

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
SOCIĀLO ZINĀTŅU FAKULTĀTE



KRISTĪNE VĪBANE

INSULTU PĀRCIETUŠO CILVĒKU UN VIŅU
TUVINIEKU INSULTPRATĪBA

PROMOCIJAS DARBS

Doktora zinātniskā grāda iegūšanai socioloģijas nozarē

Apakšnozare: Lietišķā socioloģija

RĪGA, 2019

Promocijas darbs izstrādāts Latvijas Universitātes Sociālo zinātņu fakultātē, Socioloģijas nodaļā laika posmā no 2014. gada līdz 2019. gadam.

Darbs sastāv no ievada, septiņām nodaļām, diskusijas un secinājumiem, rekomendācijām, literatūras saraksta, anotācijām latviešu un angļu valodās un četriem pielikumiem.

Darba forma: disertācija socioloģijas nozarē, lietišķās socioloģijas apakšnozarē.

Darba zinātniskais vadītājs: *Dr.sc.soc.* Aivars Tabuns.

Darba recenzenti:

- 1) Līga Rasnača, *Dr.sc.soc.*, asociētā profesore, LU Sociālo zinātņu fakultāte
- 2) Dina Bite, *Dr.sc.soc.*, pētniece, Latvijas Lauksaimniecības universitāte
- 3) Vladimirs Meņšikovs, *Dr.sc.soc.*, profesors, Daugavpils Universitāte

Promocijas darba aizstāvēšana notiks 2019. gada 4. oktobrī plkst. 10:00 Latvijas Universitātes Socioloģijas, politikas zinātnes un komunikācijas zinātnes promocijas padomes atklātā sēdē, LU Sociālo zinātņu fakultātē Lauvas ielā 4, 210. auditorijā.

Ar promocijas darbu un tā kopsavilkumu var iepazīties Latvijas Universitātes Bibliotēkā Rīgā, Raiņa bulvārī 19.

Promocijas padomes priekšsēdētāja: Asoc. prof. Iveta Reinholde

Promocijas padomes sekretāre: Anete Zasa

© Latvijas Universitāte, 2019

© Kristīne Vībane, 2019

ANOTĀCIJA

Promocijas darba mērķis ir novērtēt insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultpratību, izstrādāt insultpratības definīciju un klasifikāciju. Tajā izmantotas biogrāfiskā pārrāvuma, sociālās iekļaušanās un plānotās rīcības teorētiskās perspektīvas, būtiska loma vērsta uz veselībpratības un insultpratības jēdzienu analīzi. Promocijas darbā tiek izmantots komplekss metožu kopums, ietverot daļēji strukturētas intervijas un ekspertintervijas, līdzdalības novērojumus, aptauju un interneta rakstu analīzi. Pētījumā ir raksturota insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultpratība un tās loma rīcības stratēģiju pēc insulta izvēlē, ir izstrādāta paplašināta insultpratības jēdziena definīcija, insultpratības klasifikācija un tās novērtēšanas instrumentārijs.

Atslēgvārdi: insults, biogrāfiskais pārrāvums, veselībpratība, insultpratība.

ANNOTATION

The aim of the Thesis is to assess stroke literacy among stroke survivors and their family caregivers, as well as to develop a definition and classification of stroke literacy. The study was accomplished through the theoretical perspectives of biographical disruption, social inclusion and the theory of reasoned action; much attention was paid to the analysis of health literacy and stroke literacy concepts. A complex set of methods was used: semi-structured interviews and expert interviews, participant observations, survey, and content analysis of respective Internet articles. The study describes stroke literacy among stroke survivors and their family caregivers, and its role in their action strategies after stroke. The Thesis suggests an expanded definition of the *stroke literacy* concept, its classification and measuring instruments.

Key words: stroke, biographical disruption, health literacy, stroke literacy.

SATURS

SAĪSINĀJUMU SARAKSTS	6
TABULU UN ATTĒLU SARAKSTS	7
IEVADS	9
1. INSULTA NOTIKUMS KĀ BIOGRĀFISKAIS PĀRRĀVUMS	19
1.1. INSULTA RAKSTUROJUMS.....	19
1.2. INSULTS KĀ BIOGRĀFISKĀ PĀRRĀVUMA IZRAISĪTĀJS	23
1.2.1. <i>Biogrāfiskā pārrāvuma jēdziens</i>	23
1.2.2. <i>Biogrāfiskais darbs</i>	26
1.2.3. <i>Psiholoģiskā trauma, nelaime un kauns – biogrāfisko pārrāvumu „pavadoši” jēdzieni</i>	27
1.3. IEKĻAUŠANĀS SABIEDRĪBĀ PĒC INSULTA	29
NODAĻAS SECINĀJUMI.....	35
2. VESELĪBRATĪBA, INSULTPRATĪBA UN PLĀNOTĀ RĪCĪBA	39
2.1. INSULTPRATĪBAS UN VESELĪBRATĪBAS JĒDZIENS.....	39
2.1.1. <i>Veselībratības jēdziens un aktualitāte</i>	39
2.1.2. <i>Veselībratības līmeņi</i>	41
2.1.3. <i>Pratības, veselībratības un insultpratības jēdzienu lietojums akadēmiskās datubāzēs</i>	46
2.1.4. <i>Insultpratība</i>	48
2.2. PLĀNOTĀ RĪCĪBA.....	57
2.3. SOCIĀLĀ MĀCĪŠANĀS KĀ INFORMĀCIJAS IEGUVES VEIDS UN RĪCĪBAS IZVĒLI IETEKMĒJOŠS FAKTORS.....	59
NODAĻAS SECINĀJUMI.....	62
3. IEPRIEKŠ VEIKTIE SOCIĀLIE PĒTĪJUMI PAR INSULTA TEMATIKU UN ZINĀŠANĀM PAR INSULTU.....	65
4. INSULTPRATĪBAS IZPĒTES METODOĻĪJA.....	72
4.1. EMPĪRISKĀ PĒTĪJUMĀ PIEEJA.....	72
4.2. JĒDZIENU UN TEORĒTISKO ATZIŅU VALIDĀCIJA	73
4.3. DATU IEGUVES METODES	75
4.3.1. <i>Daļēji strukturētas intervijas</i>	76
4.3.2. <i>Ekspertintervija</i>	80
4.3.3. <i>Līdzdalības novērojums</i>	81

4.3.4. Dokumentu analīze	83
4.3.5. Aptauja	85
4.4. ĒTISKIE APSVĒRUMI UN DATU AIZSARDZĪBA	87
4.4.1. Pētījuma ētiskie aspekti	87
4.4.2. Personas datu aizsardzība.....	89
5. INSULTA NOTIKUMA KĀ BIOGRĀFISKĀ PĀRRĀVUMA ANALĪZE	91
6. INSULTU PĀRCIETUŠO CILVĒKU UN VIŅU TUVINIEKU INSULTPRATĪBAS NOVĒRTĒJUMS	99
6.1. INSULTPRATĪBA	100
6.1.1. Informētība par insulta riska faktoriem un pazīmēm	100
6.1.2. Nepieciešamās informācijas par insulta jautājumiem identificēšana un iegūšana	103
6.1.3. Informācijas par insulta jautājumiem saprašana, novērtēšana, pārbaude un pielietošana.....	111
6.1.4. Procesa kontrole, lēmumu pieņemšana un plānu realizācija.....	115
6.2. VESELĪBAS UN SOCIĀLO PAKALPOJUMU IZMANTOŠANA UN NOVĒRTĒJUMS.....	119
6.2.1. Veselības aprūpes pakalpojumi	119
6.2.2. Sociālie pakalpojumi	127
6.3. VESELĪGA DZĪVESVEIDA PIEKOPŠANA UN INSULTA PROFILAKSE	129
6.4. TUVINIEKU UN SABIEDRĪBAS LOCEKĻU INSULTPRATĪBAS VEICINĀŠANA	131
7. INSULTPRATĪBAS LOMA RĪCĪBAS STRATĒGIJU IZVĒLĒ, BIOGRĀFISKĀ PĀRRĀVUMA PĀRVARĒŠANĀ UN IEKĻAUŠANĀS SABIEDRĪBĀ PROCESĀ....	134
DISKUSIJA UN SECINĀJUMI.....	140
REKOMENDĀCIJAS.....	162
PATEICĪBAS.....	167
IZMANTOTO AVOTU SARAKSTS	168
PIELIKUMI.....	185
1. PIELIKUMS. DAĻĒJI STRUKTURĒTA INTERVIJA AR INSULTU PĀRCIETUŠIEM CILVĒKIEM	185
2. PIELIKUMS. DAĻĒJI STRUKTURĒTA INTERVIJA AR INSULTU PĀRCIETUŠO CILVĒKU TUVINIEKIEM	187
3. PIELIKUMS. INSULTU PĀRCIETUŠO CILVĒKU TUVINIEKU APTAUJA.....	189
4. PIELIKUMS. INSULTPRATĪBAS UN VESELĪBPRATĪBAS NOVĒRTĒŠANAI IZMANTOTIE MĒRINSTRUMENTI.....	193

SAĪSINĀJUMU SARAKSTS

ASV – Amerikas Savienotās Valstis

CSP – Centrālā statistikas pārvalde

ES – Eiropas Savienība

LM – Labklājības ministrija

LZA – Latvijas Zinātņu akadēmija

MK – Ministru kabinets

NRC – Nacionālais rehabilitācijas centrs

NVD – Nacionālais veselības dienests

OCTA – Obligātā civiltiesiskā transportlīdzekļu apdrošināšana

SIVA – Sociālās integrācijas valsts aģentūra

SPKC – Slimību profilakses un kontroles centrs

VDEĀVK – Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisija

VM – Veselības ministrija

VSAA – Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra

TABULU UN ATTĒLU SARAKSTS

Tabulas

4.1. *tabula*. Datu ieguves metožu raksturojums pētījuma uzdevumu izpildei

4.2. *tabula*. Veiktās intervijas ar insultu pārcietušiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem

4.3. *tabula*. Veiktās ekspertintervijas

4.4. *tabula*. Veiktie līdzdalības novērojumi

4.5. *tabula*. VM, SPKC un NVD mājaslapu raksti, izmantojot atslēgvārdus „insult”

4.6. *tabula*. Kontentanalīzē izskatītie interneta raksti

4.7. *tabula*. Aptaujāto respondentu raksturojums

6.1. *tabula*. Aptaujāto interese par ar insultu saistītiem jautājumiem pirms un pēc insulta

6.2. *tabula*. Insulta riska faktori, ko aptaujā norādījuši tuvinieki

6.3. *tabula*. Atbilde uz aptaujas jautājumu „Kā Jūs vērtējat savas prasmes atrast Jūs interesējošo informāciju?”

6.4. *tabula*. Atbilde uz aptaujas jautājumu „Cik bieži Jūs esat ieguvis atbildes uz meklētajiem jautājumiem?”

6.5. *tabula*. Informācijas par insulta jautājumiem ieguves avoti aptaujāto vidū

6.6. *tabula*. Atbilde uz aptaujas jautājumu „Cik bieži Jūs saprotat ārstu, rehabilitācijas speciālistu lietoto terminoloģiju, kad viņi runā ar Jums par insulta slimnieka ārstēšanu vai rehabilitāciju, vai aprūpi?”

6.7. *tabula*. Atbilde uz aptaujas jautājumu „Cik bieži pēc tam, kad neesat sapratis ārstu, rehabilitācijas speciālistu, Jūs mēģināt atrast kādu papildu informāciju par konkrēto jautājumu?”

6.8. *tabula*. Atbilde uz aptaujas jautājumu „Cik bieži Jūs izmantojat atrasto informāciju?”

1. *tabula*. Insultprātības mērīšanas instrumenti

2. *tabula*. Veselībprātības mērīšanas instrumenti

Attēli

1. *attēls*. Darbā izmantotais teorētiskais modelis

2. *attēls*. Darbā izmantotās datu ieguves metodes

2.1. *attēls*. Veselībratības shematisks attēlojums

2.2. *attēls*. Veselībratība tā plašākā kontekstā

2.3. *attēls*. 2017. gada jūlijā veiktās meklēšanas rezultātā atrastie dokumenti, izmantojot atslēgvārdu „literacy”

2.4. *attēls*. 2017. gada jūlijā veiktās meklēšanas rezultātā atrastie dokumenti, izmantojot atslēgvārdu „health literacy”

2.5. *attēls*. 2017. gada jūlijā veiktās meklēšanas rezultātā atrastie dokumenti, izmantojot atslēgvārdu „stroke literacy”

2.6. *attēls*. Indikatori insultprātības mērīšanai, kas raksturo mērāmo jomu atbilstoši insulta norises fāzei

2.7. *attēls*. Indikatori insultprātības mērīšanai, kas raksturo indivīdu prasmes

2.8. *attēls*. Plānotās uzvedības teorijas modelis

2.9. *attēls*. Darbā izmantoto teoriju detalizēts shematiskais attēlojums

4.1. *attēls*. Darbā izmantotās datu ieguves metodes

6.1. *attēls*. Insultprātības empīriskās analīzes modelis

IEVADS

Insults ir viena no biežākajām saslimšanām Latvijā, kas var izraisīt smagas un paliekošas veselības komplikācijas un invaliditāti (Latvijas ārstu biedrība, 2008). Pēc SPKC datiem, 2017. gadā ar insulta diagnozi mira 2115 cilvēki. Mirušo skaits no insulta ir trešais augstākais rādītājs starp visām saslimšanām (tas ir trešais augstākais aiz sirds išēmiskajām slimībām un ļaundabīgajiem audzējiem) (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2018a). Ar insultu 2017. gadā tika stacionēti indikatīvi 8,2 tūkst. cilvēki.¹

Insults ir viena no biežākajām saslimšanām arī citās valstīs, piemēram, Honkongā, Lielbritānijā un ASV. Tajā insults ir trešais biežākais nāves cēlonis un viena no būtiskākajām veselības problēmām (Mak et al., 2007: 972). Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem, „katru gadu 15 miljoni cilvēku saslimst ar insultu, no tiem aptuveni pieci miljoni nomirst un vēl pieci miljoni kļūst par invalīdiem.” (Yu et al., 2013: 2160). Invaliditāte insultu pārcietušos cilvēkus psiholoģiski un fiziski atšķir no pārējās sabiedrības daļas, jo līdz ar ierobežotām funkcionēšanas spējām tiek kavētas šo indivīdu sociālās aktivitātes. Insults indivīdam bieži rada depresiju, nolemtības, „nastas citiem” un izolācijas no sabiedrības sajūtu. Aptuveni trešdaļai no insultu pārcietušajiem cilvēkiem pēc insulta gadījuma ir nepieciešama palīdzība ikdienas darbu veikšanā (Wang et al., 2014: 1). Ņemot vērā, ka persona pēc insulta nereti kļūst atkarīga no apkārtējiem, pieaug ģimenes locekļu loma insultu pārcietušā cilvēka atveseļošanās procesā, insults ģimenes locekļiem uzliek jaunas atbildības, no viņu insultprātības jeb spējām atpazīt insultu, iegūt ar insultu saistītu informāciju, to novērtēt un pielietot ir lielā mērā atkarīga insultu pārcietušās personas atveseļošanās.

Insultprātība ir zināšanas par insulta riska faktoriem, insultu kā slimību (t.i., pareizi nosakot smadzenes kā insulta norises vietu) un par insulta pazīmēm (Morren & Salgado, 2013). Taču uz insultprātību var raudzīties arī plašāk, jo tā ir indivīdu spēja iegūt, saprast, novērtēt un pielietot jebkuru ar insulta tematiku saistītu informāciju, lai palīdzētu personai pēc insulta veiksmīgāk ārstēties un rehabilitēties ar mērķi iespējami drīzāk normalizēt dzīvi un iekļauties sabiedrībā. Insultprātību var uzskatīt par vienu no veselībprātības šaurākām dimensijām.

Kā norāda ārvalstu pētījumi par veselībprātību un insultprātību, sliktāka prātība korelē ar sliktākiem veselības rādītājiem. Piemēram, zema veselībprātība var pasliktināt veselības rezultātus un stāvokli pēc izrakstīšanās no slimnīcas, un tā var kļūt par kavēkli efektīvai sevis

¹ Autores aprēķins, balstoties uz SPKC datiem, pieņemot, ka līdzīgi kā mirušie arī stacionētie insulta slimnieki veido 13% no visu asinsrites slimību slimnieku skaita (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2018b).

pārvaldīšanai un savas rīcības plānošanai (*self-management*) (Wallace et al., 2016). Individīdiem ar zemu veselībpratības līmeni ir biežāka iespējamība nesaprast medicīniskās instrukcijas un ārsta norādījumus, jo indivīdi nespēj interpretēt veselības informāciju. Individīdi ar zemu veselībpratību biežāk norāda uz sliktu veselības stāvokli un viņiem biežāk ir nopietnas veselības problēmas, kā arī šie cilvēki biežāk izmanto neatliekamo medicīnisko palīdzību un slimnīcu pakalpojumus (Rowlands et al., 2014: 9). Par insultpratību un tās korelāciju ar veselības stāvokli ir veikts krietni mazāks skaits pētījumu, taču tie, kuri ir veikti, norāda uz līdzīgu tendenci – labākas zināšanas par insulta simptomiem biežāk rezultējas laicīgā medicīniskās palīdzības iegūšanā (Bay et al., 2015: 1157).

Pēc insulta personai pieaug atkārtota insulta risks, tāpēc būtiska loma riska mazināšanā ir veselīga dzīvesveida ievērošanai un veselības profilaksei, tāpēc insultpratīga persona pievērsīs uzmanību insulta riska faktoriem un preventīviem pasākumiem to mazināšanai. Taču, kā norāda A. Lūses u.c. autoru 90. gados veiktais pētījums, kas ir viens no dažiem pētījumiem Latvijā, kurā ir analizēta personu rīcība pēc insulta gadījuma, pēc insulta personu prioritāte galvenokārt bijusi cīņa ar insulta sekām un maz vērības tika pievērsta insulta profilaksei. Kā konstatēts pētījumā, tikai neliela daļa insultu pārcietušo cilvēku apmeklēja ģimenes ārstu, lai monitorētu asinsspiedienu, un mainīja dzīvesveidu uz veselīgāku (McKevitt et al., 1993: 2101).

Insulpratības līdzīgi kā veselībpratības veidošanā būtiska loma ir informācijas komunikāciju tehnoloģiju attīstībai. Būtiski ir pieaugusi interneta loma informācijas ieguvē, novērtēšanā un nodošanā citām personām. Internets piedāvā plašu klāstu informāciju visdažādākajiem pratības līmeņiem – sākot ar zinātniskām publikācijām un medicīniskām grāmatām, līdz pat sociālajiem tīkliem un blogiem, kur indivīdiem ir iespēja brīvā formā dalīties ar savu pieredzi konkrētas veselības kaites ārstēšanā, medikamentu lietošanā un izteikt priekšlikumus problēmas risināšanai. Vienā no ārvalstu pētījumiem secināts, ka puse no sabiedrības locekļiem, kuri meklē informāciju internetā, uzskata, ka tieši internetam ir galvenā loma tajā, ka viņi saprot veselības problēmas un spēj veiksmīgi sadarboties ar veselības aprūpes speciālistu (Christmann, 2005: 6). Līdz ar to secināms, ka internets var vairot indivīdu pratības līmeni, taču vienlaikus tas arī rada draudus tiem, kuri nespēj kritiski izvērtēt pieejamās informācijas kvalitāti.

Insulta gadījumā ir nepieciešama kompleksa personas medicīniskā un sociālā aprūpe, lai šī persona atgūtu darba un ikdienai nepieciešamas prasmes. Ir nepieciešama neatliekama ārstēšana insulta vienībā, kā arī pastāvīga un bieži ilgstoša fiziskā rehabilitācija, aptverot indivīda kustību, runas un kognitīvo prasmju pilnveidi. Tieši laicīga un agrīna fiziskā

rehabilitācija ir priekšnosacījums, kas nosaka personas atveseļošanās „veiksmīgumu”. Situācija Latvijā rāda, ka valsts līdzekļi dažādu slimnieku rehabilitācijai ir nepietiekami, kā rezultātā personām uz rehabilitāciju ir jāgaida garās rindās. Pēc NVD datiem, NRC „Vaivari”, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumu personām pēc insulta un kas ir lielākā rehabilitācijas iestāde Latvijā, 2018. gada augustā vidēji rindā uz rehabilitāciju pieaugušajiem bija 848 pacienti, kas gaidīšanas laika ziņā var veidot pat vairākus mēnešus (Nacionālais veselības dienests, 2018a). Taču, kā norāda rehabilitācijas speciālisti, lai rehabilitācija būtu efektīva tā jāuzsāk ne vēlāk kā trīs mēnešus pēc insulta gadījuma. To apzinoties daļa tuvinieku rehabilitāciju apmaksā no personīgiem līdzekļiem. Līdz ar to nereti insultu pārcietušās personas atveseļošanās un iekļaušanās sabiedrībā ir atkarīga no paša vai ģimenes locekļu „maka biezuma”, jo, piemēram, 13 dienu medicīniskās rehabilitācijas programma personām pēc insulta rehabilitācija centrā Līgatne, pēc 2018. gada augusta datiem, izmaksā 782 EUR (Rehabilitācijas centrs “Līgatne”). Tā ir līdzvērtīga maksa vidējai mēneša neto darba samaksai Latvijā, kas 2018. gada I ceturksnī bijusi 713 EUR (Centrālā statistikas pārvalde, 2018b).

Darba novitāte

Par insulta tematiku akadēmiskās datubāzēs sastopams liels skaits publikāciju - gan par tā medicīnisko, gan sociālo ietekmi. Attiecībā uz sociālas jomas pētījumiem, ir analizēta insulta ietekme uz personas un viņu tuvinieku dzīves kvalitāti – ierobežojumi un izaicinājumi, ar kuriem personām nākas saskarties pēc insulta, insultu pavadošā depresija un izolācijas sajūta, fiziskā nespēja paveikt ikdienišķas aktivitātes, emocionālā izdegšana insultu pārcietušā cilvēka aprūpes sniedzējiem, informācijas trūkums par insulta rehabilitācijas un insultu pārcietušās personas aprūpēšanas procesu, sociālā atbalsta trūkums no paziņām un draugiem. Līdzšinējos pētījumos arī vērsta uzmanība uz insulta rehabilitācijas pieredzes izpēti, nosakot veiksmīgu rehabilitāciju ietekmējošus faktorus un aspektus, kuri rehabilitācijā būtu ietverami, piemēram, nepieciešamība pēc sociāla atbalsta fiziskās rehabilitācijas laikā, drošības sajūtas veidošana, slimnieku iedrošināšana un viņu pārdzīvojumu uzklauššana. Nelielā skaitā publikāciju izmantots arī insultpratības jēdziens, aktualizēta zināšanu par insulta riska faktoriem, pazīmēm un neatliekamam rīcību insulta pazīmju novērošanas gadījumā nozīme, raksturota sabiedrības insultpratība, ņemot vērā zināšanas par insulta riskiem, pazīmēm un rīcību insulta gadījumā. Jēdziens ir pieminēts, bet reti tiek definēts un apspriests. Bieži insultpratība tiek aizstāta ar tādiem jēdzieniem kā zināšanas par insultu (*stroke knowledge*) un izpratne par insultu (*awareness of stroke*). Tādēļ insultpratības jēdziena izmantošana šajā

promocijas darbā un šī pētījuma virziena attīstīšana ir inovatīva gan Latvijas, gan starptautiskā mērogā.

Esošais insultprātības jēdziens, ko izmanto dažādu valstu pētnieki, neaptver visas dimensijas, kas ir būtiskas insulta kontekstā, bet fokusējas uz indivīdu informētību par insulta riska faktoriem, pazīmēm un rīcību insulta pazīmju novērošanas gadījumā (Morren & Salgado, 2013). Netiek runāts par indivīdu zināšanām par insulta rehabilitācijas procesu, kas insulta gadījumā ir svarīgs un izšķirošs prasmju apgūšanā, kā arī netiek runāts par aspektiem, kas jāņem vērā insulta slimnieka aprūpē. Taču šie jautājumi, precīzāk informācijas trūkums par tiem, insulta gadījumā ir aktuāli, par ko liecina vairākas publikācijas par šo tēmu. Līdzšinējos pētījumos arī trūkst informācijas par to, kā noris ar insultu saistītas informācijas ieguves, sapratnes un pielietošanas process insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku vidū, un kā tas ietekmē iekļaušanās sabiedrībā sekmīgumu, rīcības stratēģiju izvēli pēc insulta. Ir identificēta tikai daļa jomas, par kurām insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki vēlētos saņemt informāciju. Tāpēc šajā promocijas darbā autore piedāvā insultprātības jēdzienu paplašināt, un tādējādi viens no promocijas darba pienesumiem ir paplašinātās definīcijas, kā arī jēdziena klasifikācijas un mērinstrumenta izstrāde.

Par promocijas darba pienesumu uzskatāma jauna pētnieciskā virziena attīstīšana insultprātības jomā. Darbā, pētot insultprātību, tiek vērsta uzmanība uz ar insultu saistītās informācijas ieguves, novērtēšanas un pielietošanas procesu. Šādi aspekti līdzšinējos pētījumos nav aplūkoti. Tāpat darba pienesums ir kompleksas metodoloģiskās pieejas izmantošana insultprātības izpētē, kas ietver daļēji strukturētas intervijas, novērojumus, interneta lapu analīzi, ekspertintervijas un aptauju. Izstrādātā metodoloģiskā pieeja ir ekstrapolējama citu slimību izpētē.

No lietišķu pētījumu perspektīvas raugoties, iepriekš veiktos pētījumos maz analizēts, cik lielā mērā insultu pārcietušie cilvēki ir informēti par valsts finansētajiem veselības un sociālajiem pakalpojumiem – kā par tiem uzzina, kāpēc tos izmanto vai neizmanto, kāda ir bijusi pieredze šo pakalpojumu izmantošanā. Darba lietišķais pienesums ir šo aspektu izpēte un rekomendāciju sniegšana veselības un sociālās politikas veidotājiem.

Pētījuma mērķis, pētnieciskais jautājums un aizstāvībai izvirzītā tēze

Promocijas darbā izvirzīts šāds **pētījuma mērķis**: novērtēt insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultprātību un izstrādāt insultprātības definīciju un klasifikāciju.

Pētnieciskais jautājums: kā veidojas insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultpratība un kāda ir tās loma rīcības stratēģiju pēc insulta izvēlē?

Pētījuma objekts ir insultu pārcietuši cilvēki, insultu pārcietušo cilvēku tuvinieki un ar insultu saistītās profesionālās organizācijas.

Pētījuma priekšmets ir insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultpratība.

Promocijas darba priekšmeta un objekta izvēli noteica vairāki faktori. Pirmkārt, autores interese medicīnas socioloģijā. Otrkārt, augstā sabiedrības saslimstība ar insultu un tā radītās sekas personas funkcionālajām spējām, kas bieži pieprasa personai pārstrukturizēt ikdienas dzīvi. Treškārt, pētāmās tēmas starpdisciplināritāte – pētījums aptver gan medicīnas nozari, kas ir ieinteresēta veiksmīgā pacientu rehabilitācijā un ārstu – pacientu mijiedarbībā, sociālā darba un sociālās aprūpes nozari, kuru intereses vērstas uz sociālajiem pakalpojumiem un to kvalitātes nodrošināšanu, socioloģijas nozari, kas tiecas izprast personas rīcību kontekstā ar apkārtējo vidi.

Promocijas darbā ir izvirzīti šādi **uzdevumi**:

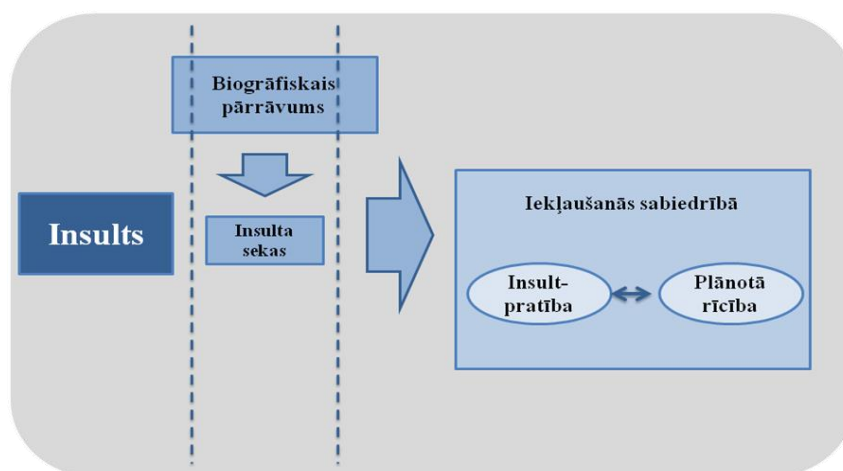
- 1) Analizēt biogrāfiskā pārrāvuma, sociālās iekļaušanās un rīcību skaidrojošas teorētiskās perspektīvas, kā arī analizēt veselībratības un insultpratības jēdzienus un novērtēt to pielietojamību pētījuma priekšmeta izpētē.
- 2) Izpētīt, kādu ietekmi uz insultu pārcietušo cilvēku dzīves gājumu atstāj insulta gadījums.
- 3) Izpētīt, kā noris ar insultu saistītas informācijas ieguve, saprašana, novērtēšana un pielietošana, kādas ir insultu pārcietušā cilvēka un viņu tuvinieku zināšanas par insulta jautājumiem.
- 4) Izpētīt, kādas rīcības stratēģijas insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki izmanto insulta ārstēšanas un rehabilitācijas procesā, lai insultu pārcietusī persona iekļautos sabiedrībā, kā rīcība stratēģiju izvēli ietekmē šo personu insultpratība.
- 5) Izpētīt, kāda ir insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku pieredze sociālo un veselības pakalpojumu izmantošanā, kā viņi iegūst informāciju par šiem pakalpojumiem un kā tos novērtē.

