši vai traucējuši uzturēt dzīvespēku ilgtermiņā?

Kopīgās tēmas:

Traucējošie faktori

Pašas sāpes kā traucējošs faktors (14, 15)

Pārpūles un mazkustīguma negatīvā ietekme uz sāpēm (13, 15)

Vides nepieejamība (5, 13, 15)

Kovida ierobežojumi (14, 15)

Palīdzošie faktori

Fizisko aktivitāšu un veselīga dzīvesveida regulāra praktizēšana

apakštēma: fizisko aktivitāšu/fizioterapijas izmantošana sāpju mazināšanai (13, 14, 15)

apakštēma: regularitātes nozīme veselīgo ieradumu praktizēšanā (5, 14, 15)

Iesaistīšanās aktivitātēs, kas dod prieku un ļauj aizmirsties no sāpēm

apakštēma: nodarbošanās ar hobijiem un aktivitātēm, kas dod prieku vai ļauj aizmirsties (5, 13, 14, 15)

Cerības saglabāšana un pozitīvs skats nākotnē (5, 13, 14)

Ģimenes un tuvinieku praktiskā un emocionālā atbalsta nozīme (5, 14)

Dažādu sāpju mazināšanas paņēmienu izmantošana

apakštēma: Medikamenti kā sāpju mazinātājs (5, 13, 14)

apakštēma: Vides maiņa kā iespēja mazināt sāpes (5, 12, 14)

apakštēma: Risinājumu meklēšana, lai nebūtu jācieš (5, 13)

Iekšējās motivācijas meklēšana (14, 15)

HMS slimnieki, kuri pārvietojas ratiņkrēslā, atzina, ka faktori, kas traucē uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā, galvenokārt ir ārēji. Cilvēkiem ar kustību ierobežojumiem viens no galvenajiem ilgtermiņa izaicinājumiem ir spēja saglabāt pēc iespējas lielāku neatkarību. Tādi faktori kā vides nepieejamība vai kovida ierobežojumi var ievērojami apgrūtināt spēju pārvietoties, lai piekļūtu nepieciešamajiem pakalpojumiem vai socializētos. Savukārt faktori, kas palīdz uzturēt dzīvesspēku ilgtermiņā, ir vairāk iekšēji un saistīti ar domāšanas fokusa maiņu, kā arī spēju saglabāt fizisku un sociālu aktivitāti, koncentrējoties nevis uz šķēršļiem, bet pieejamajām iespējām.