Aizstāvēbai promocijas darbā ir izvirzīta šāda tēze: insultu pārcietušā cilvēka un viņa ģimenes locekļu zināšanām un prasmēm iegūt, saprast, novērtēt un pielietot informāciju ir izšķiroša loma atveseļošanās procesā, biogrāfiskā pārrāvuma – insulta pārvarēšanā un spējā iekļauties sabiedrībā.

Promocijas darba teorētiskais ietvars

Lai raksturotu insultu kā medicīnisku fenomenu, darbā izmantoti medicīnas nozares skaidrojumi par insulta riskiem, pazīmēm un sekām. Lai raksturotu insulta sociālo ietekmi, promocijas darbā izmantota biogrāfiskā pārrāvuma (*biographical disruption*) teorētiskā perspektīva. Ņemot vērā, ka pēc insulta personas veic mērķtiecīgu darbību, lai normalizētu dzīvi un atgrieztos „ierastajās sliedēs”, darba autore šī procesa apzīmēšanai izmanto iekļaušanās jēdzienu (*social inclusion*). Iekļaušanās sabiedrībā apzīmē insultu pārcietušo personu un viņu tuvinieku rīcību un vēlmī panākt insultu pārcietušās personas iespējami labāku stāvokli, lai šī persona varētu dzīvot patstāvīgi un neatkarīgi, būt nodarbināta un izmantot dažādus pakalpojumus – t.i., iekļauties sabiedrībā.

Lai sasniegtu darbā izvirzīto mērķi, atbildētu uz pētniecisko jautājumu un pierādītu vai noliegtu aizstāvībai izvirzīto tēzi, darba teorētiskajā daļā ir izmantots veselībpratības (*health literacy*) jēdziens un insultpratības jēdziens (*stroke literacy*). Savukārt, lai palīdzētu izprast, kas ietekmē insultu pārcietušo personu un viņu tuvinieku rīcības stratēģiju izvēli, darbā izmantota plānotās rīcības (*Theory of planned behaviour*) teorētiskā perspektīva. Iepriekš raksturoto teorētisko perspektīvu pielietojums shematiski attēlots 1. attēlā.



1.att. Darbā izmantotais teorētiskais modelis

Biogrāfiskā pārrāvuma jēdziens izmantots, lai skaidrotu insulta kā pēkšņa notikuma - smagas slimības ietekmi uz indivīda dzīvi. Biogrāfiskais pārrāvums apzīmē tādus notikumus un procesus, kur slimība lauž indivīda sociālo un kultūras pieredzi, radot draudus viņa identitātei un vājinot indivīda paškontroles iespējas, un kur pārmaiņas ķermenī un jaunu simptomu kopa pārveido personas dzīvi un sociālās attiecības, ievieš nedrošību indivīda dzīvē (Bury, 1997: 124). Izmantojot šo teorētisko pieeju, promocijas darbā tiek pētīts, vai insulta gadījumam ir raksturīgas biogrāfiskā pārrāvuma pazīmes, t.sk. skaidrojot, kādas pārmaiņas šāds biogrāfiskais pārrāvums ievieš indivīdu dzīvēs.

Sociālās iekļaušanās jeb iekļaušanās sabiedrībā jēdziens izvēlēts, lai gūtu plašāku ieskatu par iekļaušanās izpausmēm. Iekļaušanās ir daudzdimensionāls jēdziens, kas ietver plašu izpausmju klāstu (sociāla, ekonomiska, funkcionāla – fiziska iekļaušanās). Pirmkārt, tas ir paša indivīda skatījums un pārliecība par to, vai viņam ir pieeja nepieciešamajiem resursiem, pakalpojumiem un aktivitātēm. Otrkārt, tā ir personas pašas motivācija, gribasspēks un nodomi veikt darbības, lai iekļautos sabiedrībā. Līdz ar to gan attieksmes (personas vērtības un pārliecības), gan subjektīvas normas (sociāls spiediens, priekšstati par to, kā būtu jārīkojas), gan savu spēju pašnovērtējums var būt motivējošs faktors vai barjera veiksmīgam iekļaušanās procesam sabiedrībā. Tādēļ, lai skaidrotu šo rīcību ietekmējošo modeli, promocijas darbā izmantota plānotās rīcības teorija², kas palīdz skaidrot iekļaušanos un informācijas par insulta jautājumiem pielietošanu kā aktīvu, mērķtiecīgu rīcību kopumu, izvērtējot, kā rīcības izvēli ietekmē indivīda attieksmes, subjektīvās normas un savu spēju pašnovērtējums, kā to ietekmē indivīda motivācija un nospraustie mērķi.

Insultpratības jēdziens izmantots, lai analizētu, kādas ir insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku zināšanas par insulta jautājumiem, kādas dimensijas jēdziens ietver un vai tās ir pietiekamas, lai analizētu zināšanas par insulta jautājumiem, un pārliecinātos, kā indivīda prasmes atrast, saprast un pielietot informāciju par insulta jautājumiem ietekmē viņu rīcības stratēģiju izvēli, līdz ar to atveseļošanās un iekļaušanās veiksmīgumu.

Pētījumā izmantotā metodoloģija

Promocijas darba empīrijā izmantota kompleksa pētījuma pieeja, kas paredz dažādu datu ieguves metožu izmantošanu – (1) daļēji strukturētas intervijas ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem, (2) ekspertintervijas ar profesionālo organizāciju pārstāvjiem, veselības aprūpes speciālistiem, sociālās politikas veidotājiem, (3) līdzdalības novērojumi insultu pārcietušo cilvēku tikšanās reizēs, (4) dokumentu analīze, (5) insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptauja. Plašs un dažādu metožu klāsts izmantots, lai gūtu vispusīgu un padziļinātu izpratni par pētījuma priekšmetu, jo katra no metodēm sniedza ieskatu noteiktu aspektu izpētē, un nodrošinātu datu triangulāciju. Izmantotā metodoloģiskā pieeja ir piemērota un ir pietiekama pētījuma priekšmeta izpētē.

Lai arī darbā ir izmantotas dažādas datu ieguves metodes, darba pamatā izmantota kvalitatīvā pētnieciskā pieeja, jo tā ļauj iegūt padziļinātu izpratni par pētāmo fenomenu, izprast indivīda rīcības pamatojumu, atklāt vērtības un izprast rīcības motīvus, personu

² Alternatīvi izmantojams jēdziens “argumentētās rīcības teorija” (LZA Terminoloģijas komisija)

motivāciju, attieksmes, situācijas kontekstu. Empīriskā materiāla pamatu veido daļēji strukturētas intervijas un ekspertintervijas, papildus izmantoti līdzdalības novērojumi, dokumentu analīze un insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptauja. Daļēji strukturēta intervija darbā izvēlēta, jo tā ļauj tiešā veidā rast atbildes uz pētījuma jautājumu un izprast pētījuma priekšmetu - insultprātību. Ekspertintervija kā metode izvēlēta, lai izprastu sociālo politiku un insulta ārstēšanas un rehabilitācijas specifiku, lai izprastu problēmas, ar kurām saskaras insultu pārcietušie cilvēki, un to iespējamās risinājumus, validētu intervijās iegūtos rezultātus. Ekspertintervijas tika veiktas ar VM un LM speciālistiem, rehabilitācijas speciālistiem un insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku atbalsta biedrības pārstāvjiem.

Darbs ir balstīts vispārēja kvalitatīvā pētījuma pieejā (*basic qualitative research*), kas ir bieži izmantota pieeja veselības un sociālā darba pētījumos (Merriam-Sharan, 2009: 22). Šī pieeja līdzīgi kā citas kvalitatīvās analīzes pieejas paredz izpratnes gūšanu par to, kā indivīdi konstruē realitāti mijiedarbībā ar citiem, kā indivīdi interpretē savu pieredzi, kā konstruē pasauli, kādu nozīmi piešķir savai pieredzei. Taču atšķirībā no citām pieejām tā neparedz detalizēti izprast indivīda apziņu, kā tas būtu fenomenoloģiska pētījuma gadījumā, tās fokuss nav vērsts uz indivīda un kultūras interakcijas izpēti, kā tas būtu etnogrāfiskas pieejas gadījumā. Pētījuma uzsvars arī nav vērsts uz sabiedrības procesu kritiku un pārmaiņu iniciēšanu sabiedrībā, kā tas būtu kritiskās pieejas gadījumā. Arī teorijas izstrāde nav izvirzīta par pašmērķi, kā tas būtu datos balstītas teorijas pieejā (Merriam-Sharan, 2009: 23). Taču atsevišķi minēto pieeju aspekti darbā tiks izmantoti. Piemēram, pētot indivīda pieredzi, cik iespējams, tiks ņemta vērā viņa kultūras pieredze – uzskati, vērtības, attieksmes un uzvedība. No datos balstītas teorijas pieejas tiks izmantoti kodēšanas principi.

Pētījuma kopējā pieeja vairāk balstīta objektīvistu pieejā, kas paredz to, ka uzmanība vairāk tiek pievērsta tam, lai iegūtu informāciju par notikumiem un to hronoloģiju, notikumu apstākļiem, uzvedību, pretstatā konstruktīvistiem, kuri vairāk uzmanības vērš uz dalībnieku pašu radītām jēdzienu definīcijām, notikumu skaidrojumiem (Charmaz, 2006: 32).

Veicot intervijas ar insultu pārcietušiem cilvēkiem, būtiska uzmanība pievērsta ētiskajiem aspektiem un interviju specifikai šajā grupā. Tā kā insults biežāk ir izplatīts gados vecākiem cilvēkiem, veicot intervijas, ņemtas vērā personas kognitīvās spējas, nepieciešamība ilgāku laiku apdomāt un noformulēt atbildi (Wenger, 2003: 119). Ņemot vērā, ka daļā gadījumu personai insults ir atstājis sekas uz runas spējām, darba autore palīdzēja intervētajam noformulēt domu. Tāpat vērība tika pievērsta intervējamā emocionālajam stāvoklim, izvairoties no jautājumiem, kas var radīt emocionālu sakāpinājumu.

Kā datu analīzes metode darbā izvēlēta kvalitatīvā kontentanalīze – analizējot tekstu un no tā rodot atkārtojamus un drošticamus secinājumus par šī teksta nozīmēm, sasaistot ar vidi, kurā šie dati tika radīti (Bengtsson, 2016: 9). Tā līdzīgi kā datos balstītā teorija ietver datu kodēšanu (Merriam-Sharan, 2009: 205), taču atšķirībā no datos pamatotās pieejas, kvalitatīvās kontentanalīzes pašmērķis nav izstrādāt jaunu teoriju.

Promocijas darba struktūra

Promocijas darbs strukturēts septiņās nodaļās. Pirmajā nodaļā raksturots insults kā medicīniska saslimšana, insulta ārstēšana, insulta notikums kā biogrāfisks pārrāvums un nepieciešamība pēc sociālās iekļaušanās. Otrajā nodaļā skaidrots veselībapratības un insultprātības jēdziens, sniegta autores izstrādāta insultprātības definīcija, insultprātības klasifikācijas modelis un mērīšanas instruments, kā arī raksturota plānotās rīcības un sociālās mācīšanās teorētiskā perspektīva. Trešajā nodaļā sniegts līdz šim veikto akadēmisko pētījumu pārskats, norādot pētījumos aplūkotās tematikas un nozīmīgākos secinājumus. Ceturtajā nodaļā raksturota promocijas darbā izmantotā metodoloģiskā pieeja. Piektajā nodaļā analizēti empīrijā iegūtie rezultāti, raksturojot insulta radītās sekas uz insultu pārcietušās personas dzīves gājumu. Sestajā nodaļā raksturoti empīrijā iegūtie rezultāti attiecībā uz insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultprātību. Septītajā nodaļā raksturota insultprātības loma rīcības stratēģiju izvēlē, biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā un iekļaušanās sabiedrībā procesā. Pēc septītās nodaļas sniegti darba secinājumi un diskusija, lietišķas rekomendācijas un pievienots darbā izmantoto avotu saraksts. Darba noslēgumā pievienoti pielikumi, kas ietver darbā izmantotās interviju vadlīnijas, aptaujas instrumentāriju un darbā raksturotos insultprātības un veselībapratības novērtēšanas mērinstrumentus.

Promocijas darba rezultātu aprobācija

Promocijas darba ietvaros veiktā pētnieciskā darba rezultāti ir aplūkoti divās publikācijās, kā arī prezentēti vietēja un starptautiska mēroga konferencēs.

Publikāciju saraksts:

- 1) Vibane K. (2018). Stroke Literacy Among Stroke Survivors' Family Caregivers. *Economic Science for Rural Development Conference Proceedings*, 2018, No. 49, pp. 434-442, DOI 10.22616/ESRD.2018.163 (Abstracted / Indexed: ISI Web of Science, AGRIS, CAB Abstracts, EBSCOHost Academic Search Complete databases and Google Scholar)

- 2) Rasnača L., Vībane K., Ņikišins J. (2017). Kā protam rūpēties par veselību? Kā kļūt meistarīgākiem? *Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2015/2016. Dzīves meistarība un informācijpratība*. Galv. red. Baiba Holma. Rīga: LU Sociālo un politisko pētījumu institūts, 152 lpp, ISBN 978-9934-18-240-2.

Konferenču un tajās nolasīto referātu saraksts:

- 1) Vībane K. (2018). *Stroke literacy among stroke survivors' family caregivers*. 19th annual international scientific conference „Economic Science For Rural Development”, May 11, 2018, Jelgava, Latvia.
- 2) Vībane K. (2018). *Indivīdu pieredze veselības un sociālo pakalpojumu izmantošanā pēc insulta*. LU 76. konference, 2018. gada 9. februāris, Rīga, Latvija.
- 3) Vībane K. (2017). *Insultpratība insultu pārcietušo cilvēku ģimenes locekļu vidū*. LU 75. konference, 2017. gada 10. marts, Rīga, Latvija.
- 4) Vībane K. (2016). *Ilgstoši slimojošo pacientu atgriešana darba tirgū, nodrošinot IKT prasmju apgūšanu: Pētījuma rezultāti*. Konference „Ilgstoši slimojošo integrācija darba tirgū”, 2016. gada 27. aprīlis, Rīga, Latvija.
- 5) Vībane K. (2016). *Jaunu zināšanu un prasmju apguve pēc insulta*. LU 74. konference, 2016. gada 12. februāris, Rīga, Latvija.

1. INSULTA NOTIKUMS KĀ BIOGRĀFISKAIS PĀRRĀVUMS

Šajā nodaļā raksturots insults kā medicīniska saslimšana, skaidrojot tā pazīmes, riska faktorus un iespējamās sekas, kā arī insulta ārstēšanas un rehabilitācijas procesu. Nodaļas otrajā apakšnodaļā autore aplūkojusi insulta gadījumu kā biogrāfisku pārrāvumu iniciējošu notikumu. Savukārt nodaļas trešajā apakšnodaļā autore raksturo iekļaušanās jēdzienu – indivīdu centienus socializēties un iesaistīties dažādās aktivitātēs.

1.1. Insulta raksturojums

Nemot vērā, ka šī promocijas darba viens no pētījuma objektiem ir personas, kuras ir pārcietušas insultu, šajā apakšnodaļā autore raksturojusi, kas ir insults, kādi ir insulta riska faktori, ārstēšanas specifika un kādas ir iespējamās insulta sekas, kā arī kāda ir insulta izplatība. Šajā apakšnodaļā tiek sniegta arī informācija par veselības aprūpes pakalpojumiem insultu pārcietušajiem cilvēkiem.

Insults ir viena no asinsrites slimībām, kas notiek smadzenēs. Tā var skart jebkuru personu jebkurā laikā. Insultu raksturo asins apgādes traucējumi kādai noteiktai smadzeņu daļai - tā rezultātā šūnām pietrūkst skābekļa, un tās iet bojā (National Stroke Association, n.d.). „Visbiežākais (60 – 70%) insulta veids ir smadzeņu (cerebrāls) infarkts – pēkšņš perēklains smadzeņu bojājums, kas saistīts ar asins piegādes traucējumu, visbiežāk – nosprostojumu kādā no smadzeņu asinsvadiem. Otrs insulta veids ir saistīts ar smadzeņu asinsvada plīsumu un asins izplūdumu smadzenēs un/vai asins izplūdumu starp smadzeņu apvalkiem. [...] Insulta izpausmes atkarīgas no insulta veida (infarkts vai asins izplūdums smadzenēs) un no tā, kurš smadzeņu rajons ir bojāts un cik plaši.” (Latvijas ārstu biedrība, 2008: 8 & 34). Insulta pazīmes ir pēkšņš nejutīgums sejā, rokā vai kājā (parasti vienā ķermeņa pusē), pēkšņas grūtības redzēt (ar vienu vai abām acīm), pēkšņas grūtības staigāt, reibonis un līdzsvara problēmas, pēkšņas grūtības skaidri izteikt vārdus un saprast citu teikto, kā arī pēkšņas spēcīgas galvassāpes bez zināma iemesla („Stroke: Awareness and Education Toolkit”, n.d.: 16).

Insults ir viena no biežākajām saslimšanām Latvijā un pasaulē. Pēc NVD datiem, 2017. gadā ar insulta diagnozi tika hospitalizētas 6766 personas, no tām 14% ar hemorāģisku insultu un 86% ar išēmisku insultu. No hospitalizētajiem insultu pārcietušajiem cilvēkiem 16% tika hospitalizēti uz ārstniecības iestādēm, kas nenodrošina insulta vienību, un 84% uz ārstniecības iestādēm, kas nodrošina insulta vienību (Nacionālais veselības dienests, 2018c). Pēc SPKC datiem, 2017. gadā ar insulta diagnozi mira 2115 cilvēki (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2018a). Mirušo skaits no insulta ir trešais augstākais starp visām

saslimšanām (tas ir trešais augstākais aiz sirds išēmiskajām slimībām un ļaundabīgiem audzējiem). Ja šo mirstības rādītāju izsaka pret iedzīvotāju skaitu³, tad secināms, ka 2017. gadā no insulta mira 0,11% Latvijas iedzīvotāju.

Pēc NVD apkopotās informācijas, vidēji 30 dienu laikā pēc hospitalizēšanas ar hemorāģisku insultu ir miruši 36% hospitalizēto un ar išēmisku insultu – 21% hospitalizēto. Ārstniecības iestādēs, kas nenodrošina insulta vienību, ir novērojams augstāks mirušo īpatsvars (ar hemorāģisku insultu miruši 48% no hospitalizētajiem un ar išēmisku insultu - 29%), salīdzinot ar iestādēm, kurās ir insulta vienība (tajās ar hemorāģisku insultu miruši 35% no hospitalizētajiem un ar išēmisku insultu - 19% (Nacionālais veselības dienests, 2018c).

Insulta ietekme uz katru insultu pārcietušo personu var būt dažāda - atkarībā no insulta smaguma un veida, kā arī saņemtās ārstēšanas un rehabilitācijas ātruma un kvalitātes (Kim et al., 1999: 293). Personas pēc insulta kopumā var saskarties ar:

- Funkcionālajiem traucējumiem – insults bieži atstāj kustību, runas un kognitīvos traucējumus, var radīt paralīzi, nejutību ekstremitātēs, līdzsvara sajūtas zudumu;
- Psiholoģiskajām problēmām – līdz ar ierobežotām kustībaspējām, nespēju strādāt algotu darbu noteiktās profesijās, nespēju socializēties ar citiem indivīdiem insultu pārcietušajiem cilvēkiem mainās emocionālais stāvoklis, viņus biežāk nomoka depresija un dusmas, kā arī problēmas, kā tikt galā ar jauno situāciju.
- Atkarību no citiem un lomu maiņu ģimenē – līdz ar sociālo tīklu sairšanu, aprūpes un izglītojošas informācijas trūkumu, insultu pārcietušie cilvēki kļūst atkarīgi no citiem, jo īpaši ģimenes locekļiem. Insultu pārcietušie cilvēki vairs nespēj pildīt agrākās lomas ģimenē un sabiedrībā kustību un citu fizisko ierobežojumu dēļ.
- Informācijas trūkumu – insultu pārcietušie cilvēki saskaras ar nepietiekamu informētību, izglītošanu un prasmju attīstīšanu saistībā ar sevis aprūpi un atveseļošanās procesu.
- Nepietiekamu sociālekonomisko atbalstu – insultu pārcietušie cilvēki jutās nepietiekami sociāli atbalstīti un apdrošināti, nepietiekami atbalstīti finansiāli.
- Dzīves kvalitātes pasliktināšanos – finansiālo resursu trūkums un sociālā atbalsta trūkums, nespēja kontrolēt jauno situāciju pasliktina insultu pārcietušo cilvēku ikdienas dzīvi (Dalvandi et al., 2010: 250-251).

Aptuveni trešdaļai no insultu pārcietušajiem cilvēkiem pēc insulta gadījuma ir nepieciešama palīdzība ikdienas darbu veikšanā (Wang et al., 2014: 1). Tādēļ insults personai

³ 2017. gadā iedzīvotāju skaits bija 1 950,1 tūkst. (Centrālā statistikas pārvalde, 2018a).

bieži rada depresiju, nolemtības un „nastas citiem” sajūtu, kā arī izolācijas no sabiedrības sajūtu. Pēc insulta lielā daļā gadījumu personu dzīvē noris būtiskas pārmaiņas, kas ietekmē viņu dzīves kvalitāti. Atlabšana pēc insulta noris dažādā ātrumā, un parasti vislielākais progress novērojams pirmajos mēnešos pēc insulta, kam seko lēnāka pakāpeniska funkcionālo spēju uzlabošanās turpmāko gadu laikā (Latvijas ārstu biedrība, 2008: 36 & 41).

Insultam izšķir divu veida riska faktoros. Pirmie ir neietekmējamie riska faktori, kā vecums, dzimums un ģenētiskie faktori. Un otra grupa ir ietekmējamie riska faktori kā augsts asinsspiediens, cukura diabēts, augsts holesterīna līmenis, asinsrites slimības, smēķēšana, alkohola lietošana, aptaukošanās, fizisko aktivitāšu trūkums (Wong et al., 2012). Tādēļ būtiska loma insulta profilaksē ir personas veselībasprātībai – gan veselīgam dzīvesveidam un slimību profilaksei, gan spējai noteikt galvenos slimību veicinošos riska faktoros, jo īpaši pēc insulta gadījuma, jo tad palielinās atkārtota insulta risks.

Insulta ārstēšana un rehabilitācija⁴. Insulta gadījumā ir būtiska tūlītēja, specializēta ārstēšana insulta vienībā. Jo ātrāk persona tiek nogādāta insulta vienībā un saņem medikamentus, jo sagaidāmi labāki ārstēšanas rezultāti. Ja personai noticis insults, to nepieciešams nogādāt insulta vienībā trīs stundu laikā kopš simptomu parādīšanās (Helsenorge.no, 2016). Lai nodrošinātu šādu iespēju, valstī ir izveidotas vairākas insulta vienības – Rīgā, Liepājā, Ventspilī, Rēzeknē, Daugavpilī, Jelgavā un Valmierā. Insulta vienībā noris ne tikai neatliekamās palīdzības sniegšana insultu pārcietušajai personai, bet tajā tiek uzsākta arī rehabilitācija. Iespējami drīza pacienta rehabilitācija ir ļoti nozīmīga, jo no tās ir atkarīga pacienta tālāka funkcionālo spēju atgūšana. Taču jāņem vērā, ka rehabilitācija nevar pilnībā novērst insulta sekas, bet gan var palīdzēt atgriezties patstāvīgā dzīvē, attīstot spēku un spējas tā, lai varētu turpināt veikt savas ikdienas aktivitātes (Latvijas ārstu biedrība, 2008: 39). Medicīniskās rehabilitācijas mērķis ir pacientiem ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem nodrošināt funkcionālo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu (Nacionālais veselības dienests, 2018b). Pēc izrakstīšanās no stacionāra insultu pārcietušajiem cilvēkiem bieži ir nepieciešama tālāka rehabilitācija. Tālākas rehabilitācijas pakalpojumi ir pieejami gan stacionāri, gan kopš 2012. gada 1. janvāra arī mājās, kad valsts sāka apmaksāt rehabilitologa mājas vizītes (Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014. - 2020.gadam: 68).

⁴ Veselības aprūpes nozari Latvijā regulē dažādi normatīvie akti: likumi, MK noteikumi. No likumiem kā būtiskākie minami šādi: (a) Pacientu tiesību likums, kas nosaka pacientu tiesības attiecībā uz informācijas pieejamību, ārstēšanu, ārstniecības personu un ārstniecības iestādi u.c., kā arī uz pacienta pienākumiem (Pacientu tiesību likums), (b) Ārstniecības likums, kas nosaka ārstniecības uzraudzību, personu pienākumus un tiesības veselības aprūpē, ārstniecības personu darbību, viņu pienākumus un tiesības u.c. jomas (Ārstniecības likums), un (c) Veselības aprūpes finansēšanas likums, kas nosaka veselības aprūpes finansēšanas sistēmas vispārīgos principus un struktūru un regulē valsts obligātās veselības apdrošināšanas finansiālo un organizatorisko struktūru (Veselības aprūpes finansēšanas likums).

Mājas rehabilitācijas pakalpojums insultu pārcietušajām personām tika ieviesta ar mērķi nodrošināt personai rehabilitācijas iespējas, kamēr tā gaida rindā uz rehabilitāciju stacionārā.

Lai arī valstiskā līmenī ir mēģinājumi rehabilitāciju insultu pārcietušajiem cilvēkiem padarīt pieejamāku, problemātika saistībā ar tās pieejamību joprojām saglabājas. Mājas rehabilitācija ir pieejamāka pilsētās, kur ir augstāks iedzīvotāju blīvums un kur pakalpojumu sniegt „atmaksājas”. Tādējādi, pēc iegūtajiem ekspertinterviju rezultātiem, secināms, ka ir gadījumi, kad lauku teritorijās dzīvojošiem insultu pārcietušajiem cilvēkiem pakalpojums nav pieejams.

Attiecībā uz rehabilitāciju stacionārā, pēc NVD datiem, NRC „Vaivari”, kurā ir lielākā rehabilitācijas nodaļa insultu pārcietušajām personām Latvijā, 2018. gada augustā vidēji rindā uz rehabilitāciju pieaugušajiem bija 848 pacienti (Nacionālais veselības dienests, 2018a), kas gaidīšanas ziņā var veidot pat vairākus mēnešus. Taču, kā norāda rehabilitācijas speciālisti, lai rehabilitācija būtu efektīva, tā jāuzsāk ne vēlāk kā trīs mēnešus pēc insulta gadījuma. To apzinoties, daļa insultu pārcietušo personu tuvinieku meklē maksas rehabilitācijas iespējas. Līdz ar to var teikt, ka insultu pārcietušās personas atveseļošanās un iekļaušanās sabiedrībā daļēji ir atkarīga no šī indivīda vai viņa ģimenes locekļu „maka biezuma”. Ilustrācijai, 13 dienu medicīniskās rehabilitācijas programma personām pēc insulta, pēc 2018. gada 7. augusta datiem, rehabilitācija centrā „Līgatne”, piemēram, izmaksā 782 EUR (Rehabilitācijas centrs “Līgatne”, n.d.). Tā ir pat nedaudz augstāka maksa nekā vidējā mēneša neto darba samaksa Latvijā 2018. gada I ceturksnī, kas bija 713 EUR (Centrālā statistikas pārvalde, 2018b).

Arī aplūkotie mediju raksti pamato fiziskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības problemātiku insultu pārcietušajiem cilvēkiem: „Diemžēl uz valsts apmaksātu rehabilitāciju insulta pacienti šobrīd spiesti gaidīt rindā pat vairākus mēnešus. Arī tad vēl par to jāpiemaksā diezgan ievērojama naudas summa, tādēļ nereti rodas situācija, kad pacienta vai viņa tuvinieku maciņa biezums nosaka, vai viņš kļūs vai nekļūs par invalīdu.” (Olševska, 2012) Saņemot valsts apmaksātus ambulatoros medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, pacientam jāmaksā pacienta iemaksa: dienas stacionārā – 7,11 EUR, stacionārā – 10,00 EUR (sākot no otrās dienas). Izņēmums ir tās sociālās grupas, kuras ir atbrīvotas no pacienta iemaksu veikšanas atbilstoši MK noteikumiem, piemēram, trūcīgas personas, I grupas invalīdi u.c. (Veselības ministrija, 2017b).

1.2. Insults kā biogrāfiskā pārrāvuma izraisītājs

Kā secināts iepriekšējā apakšnodaļā, insults var radīt būtiskās sekas uz personas dzīves gājumu, tādēļ darba autore insulta gadījumu saista ar biogrāfisko pārrāvumu. Tas ir attiecināms uz gadījumiem, kad indivīda dzīvē noticis lūzums un ir iestājies jauna perioda sākums, kas attiecīgi no personas pieprasa jaunas zināšanas un prasmes. Pēc autore domām, biogrāfiskā pārrāvuma jēdziens palīdz raksturot insulta gadījumu un tā radīto sociālo ietekmi uz indivīda dzīvi.

Apakšnodaļā autore skaidro, kas ir biogrāfiskā pārrāvuma jēdziens un kādas ir tā pazīmes, kā arī piedāvā citus jēdzienus, kurus insulta gadījumā ir iespējams pielietot kopā ar biogrāfiskā pārrāvuma jēdzienu: psiholoģiskā trauma (*psychological trauma*) un kauns (*shame*).

1.2.1. Biogrāfiskā pārrāvuma jēdziens

Biogrāfiskā pārrāvuma jēdziena aizsākumi meklējami britu sociologa M. Berija (*M. Bury*) darbos. Viņš 20. gs. 80. gadu sākumā, analizējot indivīdu hronisko slimību pieredzi, izmantoja jēdzienu, lai skaidrotu, kā indivīdi reaģē uz hroniskām slimībām un kā pielāgojas tām (Hubbard et al., 2010: 132). Pēc M. Berija definējuma grāmatā par veselību un slimību mainīgajā sabiedrībā (*“Health and illness in a changing society”*), biogrāfiskais pārrāvums apzīmē tādus notikumus un procesus, kur slimība lauž indivīda sociālo un kultūras pieredzi, radot draudus viņa identitātes izmaiņām un vājinot indivīda paškontroles iespējas, un kur pārmaiņas ķermenī un jaunu simptomu kopa pārveido personas dzīvi un sociālās attiecības, ievieš nedrošību indivīda dzīvē (Bury, 1997: 124). Pārrāvums notiek tādēļ, ka slimība izmaina indivīda ierastos pieņēmumus par viņa ķermeni, patību un sociālo pasauli, kurā viņš dzīvo. Slimība personu noved pie sāpēm, tuvu nāvei vai ciešanām, kuras sākotnēji indivīds uzskatīja par tālām un personu neskarošām iespējām (Hubbard et al., 2010: 133).

Kā norādījis M. Berijs, neskatoties uz to, ka slimība indivīdu var piemeklēt jebkurā brīdī, mūsdienu sabiedrības iezīme ir tā, ka indivīdi sagaida, ka viņiem būs gara dzīve un laba veselība (Bury, 1997: 124). Tieši šīs veselīgās dzīves gaidas⁵ un uzskats - mana veselība būs laba un ar mani nekas slikts nenotiks, tik ļoti iedragā personas dzīvi, pašvērtējumu un stabilitātes sajūtu brīdī, kad viņu piemeklē negaidīti smaga saslimšana vai nelaimes gadījums.

Biogrāfiskā pārrāvuma tematikai ir pievērsušies vairāki autori. Biogrāfisko pieeju hronisku slimību analīzē izmantojusi arī veselības socioloģe K. Šārmanta (*K. Charmaz*)

⁵ Pēc Oksfordas interneta vārdnīcas skaidrojuma, gaidas jeb ekspektācijas ir stingra pārliecība par to, ka konkrēta rīcība vai notikums notiks vai sekas iestāsies (Oxford Dictionaries).

(Taghizadeh-Larsson & Jeppsson-Grassman, 2012: 3). No citiem autoriem minamas pētnieces no Zviedrijas Linköpingas universitātes (*Linköping University*) - A.T. Larsons (A. T. Larsson) un E. J. Grassmane (*E. J. Grassman*), Oslo un Akeršus univeristātes koledžas (*Oslo and Akershus University College of Applied Sciences*) profesores U. Svena (*U. Sveen*) un H. Lundgarde-Soberga (*Helene Lundgaard Sjøberg*) u.c.. Latvijā apjomīgu pētniecisko darbu šajā tematiskajā laukā ir veikusi socioloģijas doktore M. Pranka, izstrādājot promocijas darbu "Biogrāfiskā pieeja biogrāfiskā pārrāvuma individuālo un sociālo aspektu analīzē". Tādējādi var uzskatīt, ka M. Pranka ir autore, kas aizsākusi diskusijas un ieviesusi biogrāfiskā pārrāvuma jēdzienu Latvijas pētniecības vidē, demonstrējot jēdziena plašāku pielietojamību – t.sk., sociālu pārmaiņu kontekstā.

Biogrāfisko pārrāvumu raksturo vairākas pazīmes. Pirmkārt, tās ir identitātes pārmaiņas, pašpārliecinātības zudums, pašvērtējuma zudums (mainās uzskati par sevi, jo zūd spējas, nejušanās komfortabli, nedrošības sajūta) – nereti saistībā ar fizisko nespēju veikt ikdienā nozīmīgās aktivitātes, kas var rezultēties emocionālās un sociālās problēmās, pamestības sajūtā, neskaidrībā par slimības ietekmi un nākotni (Sveen et al., 2016: 2-4). Otrkārt, tās ir pārmaiņas ikdienas kārtībā un attiecībās ar apkārtējiem – galvenokārt, pieaugošās slimnieka atkarības no kāda dēļ (Bury, 1982: 169). Apkārtējiem tiek deleģētas jaunas funkcijas, lai sniegtu dažāda veida sociālo atbalstu, dažos gadījumos sociālās attiecības tiek pārtrauktas. Treškārt, tās ir pārmaiņas resursu mobilizācijā, kas var ietvert laika, finanšu, cilvēku resursu mobilizāciju. Un, ceturtkārt, tās ir pārmaiņas indivīda rīcībā esošo kapitālu un resursu pieejamībā un izmantošanā – individuālo kapitālu izmantošana ir samazināta vai pat kļūst neiespējama (Pranka, 2015: 31). Papildus iepriekš minētajām biogrāfisko pārrāvumu raksturojošām pazīmēm, promocijas darba autore uzskata, ka arī neziņa un informācijas trūkums par slimību, tās attīstību un sekām, var būt viena no biogrāfisko pārrāvumu izraisošām un raksturojošām pazīmēm.

M. Berija, M. Prankas un citu autoru definētās biogrāfiskā pārrāvuma pazīmes šī promocijas darba ietvaros tiek validētas, pētot insulta gadījumu - analizējot šī jēdziena pielietojamību insulta gadījuma izpētē.

Biogrāfiskais pārrāvums katram indivīdam var izpausties atšķirīgā slimības brīdī. Vienai personai tas var iestāties brīdī, kad tā uzskata, ka ir vesela, bet uzzina, ka tomēr ir slima. Citai personai biogrāfiskais pārrāvums var iestāties brīdī, kad personai beidz medicīnisko ārstēšanu un kad tai ir jātiek galā ar ārstēšanos un pašaprūpi bez medicīniskā personāla uzraudzības, kas savukārt izraisa ievainojamības sajūtu un sajūtu, ka persona ir palikusi bez atbalsta (Trusson et al., 2016: 123-124). Līdz ar to biogrāfiskais pārrāvums

individīdiem var iestāties atšķirīgās slimības fāzēs un to var iniciēt atšķirīgi iemesli, piemēram, informācijas par smagu slimību iegūšana, informācijas par slimības ārstēšanas veidu un gaitu iegūšana, ārstēšanās uzsākšana mājās, jo zūd medicīniskās palīdzības atbalsts un rodas nepieciešams tikt galā ar situāciju pašam, palikšana bez ģimenes atbalsta.

Analizējot biogrāfiskā pārrāvuma jomā veiktās publikācijas, secināms, ka būtiska loma pievēršama tam, kad noslēdzas biogrāfiskais pārrāvums. Piemēram, Notingemas universitātes (*University of Nottingham, School of Sociology and Social Policy*) pētnieces D. Trussone (*D. Trusson*), A. Pilnika (*A. Pilnick*) un S. Roja (*S. Roy*) savā pētījumā secinājušas, ka personas, kurām tika diagnosticēts krūts vēzis un kuras pēc ārstēšanās kursa tika uzskatītas par medicīniski veselām, tik un tā piedzīvoja biogrāfiskā pārrāvuma sajūtu, norādot uz savu atšķirīgo stāvokli, salīdzinot gan ar pirms slimības periodu, gan slimības periodu. Tāpat šīs personas norādīja uz bailēm par krūts vēža atkārtotu iespējamību, norādot, ka viņas nekad nejutīsies pilnībā izārstētas un ka viņas atrodas pastāvīgā nedrošībā par savu ķermeni un atkārtotas saslimšanas iespējamību (Trusson et al., 2016: 124). Tādējādi šīs autore iezīmē atšķirīgu skatījumu uz biogrāfiskā pārrāvuma jēdzienu, norādot, ka biogrāfiskais pārrāvums var pastāvēt arī tad, ja vairākas no to raksturojošām pazīmēm ir pārvarētas – piemēram, ir izdevies normalizēt ikdienas dzīvi un pieeju resursiem, pārvarēt atkarību no tuviniekiem. Šādā gadījumā biogrāfisko pārrāvumu raksturo viena no tā pazīmēm – pašvērtējuma un pārliecības zudums.

Attiecībā uz insulta gadījumu kā vienu no biogrāfisko pārrāvumu iniciējošiem notikumiem, Melburnas universitātes (*University of Melbourne*) pētnieks, sociologs Dr. J. O. Zins (*J. O. Zinn*) norāda, ka būtiska loma attiecībā uz indivīdu uzskatiem var būt citām saslimšanām, kas personai ir vienlaikus ar insultu. Piemēram, uz smagākas formas cukura diabēta fona insults var tikt uzskatīts par „mazāko problēmu” (Zinn, 2005: 4). Šāda situācija gan ir attiecināma uz tiem gadījumiem, kad persona piedzīvojusi mikro insultu – kad tas nav atstājis paliekošas sekas uz personas funkcionālajām un kognitīvajām spējām.

J. O. Zins arī secina, ka to, kā tiek uztverts insults, nosaka iepriekšējā pieredze ar nopietnām saslimšanām. Tas gan viennozīmīgi neparedz to, ka iepriekšējā slimību pieredze mazinās priekšstatu par insulta nozīmību, taču šāda pieredze var palīdzēt rast stratēģijas, kā cīnīties ar insultu un stāvokli pēc tā (Zinn, 2005: 4). Līdzīgu ideju pauž arī Starlingas universitātes (*University of Stirling*) pētniece Dž. Hubarde (*G. Hubbard*) u.c., norādot, ka personas, kurām ir bijusi smaga un grūta dzīve, dzīvībai bīstamu stāvokli retāk saista ar biogrāfisko pārrāvumu. Gadījumu, kad indivīdi slimību neuzskata par biogrāfisko pārrāvumu

izraisošu, bet gan par kārtējo no dzīves notikumiem, apzīmē ar jēdzienu „biogrāfiskā plūsma” (*biographical flow*) (Hubbard et al., 2010: 134-143).

To, ka insults bieži ir saistīts ar citām saslimšanām, savā pētījumā par biogrāfisko darbu un nākotni pēc insulta („*Energizing the ordinary: Biographical work and the future in stroke recovery narratives*”) norāda socioloģijas profesors no ASV K. A. Fērklavs (C. A. Faircloth) u.c., konstatējot, ka lielai daļai insultu pārcietušo cilvēku ir kāda cita saslimšana, kas ir diagnosticēta pirms insulta gadījuma – piemēram, konkrētajā autoru veiktajā pētījumā secināts, ka 55% personu bijis cukura diabēts, 64% personu bijis augsts asinsspiediens (Faircloth et al., 2004: 405). Tie arī ir nozīmīgākie insulta riska faktori.

Saistībā ar biogrāfisko pārrāvumu akadēmiskajā literatūrā tiek izmantoti tādi jēdzieni kā kritiskā situācija un liktenīgais moments. Kritiskā situācija (*critical situation*) ir jēdziens, kas aizgūts no sociologa A. Gidensa (A. Giddens), un tas ir attiecināms uz „sociāla rakstura pārrāvumiem, pieņemot, ka būtiskiem individuāla rakstura notikumiem biogrāfijā ir tāda pati ietekme” (Pranka, 2015: 26). Savukārt liktenīgais moments (*fateful moment*), kas arī ir A. Gidensa jēdziens, ir „laiks, kad notikumi sakrīt tādā veidā, kad indivīds atrodas savas eksistences krustcelēs, vai arī, kad persona uzzina informāciju ar liktenīgām sekām” (Pranka, 2015: 26).

1.2.2. Biogrāfiskais darbs

Lai indivīds sadzīvotu ar slimību, saglabātu vai attīstītu savu identitāti, atgūtu kontroli pār dzīves virzību un dzīvei piešķirtu jēgu, tiek veikts biogrāfiskais darbs (Boeije et al., 2002: 881). Biogrāfiskais darbs ir indivīda izvērtējums un atskats uz savu dzīvi - uz dzīvi kopumā, uz pagātņi un uz savu nākotni (Schilling, 2015: 476). Tas ietver slimības izpratni un tās rašanās interpretāciju, atbilžu meklēšanu uz jautājumiem par savām jaunajām attiecībām ar pasauli, savas biogrāfijas turpināšanu vai pārveidošanu. Kā norāda M. Pranka: „Veicot biogrāfisko darbu, indivīds uzdod sev jautājumus: Kāpēc es? Kāpēc tas notika ar mani? Tādējādi tiek meklēti cēloņi notikumu un procesu ietekmei uz savu dzīves gājumu.” (Pranka, 2015: 113&162). Biogrāfiskā darba laikā tiek piešķirta jēga ikdienas dzīvei, tiek atsauktas atmiņā sociālās attiecības ar citiem, domājot par to, kā šīs attiecības mainīsies (Inowlocki & Lutz, 2000: 313). Biogrāfisko darbu kopumā var ietekmēt dažādi faktori.

Vienā no pētījumiem, ko veicis Faircloth u.c. autori, secināts, ka būtiska loma biogrāfiskajā darbā ir ticība Dievam. Personas, kuras piemeklējusi slimība, dažkārt uzskata, ka Dieva griba ir nozīmīgākais faktors personas atveseļošanās iespējā - ka Dievs nosaka tālāko atveseļošanos un to, kā apstākļi tālāk attīstīsies (Faircloth et al., 2004: 404). Tāpat ir

secināts, ka, domājot par savu nākotni, būtiska loma ir indivīda „iedomātajai nākotnei” (*imagined futures*), jo tā ir cieši saistīta ar stratēģijām, ko indivīds izvēlas, lai sasniegtu mērķus. Tāpat iedomātajai nākotnei ir loma uz indivīda spēju saglabāt līdz tam piekoptās sociālās aktivitātes un veidot patības sajūtu (Morden et al., 2015: 4).

Biogrāfiskā darba laikā indivīds tiecas normalizēt savu dzīvi jeb atvieglot biogrāfisko pārrāvumu, visbiežāk tiek izmantotas divas stratēģijas. Pirmā paredz iepriekšējā dzīvesveida, kas bijis pirms slimības, piekropšanu, piemēram, iešanu uz darbu, mājsaimniecības pienākumu veikšanu un līdzdalību sociālajās aktivitātēs. Otra paredz samierināšanos ar slimību un tās ietveršanu ikdienas aktivitātēs un dzīves stilā (Hubbard et al., 2010: 133&143). Parasti tas nav viegls process un var indivīdam radīt ilgstošu diskomfortu. Kā piemēru tam var minēt, profesora no Nīderlandes D. L. Viljamsa (*D. L. Willems*) u.c. autoru pētījumu par pacientu veikto darbu pēc smagām sirds slimībām („*Patient work in end-stage heart failure: a prospective longitudinal multiple case study*”), kur viens no intervētajiem infarktu pārcietušajiem vīriešiem norādīja, ka ļoti pārdzīvo to, ka nevar veikt savus kādreizējos pienākumus un uzņemties kādreizējās lomas, piemēram, par kaunu izraisītu uzskatot to, ka pēc infarkta sievai ir jānes iepirkuma maisiņi, kas agrāk bijis vīra pienākums (Willems et al., 2006: 28). Pētnieku raksturotās dzīves normalizācijas un biogrāfiskā pārrāvuma stratēģijas tiks izmantotas arī šī darba empīrisko rezultātu analīzē, pētot rīcības stratēģijas pēc insulta.

1.2.3. Psiholoģiskā trauma, nelaime un kauns – biogrāfisko pārrāvumu „pavadoši” jēdzieni

Veiktajā akadēmisko rakstu analīzē secināts, ka diskursi par insulta gadījumu ģimenes locekļu un pašu insultu pārcietušo cilvēku vidū galvenokārt saistīti ar sociālās nestabilitātes sajūtu, ekonomiskām grūtībām un nelaimi. Nelaime (*misfortune*) insulta kontekstā tiek definēta kā situācija, kad persona nevar veikt ikdienas aktivitātes (Legg & Penn, 2013: 134&140). Nelaimes jēdziens tiek bieži lietots insulta un citu smagu saslimšanu vai nelaimes gadījumu kontekstā, taču akadēmiskā vidē tas ir maz izmantots un analizēts. Tāpēc promocijas darba autore uzskata, ka jēdziens ir nozīmīgs un var papildināt biogrāfiskā pārrāvuma teorētisko perspektīvu, raksturojot liktenīgo momentu.

Insulta gadījumu – biogrāfisko pārrāvumu raksturo psiholoģiski pārdzīvojumi, kas rezultējas pašidentitātes un pašapziņas apdraudējumā, insults saistās ar pārdzīvojumiem saistībā ar indivīda prasmju zudumu vai ikdienas aktivitāšu pārorientēšanas nepieciešamību. Šo sajūtu un pārdzīvojumu izpētē, pēc autores uzskatiem, būtu ieviešams un izmantojams arī jēdziens „psiholoģiskā trauma”. Trauma ir jēdziens, kas tā pirmsākumos radies no grieķu

vārda „ievainojums” un sākotnēji apzīmēja fizisku ievainojumu. Taču mūsdienās jēdzienam ir plašāks pielietojums - to lieto, lai raksturotu indivīda psiholoģisko stāvokli un lai apzīmētu traumatisku pieredzi kāda stresu izraisoša notikuma laikā vai pēc tā. Psiholoģiskā trauma var rasties gan pēc fiziskas traumas, gan sociālas traumas, piemēram, pārdzīvojot kādu draudu, tuvinieka zaudējumu, pārmaiņas personiskajā dzīvē vai darbā (Ford et al., 2015: 5-7).

Psiholoģiskās traumas pieredzes indivīdiem var izpausties atšķirīgi. Viena no reakcijām var būt neticība un emocionālais šoks - persona jūtas emocionāli sagrauta vai sastingusi. Otra reakcija var būt pārmērīga piesardzība, kas izpaužas kā nepārtraukta trauksmes sajūta un modrība, piesardzība no nevēlamām sekām. Trešā reakcija var izpausties kā nevēlamas atmiņas, kuras uzplauksnī ik pa laikam, radot sajūtu, ka nevēlamais gadījums atkārtojas atkal un atkal. Ceturtā reakcija var būt izvairīšanās no notikuma atgādinātājiem, kas var būt gan izvairīšanās no cilvēkiem, kas asociējas ar gadījumu, gan izvairīšanās no notikumu asociējošas vietas un aktivitātes (Ford et al., 2015: 53). Raksturotās pazīmes ir lietderīgas biogrāfiskā pārrāvuma izpētes kontekstā, aplūkojot, vai un kā tās ietekmē biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanu. Tāpat šīs traumas reakcijas ir noderīgas, lai izprastu, kāpēc pēc insulta gadījuma indivīdi izvēlas to vai citu rīcības stratēģiju.

Trauma var radīt kauna sajūtu (Flood-Aakvaag et al., 2016: 16). Tādējādi kauns ir jēdziens, kura izmantošana insulta un citu saslimšanu gadījumu izpētē var būt lietderīga. Pēc psihiatrijas profesora no ASV A. P. Morisona (*A. P. Morrison*) definējuma, kauns ir stāvoklis, kurā indivīdam rodas nepatika un nosodījums pret sevi. Bieži kaunu pavada tādas sajūtas kā vēlme sarauties un pazust, iedomājoties situāciju, kad kādi fakti, ko nevēlamies darīt zināmus, var kļūt zināmi citām personām (Morrison, 2008: 65). Papildus pētniece no Norvēģijas vardarbības un traumatiskā stresa pētījuma centra (*Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies*) H. Flūda Akvanga (*H. Flood Aakvaag*) u.c. pētnieki norāda, ka kauns ir indivīda uztvere, kurā šis indivīds uzskata, ka viņam piemīt tādas īpašības, uzvedība vai rīcība, ko citi varētu uzskatīt par nepievilcīgu un kas var rezultēties ar citu novēršanos vai noraidījumu pret indivīdu (Flood-Aakvaag et al., 2016: 16).

Vairākos avotos tiek norādīts, ka kauns nereti tiek uzskatīts par līdzīgu jēdzienu vainas sajūtai. Taču vairāki autori norāda uz kauna un vainas jēdzienu atšķirībām. A. P. Morisons norāda, ka atšķirībā no kauna sajūtas, kas ir attiecināma uz personas iezīmēm, vainas sajūta parasti saistāma ar sevis vainošānu par kādu destruktīvu vai sliktu rīcību (Morrison, 2008: 65). Vainas sajūta tiek raksturota kā uzvedības novērtēšana negatīvi, un kauna sajūta ir tendence sevi novērtēt negatīvi noteiktā situācijā. Piemēram, persona ar vainas sajūtu uzskatīs – esmu izdarījis sliktu darbu, savukārt persona ar kauna sajūtu uzskatīs – es esmu sliktā

persona (Carpenter et al., 2016: 54). Sievietēm abas emocijas parasti ir izteiktākas nekā vīriešiem (Flood-Aakvaag et al., 2016: 17). Kauna sajūta nereti tiek saistīta arī ar priekšstatu par ideālo sevi - uzskatu par to, kāda persona vēlētos būt. Kaunu veicina arī tas, ka pastāv starpība starp reālo personu un viņas iedomāto sevis ideālu (Morrison, 2008: 67). Tāpēc šī promocijas darba autore pieņem, ka kauna sajūta varētu būt viens no cēloņiem (*underlying cause*) indivīda vēlmes trūkumam iesaistīties dažādās sociālajās aktivitātēs. Papildus kauna sajūtu var veicināt arī tolerances trūkums sabiedrībā un stigmatizējoša attieksme pret personām, kurām ir kādas fiziskas vai garīgas veselības problēmas, kas attiecīgi arī apgrūtina personu iekļaušanās sabiedrībā procesu.

1.3. Iekļaušanās sabiedrībā pēc insulta

Šajā apakšnodaļā tiek raksturots iekļaušanās jēdziens un nodaļas noslēgumā īsumā tiek raksturots valsts nodrošinātais sociālais atbalsts personām ar funkcionālajiem traucējumiem un personām invaliditāti, lai veicinātu šo personu neatkarīgu dzīvi un iekļaušanos sabiedrībā.

Insults kā biogrāfisks pārrāvums indivīdu dzīvē bieži atstāj neatgriezeniskas vai ilgstošas sekas, tāpēc smagāku insultu gadījumos par svarīgu pašmērķi kļūst indivīdu spēja pieņemt jauno situāciju, iekļauties ikdienas procesos un kārtībā, iekļauties sabiedrībā un socializēties. Kā norādījuši sociālās iekļaušanās jomas pētnieki M. Lerijs, E. S. Tambora, S. K. Terdāla un D. Daunsa, iekļaujošas un integrējošas prakses ir fundamentāli svarīgas sociālā mijiedarbē un saišu veidošanā, jo indivīdu būtības pamatā ir tieksme būt iekļautam un izvairīšanās no atstumtības. Nepieciešamība pēc piederības sajūtas ir fundamentāli svarīga indivīdam (Allman, 2013: 3). Tāpēc šajā darbā tiek izmantots iekļaušanās jēdziens, lai raksturotu to, kādēļ indivīdi veic konkrētu rīcību pēc insulta.

Angļu valodā ārvalstu publikācijās pamatā tiek lietots jēdziens „sociālā iekļaušanās”⁶, savukārt LM, kura ir atbildīga par iekļaušanas politiku Latvijā, lieto jēdzienu „sociālā

⁶ Sociālās iekļaušanās jēdziens ir radies salīdzinoši nesen. Taču problemātika par iekļaušanu un atstumtību ir bijusi aktuāla jau senāk, uz ko norāda tas, ka pretstata jēdziens sociāla atstumtība (*social exclusion*) ir ticis aktualizēts jau 12.-14.gs, kad sociāli atstumtas bija tās personas, kuras neatzina baznīca, piemēram, slepkavas, zagļi, ubagi, noteiktu profesiju pārstāvji (piemēram, miesnieki u.c.), sievietes, fiziski un mentāli slimas personas, vecie ļaudis, sievietes, kas nodarbojas ar prostitūciju u.c. Atstumtību izmantoja, ka nosodījuma veidu.

Sociālā iekļaušanās kā sociāli nozīmīgs jēdziens pirmo reizi minēts ekonomista A. Smita (*A. Smith*) darbos, kurā viena no centrālajām tēzēm bija par to, ka indivīda sociālās dzīves galvenā komponente ir būt sabiedrībā bez kauna sajūtas (Omtzigt, 2009: 3.lpp). Līdz ar to var teikt, ka iekļaušanās jēdziena modernie pirmsākumi meklējami 18.gs.

Modernais jēdziens *iekļaušanās* un *atstumtība* ir radies 20.gs. 60-70os gados Francijā. Jēdziena aktualizācija saistāma ar pārmaiņām sabiedrībā - pēc 2. pasaules kara sabiedrība saskārās ar ekonomiska rakstura pārmaiņām, kas radīja būtiskus izaicinājumus Rietumu ekonomikām – īpaši ražošanai. Ekonomiskā situācija pasliktinājās, pirms tam veiksmīgi darbojušās ražotnes bankrotēja, cilvēku labklājības stāvoklis pasliktinājās. Tas nebija tikai ienākumu līmeņa samazinājums noteiktām sabiedrības grupām, bet mazinājās arī sociālo saišu ciešums kopumā, t.sk. ģimenes lokā, situācija veicināja individuālisma attīstību. Cilvēki palika bez darba un radās sociālās atstumtības problēma (Omtzigt, 2009: 3). Tādējādi aktualizējās jautājums par indivīdu iekļaušanas veicināšanu, tādējādi no 70. gadiem jēdziens tika izmantots ekonomikas un sociālās jomas pētījumos un politikas analīzē, plānošanā un īstenošanā (Coleman, n.d.: 2).

iekļaušana”. No iedzīvotāju skatu punkta biežāk tiek izmantots un labāk saprasts jēdziens „iekļaušanās sabiedrībā”. Aplūkojot akadēmisko literatūru, secināms, ka iekļaušanās jēdzienam nav vienotas definīcijas, dažādi autori jēdzienu skaidro atšķirīgi, uzsverot dažādas jēdziena dimensijas. Visbiežāk iekļaušanās definīcija tiek asociēta ar būšanu akceptētam kā personai ar invaliditāti, ar personai piemērotiem un pienācīgiem dzīves apstākļiem, būšanu nodarbinātam darba tirgū, iesaisti kopienas dzīvē un mijiedarbību ar citiem indivīdiem, kā arī ar personai pieejamu formālu un neformālu atbalstu (Clifford-Simplican, 2015: 19). Aplūkojot dažādas definīcijas⁷, secināms, ka ir būtiskas atšķirības starp to, cik plaši pētnieki skaidro jēdzienu – ir autori, kuri sniedz plašas iekļaušanās jēdziena definīcijas, savukārt citi autori sniedz šaurākas definīcijas, iezīmējot konkrētas iekļaušanās dimensijas.

Būtiskas atšķirības ir novērojamas starp iekļaušanās jēdziena definīcijām akadēmiskos pētījumos un politikas plānošanas dokumentos. Definīcijas, ko izmanto rīcībpolitikās ir drīzāk formālas un raksturo situāciju, kad indivīdi var piekļūt resursiem un institūcijām, kurām nepieciešams, nevis aktīvu mijiedarbību ar citiem sabiedrības locekļiem. Politikas plānošanas dokumentos uzmanība biežāk tiek vērsta uz ienākumu apmēru un nodarbinātību, mājokļa, politisko tiesību un pakalpojumu pieejamību (veselības, izglītības, kultūras), personas pamattiesībām. Šos indikatorus kopumā ir arī vieglāk novērtēt, jo tie ir kvantificējami un par daļu no tiem tiek apkopota statistika vai veiktas regulāras iedzīvotāju aptaujas. Savukārt akadēmiskajā vidē vairāk uzmanība tiek vērsta uz indivīda līdzdalību sociālajās aktivitātēs, uz viņa sociālajām saitēm un to kvalitāti, kā arī uz indivīda subjektīvo labsajūtu, sociālo lomu pildīšanu, sociālo atbalstu, piederības sajūtu, pieeju informācijai u.c.

Rīcībpolitikas dokumentos lietotās definīcijas pamatā ietver iekļaušanas pasīvo formu jeb došanas perspektīvu, nevis paša indivīda aktīvu iesaisti dažādos procesos. Piemēram, LM definējumā sociālā iekļaušana ir „process, kura mērķis ir nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajām personām nodrošināt iespējas, pakalpojumus un resursus, kuri nepieciešami, lai pilnvērtīgi piedalītos sabiedrības ekonomiskā, sociālā un kultūras dzīvē, uzlabojot dzīves līmeni un labklājību, kā arī lielākas līdzdalības iespējas lēmumu pieņemšanā un pieejamību personas pamattiesībām” (Labklājības ministrija(d), n.d.). Tā ir iekļaušanās

ES iekļaušanas un atstumtības jēdzienu politisku iniciatīvu īstenošanai sāka izmantot ap 1980. gadu. Tādējādi ES politikā tas aizstāja pēc būtības šaurāko jēdzienu “nabadzība” (Rawal: 164). Šis jēdziens mūsdienās kļuvis par vienu no centrālajiem jēdzieniem sociālajās politikās lielā daļā valstu, tas uzsver vienlīdzīgas iespējas, iekļaujošu sabiedrību, un tiek pielietots plaši.

⁷ Plašais publikāciju klāsts šajā jomā ļauj atrast arī lielu skaitu citu jēdziena skaidrojumu. Piemēram, sociālās iekļaušanās jomas pētnieks D. J. Omtzigs (*D.J. Omtzigt*) iekļaušanās jēdzienu raksturo kā sabiedrības locekļa līdzdalību sociālajos procesos, kurā viņam ir vienlīdzīgas iespējas attīstīties un sasniegt labklājību tā pamata pakāpē (Omtzigt, 2009: 5). R.J. Oksobijns (*R.J. Oxoby*), asociētais profesors ekonomikā no ASV, norādījis, ka iekļaušanās process ir tāds, kurā indivīdam tiek vairota iespējas veidot vai atjaunot sociālās saites, iesaistīties sociālās aktivitātēs. Asociētā profesore psiholoģijā no ASV V. Kobigo (*V. Cobigo*) u.c., uz kuru savā rakstā ir atsaukusies Mičiganas Valsts universitātes (*Michigan State University*) pētniece S. Kliforde-Simplicana (*S. Clifford Simplican*) ar citiem autoriem, sociālo iekļaušanos ir definējusi kā tādu, kurā (1) personai ir piederības sajūta sociālajiem tīkliem un kopienai, kurā viņš dzīvo, kur (2) persona jūtas kā sociāli vērtīga, un kurā (3) persona jūt sev uzticību šo sociālo lomu izpildē (Clifford-Simplican et al., 2015: 20).

jēdziena pasīvā forma, kad iekļaušanās tiek skatīta kā iespēju sniegšana indivīdam. Turpretī iekļaušanās aktīvā forma skata iekļaušanos kā indivīda aktīvu un iniciētu rīcību, kur persona pati izrāda vēlmi iekļauties un to dara. Aktīvās formas pielietojums vairāk atspoguļojas tieši akadēmiskajā literatūrā.

Pamatā pētījumos, kuros tiek novērtēts sociālās iekļaušanās līmenis, tiek izdalītas dažādas tematiskās jomas, kurās tiek veikti padziļināti pētījumi. Šīs jomas atšķiras dažādu pētnieku vidū. Piemēram, R. Teilore izdala četras iekļaušanās dimensijas: ekonomiskā līdzdalība, veselība un pieeja pakalpojumiem, izglītība, mijiedarbība ar sabiedrību un sociālo lomu piepildīšana (Taylor, 2012). D. J. Omziga izdala šādas iekļaušanās perspektīvas: ienākumi un materiālie līdzekļi, iesaiste darba tirgū, sociālās attiecības (Omtzigt, 2009: 9). Sociālās iekļaušanās pētnieks D. Madmens (*D. Muddiman*) izdala tādas dimensijas kā materiālie līdzekļi, sociālā līdzdalība, kultūras un izglītības kapitāls, pieeja pakalpojumiem, kā arī varas līmenis (Muddiman, 2000: 2). N. Rauls izdala šādas dimensijas: pilsoniskās tiesības un pilsoniskā līdzdalība, iesaiste darba tirgū, sociālā mijiedarbība (Rawal: 165). Kopīgās tematikas lielākajā daļā aplūkoto autoru definīciju ir darba tirgus un materiālo līdzekļu pieejamība, sociālās attiecības un līdzdalība, pieeja dažāda veida pakalpojumiem (kultūras, izglītības u.c.).

Rezumējot iepriekš rakstīto, secināms, ka iekļaušanās jēdziena skaidrojumos tiek pielietots plašs dažādu citu jēdzienu klāsts, kas prasa to tālāku operacionalizēšanu. Pretēja gadījumā iekļaušanās jēdziena skaidrojums saglabājas plašs un neskaidrs (piemēram, neskaidrību var radīt tāds jēdziens kā aktīva līdzdalība, sociālie procesi, vienlīdzīgas iespējas, labklājība pamata pakāpē u.c.). Par katru no tiem iespējams izvērst plašas diskusijas.

Vienotas iekļaušanās definīcijas trūkums un plašās esošo definīciju variācijas rada sarežģījumus, pētot iekļaušanās tematiku. Uz šādu problemātiku norādījuši arī vairāki pētnieki, piemēram, R. J. Oksobijs, kurš norāda, ka skaidras, formālas definīcijas trūkums rada problēmu ne tikai pētniekiem, bet arī pētījuma rezultātu tālākai izmantošanai politisku lēmumu pieņemšanā (Oxoby, 2009: 2). Līdz ar to skaidra, izmērāma sociālās iekļaušanās definīcijas izstrāde palīdzētu gan jomas pētījumu metodoloģijas izstrādē un dažādu pētījumu rezultātu salīdzināšanā (ja pastāv vienots instrumentārijs), gan atvieglotu komunikācijas procesu starp ieinteresētajām pusēm.

Promocijas darba kontekstā sociālās iekļaušanās jēdziens pamatā tiek aplūkots no personu ar invaliditāti un funkcionālajiem traucējumiem perspektīvas. Taču kopumā sociālās iekļaušanās jēdziens ir attiecināms uz daudz plašāku sabiedrības loku – mazuļīgām un trūcīgām personām, etniskajām minoritātēm, personām ar invaliditāti, personām ar zemu

izglītības līmeni, pensionāriem u.c. Nereti pastāv gadījumi, kad personas iekļaušanās var būt skatāma divos līmeņos, jo persona vienlaikus atrodas divās sociālās atstumtības riska grupās, piemēram, ir etniskā minoritāte ar valodas barjeru un vienlaikus persona ar invaliditāti. Sociālā iekļaušanās katrai no sociālās atstumtības riskam pakļautajām personu grupām var atšķirties, jo atšķiras vajadzības. Piemēram, mazturīgu personu iekļaušanās vairāk saistāma ar piekļuvi pakalpojumiem un fizisko vajadzību apmierināšanu (pārtika, mājoklis). Savukārt personas ar invaliditāti iekļaušanās var būt skatāma vides fiziskās pieejamības un spējas sazināties ar citiem sabiedrības locekļiem kontekstā.

Pēdējos gados ir ievērojami attīstījušās modernās un uz internetu balstītās tehnoloģijas. Kā norādījusi S. Bāliņa, ir pieaudzis to personu īpatsvars, kuras izmanto internetu, un informācijas un komunikāciju tehnoloģiju lietošana ir viens no sabiedrības pārmaiņu ietekmējošiem faktoriem jau vairāk nekā desmitgadi (Balina, 2014: 412-416). Informācijas tehnoloģijas, tostarp internets, ir ievērojami paplašinājušās un paātrinājušās iespēju sazināties ar citiem cilvēkiem, piekļūt pakalpojumiem - veikt komunālos maksājumus, iegādāties preces un pakalpojumus un pat mācīties vai strādāt attālināti, tādējādi padarot daudzas lietas pieejamākas. Ikdienas komunikācijā un mijiedarbībā ar citiem attālums kļūst mazsvarīgs, tāpat kustību un redzes ierobežojumi neliedz veiksmīgi sazināties ar apkārtnējiem. Tādēļ informāciju un komunikāciju tehnoloģiju attīstībai ir pozitīva loma indivīdu iekļaušanās veicināšanā.

M. Asgarkani pētījumā par sociālo iekļaušanos digitālās pārvaldības kontekstā norāda, ka digitālajai pārvaldībai ir spējas veicināt sociālo iekļaušanos caur tehnoloģisko iespēju un piekļuves paplašināšanu cilvēkiem, tā dodot iespēju tikt pie informācijas tiem, kuriem ir apgrūtinātas kustību iespējas. Taču vienlaikus nepieciešams nodrošināt to, lai personas, kurām nav piekļuve internetam, vai kurām nav prasmju vai vēlmes izmantot digitālās tehnoloģijas, tādēļ nav izslēgtas no informācijas aprites. Ir būtiski mazināt datorpratības plaisu starp dažādām sabiedrības grupām (Asgarkhani, 2007: 130&137). Lielāks risks ir jau šobrīd sociālās atstumtības riskam pakļautajām personām – ilgstoši slimojošām personām, personām ar invaliditāti, mazturīgām un trūcīgām personām. Kā liecina pētījuma „Ilgstoši slimojošo pacientu atgriešana darba tirgū, nodrošinot informācijas un komunikācijas tehnoloģiju prasmju apgūšanu” rezultāti⁸, gandrīz 40% ilgstoši slimojošo savu datorprasmju līmeni attiecībā uz interneta izmantošanu novērtējusi kā sliktu. Tāpat nozīmīgs īpatsvars slimnieku norādījuši, ka neprot strādāt ar datoru (Nodibinājums „Fonds Sabiedrībai, 2015: 24).

⁸ Pētījuma rezultāti nav reprezentatīvi un vispārināmi. Taču tie norāda uz vairākām būtiskām tendencēm.

Sociālais atbalsts personām ar funkcionāliem traucējumiem un invaliditāti. Par personu, kuras atrodas sociālās atstumtības riska grupās⁹, t.sk. par personu ar invaliditāti, sociālo iekļaušanu atbildīga ir LM. Ministrijas padotības iestādes, kas ir iesaistītas šo jautājumu risināšanā, ir SIVA (nodrošinot personām sociālās un profesionālās rehabilitācijas pakalpojumu), VDEĀVK (piešķirot personai invaliditātes grupu¹⁰), VSAA (atbildot par personas sociālo apdrošināšanu), Nodarbinātības valsts aģentūra (organizējot speciālas programmas personu ar īpašām vajadzībām iekļaušanai darba tirgū), Valsts darba inspekcija (uzraugot darba vides apstākļus), kā arī valsts sociālās aprūpes centri (iestādes, kas nodrošina aprūpi un dzīvesvietu personām, kuras sava veselības stāvokļa un bezpalīdzības dēļ nevar uzturēties mājās).

Sociālo palīdzību un sociālos pakalpojumus, kuri ir vērsti uz mazaizargātāku grupu atbalstīšanu, Latvijā regulē likumi, MK noteikumi un pašvaldību saistošie noteikumi¹¹. Tā kā insults nereti rada nopietnus un paliekošus funkcionālos traucējumus un invaliditāti, sociālās politikas kontekstā ir lietderīgi norādīt valsts finansētu sociālo palīdzību un sociālos pakalpojumus, kurus ir tiesīgas saņemt insultu pārcietušas personas, kurām ir noteikti funkcionālie traucējumi vai piešķirta invaliditāte. Attiecībā uz valsts finansētiem sociālajiem pakalpojumiem, kas ir vērsti uz personas iekļaušanu un atbalstīšanu dzīvei sabiedrībā un kas ir pieejami personām ar funkcionālajiem traucējumiem un/ vai invaliditāti, norādāmi šādi (nav norādīti pakalpojumi personām ar garīga rakstura traucējumiem, jo tie nav saistoši pētījuma objekta kontekstā):

- Sociālās rehabilitācijas pakalpojumi personām ar prognozējamu invaliditāti. Tas ir pasākumu kopums, kas tiek sniegts, lai palīdzētu indivīdam sadzīvot ar funkcionālajiem traucējumiem. Tas ietver indivīda izglītošanu vides pielāgotības un

⁹ Sociālās atstumtības riskam pakļautās iedzīvotāju grupas ir iedzīvotāju grupas, kurām ir liegtas vai apgrūtinātas iespējas iegūt pietiekamus ienākumus, saņemt dažādus pakalpojumus un preces, kuras ir būtiski nepieciešamas pilnvērtīgai funkcionēšanai sabiedrībā (Labklājības ministrija(d), n.d.).

¹⁰ Atbilstoši Latvijas normatīvajiem aktiem, „invaliditāte ir ilgstošs vai nepārejošs ļoti smagas, smagas vai mērenas pakāpes funkcionēšanas ierobežojums, kas ietekmē personas garīgās vai fiziskās spējas, darbības, pašaprūpi un iekļaušanos sabiedrībā” (Invaliditātes likums).

¹¹ Kā nozīmīgākos likumus promocijas darba kontekstā var norādīt šādus: likums „Par sociālo drošību”, „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums” un „Invaliditātes likums”. Kā pētījumam nozīmīgākos MK noteikumus var norādīt MK 2008. gada 21. aprīļa noteikumus Nr. 288 „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība”, MK 2009. gada 15. decembra noteikumus Nr. 1474 „Tehnisko palīgīdzekļu noteikumi”, MK 2010. gada 21. decembra noteikumus Nr. 1170 „Par kārtību, kādā personas ar invaliditāti saņem atbalstu mājokļa pielāgošanai, un atbalsta saņemšanas nosacījumiem”, MK 2010. gada 28. decembra noteikumus Nr.1207 „Noteikumi par personai ar prognozējamu invaliditāti prioritāri sniedzamo invaliditātes riska mazināšanai paredzēto pakalpojumu veidiem, apjomu, saņemšanas nosacījumiem un saņemšanas kārtību”, MK 2010. gada 28. decembra noteikumi Nr.1209 „Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbības zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību”, MK 2011. gada 4. janvāra noteikumus Nr.9 „Noteikumi par individuālo rehabilitācijas plānu personai ar prognozējamu invaliditāti un personai ar invaliditāti”, MK 2017. gada 21. februāra noteikumus Nr.94 „Kārtība, kādā persona saņem valsts finansētus profesionālās rehabilitācijas pakalpojumus un profesionālās piemērotības noteikšanas pakalpojumu” un MK 2009.gada 31.marta noteikumus Nr.279 „Noteikumi par kārtību, kādā personas saņem sociālās rehabilitācijas pakalpojumus sociālās rehabilitācijas institūcijās, un prasībām sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem”. Sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu joma ir plaša, un to regulē liels skaits citu normatīvo aktu. Iepriekš minētos autore uzskata par nozīmīgākajiem promocijas darba kontekstā.

palīglīdzekļu lietošanas jomā, lai uzlabotu patstāvīgas dzīves iemaņas, tādējādi atgrieztu personu sabiedriskajā un darba dzīvē.

- Profesionālās piemērotības noteikšana personām ar invaliditāti vai ar prognozējamu invaliditāti.
- Profesionālās rehabilitācijas pakalpojumi personām ar invaliditāti vai prognozējamu invaliditāti. Pakalpojums tiek sniegts, lai personas ar invaliditāti (un prognozējamu invaliditāti) varētu apgūt jaunu profesiju, pilnveidot prasmes. To nodrošina SIVA koledža un Jūrmalas profesionālā vidusskola.
- Tehnisko palīglīdzekļu pakalpojums.
- Vieglo automobiļu pielāgošana, ja VDEĀVK ir izsniegusi izziņas par medicīniskām indikācijām un speciāli pielāgota vieglā transportlīdzekļa nepieciešamību.
- Asistenta pakalpojums (Personu apvienība SIA „Konsorts” un SIA „AC Konsultācijas”, 2017: 30).

Pašvaldību finansēto sociālo pakalpojumu gadījumā to klāsts var ievērojami atšķirties dažādās pašvaldībās, tāpēc tie šajā promocijas darbā raksturoti netiek. Pakalpojumu klāstu pašvaldībās ietekmē gan pašvaldību rīcībā esošie budžeta līdzekļi, gan sociālo pakalpojumu sniedzēju pieejamība konkrētajā teritorijā.

Attiecībā uz sociālo palīdzību, promocijas darba autore vēlas izcelt pabalstus un pensijas, kuras insultu pārcietušām personām, kurām ir piešķirta invaliditāte, ir tiesības saņemt no valsts¹²:

- Invaliditātes pensija. To var saņemt (a) persona, kura ir atzīta par invalīdu (izņemot, ja invaliditātes cēlonis ir nelaimes gadījums darbā vai arodslimība pēc 1997. gada 1. janvāra) un kurai apdrošināšanas stāžs nav mazāks par trim gadiem, (b) persona, kura nav sasniegusi noteikto pensijas vecumu un kurai nav piešķirta, t.sk., priekšlaicīgi, vecuma pensija. Ja persona sasniedz valstī noteikto pensijas vecumu, viņai tiek piešķirta vecuma pensija, kas invaliditātes laikā nedrīkst būt mazāka par invaliditātes pensiju, kas saņemta līdz vecuma pensijas piešķiršanas brīdim. Invaliditātes pensijas apmērs ir atkarīgs no cilvēkam noteiktās invaliditātes grupas, cilvēka vidējās apdrošināšanas iemaksu algas un cilvēka individuālā apdrošināšanas stāža (Labklājības ministrija(b), n.d.).
- Pabalsts invalīdiem, kuriem nepieciešama īpaša kopšana. Pabalstu var saņemt invalīdi ar smagiem organisma sistēmu funkciju traucējumiem, kuri pārsnieguši 18 gadu

¹² Turpinājumā autore nesniedz informāciju par pašvaldību nodrošinātajiem sociālajiem pabalstiem, jo pašvaldību vidū starp tiem pastāv būtiskas atšķirības. Pašvaldības papildu valsts noteiktajiem pabalstiem ir tiesīgas saņemt papildu sociālos pabalstus

vecumu un kuriem nepieciešama īpaša kopšana. Tā apmērs ir 213,43 EUR mēnesī un to var saņemt vienlaikus ar valsts sociālā nodrošinājuma pabalstu vai pensiju (Labklājības ministrija(c), n.d.).

- Valsts sociālā nodrošinājuma pabalsts. Pabalstu var saņemt personas ar invaliditāti, kuras pārsniegušas 18 gadu vecumu un kurām nav tiesību uz valsts pensiju, izņemot apgādnieka zaudējuma pensiju invalīdam. Pabalsta apmērs personām ar invaliditāti atšķiras no invaliditātes grupas. Insulta gadījumā (t.i. invaliditāte nav iegūta kopš bērnības) pabalsts ir robežās no 64,03 EUR līdz 83,24 EUR (Labklājības ministrija(e), n.d.).

Papildus, kā to paredz dažādi MK noteikumi, personām ar invaliditāti ir tiesības saņemt dažādus cita veida atvieglojumus, piemēram, iedzīvotāju ienākuma nodokļa atvieglojumus, atvieglojumus veselības aprūpē, braukšanas maksas atvieglojumus, samazinātu OCTA prēmijas maksājumu u.c. (Labklājības ministrija(a), n.d.).

Nodaļas secinājumi

- Insults ir asinsrites slimība, ko raksturo augsti mirstības rādītāji un paliekoša invaliditāte. Aptuveni trešdaļai no insultu pārcietušajiem cilvēkiem pēc insulta gadījuma ir nepieciešama palīdzība ikdienas darbu veikšanā. Insulta sekas visbiežāk izpaužas kā funkcionāli traucējumi (kustību un runas traucējumi), kognitīvie traucējumi un psiholoģiskas problēmas. Insultu bieži pavada atkarība no citiem, nepieciešamība pēc insultu pārcietušās personas pastāvīgas aprūpes.
- Veselības aprūpē viena no būtiskākajām problēmām attiecībā uz insultu pārcietušo cilvēku iekļaušanu sabiedrībā ir valsts apmaksātas rehabilitācijas pakalpojumu sliktā pieejamība. Rehabilitācijas pakalpojumi ir pieejami gan stacionāri, gan kopš 2012. gada 1. janvāra arī mājās. Taču mājās rehabilitācija ir pieejamāka pilsētās, kur ir augstāks blīvums un kur pakalpojumu sniegt “atmaksājas”, mazāk lauku teritorijās. Savukārt uz rehabilitāciju stacionārā var nākties gaidīt vairākus mēnešus. Alternatīva ir maksas rehabilitācija. Tādējādi veidojas situācija, kad insultu pārcietušās personas atveseļošanās un iekļaušanās sabiedrībā daļēji ir atkarīga no viņa „maka biezuma”, jo divu nedēļu rehabilitācijas maksa ir līdzvērtīga vidējai mēneša neto darba samaksai Latvijā. Tādējādi lauku teritorijās un Latgales reģionā, kur atalgojuma līmenis ir zemāks, rehabilitācijas maksa var būtiski pārsniegt personas mēneša ienākumus, kā rezultātā pakalpojums kļūst nepieejams.

- Insulta radīto būtisko sociālo seku dēļ noderīgs jēdziens tā skaidrošanā ir biogrāfiskais pārrāvums. Šo jēdzienu izmanto, lai raksturotu smagas slimības vai nelaiemes gadījuma ietekmi uz personas dzīvi. Taču vienlaikus jāņem vērā, ka slimība ir sociāla konstrukcija (Boylstein, 2002: 31), tāpēc jēdziena attiecināšana uz katru insulta gadījumu ir skatāma individuāli. Vienas personas gadījumā insults var radīt biogrāfisku pārrāvumu, kamēr citas personas gadījumā insultu var raksturot kā biogrāfisku plūsmu – kārtējo notikumu un pārbaudījumu personas dzīvē. Abi jēdzieni ir maz izmantoti akadēmiskajos pētījumos Latvijā.
- Biogrāfisko pārrāvumu raksturo vairākas pazīmes. Pirmkārt, tās ir identitātes pārmaiņas, pašpārliecinātības zudums, pašvērtējuma zudums (mainās uzskati par sevi, jo zūd spējas, persona nejūtas komfortabli un droši par sevi). Otrkārt, tās ir pārmaiņas ikdienas kārtībā un attiecībās ar apkārtējiem. Treškārt, tās ir pārmaiņas resursu mobilizācijā, kas var ietvert laika, finanšu, cilvēku resursu mobilizāciju. Un, ceturtkārt, tās ir pārmaiņas indivīda rīcībā esošo kapitālu un resursu pieejamībā un izmantošanā – individuālo kapitālu izmantošana ir samazināta vai pat kļūst neiespējama (Pranka, 2015: 31). Papildus minētajām pazīmēm, promocijas darba autore uzskata, ka arī neziņa un informācijas trūkums par slimību, tās attīstību un sekām, var arī būt viena no nozīmīgām biogrāfisko pārrāvumu izraisošām un raksturojošām pazīmēm, tāpēc būtu ietverama, pētot biogrāfisko pārrāvumu.
- Lai sadzīvotu ar slimību, atgūtu kontroli pār dzīves virzību un dzīvei atkal piešķirtu jēgu, indivīdi veic biogrāfisko darbu. Tas ietver slimības izpratni un tās rašanās interpretāciju, ceļoņu meklēšanu notikumiem un procesiem - to ietekmei uz savu dzīves gājumu. Tāpat indivīds biogrāfiskā darba laikā tiecas normalizēt dzīvi, mazinot biogrāfiskā pārrāvuma sekas.
- Nelaiemes jēdziens sabiedrībā tiek lietots saistībā ar smagām saslimšanām vai nelaiemes gadījumiem, taču akadēmiskā vidē tas ir maz izmantots. Tāpēc darba autore uzskata, ka jēdziens ir nozīmīgs un var papildināt biogrāfiskā pārrāvuma teorētisko perspektīvu, īpaši raksturojot liktenīgo momentu.
- Insulta gadījumu – biogrāfisko pārrāvumu raksturo psiholoģiski pārdzīvojumi, kas rezultējas pašidentitātes un pašapziņas apdraudējumā. Šo sajūtu izpētē, pēc autores uzskatiem, ir ieviešams un izmantojams jēdziens psiholoģiskā trauma. Veicot akadēmisko publikāciju analīzi, secināms, ka jēdziens psiholoģiskā trauma vairāk tiek izmantots medicīniskā kontekstā, jo liels skaits publikāciju analizē pēctraumas stresa jautājumus (*posttraumatic stress disorder*). Jēdziens maz izmantots socioloģiskos

pētījumos. Psiholoģiskās traumas pazīmes ir lietderīgas, pētot, vai un kā tās ietekmē biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanu. Tāpat psiholoģiskās traumas pazīmes ir noderīgas, lai izprastu, kāpēc indivīdi izvēlas to vai citu rīcības stratēģiju.

- Psiholoģiskā trauma var radīt kauna sajūtu un sevis vainošanu. Tādējādi kauns ir jēdziens, kura izmantošana insulta un citu slimību pieredzes izpētē var būt lietderīga. Autore uzskata, ka kauna sajūta varētu būt viens no pamatcēloņiem indivīda vēlmes trūkumam iesaistīties sociālajās aktivitātēs pēc biogrāfiska pārrāvuma.
- Pēc insulta biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā nozīmīga loma ir sociālās iekļaušanās procesam. Tas ir jēdziens, ko plaši izmanto pētījumos, bet kam trūkst vienotas definīcijas, kas savukārt apgrūtina iekļaušanās novērtēšanu un izpratni par to. Pastāv būtiskas atšķirības pētnieku sniegtajās iekļaušanās definīcijās – ir autori, kuri sniedz plašākas un visaptverošākas šī jēdziena definīcijas, savukārt citi iezīmē šauras iekļaušanās dimensijas. Taču vienojošais elements visās definīcijās visbiežāk ir mijiedarbība starp indivīdiem un pozitīvas un saprotošas attieksmes saņemšana no citiem indivīdiem un institūcijām, darba tirgus un materiālo līdzekļu pieejamība, sociālās attiecības un līdzdalība, pieeja dažāda veida pakalpojumiem (kultūras, izglītības u.c.).
- Lai arī labklājības rīcībpolitikas dokumentos lietotā iekļaušanas definīcija ir plaša, Latvijā pamatā par iekļaušanos galvenokārt runā nabadzības kontekstā (ienākumi, kas liedz iespēju izmantot pakalpojumus, iegādāties preces, nostādot personu sliktākā pozīcijā) un fiziskās invaliditātes kontekstā. Iekļaušanās jēdzienam ir divas formas – aktīvā un pasīvā forma. Rīcībpolitikas dokumentos biežāk tiek lietota jēdziena pasīvā forma, kamēr akadēmiskās publikācijās – aktīvā. Ne Latvijas, ne ārvalstu pētījumos nav aktualizēta problemātika par lingvistiskajām un saturiskajām atšķirībām jēdziena „sociālā iekļaušanās (-a)” (*social inclusion*) lietojumā.
- Pēc LM definējuma, sociālās iekļaušanas politikas mērķis ir samazināt nabadzību un ienākumu nevienlīdzību (Labklājības ministrija(d), n.d.). Tādējādi iekļaušana politikas īstenošanas kontekstā galvenokārt tiek skatīta caur ienākumu prizmu. Attīstot sociālo politiku, ir būtiski nodrošināt to, lai pasākumi personām pēc insulta, kurām ir konstatēti funkcionālie traucējumi un invaliditāte, tiktu vērsti uz šo personas psiholoģisko rehabilitāciju un aktīvas iekļaušanās sabiedrībā veicināšanu, mazinot diskursu par personu kā aprūpes objektu un pabalstu saņēmēju.
- Insultu pārcietušajām personām ar funkcionāliem traucējumiem un invaliditāti ir tiesības saņemt dažādus valsts un pašvaldības finansētus sociālos pakalpojumus,

piemēram, sociālās rehabilitācijas pakalpojumu, profesionālās rehabilitācijas pakalpojumu, tehnisko palīglīdzekļu pakalpojumu, asistenta pakalpojumu, vieglo automobiļu pielāgošanu, aprūpes mājās pakalpojumu u.c. (Personu apvienība SIA „Konsorts” un SIA „AC Konsultācijas”, 2017: 28&30). Vienlaikus, pašvaldības finansēto sociālo pakalpojumu klāsts var ievērojami atšķirties dažādās pašvaldībās. To ietekmē pašvaldību budžeta līdzekļi un sociālo pakalpojumu sniedzēju pieejamība konkrētā teritorijā.

2. VESELĪBPRATĪBA, INSULTPRATĪBA UN PLĀNOTĀ RĪCĪBA

Insulta un biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā un iekļaušanās veicināšanā būtiska loma ir personas aktīvai rīcībai, lai uzlabotu dzīves vides apstākļus, gūtu emocionālu un psiholoģisku apmierinājumu. Rīcību raksturo tās plānveidīgums un pamatotība. Un to neatņemami ietekmē personas prasme iegūt un pielietot informāciju par insulta jautājumiem, lai pieņemtu situācijai un veselības situācijai atbilstošākos lēmumus. Tāpēc šajā nodaļā ir aplūkots veselībpratības un insultpratības jēdziens, kā arī plānotās rīcības teorētiskā perspektīva, lai ar to palīdzību spētu izprast indivīdu īstenoto rīcību.

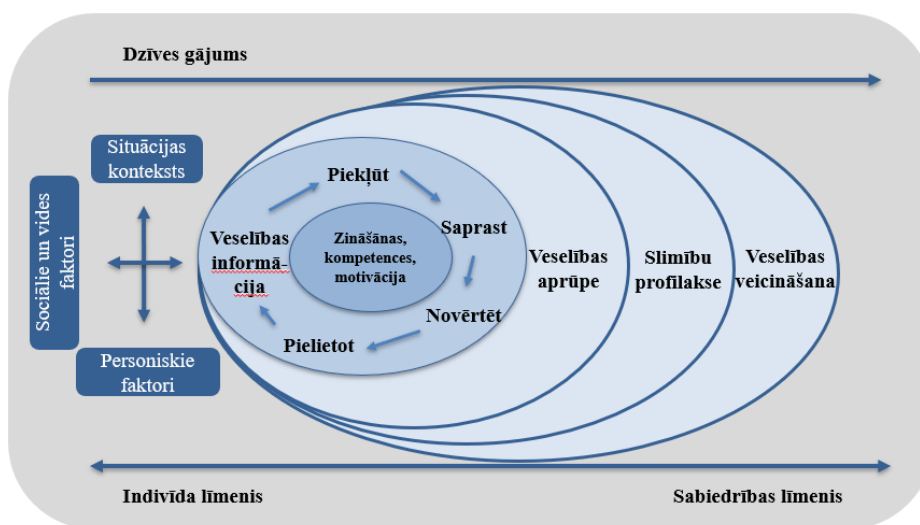
2.1. Insultpratības un veselībpratības jēdziens

Attiecībā uz iekļaušanos sabiedrībā un fizisko prasmju atgūšanu pēc insulta būtiska ietekme ir personas insultpratībai, ņemot vērā, ka insulta gadījumam ir medicīnisks raksturs un pēc tā nepieciešama specifiska ārstēšana, rehabilitācija, aprūpe un noteikta dzīves veida ievērošana. Tāpēc insultpratība ir viens no šī promocijas darba centrālajiem jēdzieniem, kas tiek aplūkots šajā apakšnodaļā. Apakšnodaļā ir raksturots ne tikai insultpratības jēdziens, bet arī plašākais veselībpratības jēdziens, norādot tā līmeņus jeb mērāmās dimensijas, kā arī raksturojot jēdziena izplatību dažādās akadēmisko rakstu datubāzēs.

2.1.1. Veselībpratības jēdziens un aktualitāte

Jēdziens „veselībpratība” ir salīdzinoši jauns jēdziens, un akadēmiskajā literatūrā ienācis nesen, jo īpaši Latvijā. Ārvalstīs ir liels skaits publikāciju, kas veltītas veselībpratības analīzei, turpretī Latvijā šādu publikāciju ir ļoti maz. Lielāks skaits publikāciju Latvijā veltīts informācijpratības jēdzienam (*information literacy*), kas ietver indivīda spēju apzināties savas informācijas vajadzības, izvērtēt informācijas kvalitāti un tās izcelsmi, uzkrāt un atjaunot informāciju, iegūto informāciju izmantot efektīvi un saskaņā ar pieņemtajiem standartiem pielietot iegūto informāciju un nodot to citiem (Catts, 2012: 5). Informācijpratības zināšanas un prasmes, kā atrast, novērtēt un lietot informāciju, ir ar mērķi radīt jaunas zināšanas. Informācijpratība raksturo to, cik labi indivīds spēj veikt darbības saistībā ar informāciju (Pārskats par tautas attīstību, 2015/2016: 13). Informācijpratību var raksturot kā kopēju jeb „jumta” jēdzienu dažādu jomu pratībām, t.sk. veselībpratībai un insultpratībai. Latvijā informācijpratības jēdziena analīzei pievērsušās informācijzinātnes doktores B. Holma un D. Pakalna.

Veselībratību tātad var definēt kā vienu no informācijpratības apakšvirzieniem. Veselībratība, pēc Lielbritānijas veselības un sociālās aprūpes pētnieces S. Saikas (*S.Sykes*) u.c. autoru definējuma rakstā par kritisko veselībratību („*Understanding critical health literacy: a concept analysis*”), ir spēja piekļūt, saprast un pielietot veselības informāciju (Sykes et al., 2013: 12). Līdz ar to secināms, ka definīcija aptver tos pašus jēdzienus (zināšanas, prasmes, kompetences), ko aptver informācijpratības jēdziens. Salīdzinājumam arī citi autori veselībratības jēdzienu raksturo līdzīgi. Piemēram, ES veselībratības pētījumā norādīts, ka veselībratība ietver indivīdu zināšanas, motivāciju un kompetences piekļūt, saprast un novērtēt veselības informāciju, lai varētu spriest un pieņemt lēmumus ikdienas dzīvē saistībā ar veselības aprūpi, slimību profilaksi un veselības veicināšanu, lai saglabātu vai uzlabotu savas dzīves kvalitāti (HLS-EU Consortium, 2012: 7). Savukārt rakstā par ASV pieaugušo personu veselībratību („*The Health Literacy of America’s Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*”) ASV izglītības pētnieki M. Kjutners (*M. Kutner*) u.c. veselībratībai piedāvā šādu definīciju: „Tā ir indivīda kapacitāte iegūt, apstrādāt un saprast veselības informācijas pamatus un pamatpakalpojumus tādā mērā, lai pieņemtu atbilstošus veselības lēmumus.” (Kutner et al., 2006: iii). Veselībratību shematiski, ņemot vērā definīcijā aptvertos aspektus, var attēlot šādi (skatīt 2.1.attēlu).



2.1. att. Veselībratības shematisks attēlojums (HLS-EU Consortium, 2012)

Veselībratība ir aktuāla vairāku iemeslu dēļ. Pirmkārt, lai persona psiholoģiski justos komfortabli, justos informēta par savu vai tuvinieku ārstēšanas procesu un to saprastu, nekautrētos jautāt neskaidro. Otrkārt, kā secināts ES pētījumā par veselībratību, pratība ir nozīmīga dzīves kvalitātes nodrošināšanā – laba veselības stāvokļa nodrošināšanā un veselības veicināšanā. Vairākos akadēmiskajos pētījumos ir pētīta saistība starp veselībratību un indivīda veselības stāvokli. Piemēram, Aijovas universitātes (*University of Iowa*) pētnieces

A. S. Vallisas (A.S. Wallace) u.c. autoru rakstā par veselībratību un gatavību dzīvei pēc izrakstīšanās no slimnīcas („*Readiness for Hospital Discharge, Health Literacy, and Social Living Status*”) secināts, ka zema veselībratība ir saistīta ar sliktākiem veselības rādītājiem, sliktāka veselībratība var pasliktināt veselības rezultātus un stāvokli pēc izrakstīšanās no slimnīcas un tā var kļūt par kavēkli efektīvai sevis pārvaldīšanai un savas rīcības plānošanai (*self-management*) (Wallace et al., 2016). Tāpat izpētīts, ka indivīdiem ar zemu veselībratības līmeni ir biežāka iespējamība nesaprast medicīniskās instrukcijas un ārsta norādījumus, jo indivīdi nespēj interpretēt veselības informāciju. Indivīdi ar zemu veselībratību biežāk norāda uz sliktu veselības stāvokli un viņiem biežāk ir nopietnas veselības problēmas. Ir izpētīts, ka šie cilvēki arī biežāk izmanto neatliekamo medicīnisko palīdzību un slimnīcu pakalpojumus (Rowlands et al., 2014: 9).

Šī brīža galvenie izaicinājumi pacientiem ir spēja saprast un orientēties plašajā veselības informācijas piedāvājumā, kas ir paredzēta dažāda līmeņa pratībām, spēja novērtēt informācijas pareizību un noteikt tās izcelsmes avotus, saprast medicīniskos terminus un iemācīties paskaidrot ārstam savas veselības problēmas. Savukārt, raugoties no ārsta un veselības aprūpes speciālistu perspektīvas, galvenie izaicinājumi saistās ar šo speciālistu spēju komunicēt ar pacientiem, kuriem ir dažāds veselībratības līmenis, spēju atpazīt un identificēt indivīda veselībratības līmeni, kā arī palīdzēt šiem cilvēkiem to uzlabot, dot pacientam pietiekamu laiku, lai saprastu informāciju, kā arī novērtēt, vai pacients ir sapratis ārsta teikto. Tādēļ ir būtiski, ka veselībratības veicināšanā iesaistās ārsti, jo pētījumos ir secināts, ka pacienti ar zemu veselībratības līmeni var kaunēties no tā, ka viņi nesaprot ārsta teikto, kas savukārt var atturēt viņus no papildu jautājumu uzdošanas vai papildu informācijas meklēšanas. Kopīga lēmumu pieņemšana un apspriešanās ar ārstu var rezultēties labākos pacienta veselības rādītājos, lielākā pacientu apmierinātībā un efektīvākā resursu izlietojumā. Savukārt, ja sadarbība (pretimnākšana no veselības aprūpes speciālista) nenoris, pacients ar zemu veselībratību var atturēties no līdzdalības lēmumu pieņemšanā (Rowlands et al., 2014: 5-8), piemēram, attiecībā uz ārstēšanas metodes izvēli, medicīnisku manipulāciju vai ķirurģiskas iejaukšanās jautājumiem.

2.1.2. Veselībratības līmeņi

Veselībratībai zinātniskajā literatūrā izdala vairākus līmeņus. Pamatā avotos runā par dalījumu šādos līmeņos: **funkcionālā pratība** (*functional literacy*), **interaktīvā pratība** (*interactive literacy*) un **kritiskā pratība** (*critical literacy*). Turpinājumā sniegts īss katra no līmeņiem raksturojums.

Funkcionālā veselībratība ietver tādas prasmes, kas indivīdam ļauj izlasīt noteiktas formas informāciju un ļauj saprast rakstīto un mutiski no veselības aprūpes speciālistiem saņemto informāciju. Kā secināts publikācijā par veselībratību („*Health Literacy: Report from an RCGP-led health literacy workshop*”), kuras autors ir Lielbritānijas pētnieks G. Rowlands (G. Rowlands) u.c., biežāk ar ratības problēmām saskaras gados vecāki cilvēki, minoritātes, personas ar zemu kvalifikācijas līmeni un nabadzīgas personas (Rowlands et al., 2014: 3). Šīs sociālās grupas arī ir tās, kuras biežāk ir pakļautas sociālās atstumtības riskam.

Interaktīvā veselībratība paredz to, ka pacientam ir prasmes un pārliecība, lai diskutētu ar veselības aprūpes speciālistu par slimību un tās ārstēšanu. Interaktīvās ratības prasmes ļauj personai aktīvi iesaistīties veselības aprūpes aktivitātēs, iegūt sev nepieciešamo informāciju, t.sk. no dažāda veida komunikācijas kanāliem (Rowlands et al., 2014: 13).

Kritiskā veselībratība attiecināma uz indivīda spēju kontrolēt situāciju un faktoros, kas var ietekmēt viņa veselību, pieņemot konkrētajā brīdī nepieciešamo lēmumu par rīcību (Rowlands et al., 2014: 4). Persona ar kritisko ratību orientējas veselības tematikā, un šādai personai ir motivācija iegūt vairāk informāciju par veselības tematiku (Sykes et al., 2013: 6). Persona ar augstām kritiskās veselībratības spējām spēj kritiski analizēt informāciju un izmantot to, lai iegūtu lielāku kontroli pār dzīves notikumiem un situācijām. Šīs prasmes indivīdam ļauj veicināt veselību, ļauj samazināt veselības riskus un novērst noteiktas saslimšanas (Rowlands et al., 2014: 13). Galvenās īpašības, kas raksturo cilvēku, kam piemīt kritiskā veselībratība, ir pilnīgākas (uzlabotas) personiskās un sociālās prasmes, t.sk. pārliecība, sociālās un komunikācijas prasmes, pašorganizēšanās prasmes. Kritiski ratīgam cilvēkam ir noteikta zināšanu bāze par veselības jautājumiem, kas nozīmē medicīnas terminoloģijas atpazīšanu, informētību par veselības tematikām, spēju izmantot iegūto informāciju konkrētai nepieciešamībai, spēja novērtēt riskus (Sykes et al., 2013: 5).

Līdzīgu, bet nedaudz citādāku veselībratības līmeņu dalījumu piedāvā Pasaules Veselības organizācijas Austrumu Vidusjūras reģiona konsultanti konferencē, kas veltīta veselības veicināšanai. Arī šo autoru veselībratības līmeņu dalījumā ir ietverta funkcionālā veselībratība. Tā tiek skaidrota līdzīgi kā iepriekš – tā ietver indivīda prasmes lasīt un saprast tekstu, kas tajā skaitā ļauj pareizi lietot izrakstītās zāles, veikt pašaprūpi mājās, un ievērot noliktās vai nepieciešamās tikšanās ar veselības aprūpes speciālistiem un ārstēšanās grafiku kopumā. Papildus funkcionālajai ratībai šo autoru piedāvātajā veselībratības klasifikācijā tiek izdalīta **konceptuālā jeb jēdzienu ratība (*conceptual literacy*) un veselībratība kā iespējinašana (*health literacy as empowerment*)**. Konceptuālā veselībratība ietver prasmes un kompetences sameklēt un izmantot veselības informāciju, kā arī lietot medicīniskus

jēdzienus gan lēmuma pieņemšanā sadarbībā ar veselības aprūpes speciālistu, gan kopumā ar mērķi mazināt veselības riskus un veicināt veselību (Kanj & Wayne, 2009: 4&14). Salīdzinot ar iepriekš analizēto veselībpratības iedalījumu, konceptuālā pratība vairāk ir pielīdzināma kritiskajai pratībai.

Savukārt veselībpratība kā iespējināšana vairāk saistīta ar aktīvu darbību sabiedrības veselības labā, veicinot sabiedrības iesaisti savas veselības uzlabošanā, t.sk. lai apzinātos savas tiesības un iespējas esošajā veselības aprūpes sistēmā un iesaistītos veselības politikas veidošanā, ko var panākt dažādos veidos - gan ar iesaisti lēmuma pieņemšanā, gan vēlēšanu ceļā, gan veidojot sociālās kustības (Kanj & Wayne, 2009: 4). Tādējādi šis pratības līmenis būtiski atšķiras no citu autoru piedāvātā veselībpratības iedalījuma, jo akcentē tieši pilsoniskās aktivitātes lomu savas un sabiedrības veselības veicināšanā.

Cits veselībpratības iedalījums, kas nav tik izplatīts, kā iepriekš aprakstītie trīs līmeņi (funkcionālā, interaktīvā un kritiskā veselībpratība), ir veselībpratības dalījums trīs sfērās, ko piedāvā M. Kjutners u.c. autori. Tā ir **klīniskā sfēra** (*clinical domain*), **profilakses sfēra** (*prevention domain*) un **veselības vadīšanas sfēra** (*navigation of the health care system domain*) (Kutner et al., 2006: 3). Tādējādi šis dalījums atšķirībā no iepriekšējiem veselībpratības iedalījumiem ir mazāk vērsts uz darbības un prasmju veidu akcentēšanu. Tā vietā tas ir vērsts uz dažādu tematisko jomu akcentēšanu (klīniskā ārstēšana, veselības profilakse un veselības sfēras pārvaldība kopumā).

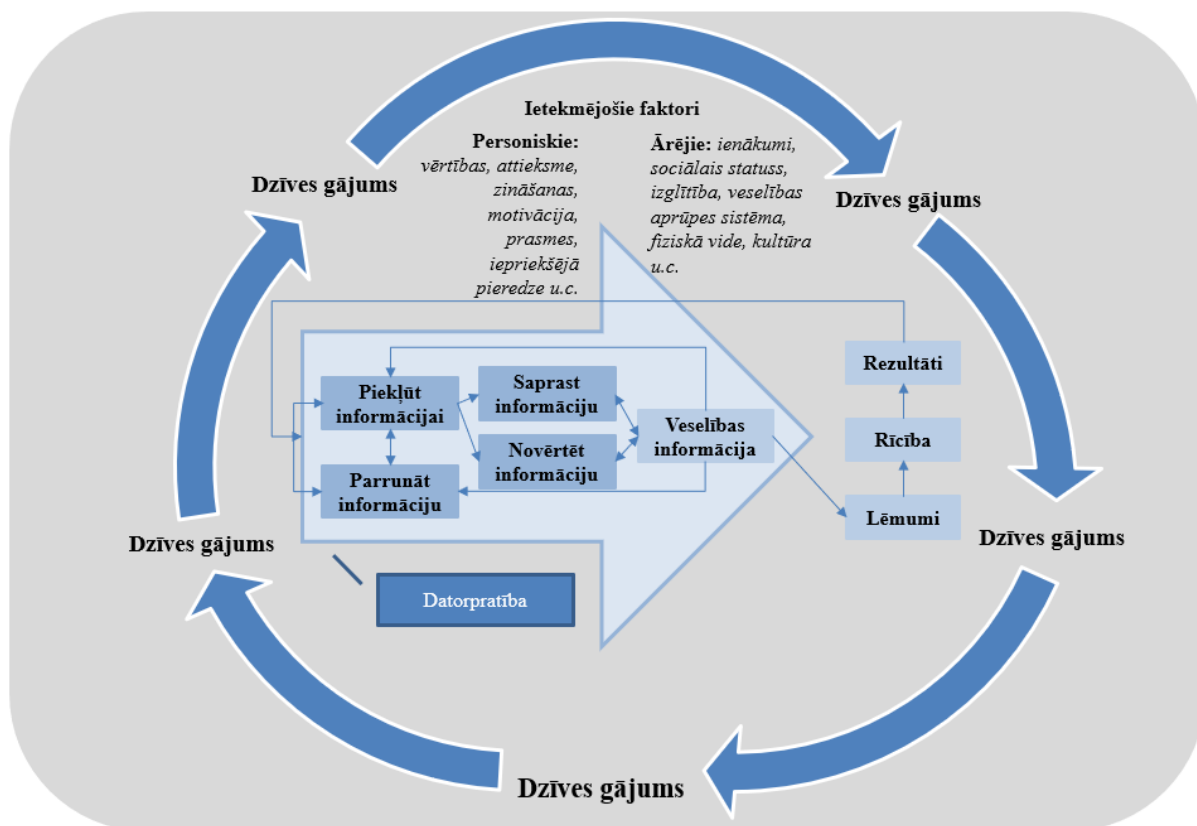
Klīniskā sfēra ietver pratību saistībā ar pacienta – veselības aprūpes speciālista mijiedarbību, diagnozi un slimību ārstēšanu, medikamentu lietošanu, spēju aizpildīt pacienta anketu, instrukciju zāļu lietošanai sapratni un sekošanu līdzī ārsta noteiktajām rekomendācijām. Profilakses sfēra ietver pratību, kas saistīta ar veselības saglabāšanu un uzlabošanu - preventīviem pasākumiem, lai nenaslimtu, laicīgu došanos pie veselības aprūpes speciālista veselības problēmu gadījumos vai identificējot simptomus un riska faktoros, iesaisti pašaprūpē (*selfcare*) un slimības pārvaldībā (*self-management*), spēju apzināties, kā veselīgs uzturs un fiziskās aktivitātes var samazināt risku saslimt ar dažādām slimībām. Veselības vadīšanas sfēra ietver indivīda izpratni par to, kā veselības aprūpes sistēma strādā, kādas ir indivīda tiesības un atbildības. Kā piemēru var minēt izpratni par veselības apdrošināšanu – par ko un kādos gadījumos to izmaksā, neizmaksā, spēju sniegt savu informētu piekrišanu (Kutner et al., 2006: 3). Papildus kā piemērus pratībai veselības vadīšanas sfērā var minēt izpratni par veselības pakalpojumu sniegšanas kārtību, spēju atrast informāciju par valsts līdzfinansētiem un apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, spēju atrast informāciju par iestādi, kurā ir vismazākās rindas uz nepieciešamo veselības

aprūpes pakalpojumu, piemēram, aplūkojot rindas uz pakalpojumu NVD mājaslapas sadaļā „Gaidīšanas rindas plānveida ārstniecībai ambulatorās iestādēs” un tādējādi izvēloties pierakstu tajā iestādē, kurā ir īsākā rinda.

Apkopojot dažādos avotos raksturotos veselībpratības līmeņus, to raksturojumā dominē šādi atslēgvārdi:

- spēja izlasīt noteiktas formas veselības informāciju, spēja saprast lasīto un mutiski saņemto informāciju, spēja sameklēt nepieciešamo informāciju,
- spēja runāt un diskutēt ar veselības aprūpes speciālistu, spēja lietot medicīniskus terminus,
- spēja iesaistīties veselības aprūpes aktivitātēs, spēja ārstēties mājās apstākļos, ievērojot instrukcijas, spēja veikt preventīvas darbības veselības saglabāšanai un uzlabošanai,
- spēja kontrolēt un laicīgi noteikt veselības situāciju un rīcības plānu, pašorganizācijas spējas un precizitāte ārstēšanās plāna ievērošanā,
- kritiskās analīzes spējas, spēja veikt sabiedrības izglītošanu un vēlmi iesaistīties savas veselības veicināšanā, iesaistīties un veicināt sabiedrības iesaisti veselības politikas veidošanā (vēlēšanas, kustības u.c.),
- izpratne par veselības aprūpes sistēmu un to, kā tā strādā, kādas ir pacienta tiesības un iespējas.

Veselībpratību kopumā ietekmē dažādi faktori – indivīda personiskie faktori un dažādi ārējie faktori, kā tas attēlots M. Kanja (*M. Kanj*) un M. Veina (*M. Wayne*) autoru izstrādātajā shematiskajā attēlā (skatīt 2.2. attēlu). No ārējiem faktoriem, kas ietekmē veselībpratību, atzīmējami indivīda ienākumi, sociālais statuss, izglītība, veselības aprūpes sistēmas specifika konkrētajā valstī vai teritorijā, sociālā un fiziskā vide, kur indivīds dzīvo, kultūra u.c. faktori. No personu raksturojošiem faktoriem atzīmējamās personas vērtības, uzskati, zināšanas un motivācija, iepriekšējā dzīves pieredze u.c. (Kanj & Wayne, 2009: 12).



2.2.att. Veselībratība tā plašākā kontekstā (Kanji & Wayne, 2009)

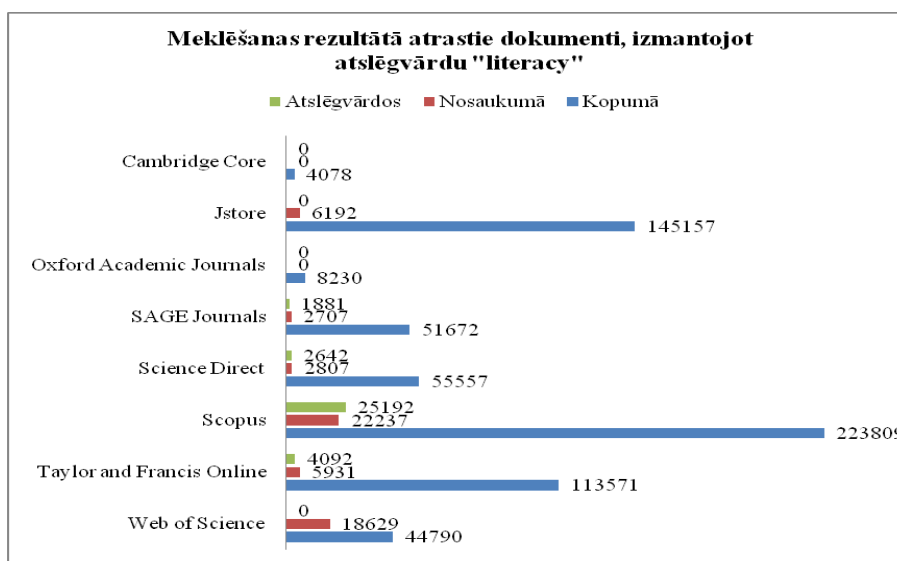
Ņemot vērā mūsdienu digitalizācijas tendences, kā būtisku veselībratību ietekmējošu ārējo faktoru darba autore vēlas uzsvērt arī internetu. Pirmkārt, tā ir interneta pieejamība un izmantošanas biežums. Otrkārt, tajā atrodamās informācijas saturs. Internets piedāvā plašu klāstu informācijas visdažādākajiem veselībratības līmeņiem – sākot ar zinātniskajām publikācijām un medicīniskām grāmatām, līdz pat sociālajiem tīkliem un blogiem, tīmekļa vietnēm, kur indivīdiem ir iespējas brīvā formā dalīties ar savu pieredzi konkrētas veselības kaites ārstēšanā, medikamentu lietošanā vai izteikt priekšlikumus problēmas ārstēšanai. Kā secināts pētījumā par veselībratību un internetu, puse no sabiedrības locekļiem, kuri meklē informāciju internetā, uzskata, ka internetam ir galvenā loma tajā, ka viņi saprot veselības problēmas un spēj veiksmīgi sadarboties ar ārstu (Christmann, 2005: 6). Līdz ar to secināms, ka internets ļauj vairot pratības līmeni, taču vienlaikus tas arī rada draudus tiem, kuri nespēj kritiski izvērtēt informācijas kvalitāti. Tādējādi, paļaujoties uz apšaubāmu informācijas avotu, var tik pieļautas būtiskas kļūdas veselībā.

Attiecībā uz pratības prasmēm dažādās vecuma grupās, kā secināts sabiedrības veselības ekspertes L. K. Kobajashi (*L. C. Kobayashi*), Dž. Vardlas (*J. Wardle*) un K. Von Vāgnera (*Ch. von Wagner*) publikācijā par interneta lietojumu un veselībratību („*Internet use, social engagement and health literacy decline during ageing in a longitudinal cohort of older English adults*”), veselībratības prasmēm ir tendence pasliktināties, pieaugot cilvēka

vecumam, kas galvenokārt ir saistīts ar kognitīvo spēju pasliktināšanos. Taču, kā tieši veselībratību novecošanās kontekstā ietekmē sociālie un informācijas un komunikāciju tehnoloģiju faktori, nav zināms (Kobayashi et al., 2015). Attiecībā uz pētījuma secinājumu par veselībratības pasliktināšanos līdz ar vecumu, autore vēlas uzskata, ka veselībratībā šī tendence varētu būt saistoša tikai no noteikta vecuma, jo līdz noteiktam vecumam indivīds drīzāk tieši vairo savu prātību, balstoties uz uzkrāto pieredzi un iegūstot izglītību.

2.1.3. Prātības, veselībratības un insultprātības jēdzienu lietojums akadēmiskās datubāzēs

Promocijas darba ietvaros 2017. gada 6. jūlijā tika veikta analīze par to, cik liels skaits publikāciju ir atrodams dažādās akadēmisko rakstu datubāzēs¹³, izmantojot šādus atslēgvārdus: „literacy” (prātība), „health literacy” (veselībratība) un „stroke literacy” (insultprātība). Analīzes rezultātā tika secināts, ka par prātību atrodams vislielākais skaits dažādu rakstu, visvairāk rakstiem esot Scopus datubāzē (223,8 tūkst.) (skatīt 2.3. attēlu). Agrākais raksts par tēmu datubāzē ir citēts ar 1917. gadu. Publicēto dokumentu skaitam gadu gaitā ir tendence pieaugt.

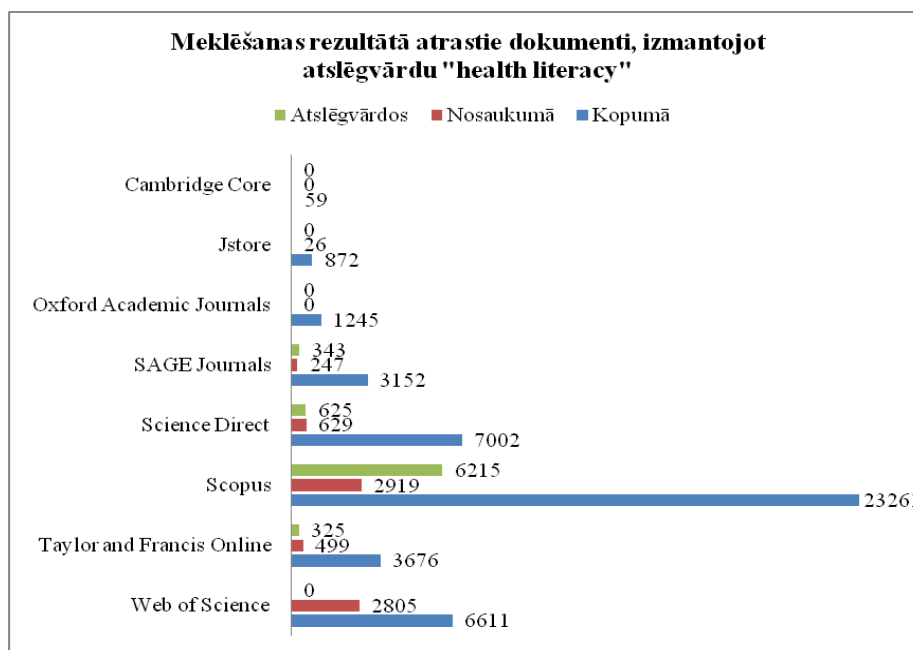


2.3.att. 2017. gada jūlijā veiktās meklēšanas rezultātā atrastie dokumenti, izmantojot atslēgvārdu „literacy” (Avots: Web of Science, Taylor and Francis Online, Scopus, Science Direct, SAGE Journals, Oxford Academic Journals, Jstore, Cambridge Core)

Tālāk pēc publicēto rakstu skaita seko publikācijas par veselībratību. Arī par šo tēmu visvairāk publikācijas ir atrodamas Scopus datubāzē (23,3 tūkst.). Taču atšķirībā no prātības jēdziena, par veselībratību pieejamo dokumentu skaits ir aptuveni desmit reizes mazāks

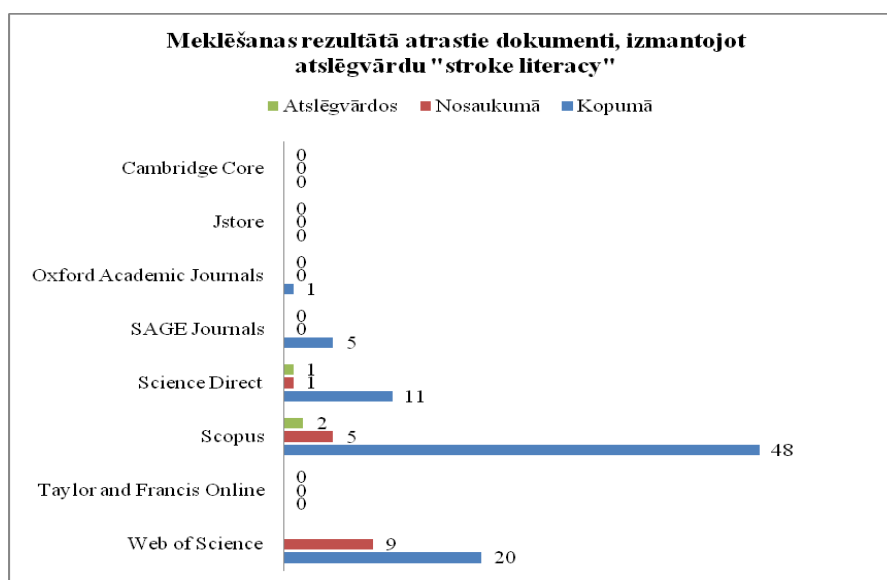
¹³ Meklēšanā tika izvēlētas šādas datubāzes: Web of Science, Taylor and Francis Online, Scopus, Science Direct, SAGE Journals, Oxford Academic Journals, Jstore, Cambridge Core

(skatīt 2.4. attēlu). Senākais raksts, kas atrodams aplūkotajās datubāzēs par veselībpratību, ir citēts ar 1982. gadu. Pavērojot dinamiku pa gadiem, secināms, ka publikāciju skaitam par veselībpratību ir tendence gadu gaitā pieaugt.



**2.4.att. 2017. gada jūlijā veiktās meklēšanas rezultātā atrastie dokumenti, izmantojot
atslēgvārdu „health literacy” (Avots: Web of Science, Taylor and Francis Online, Scopus,
Science Direct, SAGE Journals, Oxford Academic Journals, Jstore, Cambridge Core)**

Dokumenti, kuros analizēta insultprātība, akadēmiskajās datubāzēs ir atrodami salīdzinoši nelielā skaitā. Scopus datubāzē ir atrodami 48 dokumenti, taču dokumenti, kuru nosaukumos būtu izmantots šis atslēgvārds, ir būtiski mazāk (Scopus datubāzē - pieci). Agrākais pieejamais raksts par insultprātību datubāzēs citēts ar 2008. gadu. Visvairāk rakstus par šo tēmu publicējis O. Williams. Ņemot vērā meklēšanas rezultātus, secināms, ka insultprātība ir jauns un akadēmiskajā vidē maz lietots un pētīts jēdziens (skatīt 2.5. attēlu). Turklāt kā insultprātība, tā veselībpratība ir jēdzieni, kuriem novērojama augšupejoša tendence un pieaugoša popularitāte akadēmiskos pētījumos.



2.5.att. 2017. gada jūlijā veiktās meklēšanas rezultātā atrastie dokumenti, izmantojot atslēgvārdu „stroke literacy” (Avots: Web of Science, Taylor and Francis Online, Scopus, Science Direct, SAGE Journals, Oxford Academic Journals, Jstore, Cambridge Core)

2.1.4. Insultpratība

Insultpratības definīcija. Promocijas darbā plaši tiek izmantots jēdziens insultpratība, kas ir definējams kā viens no veselībratības apakšvirzieniem. Novērtējot jēdziena izplatību dažādās akadēmisko rakstu datubāzēs¹⁴ (izvērstu raksturojumu skatīt 2.1.3. nodaļā), secināms, ka jēdziens ir unikāls, jo tikai dažas publikācijas veltītas tā analīzei. Tādēļ insultpratības jēdziena izmantošana promocijas darbā ir inovatīva gan Latvijas, gan starptautiskā mērogā. Ārvalstu publikācijās biežāk izmanto jēdzienus zināšanas par insultu (*stroke knowledge*), insulta izpratne (*awareness of stroke*). Kopumā pētījumos par insultpratību ir konstatēti līdzīgi secinājumi kā pētījumos par veselībratību – proti, labāka insultpratība pozitīvi korelē ar veselības stāvokli. Zināšanas par insulta simptomiem biežāk rezultējas laicīgā medicīniskās palīdzības iegūšanā (Bay et al., 2015: 1157). Savukārt nepietiekama pratība ir saistīta ar sliktākiem hronisko slimību rādītājiem (Huang et al., 2015: 762). Pētījumi par insultpratību visbiežāk aptver Austrālijas un Singapūras, Ķīnas, Japānas un ASV teritorijas.

Atšķirībā no veselībratības insultpratībai ir raksturīgas fokusētas un specifiskas zināšanas par insulta riska faktoriem, insulta pazīmēm un zināšanas par smadzenēm kā insulta norises vietu (Morren & Salgado, 2013). Aplūkojot dažādu autoru sniegtas definīcijas, secināms, ka visbiežāk insultpratību raksturo tieši šādi - kā informētību par insulta riska

¹⁴ Web of Science Taylor and Francis Online, Scopus, Science Direct, SAGE Journals, Oxford Academic Journals, Jstore, Cambridge Core

faktoriem, pazīmēm un rīcību insulta pazīmju novērošanas gadījumā (*FAST - facial droop, arm weakness and speech difficulty; time* (Amano et al., 2014; 1040)), ārstēšanu un smadzeņu kā insulta norises vietas atpazīšanu. Šādu definīciju ar nelielām izmaiņām piedāvā jau pieminētais ASV pētnieks Dž. A. Morens (*J. A. Morren*) un E. D. Saldago (*E.D Saldago*) (Morren & Salgado, 2013), Taivānas neiroloģijas pētnieki L. Čans (*L. Chan*) u.c. autori (Chan et al., 2016: 176), ASV neiroloģijas departamenta pētnieces M. K. Denija (*M. C. Denny*) u.c. autori (Denny et al., 2017: 2).

Zinātniskajos avotos insultpratības kontekstā netiek runāts par zināšanām par insulta rehabilitācijas procesu, kas insulta gadījumā ir svarīgs un izšķirošs process fizisko un sociālo prasmju atgūšanā, spējā dzīvot neatkarīgi un iekļauties sabiedrībā. Akadēmiskajos avotos insultpratības kontekstā netiek runāts par aspektiem, kas jāņem vērā insultu pārcietušās personas aprūpē. Taču šie jautājumi ir aktuāli, jo tuviniekiem un insultu pārcietušajiem cilvēkiem par tiem trūkst informācija, uz ko norāda liels skaits publikāciju. Piemēram, doktora grāda kandidātes no Dānijas H. Pīplas (*H. Peoples*) u.c. autoru pētījumā par insultu pārcietušo cilvēku rehabilitācijas pieredzi („*Stroke survivors' experiences of rehabilitation: A systematic review of qualitative studies*”) secināts, ka rehabilitācijā pēc insulta ir būtiski pārvarēt un kontrolēt jauno situāciju, iegūt nepieciešamo informāciju un sadarboties ar rehabilitācijas speciālistiem. Insultu pārcietušie cilvēki norāda uz nepieciešamību pēc pietiekamas un individualizētas informācijas par rehabilitācijas procesu un atveseļošanos, kas varētu veicināt šo personu aktīvāku iesaisti rehabilitācijas procesā (Peoples et al., 2011: 168). Attiecībā uz slimnieka aprūpi, t.sk. pašaprūpi mājās apstākļos, insultu pārcietušie cilvēki ir norādījuši pēc nepieciešamības pēc zināšanām un prasmēm ikdienas darbu veikšanā (vannošanās, apģērbšanās, ēst gatavošana u.c.) (Egbert et al., 2006: 48-49). Insultu pārcietušo cilvēku ģimenes locekļi savukārt norāda uz nepieciešamību pēc informācijas par viņu tuvinieku aprūpēšanas aspektiem (Mak et al., 2007: 972). Aprūpes sniedzējiem trūkst informācijas par to, kāda palīdzība un atbalsts ir pieejams un kur to meklēt, kāda ir insulta kā slimības daba (Brereton & Nolan, 2002: 23-34). Tāpat pētījumos raksturota nepieciešamība pēc tuvinieku iesaistes rehabilitācijas un ārstēšanas procesā, lai tuvinieks justos zinošs par insultu pārcietušās personas aprūpi un slimības dabu, kā arī par slimnieka atveseļošanās prognozēm (Giosa et al., 2014).

Ņemot vērā, ka lielā daļā pētījumu raksturota problēma par aprūpētāju emocionālo izdegšanu, apjukumu, redzot tuviniekus šādā stāvoklī (Mak et al., 2007: 976), būtiska vērība insultpratības kontekstā ir pievēršama arī tuvinieku un insultu pārcietušā cilvēka prasmēm tikt

galā ar emocionālu sasprindzinājumu, depresiju un zināšanām par to, kur nepieciešamības gadījumā meklēt palīdzību.

No iepriekš rakstītā secināms, ka akadēmiskajā vidē lietotās insultpratības definīcijas ir šauras, galvenokārt koncentrējoties uz zināšanu par insulta kā slimības, tā riska faktoriem, sekām un rīcību insulta gadījumā novērtēšanu, tādēļ autore piedāvā sevis izstrādātu – paplašinātu insultpratības definīciju, kas aptver dažādas insulta attīstības fāzes. **Autores definējumā insultpratība ir** indivīdu spēja identificēt, iegūt, novērtēt un pielietot ar insultu saistītu informāciju. Ar insultu saistīta informācija ietver zināšanas un prasmes par insulta profilaksei būtiskiem jautājumiem (kādi ir insulta riska faktori un cēloņi, insulta pazīmes un rīcība šādu pazīmju novērošanas gadījumā), par insulta ārstēšanai būtiskiem jautājumiem (insulta norises vieta, insulta neatliekama ārstēšana, ārstēšanas gaita, medikamenti, akūta rehabilitācija, insulta fiziskās, kognitīvās un psiholoģiskās sekas), par insulta rehabilitācijai būtiskiem jautājumiem (rehabilitācijas veidi un iespējas, vingrojumi mājas apstākļos, rīcība, kas var kaitēt insultu pārcietušai personai, insultu pārcietušās personas psiholoģiskā labsajūta un motivēšana) un par insulta aprūpei un sadzīvošanas ar insulta sekām būtiskiem jautājumiem (insultu pārcietušās personas aprūpe, vingrojumi fizisko spēju uzturēšanai un uzlabošanai, insultu pārcietušās personas un tuvinieku – aprūpētāju psiholoģiskā labsajūta, atkārtota insulta riski un to mazināšanas pasākumi, pieejamais sociālais atbalsts, izpratne par insulta sekām un iecietība pret tām).¹⁵

Kā redzams, autores piedāvātā definīcija aptver vairākus ar insulta notikumu saistītus posmus, kuriem cauri iet teju ikviens insultu pārcietis cilvēks un viņa tuvinieks. Minētie posmi aptver: gan (1) pirms-insulta periodu, lai indivīds mazinātu insulta risku un zinātu, kā rīkoties insulta gadījumā, gan (2) akūto pēc-insulta periodu, kad indivīdam nepieciešamas zināšanas un prasmes, lai nodrošinātu veiksmīgu un neatliekamu insulta ārstēšanu un uzlabotu insultu pārcietušās personas psiholoģisko pašsajūtu, gan (3) insulta rehabilitācijas periodu, lai nodrošinātu iespējami drīzāku un pilnīgāku indivīda fizisko spēju un psiholoģiskās labsajūtas atgūšanu, gan (4) insulta seku pieņemšanu un pielāgošanu ikdienai, kad būtiski ir jautājumi par personas pareizu aprūpi un fizisko spēju uzturēšanu vai uzlabošanu, psiholoģiskās labsajūtas uzturēšanu insultu pārcietušajai personai un tās tuviniekiem, atkārtota insulta riska mazināšanu, pieejamo atbalstu dzīvei sabiedrībā u.c. jautājumiem.

Insultpratības klasifikācijas modelis. Līdzšinējos pētījumos nav piedāvāta insultpratības klasifikācija, taču ir mēģinājumi klasificēt veselībratību, piedāvājot

¹⁵ Autore ir konsultējusies ar Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisiju par termina „insultpratība” iespējamo lietošanu zinātniskajā terminoloģijā, saņemot pozitīvu atzinumu, ka termins ir pareizi darināts un atbilst pašlaik attiecīgajā terminoloģijas nozarē aktuālajiem vārddarināšanas modeļiem.

veselībratības dalījumu šādos līmeņos: (1) funkcionālā, interaktīvā un kritiskā veselībratība (Rowlands et al., 2014:3), (2) funkcionālā un konceptuālā veselībratībā un veselībratībā kā iespējinašanās (Kanj & Wayne, 2009: 4&41), un (3) klīniskā sfēra, profilakses sfēra un veselība vadīšanas sfēra (Kutner et al., 2006: 3). Uzskaitītie klasifikācijas piemēri norāda uz dalījumu grupās gan pēc prasmju veida (lasīt, novērtēt, diskutēt u.c.), gan pēc tematiskās jomas (profilakse, klīniskā sfēra u.c.). Papildus pētījumos par veselībratību mēdz klasificēt arī pašas personas pēc tā, cik pratīgas viņas ir. Piemēram, vienā no pētījumiem piedāvāts šāds personu dalījums grupās: vāja un nepietiekama veselībratība, kas rada daudz problēmu indivīdam un sabiedrībai, ierobežota veselībratība, kas indivīdam rada novēršamas problēmas, pietiekama vai atbilstoša veselībratība, kas nodrošina galveno indivīda vajadzību apmierināšanu, un teicama veselībratība, kas raksturo indivīda kritisko pratību. Taču šāds modelis tomēr apgrūtina iespēju indivīdu klasificēt noteiktā grupā, jo viņa pratība var atšķirties atkarībā no jomas, piemēram, indivīds var pārvaldīt diabēta situāciju un veikt tam nepieciešamos pasākumus, taču nepareizi īstenot antibiotiku ārstēšanas kursu (Health Literacy Centre Europe, 2015a).

Autore, balstoties uz teorijā un akadēmiskajos pētījumos gūto informāciju, kā arī empirijā iegūtajiem datiem, piedāvā šādu insultpratības klasifikācijas modeli, grupējot insultpratību pēc šādām pazīmēm:

- Pēc insulta norises fāzes - veselības veicināšana un insulta profilakse, insulta gadījums - tā atpazīšana un rīcība insulta gadījumā, insulta ārstēšana, insulta rehabilitācija un dzīve pēc insulta (insultu pārcietušās personas aprūpe un dzīves normalizācija);
- Pēc pratību raksturojošas kompetenču jomas - identificēt, iegūt, saprast, novērtēt, pielietot informāciju;
- Pēc rīcības nodoma – pašizglītoties, izprast situāciju, pielietot informāciju, vairot citu zināšanas;
- Pēc mērķgrupas, kurā tiek vērtēta insultpratība - sabiedrība, insultu pārcietušās personas, insultu pārcietušo personu tuvinieki, aprūpes sniedzēji, veselības aprūpes personāls;
- Pēc insultpratības novērtēšanas mērķa – indivīda zināšanu pārbaude (zināšanas par konkrētiem faktiem), informācijas ieguve par indivīdu pašnovērtējumu par savām zināšanām un prasmēm (visbiežāk vērtējums Laikerta skalā), konkrētu indivīda prasmju pārbaude (spēja izlasīt, spēja pareizi izskaidrot, spēja reflektēt lasīto vai dzirdēto, spēja izvēlēties situācijai atbilstošus medicīniskos terminus, spēja pēc noteiktas formas sniegt informāciju), ieteikumu iegūšana politikas plānošanas

vajadzībām (nepieciešamie uzlabojumi pratībai vairošanai, politikas attīstības stratēģiju izstrāde).

Insultpratības novērtēšanas instrumentārijs. Analizējot akadēmiskos pētījumos izmantoto metodoloģisko pieeju insultpratības novērtēšanai, secināms, ka visbiežāk ir izmantota aptaujas metode. Vairākos pētījumos, kur izmantota aptaujas metode, tiek izvēlēta šāda pieeja: (1) novērtēt personas insultpratību pirms eksperimenta, (2) parādīt izglītojošu video par insulta jautājumiem, (3) nomērīt indivīda insultpratību uzreiz pēc izglītojoša video noskatīšanās un (4) novērtēt personas insultpratību atkārtoti 30 dienas pēc video noskatīšanās vai trīs mēnešus pēc video noskatīšanās. Visbiežāk aptaujās mēra šādus divus indikatorus - vai persona spēj nosaukt trīs insulta riska faktorus un vai zina, ka insulta pazīmju novērošanas gadījumā nekavējoties jāizsauc neatliekamā medicīniskā palīdzība. Šādu metodoloģisku pieeju izmantojuši pētnieki no Japānas - T. Amano (*T. Amano*), S. Jokota (*C. Yokota*), J. Sakamoto (*Y. Sakamoto*) un citi (Amano et al., 2014: 1040), secinot, ka pēc izglītojošām kampaņām indivīdu zināšanas par insultpratību uzlabojas (Kilkenny et al., 2016: 1).

Retāk akadēmiskos pētījumos tiek izmantota kvalitatīvā metodoloģiskā pieeja - dokumentu analīze, apkopojot un veicot citu insultpratības pētījumu analīzi, vai veicot internetā atrodamo rakstu par insulta tematiku novērtējumu, izmantojot interneta rīkus šo rakstu sarežģītības novērtēšanai (izmantoti šādi instrumenti: „*The Flesch–Kincaid and Simple Measure of Gobbledygook (SMOG) formula*”) (Sharma et al., 2014: 1364). Pētījumos, kuros izmantota kvalitatīvā pieeja, ir izmantota arī fokusgrupu diskusiju metode - lai izpētītu indivīdu informācijas ieguves paradumus un informācijas ieguves veidus, lai novērtētu barjeras, ar ko indivīdi saskaras informācijas par insultu ieguvē un sapratnē. Šādas barjeras, piemēram, ir ierobežota pieejamība informācijai un tās noderīgums, barjeras slimnīcas vidē, barjeras pacienta – medicīnas darbinieka interakcijā (komunikācijas problēmas, neziņa) (Eames et al., 2010).

Pētot akadēmiskus un lietišķus pētījumus, secināms, ka insultpratības mērījumu metodoloģija ir maz attīstīta, ja salīdzina ar veselībratības izpētes metodoloģiju. Veiktā izpēte norāda uz to, ka insultpratības novērtējumā bieži tiek izmantota TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) instrumenta īsāka forma, ko parasti izmanto veselībratības lietišķajos pētījumos. Tā tiek pielāgota insulta vajadzībām un tajā respondentiem tiek lūgts aizpildīt tukšās vietas, izvēloties konkrētajai situācijai piemērotāko vārdu no dotā saraksta.

Sabiedrības zināšanu pašpārbaudei, kas netiek veikta akadēmisku pētījumu ietvaros, savukārt tiek izmantoti dažādi testi par insulta jautājumiem, kas ir atrodamā dažādās interneta

vietnēs dažādās valodās (angļu valodā visbiežāk apzīmē ar vārdiem „*Public Stroke Knowledge Quiz*”). Tas nav konkrēts instrumentārijs, jo katrā gadījumā satur dažādas formas jautājumus, piemēram, par insulta galvenajiem riska faktoriem, vietu, kur notiek insults, citiem insultu apzīmējošiem jēdzieniem, insulta pazīmēm, insulta izplatību uz citu saskāšānu un nāves cēloņu fona u.c. Arī Latvijā SPKC ir izveidojis šādu testu zināšanu par insulta pašpārbaudei.¹⁶ Promocijas darba ceturtā pielikuma pirmajā tabulā ir apkopoti dažādi jautājumu piemēri, kurus izmanto testos. Tie ir īsi un viegli uztverami respondentam un pārņemami insultprātības novērtēšanai arī Latvijā. Taču jānorāda, ka šajos testos maz ir aptverti indikatori, ko parasti izmanto veselībrātības pētījumos – t.i., kā tiek iegūta, atlasīta, novērtēta informācija. Tie arī nepēta sarežģītākus, ar kuriem personas saskāras, iegūstot informāciju. Pētījumos un praksē izmantotie mērinstrumenti ir pamatā orientēti uz insulta atpazīšanu un rīcību insulta gadījumā, maz uz ārstēšanu un ne uz rehabilitāciju vai insultu pārcietušo cilvēku aprūpes, emocionālā stāvokļa jautājumiem. Latvijā izveidotais SPKC tests ir uzteicams, taču tas ir piemērots tam, lai indivīds spētu konstatēt insulta gadījumu. Lai aptvertu arī insulta profilaksi un sabiedrību izglītotu par šiem jautājumiem, SPKC izstrādāto testu būtu ieteicams papildināt ar jautājumiem par to, kas ir un kur notiek insults, kā arī par insulta riska faktoriem un augstajām insulta mirstības un iespējamajām invaliditātes sekām.

Plašāks spektrs dažādu prātības instrumentāriju pieejams attiecībā uz veselībrātības mērījumiem, kurus veiksmīgi var pielāgot arī insultprātības pētīšanai. Visbiežāk tie ir testi:

- REALM (*Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine*), kura pamatā pacientam lūdz skaļi izlasīt dažādus medicīniskos terminus – vārdus (parasti tie ir 12-60 vārdi). Tiek piefiksēts gadījumu skaits, kad pacientam rodas problēmas izlasīt konkrēto vārdu (Health Literacy Centre Europe, 2015a & Ownby et al., 2013).
- TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*), kurā pacientiem tiek lūgts aizpildīt tukšās vietas (orientējoši 50), izvēloties konkrētajai situācijai piemērotāko vārdu no saraksta (Health Literacy Centre Europe, 2015a). Tāpat pacientiem tiek lūgts iepazīties ar dažādiem situācijas aprakstiem, pēc kuru izlasīšanas tiek testēts tas, vai viņi tos ir sapratuši (Weiss et al., 2005).
- HLS-EU, kurā pacientiem tiek piedāvāti apgalvojumi, kuri viņiem jānovērtē ar atbildi Laikerta skalā. Garāku mērījumu gadījumos tie var būt pat 47 apgalvojumi, īsākos – 12-35 apgalvojumi (Health Literacy Centre Europe, 2015a). Apgalvojumi tiek grupēti šādās grupās: (1) veselības aprūpes jautājumi, (2) slimību profilakse, (3) veselības veicināšana. Katrā grupā tiek izdoti jautājumi, lai novērtētu personas spēju piekļūt

¹⁶ Tests pieejams mājaslapā: <https://www.spkc.gov.lv/atpazistiinsultu/>

medicīniska rakstura informācijai un spēju savas zināšanas regulāri atsvaidzināt (veselības veicināšanas gadījumā), lai novērtētu viņu spēju saprast medicīnisko informāciju, spēju interpretēt un novērtēt informāciju, spēju veikt informētus lēmumus, spēju kritiski izvērtēt informācijas pielietojamību un formulēt savu viedokli (World Health Organization, 2013: 6).

- Un citi mērinstrumenti (skatīt 4. pielikuma 2. tabulu).

Veselībratības mērījumos tādējādi tiek izmantotas dažādas metodoloģiskās pieejas – ir gan plašs tematiski aptverto jautājumu loks (par veselības veicināšanu, slimību profilaksi un dažādiem veselības aprūpes jautājumiem, par to, kā indivīdi iegūst informāciju, to saprot, novērtē un pārbauda), gan pratība tiek pārbaudīta dažādās formās, piemēram, lūdzot izlasīt jēdzienus, aizpildīt tukšās vietas, norādot jēdzienus, kas tematiski vislabāk sader kopā. Visbiežāk šos testus var adaptēt, jautājumus specifiski pielāgojot insulta tematikai, kā tas, piemēram, ir darīts pētījumā par veselībratību HIV jomā („*Development and Validation of a Brief Computer-Administered HIV-Related Health Literacy Scale (HIV-HL)*”) (Ownby et al., 2013).

Balstoties uz līdz šim izstrādātajiem insultpratības un veselībratības mērīšanas instrumentiem, kā arī ņemot vērā veiktos pētījumus un doktora darba izpētē iegūtās atziņas, promocijas darba autore piedāvā šādu insultpratība novērtēšanas indikatoru sistēmu. Indikatoru sistēma ir strukturēta divās dimensijās. Pirmkārt, tā ir balstīta uz šajā promocijas darbā izmantoto empīriskās analīzes modeli, kurā pratība ir strukturēta pirms insulta posmā, akūtajā insulta ārstēšanas un rehabilitācijas posmā, kā arī dzīves pēc insulta posmā (skatīt 2.6. attēlu). Otrkārt, indikatoru sistēma ir strukturēta atbilstoši tam, kādām prasmēm un kompetencēm būtu jāpiemīt indivīdam (skatīt 2.7. attēlu).

Insulta profilakse un insulta gadījums	<ul style="list-style-type: none"> • Insulta norises vieta un insulta veidi (asinsvada aizsprostojums un asinsvada plīsums) • Zināšanas par to, ka insults ir izplatīta saslimšana, biežs nāves un invaliditātes cēlonis • Zināšanas par to, ka insults rodas pēkšņi, simptomi neparādās dienu vai vairākas dienas pirms tam • Insulta riska faktori (nosauc vismaz trīs(Kilkenny et.al., 2016: 1)) • Insulta pazīmes (pēc FAST pieejas - noslīdējusi viena sejas puse, nespēja vienādi noturēt rokas, runas grūtības (Amano et.al., 2014; 1040) • Zināšanas par to, ka nekavējoties jāsauc neatliekamā medicīniskā palīdzība
Insulta ārstēšana	<ul style="list-style-type: none"> • Insulta sekas • Insulta ārstēšanas process, galvenie posmi • Ārstēšanai nepieciešamie medikamenti • Zināšanas par tūlītējas rehabilitācijas nepieciešamību
Insulta rehabilitācija	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitāciju sniedošās iestādēs • Rehabilitācija, kas piemērota insultu pārcietušajiem atkarībā no viņu spējām (uzņemšanas prasības) • Rindas uz rehabilitāciju • Rehabilitācijas izmaksas • Pieteikšanās process uz valsts apmaksātu rehabilitāciju stacionārā • Dinamiskā novērošana • Valsts apmaksāta mājas rehabilitācija • Vingrojumi mājas apstākļiem, procedūras, kas veicina insultu pārcietušā cilvēka atlabšanu
Insultu pārcietušā cilvēka aprūpe un dzīves normalizācija	<ul style="list-style-type: none"> • Veselīga dzīvesveida prasības pēc insulta • Insulta riska faktori (5-7) • Insultu pārcietušās personas aprūpe • Psiholoģiskais un emocionālais stāvoklis personai pēc insulta • Psiholoģiskā palīdzība • Komunikācija un emocionāls atbalsts insultu pārcietušai personai • Sociālā palīdzība un pakalpojumi personām ar funkcionālajiem traucējumiem un invaliditāti

2.6. att. Indikatori insultprātības mērīšanai, kas raksturo mērāmo jomu atbilstoši insulta norises fāzei

Identificē nepieciešamo informāciju	<ul style="list-style-type: none"> • Nosaka, kāda informācija ir nepieciešama konkrētā situācijā vai lēmuma pieņemšanā • Pauž nepieciešamību iegūt noteikta veida informāciju • Regulāri atsvaidzina zināšanas
Iegūst nepieciešamo informāciju	<ul style="list-style-type: none"> • Informāciju iegūst dažādos veidos • Norāda uz barjerām, ar kurām saskaras informācijas ieguvē (piem., nespēj salasīt un atrast informāciju, formulēt jautājumus sarunā ar ārstu u.c.) • Lieto medicīniskus jēdzienus saziņā ar veselības aprūpes speciālistu
Saprot iegūto informāciju	<ul style="list-style-type: none"> • Saprot iegūto informāciju • Saprot to, ko no personas pieprasa veselības aprūpes, sociālā dienesta personāls (mutiski pieprasījumi, veidlapu aizpildīšana u.c.) • Norāda uz barjerām informācijas sapratnē
Novērtē iegūto informāciju	<ul style="list-style-type: none"> • Novērtē iegūtās informācijas atbilstību meklētajam jautājumam, novērtē informācijas pietiekamību • Novērtē iegūtās informācijas uzticamību (piem., salīdzina ar citiem avotiem, pēta avota autoru u.c.) • Novērtē iegūtās informācijas pielietojamību konkrētas situācijas risināšanā
Pielieto iegūto informāciju atbilstoši situācijai	<ul style="list-style-type: none"> • Veic informētus lēmumus, pieņem atbilstošāko lēmumu konkrētajai situācijai • Izstrādā rīcības plānu • Ievēro veselības veicināšanas un insulta prevencijas pasākumus un veicina savu tuvinieku veselību • Dodas iegūt medicīnisko palīdzību insulta riska faktoru un pazīmju novērošanas gadījumā • Rīkojas atbilstoši norādēm (piem., pareizi izpilda vingrojumus, pareizi lieto medikamentus, pareizi veic pašaprūpi un aprūpi, ievēro noliktās vai nepieciešamās tīkšanās ar veselības aprūpes speciālistiem u.c.) • Formulē savu viedokli • Veicina citu sabiedrības locekļu insultprātību • Izmanto pacienta tiesības (nodokļa atgriešana u.c.)

2.7. att. Indikatori insultprātības mērīšanai, kas raksturo indivīdu prasmes

Rezumējot apakšnodaļā rakstīto, maz ir mērījumu instrumentāriju un rīku, kas noteiktu insultprātību. Tie, kas eksistē, ir maz dokumentēti, kā tas secināts pētījumā par insulta zināšanu testu („*Development and Validation of the Stroke Knowledge Test*”) (Sullivan & Dunton, 2004). Pētot insultprātību, pēc autores domām, jēdzienu būtu lietderīgi papildināt ar rehabilitācijas un aprūpes dimensijām, jo zinātniskajā literatūrā insultprātības pētījumos šīs dimensijas netiek analizētas. Taču, kā var secināt pēc ārvalstu pētījumu rezultātiem, prasmju un informācijas trūkums kā insultu pārcietušiem cilvēkiem, tā viņu ģimenes locekļiem par šiem jautājumiem ir aktuāls. Zināšanas, prasmes un kompetences par rehabilitāciju pēc insulta

un insultu pārcietušā cilvēka aprūpi var būt izšķirošas personas iekļaušanās sabiedrībā veiksmīgumam.

2.2. Plānotā rīcība

Iekļaušanās, līdzīgi kā rīcības, kuras indivīdi izvēlas un piekopj pēc insulta, lai normalizētu ikdienas dzīvi, ir aktīvs process, ko persona plāno un mērķtiecīgi piekopj. Viena no teorētiskajām perspektīvām, kas skaidro šo procesu, ir plānotās uzvedības un pamatotās rīcības teorija (*Theory of reasoned action* un *Theory of planned behaviour*). Šī promocijas darba kontekstā teorētiskā pieeja ir izmantota, jo tā palīdz izprast indivīdu rīcības stratēģiju izvēli, kā arī palīdz novērtēt insultprātības ietekmi uz to. Plānotās rīcības teorijas raksturojums tiek sniegts šajā apakšnodaļā.

Plānotās rīcības teoriju ir attīstījuši sociālie psihologi. Tā ir viena no visbiežāk citētākajām un pielietotajām teorētiskajām perspektīvām, kura uzmanību vērš uz kognitīvās pieejas izmantošanu indivīda uzvedības un rīcības izpētē, fokusējoties uz indivīdu vērtībām un uzskatiem (Forest Research, n.d.: 5). Šī teorētiskā pieeja tiek veiksmīgi izmantota, lai skaidrotu un paredzētu indivīda veselības paradumus un rīcību, piemēram, attiecībā uz smēķēšanu, alkohola lietošanu, dažādu veselības pakalpojumu izmantošanu u.c. jomām (Boston University School of Public Health, 2018). To bieži izmanto veselības jomas pētījumos (Forest Research, n.d.: 5).

Plānotās uzvedības teorija (*theory of planned behavior*)¹⁷ ir veidojusies pakāpeniski, attīstoties divām pieejām. Viena pieeja izmanto jēdzienu pamatotā rīcība (*reasoned action*), un otra pieeja izmanto jēdzienu plānotā uzvedība (*planned behaviour*). Teorētiskā pieeja sākotnēji ir attīstījusies no pamatotās rīcības teorijas (*theory of reasoned action*), kurā tika uzskatīts, ka rīcību veido nodoms, kuru savukārt ietekmē indivīda attieksme pret rīcību un viņa subjektīvās normas. Vēlāk šai teorētiskajai pieejai papildus tika pievienota trešā nodomu ietekmējošā dimensija, kuru autore apzīmē kā savu spēju veikt konkrētu darbību novērtējums (*perceived behaviour control*) (Ryan et al., 2010). Attiecīgi pēc šī papildinājuma pieeju angļu valodā apzīmē kā plānotās uzvedības teoriju.

Aplūkojot šo teorētisko perspektīvu, autore konstatē, ka tās nosaukumā vēsturiski ir ticis izmantots kā rīcības, tā uzvedības jēdziens. Taču autore vēlas norādīt, ka katram no šiem jēdzieniem ir atšķirīga nozīme. Rīcība ir sociāls process, ko ietekmē subjektīvās rīcībai piedēvētās nozīmes, citu indivīdu uzvedība un tagadnes, pagātnes un nākotnes notikumi

¹⁷ Darba autore izvēlējusies izmantot šādu teorijas definējumu latviešu valodā, jēdzienu „uzvedība” aizstājot ar jēdzienu „rīcība”, kas labāk atspoguļo indivīdu darbību kā mērķtiecīgu un uz konkrētu nodomu vērstu.

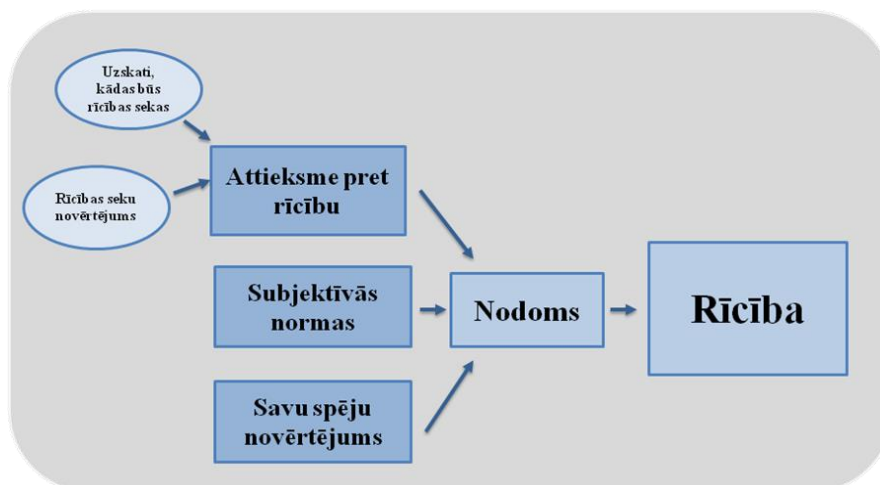
(Sociology Guide, n.d.). Pētot rīcību ir grūti nošķirt, vai tā ir rīcība ar piešķirtu nozīmi, vai arī tā ir uzvedības reakcija, kas savukārt ir jēdziens ar citu nozīmi (Marxists, n.d.). Tādējādi autore vēlas norādīt, ka rīcība ir mērķtiecīga, pārdomāta darbību, tā ietver zināšanas par to, kā īstenotā rīcība var ietekmēt citus un uz ko tā tiek virzīta (AS Sociology, n.d.: 1). Savukārt uzvedība ir ar indivīda nodomiem netieši saistīta, neapzināta darbība, kas neietver zināšanas par to, uz ko tā ir virzīta un kā tā varētu ietekmēt citus. Ņemot vērā, ka teorija analizē indivīda veiktās darbības kā apzinātas un plānotas, promocijas darbā autore šo teoriju latviešu valodā apzīmē kā plānotās rīcības teoriju, nevis kā plānotās uzvedības teoriju, kā tas savukārt būtu, tulkojot tās nosaukumu no angļu valodas.

Plānotās rīcības teorijas pamatā ir uzskats, ka indivīda rīcību un uzvedību veido personas nodoms (*intention*) veikt konkrētu darbību. Jo spēcīgāks ir indivīda nodoms veikt konkrēto darbību, jo lielāka varbūtība, ka tā tiks veikta (Boston University School of Public Health, 2018). Nodomu savukārt ietekmē trīs faktori:

- 1) Indivīda attieksmes – tās ietver indivīda uzskatus par plānoto rīcību un to, kādas varētu būt šīs rīcības sekas, un kā šīs sekas ietekmēs indivīdu. Piemēram, vai konkrētā darbība sniegs pozitīvu vai negatīvu iespaidu uz indivīda veselību, kura rīcības forma sniegs lielāku pozitīvo ieguvumu, vai indivīdam rīcība sagādās pozitīvas emocijas.
- 2) Subjektīvās normas – tās ietver indivīda uzskatus par to, kā citi indivīdi vērtē konkrēto rīcību un vai to piekopt. Subjektīvās normas tādējādi veidojas no apkārtējās vides – socializācijas rezultātā, kur būtiska loma ir apkārtējo personu ieteikumiem un iedrošinājumam, tam, vai apkārtējie paši veic konkrēto rīcību, un tam, vai, pēc indivīda domām, apkārtējie viņa izvēlēto rīcību atbalsta un vērtē kā pozitīvu un vēlamāko.
- 3) Savu spēju veikt konkrēto darbību novērtējums – tie ir indivīda uzskati par to, vai indivīds spēs veikt konkrēto rīcību (vai viņam piemīt nepieciešamās spējas, zināšanas, prasmes un resursi), un cik viegli vai grūti to būs izdarīt (Conner, 2001). To ietekmē arī indivīda pagātnes pieredze (Kiriakidis, 2017).

Piemēram, ja indivīds konkrēto rīcību novērtēs kā pozitīvu (viņam būs pozitīva attieksme pret to), ja indivīds uzskatīs, ka viņam būtiskas personas vēlas, lai indivīds veiktu šo rīcību (subjektīvās normas) un ka viņas šādu rīcību novērtē par labu esam, pastāv lielāka iespējamība, ka indivīdam pieaugs nodoms veikt konkrēto rīcību. Taču gadījumā, ja kāds no trīs minētajiem nodomu veidojošajiem faktoriem ir negatīvs, piemēram, indivīds nezina, vai spēs pārvaldīt konkrēto situāciju un īstenot rīcību, vai, ja, pēc indivīda domām, apkārtējie augstāk novērtētu citu rīcības formu, pastāv lielāka iespēja, ka konkrēto rīcību indivīds

neveiks. Jo vairāk raksturotie nodomu ietekmējošie faktori būs negatīvi, jo mazāka iespēja, ka rīcība tiks īstenota. Teorētiskās pieejas shematisku attēlojumu skatīt 2.8. attēlā.



2.8.att. Plānotās uzvedības teorijas modelis (Forest Research, n.d.)

Pētot nodomu, ir jāņem vērā indivīda motivācija, ko var ietekmēt gan attieksmes, gan subjektīvās normas, gan savu spēju novērtējums. Motivācija šajā teorētiskajā perspektīvā ir cieši saistīta ar nodomu un ietver indivīda vēlmi rīkoties, kas t.sk. ir balstīta konkrētā brīža emocijās. Psiholoģijā motivācija apzīmē procesus, kas ierosina, aktivizē un ievirza rīcību, tā rodas kā reakcija uz pamatvajadzībām, aktivizējot un virzot rīcību pretī mērķiem, kas apmierinātu konkrētās vajadzības. Vajadzības var būt gan fizioloģiskās, gan sociālas - vajadzības pēc piederības, cieņas, pašrealizācijas (Borns & Ruso, 2011: 13&35). Ārējā motivācija ir tāda, kas motivē indivīdu izskatīties labi citu acīs, lai indivīdu pieņemtu, un šāda motivācija ir saistīta ar indivīda subjektīvajām normām. Savukārt iekšējā motivācija ir tāda, kas tiek balstīta uz indivīda iekšējām vēlmēm, apmierinājumu un prieku, nevis lai gūtu atzinību vai atalgojumu no citiem (Borns & Ruso, 2011: 40-41).

2.3. Sociālā mācīšanās kā informācijas ieguves veids un rīcības izvēli ietekmējošs faktors

Viens no informācijas ieguves veidiem ir paziņu, draugu, apkārtējo indivīdu teiktais vai demonstrētais, un viens no rīcību ietekmējošiem faktoriem ir citu personu rīcības novērojumi, jo tie ietekmē gan personas attieksmes, gan subjektīvās normas, gan savu spēju pašnovērtējumu. Tādējādi mijiedarbības pieredze ar citiem indivīdiem ietekmē gan personas insultībprātību, gan konkrētu iekļaušanās rīcības stratēģiju izvēli. Lai skaidrotu apkārtējās vides, t.i. citu cilvēku rīcības un uzskatu ietekmi uz indivīda rīcību un uzvedību, sociālajā psiholoģijā tiek izmantota sociālās mācīšanās teorija (*Social learning theory*). Šajā apakšnodaļā sniegts īss teorijas raksturojums, izceļot tās tēzes, kas ir noderīgas šī promocijas darba pētījuma priekšmeta izpētē.

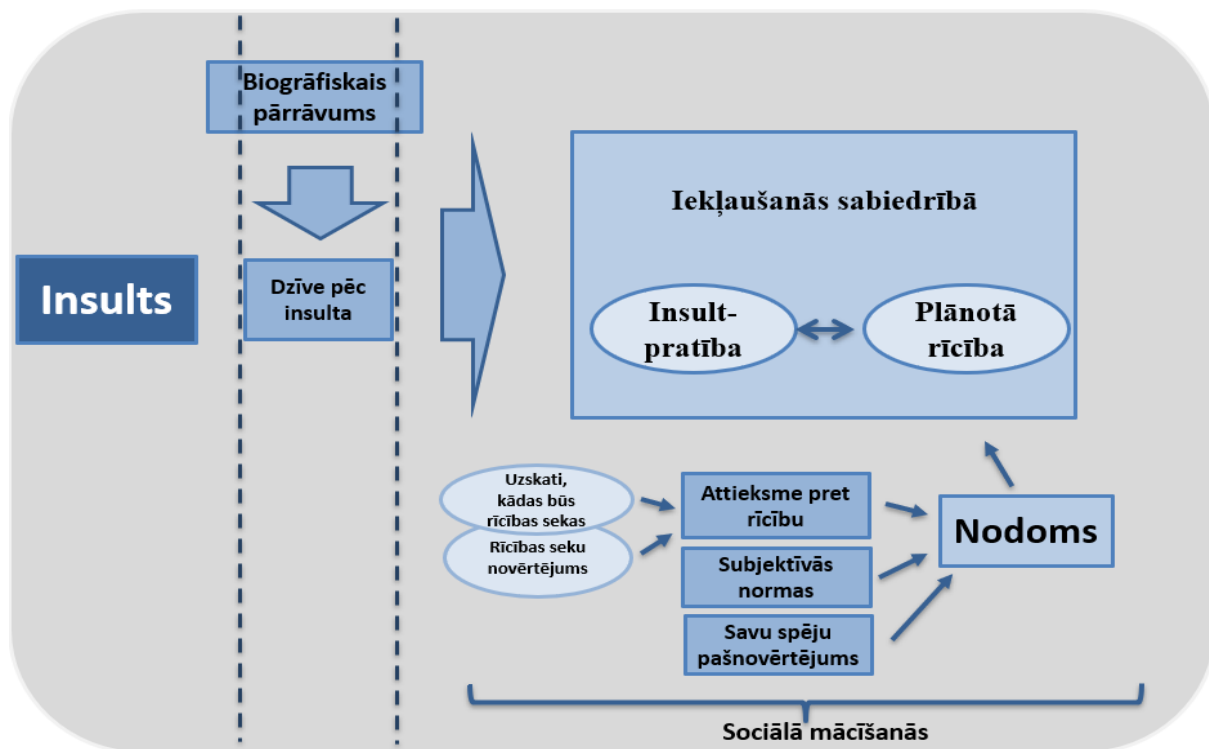
Autore uzskata, ka būtisku ietekmi uz indivīda rīcību var radīt redzētais par citas personas rīcības rezultātiem, kā arī konkrētās rīcības prestižs un novērtējums citu personu skatījumā. Sociālās mācīšanās teorija tādējādi ir perspektīva, kas tiecas izskaidrot socializāciju un tās ietekmi uz personības attīstību. Tajā tiek skaidrots, ka uzvedība un attieksmes veidojas, reaģējot uz apkārtējo cilvēku rīcību un iedrošinājumu (Crossman, n.d.), tādēļ būtiska uzmanība pievēršama videi, kurā indivīds dzīvo (Sammons, n.d.: 1). Ievērojamākais šīs teorijas pārstāvis ir Kanādas izcelsmes psihologs A. Bandura, kura viens no pazīstamākajiem pētījumiem ir eksperiments ar Bobo lelli, kurā veikts novērojums par to, kā bērni izturas pret lelli pēc tam kad ir / nav redzējuši pieaugušo personu agresīvu rīcību pret to (Bandura & Walters, 1963: 62). Lai arī A. Bandura sociālās mācīšanās teoriju pamatā izmanto, lai raksturotu bērnu uzvedību, promocijas darba autore uzskata, ka A. Banduras tēzes var tikt izmantotas, skaidrojot pieaugušas personas uzvedību, un tās ir pielietojamas insultpratības kontekstā. Sociālo mācīšanos var attiecināt kā vienu no informācijas ieguves veidiem, un tā ir noderīga indivīda rīcības izpētē, ņemot vērā, ka mijiedarbība ar citiem indivīdiem ietekmē personas attieksmes, normas u.c. rīcību ietekmējošos faktoros. Tādēļ no A. Banduras darba par sociālo mācīšanos un personības attīstību („*Social Learning and Personality Development*”) promocijas darbā par nozīmīgām tiek uzskatītas šādas tēzes:

- Pirmkārt, lielāka ietekme uz personas rīcības un uzvedības modeļu ieviešanu ir personām, kam ir augstāks prestižs, salīdzinot ar tām, kurām prestižs ir zemāks.
- Otrkārt, pastiprinoša ietekme uz uzvedību un rīcību ir tam, ja konkrētajā personu grupā šī rīcība, uzvedība ir pozitīvi vai augstu novērtēta.
- Treškārt, daudzās kultūrās ir raksturīgs tas, ka indivīdi biežāk piekopt rīcību, ko viņi izsecina no novērojumiem, nevis piekopt rīcību, ko kāds tiešā veidā ir ieteicis.
- Ceturtkārt, masu medijiem ir būtiska loma uz personas uzvedību un rīcību, jo rīcības modeļi bieži tiek pārņemti no redzētā televīzijā vai citos mediju avotos. Tādējādi citu indivīdu spēja ietekmēt personu ir kļuvusi salīdzinoši mazāka (Bandura & Walters, 1963: 49-50). Attiecībā uz mediju lomu - mūsdienās par vienu no galvenajiem avotiem ir kļuvis internets.

Iepriekš raksturotās tēzes, kas aizgūtas no sociālās mācīšanās teorijas, tiek izmantotas insultpratības izpētē un izpratnes padziļināšanā par indivīda rīcības stratēģiju izvēli. Darba autore empīrijā novērtē, kāda loma insultpratībā un rīcības stratēģiju izvēlē ir indivīda uzskatiem par personas, kura sniegusi ieteikumu, autoritāti, kāda loma ir indivīda vērtējumam par veicamās darbības prestižu, kā arī kā pratību un rīcību ietekmē masu mediji.

Apkārtojumiem indivīdiem jeb kopienai ir būtiska loma uz indivīda insultprātību. Kopienas pārstāvji indivīda prātību var ietekmēt gan tiešā veidā, piemēram, sniedzot padomus, gan netieši – ar savu rīcību rādot piemēru, jo indivīdi ietekmējas no citu cilvēku rīcības novērojumiem. Ārvalstīs veiktos pētījumos ir secināts, ka indivīda sociālie tīkli jeb kopiena var sniegt atbalstu indivīdam, veicinot viņa vēlmi un motivāciju ievērot veselības aprūpes speciālista sniegtos norādījumus. Tādējādi situācijās, kad, piemēram, insultu pārcietušajam cilvēkam tiek nodotas svarīgas ziņas par viņa veselību un nepieciešamo rīcību attiecībā uz to, ir lietderīgi iesaistīt arī kādu no tuviniekiem vai kopienas pārstāvjiem (Health Literacy Centre Europe, 2015c). Pētījumos arī secināts, ka kopiena piedāvā ilgtspējīgu veidu, kā sekmēt indivīda spēju vadīt un pārvaldīt savu situāciju, īpaši gadījumos, kad personai ir zema veselībprātība, t.sk. insultprātība. Šādos gadījumos indivīdam ir iespēja dalīties ar savām bažām, šaubām un pārdomām, vaicāt padomu. Īpaši efektīvi tas darbojas gadījumos, kad kopienas loceklim ir bijusi līdzīga pieredze, piemēram, ir pieredzēts insults vai cita nopietna saslimšana. Tādās situācijās kopienas loceklis var kļūt par nozīmīgu aģentu insultu pārcietušās personas dzīvē. Rezumējot iepriekš minēto, secināms, ka iespējamās negatīvās sekas, kas var rasties no zemas indivīdu prātības, daļēji var tikt mazinātas ar sociālo atbalstu un kopienas iesaisti indivīda problēmu risināšanā (Health Literacy Centre Europe, 2015c).

Izvērtējot promocijas darbā izmantoto teorētisko perspektīvu un jēdzienu kopumu, jānorāda, ka sociālās mācīšanās, sociālās iekļaušanās un plānotās rīcības teorētiskā perspektīva, kā arī insultprātības un veselībprātības jēdziens veiksmīgi papildina cits citu. Insultprātība ir darba centrālais jēdziens, kas palīdz izprast pētījuma priekšmetu un skaidrot konkrētas rīcības izvēli. Sociālās iekļaušanās teorija ir visaptverošs kopums, kas palīdz izprast to, kādēļ indivīds tiecas atveseļoties un normalizēt savu dzīvi. Plānotās rīcības teorija palīdz izprast iemeslus, kādēļ indivīds izvēlēties konkrēto rīcību. Un sociālā mācīšanās teorijas atziņas palīdz izprast to, kā prātību un rīcību ietekmē mijiedarbība ar citiem indivīdiem. Šajā un iepriekšējās nodaļās raksturoto teorētisko pieeju savstarpējo papildināmību raksturo 2.9. attēls.



2.9.att. Darbā izmantoto teoriju detalizēts shematiskais attēlojums

Nodaļas secinājumi

- Lai pēc insulta gadījuma atgūtu fiziskās spējas un iekļautos sabiedrībā būtiska loma ir personas insultpratībai, jo pēc insulta ir nepieciešama specifiska ārstēšana, rehabilitācija, aprūpe un veselīga dzīvesveida ievērošana. Insultpratības jēdziens ir jauns jēdziens un akadēmiskajā literatūrā maz izmantots.
- Arī veselībratības jēdziens, kas ietver plašāku kompetenču, zināšanu un prasmju kopumu, kas nepieciešama personai, lai pārvaldītu savu veselību, ir salīdzinoši jauns jēdziens. Pasaulē tas ir pētīts daudz, taču Latvijā ir pieejamas vien dažas publikācijas par to. Veselībratība ietver indivīda spēju apzināties savas veselības informācijas vajadzības, piekļūt šai informācijai, izvērtēt tās kvalitāti un izcelsmi, uzkrāt un atjaunot informāciju, un izmantot to, lai varētu spriest un pieņemt lēmumus ikdienas dzīvē saistībā ar veselības aprūpi, slimību profilaksi un veselības veicināšanu, lai saglabātu vai uzlabotu savas dzīves kvalitāti.
- Atšķirībā no veselībratības insultpratību raksturo kā jau specifiskas zināšanas par insulta riska faktoriem, insulta pazīmēm un zināšanām par insultu kā slimību (t.i., pareizi nosakot smadzenes kā insulta norises vietu) (Morren & Salgado, 2013). Insultpratības jēdzienu, pēc autores domām, būtu lietderīgi papildināt arī ar rehabilitācijas un aprūpes tematikām, jo tās ir būtiskas personām, kuras ir saskārušās

ar insultu. Dažādos pētījumos ir secināts, ka insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem trūkst zināšanas un prasmes par to, kā pēc insulta paveikt ikdienas darbus (piemēram, vannašanos, apģērbšanos, ēst gatavošanu u.c.), trūkst informācija par insultu pārcietušās personas aprūpēšanas aspektiem, par to, kāda palīdzība un atbalsts pēc ir pieejams un kur to meklēt, kā arī par to kāda ir slimības daba. Akadēmiskajā literatūrā insultpratības jēdziena kontekstā šīs dimensijas netiek aplūkotas.

- Ņemot vērā, ka akadēmiskajā vidē pieejamās insultpratības definīcijas ir šauras, galvenokārt koncentrējoties uz zināšanām par insultu kā slimību, tā riska faktoriem, sekām un rīcību insulta gadījumā, autore promocijas darbā piedāvā paplašinātu insultpratības definīciju, kas aptver visas ar insultu saistītās fāzes.

Autores definējumā insultpratība ir indivīdu spēja identificēt, iegūt, novērtēt un pielietot ar insultu saistītu informāciju. Ar insultu saistīta informācija ietver zināšanas un prasmes par insulta profilaksei būtiskiem jautājumiem (kādi ir insulta riska faktori un cēloņi, insulta pazīmes un rīcība šādu pazīmju novērošanas gadījumā), par insulta ārstēšanai būtiskiem jautājumiem (insulta norises vieta, insulta neatliekama ārstēšana, ārstēšanas gaita, medikamenti, akūta rehabilitācija, insulta fiziskās, kognitīvās un psiholoģiskās sekas), par insulta rehabilitācijai būtiskiem jautājumiem (rehabilitācijas veidi un iespējas, vingrojumi mājas apstākļos, rīcība, kas var kaitēt insultu pārcietušai personai, insultu pārcietušās personas psiholoģiskā labsajūta un motivēšana) un par insulta aprūpei un sadzīvošanas ar insulta sekām būtiskiem jautājumiem (insultu pārcietušās personas aprūpe, vingrojumi fizisko spēju uzturēšanai un uzlabošanai, insultu pārcietušās personas un tuvinieku – aprūpētāju psiholoģiskā labsajūta, atkārtota insulta riski un to mazināšanas pasākumi, pieejamais sociālais atbalsts, izpratne par insulta sekām un iecietība pret tām).

- Veselībaspratībai, t.sk. insultpratībai, var izšķirt dažādus līmeņus. Visbiežāk literatūrā ir sastopams dalījums - funkcionālā pratība, interaktīvā pratība un kritiskā pratība. Funkcionālā veselībaspratība ietver tādas prasmes, kas indivīdam ļauj izlasīt noteiktas formas informāciju un ļauj saprast rakstīto un mutiski no veselības aprūpes speciālistiem saņemto informāciju. Interaktīvā veselībaspratība paredz to, ka indivīdam ir prasmes un pārliecība, lai diskutētu ar veselības aprūpes speciālistu. Kritiskā veselībaspratība attiecināma uz indivīda spēju kontrolēt situāciju un faktorus, kas var ietekmēt viņa veselību, pieņemot konkrētā brīdī nepieciešamo lēmumu par rīcību. Akadēmiskā literatūrā ir pieejami arī citi veselībaspratības līmeņu iedalījuma veidi,

piemēram, konceptuālā jeb jēdzienu pratība, veselībpratība kā iespējināšana, un tādi līmeņi kā klīniskā, profilakses un veselības vadīšanas sfēra.

- Veselībpratības novērtēšanai ir izstrādāti dažādi instrumentāriji. Bieži tajos ir ietverti jautājumi par veselīgu dzīvesveidu, sadarbības pieredzi ar ārstu, informācijas avotiem, veselības materiālu sapratni. Insulta gadījumā pratības mērījumi ir šaurāki un visbiežāk ietver tādus parametrus kā indivīda spēju nosaukt insulta simptomus, riska faktorus un nepieciešamo pirmo palīdzību insulta gadījumā.
- Ņemot vērā mūsdienu digitalizācijas tendences, būtisks insultpratību ietekmējošs ārējais faktors ir internets. Internets piedāvā plašu klāstu informācijas visdažādākajiem pratības līmeņiem – sākot ar akadēmiskiem rakstiem un medicīniskām grāmatām, līdz pat sociālajiem tīkliem un blogiem, tīmekļa vietnēm, kur indivīdiem ir iespējas brīvā formā dalīties ar savu pieredzi konkrētas veselības kaites ārstēšanā, medikamentu lietošanā, sniegt priekšlikumus problēmas ārstēšanai un nodot tālāk savas zināšanas un pieredzi. Turklāt veiktajos pētījumos ir secināts, ka internets daļā sabiedrības tiek uzskatīts par nozīmīgu palīgu veselības informācijas izpratnē (Christmann, 2005: 6). Tādējādi tas ļauj vairot pratības līmeni, taču vienlaikus rada draudus tiem, kuri nespēj kritiski izvērtēt informācijas kvalitāti. Paļaujoties uz apšaubāmu informācijas avotu, rīcībā var tik pieļautas kļūdas.
- Pēc insulta indivīdi īsteno mērķtiecīgi plānotas darbības, lai atgūtu veselības stāvokli un iekļautos sabiedrībā. Viena no teorijām, kas skaidro rīcību kā plānotu procesu, ir plānotās rīcības teorija. Tās pamatā ir uzskats, ka indivīda rīcība ir atkarīga no viņa nodoma veikt darbību. Nodomu savukārt ietekmē indivīda attieksmes (uzskati un vērtības par to, kādas varētu būt rīcības sekas, šo seku novērtējums), subjektīvās normas (indivīda pārliecība par to, kā citi indivīdi uzskata, ka indivīdam būtu jārīkojas) un priekšstati par savām spējām īstenot rīcību jeb savu spēju novērtējums. Promocijas darbā teorētiskā pieeja ir izmantota, lai izprastu indivīdu rīcību.
- Promocijas darbā, lai papildinātu plānotās rīcības teoriju un izprastu insultpratību pētāmo objektu vidū, tiek izmantotas sociālās mācīšanās teorijas atziņas, ņemot vērā, ka viens no informācijas ieguves avotiem ir paziņu, draugu, apkārtējo indivīdu teiktais vai demonstrētais un viens no rīcību ietekmējošiem faktoriem ir personu rīcības novērojumi - tie var ietekmēt gan personas attieksmes, gan subjektīvās normas, gan savu spēju pašnovērtējumu.

3. IEPRIEKŠ VEIKTIE SOCIĀLIE PĒTĪJUMI PAR INSULTA TEMATIKU UN ZINĀŠANĀM PAR INSULTU

Šajā nodaļā raksturoti iepriekš veikti socioloģiska rakstura pētījumi Latvijā un ārvalstīs, kuri ir pievērsušies jautājumam par insultu izpēti. Latvijas gadījumā pētījumi tika meklēti interneta meklētājā „Google.lv”, kā arī lielāko universitāšu noslēgumu darbu kopkatalogā, izmantojot atslēgvārdus „iekļaušana” (t.sk. angļu valodā „inclusion”), „insults” (t.sk. angļu valodā „stroke”). Savukārt ārvalstu publikācijas tika meklētas šādās elektroniskajās datubāzēs: „Taylor & Francis Online”, „Project MUSE”, „Directory of Open Access Journals”, „Cambridge Core”, „EBSCOhost”, „Jstore”, „SAGE Journals”, „Web of Science”, „Scopus”, „Science direct”, „Oxford Academic Journals” un „ProQuest”, meklēšanā izmantojot atslēgvārdus „stroke” (insults), „stroke literacy” (insultpratība) un „social inclusion of stroke survivors” (insultu pārcietušo cilvēku sociālā iekļaušanās).

Veicot pētījumu apskatu autore secina, ka pētījumu klāsts par dzīves kvalitāti pēc insulta, atsevišķiem insultpratības jautājumiem un iekļaušanos sabiedrībā ārvalstīs ir krietni plašāks nekā Latvijā. Visvairāk rakstu par insulta tēmu tika atrasti „Jstore” un „EBSCOhost” datubāzēs. Liela daļa atrasto rakstu šajās datubāzēs bija medicīniska rakstura. Daudzi raksti bija publicēti tādos žurnālos kā „Disability and Rehabilitation” („Invaliditāte un rehabilitācija”), „Clinical Rehabilitation” („Klīniskā rehabilitācija”), „Stroke” („Insults”), „Principles and Practice of Nursing Research” („Principi un prakse aprūpes pētījumos”), „Journal of Stroke and Cerebrovascular diseases” („Insulta un asinsrites slimību žurnāls”), „European Journal of Cardiovascular Nursing” („Eiropas asinsrites aprūpes žurnāls”). Tie ir medicīniska rakstura žurnāli, kur publikāciju mērķis ir vērst uzmanību uz pacienta stāvokļa uzlabošanu, klīniskās prakses attīstību, personas ātrāku fizisko un psiholoģisko atveseļošanu un zināšanu par insultu vairošanu. „ProQuest” datubāzē atrodamajos promocijas darbos savukārt tiek analizētas tādas tēmas kā insultu pārcietušo cilvēku zināšanas un funkcionālās spējas, sociālo, fizisko un psiholoģisko faktoru ietekme uz personu līdzdalību sabiedriskajā dzīvē, pārmaiņas insultu pārcietušo personu un viņu tuvinieku dzīvēs pēc insulta gadījuma, insulta ietekme uz indivīdu attiecībām, kopienas dzīvi u.c.

Arī Latvijā veiktie pētījumi par insulta tematiku galvenokārt ir ar medicīnisku ievirzi un aptver insulta rehabilitācijas pieredzi un rezultātus, insulta cēloņu raksturojumu, tuvinieku zināšanas par insulta riska faktoriem, insultu pārcietušās personas aprūpi u.c. No Latvijā veiktajiem pētījumiem īpaši izceļama Rīgas Stradiņa universitātes pasniedzējas A. Lūses un citu autoru 2003. gadā izstrādātā publikācija “Nelaimīgā paaudze: insultu pārcietušie cilvēki Rīgā, Latvijā” („The unfortunate generation: stroke survivors in Riga, Latvia”). Šajā

publikācijā ir pētīti insultu pārcietušo cilvēku, kuri dzīvo Rīgā, uzskati par insulta radīto ietekmi uz viņu dzīvēm gadu pēc insulta notikuma.

Apkopojot aplūkoto pētījumu secinājumus, autore tos strukturē piecās tematiskās grupās. Galvenie rezultāti katrā no tematiskajām grupām apkopoti turpinājumā.

(1) Insulta sekas un dzīves kvalitāte pēc insulta. Pētījumos, kuros pētīta dzīves kvalitāte un sekas pēc insulta, secināts, ka insultu pārcietušie cilvēki pēc insulta saskaras ar funkcionāliem ierobežojumiem un fiziskā stāvokļa pasliktināšanos (vājums, kustības spēju zudums, sāpes), kognitīvām izmaiņām (grūtības lasīt, īstermiņa atmiņas zudumi, matemātisko spēju zudums u.c.), emocionālām problēmām (vēlme izolēties no sabiedrības un sociālajām aktivitātēm, pārdzīvojumi, biežākas dusmas un depresija), izaicinājumiem ikdienas aktivitātēs (vannošanās, apģērbšanās, ēšana gatavošana u.c.), nodarbinātības zudumu (būšana atlaistam vai aiziešana no darba, nespēja paveikt konkrētu darbu), finansiāliem izaicinājumiem (trūkst līdzekļu pamata vajadzībām, medicīniskajiem izdevumiem), kā arī ar nastas sajūtu, jo mainās lomas – insultu pārcietusī persona nereti kļūst par aprūpējamo saviem tuviniekiem (Egbert et al., 2006: 48-49). Pēc insulta daļai personu sairst attiecības ar apkārtējiem, retākas kļūst kopīgas aktivitātes un kontaktu biežums (Kimia, 1997: i), pieaug indivīda sociālā izolācija, kas paaugstina depresijas risku, kas uzskatāms par nozīmīgu insultu pavadošu faktoru. Turklāt tās insultu pārcietušās personas, kuras dzīvo vienas, kā arī gados jaunākas personas ir vairāk pakļautas depresijas riskam (Haley et al., 2011: 803-804), tāpat depresijas risku vairo sociālā atbalsta trūkums un sociālā tīkla sarūkšana. Tas viss pazemina indivīda dzīves kvalitāti un pasliktina personas fizisko stāvokli (Northcott et al., 2005: 16).

(2) Insultprātība. Pētījumos, kas aptver insultprātības jautājumus, ir pētītas gan sabiedrības zināšanas par insulta jautājumiem, gan informācijas ieguvei izmantotie avoti, gan informācijas par insulta jautājumiem pieejamība internetā, gan dzīves meistarības jautājumi saistībā ar insultu. Taču jānorāda, ka pētījumu, kuri būtu pievērsušies insultprātības analīzei, ir salīdzinoši maz, jo īpaši tādi, kuros tiktu analizēts un aplūkots insultprātības jēdziens.

Pētījumi par sabiedrības zināšanām par insulta riska faktoriem, tā pazīmēm un rīcību pazīmju novērošanas gadījumā ir veikti tādās valstīs kā Austrālija, Jaunzēlande un Japāna, kur veiktie pētījumi uzrāda līdzīgas tendences – ap 50% sabiedrības locekļu ir pietiekamas zināšanas par insultu, tā riska faktoriem, pazīmēm un rīcību insulta pazīmju novērošanas gadījumā. Jaunzēlandē 98-99% personu zina par insultu kā slimību, taču tikai 53% no viņiem ir adekvātas zināšanas par insultu – par smadzenēm kā insulta norises vietu, un 82% personu zina, ka insulta gadījumā nepieciešama neatliekama medicīniskā palīdzība (Bay et al., 2015: 1154-1155). Austrālijā 50% sabiedrības nevar nosaukt insulta galvenās pazīmes (Kilkenny et

al., 2016: 1-2). Savukārt Japānā 44% personu uzskata, ka viņiem ir labas un ļoti labas zināšanas par insultu, un 96% personu pareizi spēj nosaukt runas problēmas kā insulta pazīmi (Akiyama & Hasegawa, 2013: 529). Arī Latvijā 2013. gadā tika veikts lietišķs pētījums – aptauja¹⁸, ko veikusi Sirids un asinsvadu slimību pacientu biedrība „ParSirdi.lv” un pētījumu kompānija „Omnicom Media Group”. Tajā gūtie secinājumi ir līdzīgi minēto trīs valstu secinājumiem par to, ka aptuveni puse sabiedrības locekļu spēj atpazīt insulta pazīmes. Latvijā gandrīz puse aptaujāto (44%) nespēja nosaukt nevienu insulta pazīmi, turklāt biežāk nevienu insulta pazīmi nespēja nosaukt vīrieši (52% gadījumos) un jaunieši vecumā no 15 līdz 19 gadiem (53% gadījumos). Insulta pazīmju zināšanu vai nezināšanu būtiski ietekmē respondenta iepriekšējā personīgā pieredze - tie, kuri ir saskārušies ar insultu pārcietušām personām (tādi ir 52% aptaujāto) būtiski retāk (35%) kļūdās, nosaucot insulta pazīmes, salīdzinot ar respondentiem, kuriem šādas pieredzes nav (53%) (Parsirdi.lv, n.d.). Arī ārvalstīs veiktajos pētījumos secināts, ka zināšanās par insulta jautājumiem pastāv atšķirības dažādās demogrāfiskajās grupās. Piemēram, T. E. Madsena u.c. autoru pētījumā arī līdzīgi kā Latvijā secināts, ka sievietes biežāk ir informētas par insulta pazīmēm. Tāpat šajā pētījumā secināts, ka personām virs 75 gadiem un personām ar zemiem ienākumiem ir sliktāka insultprātība. Arī minoritātēm konstatēta sliktāka insultprātība, kas varētu būt saistāms ar sliktākām valodas zināšanām un rīcībā esošiem ienākumiem (Madsen et al., 2015: 1543). Papildus interesants autori šķita arī secinājums, ka personas ar augstāku insulta risku nav zinošākas par insulta riska faktoriem un pazīmēm (Lim et al., 2014), kas varētu norādīt uz interaktīvās prātības problēmām sadarbībā ar ārstiem. Attiecībā uz hipotēzi par to, ka gados vecākām personām ir sliktāka insultprātība, tā, pēc autores domām, varētu tikt apstiprināta tikai daļēji, jo līdz noteiktam vecumam indivīds drīzāk tieši vairo savu prātību, balstoties uz uzkrāto pieredzi un iegūstot izglītību.

Analizējot informācijas par insulta jautājumiem ieguves avotus, pētījumos secināts, ka liela loma insultprātības vairošanā ir indivīda paziņām un internetam. Kā secināts vienā no pētījumiem, zināšanas par insultu lielai daļai mērķagrūpas nāca no interakcijas ar ģimenes locekļiem un paziņām, kuri ir saskārušies ar insultu, kā arī no interneta un televīzijas, retāk no specializētām veselības kampaņām (Beal, 2015). Arī pētījumā, kas tika veikts Japānā, konstatēts, ka lekcijas, skrejlapas un plakāti ir bijis informācijas ieguves avots vien 10% cilvēku, tāpēc šie avoti uzskatāmi par neefektīviem informācijas nodošanā (Akiyama & Hasegawa, 2013: 535).

¹⁸ Aptaujā piedalījās interneta lietotāji vecumā no 15 līdz 74 gadiem.

Pētot informācijas par insulta jautājumiem pieejamību tieši internetā, kas ir bieži izmantots avots, ārvalstu pētnieki secina, ka kopumā internetā ir atrodams liels skaits informatīvu materiālu par insultu, piemēram, vienā no pētījumiem Google meklētājā ar atslēgvārdu „stroke” (insults) ir atrasti 228 miljoni lapu. Taču vienlaikus pētījumos konstatēts, ka bieži informācija ir rakstīta sarežģītā līmenī - sarežģītākā nekā insultu pārcietušais cilvēks spēj uztvert. Piemēram, vienā no pētījumiem, kurā veikta interneta rakstu kontentanalīze, secināts, ka uz lietotājiem orientēta insulta informācija ir rakstīta 12. klases līmenī, un neatbilst 6. klases līmenim, kas ir rekomendējama līmenis, lai indivīds spētu uztvert informāciju (Sharma et al., 2014: 1362 & 1365).

Lai veicinātu sabiedrības insultpratību, jo īpaši kopienās ar zemu insultpratību, ir rekomendējams papildus izglītot bērnus, jo viņiem var būt būtiska loma insultpratības vairošanā – viņi var gan konstatēt insulta gadījumus, gan nodot izglītības iestādē iegūtās zināšanas saviem ģimenes locekļiem (Simmons et al., 2017: 140). Tādējādi izglītības iestādēs organizētas informatīvas kampaņas var dot būtisku pozitīvu rezultātu.

Attiecībā uz dzīves meistarību pēc insulta - tajā ieskatu sniedz A. Lūses un citi autoru veiktais pētījums Rīgā, kurā secināts, ka, neskatoties uz to, ka prioritātei pēc insulta būtu jābūt insulta risku samazināšanai, lai neizraisītu atkārtotu insultu, tikai neliela daļa insultu pārcietušo personu pēc insulta ir apmeklējuši ģimenes ārstu, lai monitorētu asinsspiedienu un saņemtu medikamentus, un tikai neliela daļa ir mainījusi dzīvesveidu, padarot to veselīgāku. Liels skaits šajā pētījumā intervēto insultu pārcietušo personu uzskatīja, ka apmeklēt ārstu nav jēga. Daļa uzskatīja, ka tas būtu noderīgi, taču dažādi apstākļi to padara grūtu, piemēram, vizīšu maksa, neskaidrības par to, kur saņemt palīdzību, daļa personu nav varējusi nokļūt līdz ārstniecības iestādei savas invaliditātes dēļ. Tādējādi prioritāte pēc insulta šīm personām bija insulta radīto seku pārvarēšana, un maza loma tika pievērsta insulta profilaksei. Attiecībā uz pratību sadzīvot ar insulta sekām un normalizēt dzīvi, A. Lūses u.c. autoru pētījumā secināts, ka insultu pārcietušajiem cilvēkiem pēc insulta trūka praktiskas palīdzības mājas darbos, kā arī šīs personas pēc insulta saskārās ar finansiālām problēmām un resursu nepietiekamību. Tikai divi no 20 intervētajiem uzskatīja, ka dzīve ir atgriezusies „normālajās sliedēs” – abas šīs personas bija atradušas algotu darbu. (McKevitt et al., 1993: 2101-2102).

(3) Rehabilitācija pēc insulta. Pētījumos, kuros analizēta rehabilitācijas pēc insulta pieredze, secināts, ka personas rehabilitācijas laikā saskārās ar rehabilitācijas pakalpojumu nepieejamību un rehabilitācijas procesā viņiem trūka izglītošanas (Dalvandi et al., 2010: 250). Tāpat pētījumos secināts, ka, pēc insultu pārcietušo cilvēku domām, dažkārt rehabilitācija fokusējas uz pārāk šauru jomu – fizisko kustību atgriešanu un nepievērš uzmanību cilvēka

rehabilitācijai kopumā. Insultu pārcietušās personas pētījumos ir norādījušas, ka papildus fizikālai ārstēšanai rehabilitācijā nepieciešama arī drošības sajūtas veidošana un mutiski iedrošinājumi, rūpju izrādīšana un respekts pret insultu pārcietušo personu, kā arī insultu pārcietušās personas baiļu un pārdzīvojumu uzklaušāšana (Peoples et al., 2011: 168). Rehabilitācijas laikā insultu pārcietušajai personai ir būtiski spēt pārvarēt situāciju, iegūt nepieciešamo informāciju, piepildīt fiziskās un garīgās vajadzības, būt personīgi novērtētai un respektētai (Peoples et al., 2011: 167). Tāpat būtiska ir sadarbība ar veselības aprūpes speciālistiem, situācijas kontrole no paša pacienta puses (Peoples et al., 2011: 167) un spēja fokusēties uz to, kas konkrētajai personai ir nozīmīgākais. Pētījumi apliecina, ka ir būtiski, lai pašam insultu pārcietušajam cilvēkam ir iespēja izvirzīt savus mērķus, regulēt rehabilitācijas procesu. Tādēļ rehabilitācijas procesā ir būtiski noskaidrot pacienta viedokli (Woodman et al., 2014).

(4) Insultu pārcietušo cilvēku iekļaušanās sabiedrībā. Pētījumos, kuros analizēts iekļaušanās sabiedrībā process pēc insulta secināts, ka iekļaušanās pēc insulta ir komplekss, dinamisks un ilgstošs process. Būtiskākie iekļaušanos ietekmējošie faktori ir indivīda spēja pieņemt ar insultu saistītās problēmas, pielāgot savu rīcību jaunajai dzīves situācijai, spēja pārvaldīt situāciju, pieņemt lēmumus un aktīvi iesaistīties tajos (Woodman et al., 2014). Tāpat nozīmīgs iekļaušanos ietekmējošs faktors ir indivīda funkcionālās spējas, depresijas esamība un pašvērtējums. Jo mazākas ir indivīda funkcionālās spējas un pašvērtējums, jo iesaiste dažādās aktivitātēs samazinās (Chau, 2008: iii). Pētījumos secināts, ka, lai veicinātu insultu pārcietušo personu iekļaušanos sabiedrībā, tai nepieciešams sniegt sociālo un finansiālo atbalstu, sociālo apdrošināšanu un speciālu treniņprogrammu, t.sk. insultu pārcietušo cilvēku ģimenēm (Dalvandi et al., 2010).

(5) Insultu pārcietušā cilvēka ģimenes locekļu – aprūpētāju dzīves kvalitāte, vajadzības un aprūpēšanas pieredze. Ārvalstu pētījumos daudz ir pētīti insultu pārcietušo cilvēku tuvinieki un viņu dzīves kvalitāte pēc insulta, kā arī viņu kā aprūpētāju vajadzības. Ārvalstu pētījumos visbiežāk secināts, ka insultu pārcietušās personas aprūpēšana ir nogurdinošs un stresu izraisošs process, ģimenes locekļi nav droši par savām jaunajām lomām un pienākumiem, viņiem ir nepieciešams emocionālais atbalsts (Mak et al., 2007: 972). Nogurumu rada ne tikai fiziska slodze, bet arī zināšanu trūkums par aprūpēšanas aspektiem (Mak et al., 2007: 972). Aprūpētājiem ir maz laika, lai sagatavotos aprūpēšanas procesam, tāpēc viņi vēlētos iegūt vairāk informācijas par personas atveseļošanās prognozēm un to, kā insults ietekmēs personas smadzeņu darbību (Albert, 1996: 5). Tas rada nedrošības sajūtu un pamestības sajūtu (Brereton & Nolan, 2002: 23-24).

Lielās aprūpes stundas un slimnieka atkarība pasliktina aprūpētāja dzīves kvalitāti. Personas, kuras aprūpē insultu pārcietušo personu, atšķirībā no personām, kuras slimnieku neaprūpē, biežāk saskaras ar depresiju, galvassāpēm un miega traucējumiem. Tāpat šīs personas saskaras ar sociālo izolāciju, kas ir viena no biežāk minētajām problēmām aprūpētāju vidū. Insulta aprūpētāju sociālā dzīve kļūst ierobežota aprūpes pienākumu pildīšanas dēļ, viņi izjūt sociālā atbalsta trūkumu no draugiem un paziņām. Tāpēc pētījumos ir norādīts, ka būtiskas šajā kontekstā ir programmas, kas aprūpes sniedzējiem palīdz risināt problēmas un sniedz sociālo atbalstu (Yu et al., 2013: 2162). Ilgstoša rakstura problēmas tuviniekiem galvenokārt rodas no psiholoģiskajiem un emocionālajiem pārdzīvojumiem, redzot tuvinieku mainīgo kognitīvo stāvokli, garstāvokļa svārstības un fizisko nespēju (Mak et al., 2007: 976). Situācijas pārvarēšanā būtiska loma ir tam, ka aprūpētājs slimniekam dod mērķi un rada vēlmi dzīvot, pārdomāt dzīvi, apgūt jaunas prasmes un spēju pārvaldīt jauno situāciju un grūtības. Tas vairo aprūpētāju pašcieņu un pašvērtējumu, rada dzīves meistarības sajūtu un pozitīvas emocijas. Labās emocijas aprūpētājam vairo sajūtu, ka insultu pārcietušajai personai viņš kā aprūpētājs ir vajadzīgs (Mackenzie & Greenwood, 2012: 1419).

Nodaļas secinājumi

- Latvijā ir tikai daži akadēmiski pētījumi par insultu pārcietušo cilvēku dzīvi pēc insulta. No veiktajiem pētījumiem izceļama Rīgas Stradiņa universitātes pasniedzējas A. Lūses un citu autoru 2003. gada publikācija „Nelaimīgā paaudze: insultu pārcietušie cilvēki Rīgā, Latvijā”, kur pētītas insultu pārcietušās personas Rīgā – viņu uzskati par insulta radīto ietekmi gadu pēc insulta notikuma. Pētījumam ir vairāki būtiski un aktuāli secinājumi arī attiecībā uz insultprātības jautājumiem. Pētnieki secina, ka tikai neliela daļa insultu pārcietušo cilvēku apmeklēja ģimenes ārstu, lai monitorētu asinsspiedienu un saņemtu medikamentus, un mainīja dzīvesveidu, padarot to veselīgāku (McKevitt et al., 1993: 2101). Taču, kā zināms, veselīgs dzīvesveids un profilakse ir būtiska, lai samazinātu atkārtota insulta risku.
- Ārvalstu publikāciju, pētījumu un disertāciju klāsts par insulta tematiku ir krietni plašāks. Ir analizēta insulta ietekme uz personas un viņu tuvinieku dzīves kvalitāti – ierobežojumi un izaicinājumi, ar kuriem personām nākas saskarties insulta rezultātā, insultu pavadošā depresija un izolācijas sajūta, fiziskā nespēja paveikt ikdienišķas aktivitātes, emocionālā izdegšana insulta slimnieka aprūpes sniedzējiem, informācijas trūkums par rehabilitācijas un aprūpēšanas procesu, sociālā atbalsta trūkums no draugiem. Līdzšinējos pētījumos arī vērsta uzmanība uz rehabilitācijas pieredzes

izpēti, nosakot veiksmīgu rehabilitāciju ietekmējošus faktoros un aspektus, kas rehabilitācijā būtu ietverami, piemēram, sociālā atbalsta sniegšana, drošības sajūtas vairošana insultu pārcietušajai personai, viņa iedrošināšanas un pārdzīvojumu uzklauššana.

- Atsevišķos veiktajos pētījumos ir novērtēta sabiedrības insultpratība. Analizējot pētījumus Austrālijā (Kilkenny et al., 2016: 1-2), Jaunzēlandē (Bay et al., 2015: 1154-1155), Japānā (Akiyama & Hasegawa, 2013: 529), secināms, ka ap 50% sabiedrības locekļu šajās valstīs ir pietiekamas zināšanas par insultu, tā riska faktoriem, pazīmēm un rīcību pazīmju gadījumā. Tas ir līdzīgs rādītājs Latvijā 2013. gadā veiktās iedzīvotāju aptaujas rezultātiem (Parsirdi.lv, n.d.). Pētījumos arī secināts, ka kopumā gados vecākām personām un minoritātēm raksturīga sliktāka insultpratība, kas saistāma ar sliktākām valodas zināšanām, rīcībā esošiem ienākumiem. Sliktāka insultpratība biežāk ir arī vīriešiem (Madsen et al., 2015: 1543).
- Veicot internetā pieejamās informācijas par insulta jautājumiem analīzi, ārvalstu pētnieki secina, ka kopumā par insulta tēmu ir pieejams plašs informācijas klāsts. Taču pētnieki norāda, ka bieži šī informācija ir rakstīta sarežģītākā līmenī nekā insultu pārcietušais cilvēks spēj uztvert (Sharma et al., 2014: 1365).

4. INSULTPRATĪBAS IZPĒTES METODOLOĢIJA

Šajā nodaļā autore raksturo promocijas darbā izmantoto metodoloģiju. Nodaļā ietverta informācija par empīriskā pētījuma pieeju, izmantotajām datu ieguves metodēm, veikto lauka darbu un sasniegto izlasi. Promocijas darba metodoloģijas piensums ir jēdzienu un teorētisko atziņu validācijas modelis, diskusija par metodoloģiskajiem aspektiem kvantitatīvu pētījumu veikšanā un ētiskajiem aspektiem kvalitatīvu pētījumu veikšanā, izstrādātais mērinstruments, kuru operacionalizējot, var pētīt insultpratību, izstrādātās interviju un līdzdalības novērojumu vadlīnijas un aptaujas instrumentārijs. Izstrādātā metodoloģiskā pieeja ir ekstrapolējama citu slimību izpētē.

4.1. Empīriskā pētījumā pieeja

Apakšnodaļā raksturota promocijas darbā izmantotā empīriskā pieeja. Pētījuma mērķa sasniegšanai un pētnieciskā jautājuma izpētei pamatā izvēlēta kvalitatīvā pieeja, jo tā ļauj iegūt padziļinātu izpratni par pētījuma priekšmetu – insultpratību, par mijiedarbības pieredzi ar veselības aprūpes speciālistiem, vides apstākļiem un problēmu kontekstu, indivīdu rīcības motīviem un viņu attieksmēm.

Promocijas darba metodoloģija ir balstīta vispārēja kvalitatīvā pētījuma pieejā, vienlaikus integrējot tajā citu kvalitatīvo pētījumu pieeju elementus. Vispārējā kvalitatīva pētījuma pieeja izmantota kā noteicošā promocijas darbā, jo tā ir bieži izmantota pieeja veselības un sociālā darba pētījumos. Tā līdzīgi kā citas kvalitatīvās analīzes pieejas paredz izpratnes gūšanu par to, kā indivīdi konstruē realitāti mijiedarbībā ar citiem, kā indivīdi interpretē savu pieredzi, kā konstruē pasauli, kādu nozīmi piešķir savai pieredzei. Taču atšķirībā no citām pieejām tās fokuss nav vērsts uz indivīda un kultūras interakcijas izpēti, kā tas būtu etnogrāfiskas pieejas gadījumā, kā arī ne uz sabiedrības procesu kritiku un pārmaiņu iniciēšanu sabiedrībā, kā tas būtu kritiskās pieejas gadījumā, arī teorijas izstrāde nav izvirzīta par pašmērķi, kā tas būtu datos balstītas teorijas pieejā (Merriam-Sharan, 2009: 22-23). Pētījuma izstrādes gaitā darba autore apsvēra etnogrāfiskas un datos balstītas teorijas pieejas izmantošanu. Taču attiecībā uz pirmo – etnogrāfisko pieeju, lai izprastu indivīda kultūras pieredzi, būtu nepieciešams ilgāku laiku pavadīt vidē, kurā indivīds dzīvo, kā tas tradicionāli ir antropoloģiskos pētījumos. Taču šī pētījuma ietvaros to nebija iespējams īstenot. Attiecībā uz datos balstītās teorijas pieeju - tās priekšrocības ir praktiskas un ikdienišķas teorijas radīšana, kas sniedz izpratni par pētāmo priekšmetu (Merriam-Sharan, 2009: 30). Taču teorijas izveide netika izvirzīta par prioritāti promocijas darba ietvaros, jo nozīmīgāka loma tika pievērsta informācijas un faktu ieguvei, lai skaidrotu indivīdu insultpratību, izprastu

informācijas ieguves, novērtēšanas, pielietošanas procesu un lai validētu dažādu autoru paustās teorētiskās atziņas, novērtējot to pielietojamību pētījuma priekšmeta izpētē.

Promocijas darbs ir veidots objektīvistu pieejā, kas paredz lielākas uzmanības vēršanu uz to, lai iegūtu informāciju par notikumu hronoloģiju, notikumu raksturu, apstākļiem pretstatā konstruktīvistu pieejai, kurā vairāk uzmanība tiek vērsta uz dalībnieku pašu radītām jēdzienu definīcijām, notikumu skaidrojumiem (Charmaz, 2006: 32). Autore izvēlējusies objektīvistu pieeju, lai labāk varētu salīdzināt personu insultprātību un dažādu rīcību izvēles pamatojumu. Atsevišķus jautājumus, kā insulta ietekmi uz personas biogrāfiju un sociālās vides ietekmi, attieksmes un priekšstatus, autore pēta, izmantojot arī konstruktīvisma pieejas elementus.

4.2. Jēdzienu un teorētisko atziņu validācija

Šajā apakšnodaļā autore sniedz informāciju par promocijas darba empīrijas daļā validētajiem jēdzieniem un teorētiskajām atziņām.

Biogrāfiskā pārrāvuma jēdziena teorētisko atziņu validācija. Empīrisku datu analīzē autore novērtē, vai insulta gadījums var tikt raksturots kā biogrāfiskais pārrāvums, kādas biogrāfiskā pārrāvuma pazīmes to raksturo – vai insultu pārcietušajai personai ir novērojamas identitātes pārmaiņas, pašpārliecinātības zudums, pašvērtējuma zudums (vai mainās uzskati par sevi, zūd spējas, indivīds nejūtas komfortabli un nejūtas drošs), vai ir novērojamas pārmaiņas ikdienas kārtībā un attiecībās ar apkārtējiem, vai mainās lomas un pienākumi ģimenē, vai notiek resursu mobilizācija, vai izmainās indivīda ierastie pieņēmumi par viņa ķermeni, patību un sociālo pasauli. Tāpat darbā tiek pētīts, vai ir novērojami gadījumi, kad insults netiek uzskatīts par biogrāfisko pārrāvumu izraisīšu, bet gan par kārtējo dzīves notikumu un pārbaudījumu („biogrāfisko plūsmu”), kā arī tiek novērtēts, vai un kādos gadījumos biogrāfiskais pārrāvums ir pārvarēts. Empīrijā atbilstoši teorētiskajām nostādnēm tiek analizēts biogrāfiskais darbs - vai indivīds mēģina izprast insultu un interpretē tā rašanās cēloņus, vai tiek meklētas atbildes uz jautājumiem par savām jaunajām attiecībām ar pasauli, kādu jēgu indivīds piešķir savai ikdienas dzīvei. Tāpat tiek analizēts, kuru no teorijā aplūkotajām dzīves normalizēšanas stratēģijām indivīdi pamatā izvēlas – vai tiek pieņemts tas dzīvesveids, kas indivīdam bija pirms insulta, vai arī noris samierināšanās ar insultu un tā ietveršana jaunās ikdienas aktivitātēs.

Darba empīriskajā daļā tiek aplūkoti jēdzieni „nelaime”, „psiholoģiskā trauma”, „kauns” izplatība informantu stāstos, tādējādi vērtējot to pielietojamību pētījuma priekšmeta

izpētē. Autore vērtē, vai un kā izpaužas psiholoģiskās traumas pieredze, vai un kā izpaužas kauns, vai un kādā kontekstā tiek lietots nelaimes jēdziens.

Sociālās iekļaušanās teorētisko atziņu validācija. Pētījuma empīriskajā daļā autore analizē, vai būšana iekļautam sabiedrībā informantu stāstos tiek asociēta ar būšanu akceptētam kā personai ar invaliditāti / ar funkcionāliem traucējumiem, vai iekļaušanās tiek asociēta ar piemērotiem un pienācīgiem dzīves apstākļiem, būšanu nodarbinātai un ar iesaisti kopienas dzīvē. Autore analizē, vai insultu pārcietušā persona pieņem ar insultu saistītās problēmas, pielāgo savu izturēšanos jaunajai dzīves situācijai, pārvalda situāciju, pieņem lēmumus un spēj aktīvi iesaistīties lēmumu izpildē, vēlas mijiedarboties ar citiem indivīdiem. Iekļaušanās sabiedrībā procesu autore pēta kontekstā ar vidi, kādā indivīds dzīvo, vērtējot, vai tā ir sociāli veicinoša vai kavējoša vide.

Plānotās rīcības teorijas atziņu validācija. Insulta ārstēšanā un rehabilitācijā, dzīves normalizēšanā pēc insulta un iekļaušanās stratēģiju izvēlē būtiska loma ir plānotām rīcībām, ko šajā darbā palīdz izprast plānotās rīcības teorija. Pētot rīcības, ko insultu pārcietušie cilvēki vai viņu tuvinieki izvēlas pēc insulta, tiek pētītas indivīdu attieksmes pret veicamo darbību, t.sk. ņemot vērā pagātnes pieredzi un rīcības seku novērtējumu indivīda skatījumā, tiek pētītas indivīdu subjektīvās normas, t.sk. pētot, kā, pēc indivīda domām, citas personas uzskata, ka viņam būtu jārikojas, tiek pētīts, kā indivīdi vērtē savas spējas paveikt noteiktas darbības.

Veselībratības un insultpratības jēdzienu validācija. Empīrijā tiek analizēts, vai insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem piemīt insultpratība un veselībratībai piemītošās zināšanas, motivācija un kompetences iegūt, saprast, novērtēt un pielietot ar insultu saistītu informāciju, lai varētu spriest un pieņemt lēmumus ikdienas dzīvē saistībā ar insulta ārstēšanu un rehabilitāciju, insulta profilaksi. Empīrijā tiek aplūkoti šādi aspekti:

- Personas zināšanas par insultu, tā cēloņiem, riska faktoriem, sekām un rīcību insulta gadījumā.
- Personas spēja noteikt, kāda informācija tai ir nepieciešama, un spēja šo informāciju iegūt.
- Spēja orientēties informācijas piedāvājumā, kas ir paredzēta dažāda līmeņa pratībām, un novērtēt informācijas pareizību.
- Spēja saprast medicīniskus terminus, spēja saprast medicīniskās un zāļu instrukcijas, t.sk. pareizi lietot izrakstītās zāles, spēja ievērot noteiktās tikšanās ar veselības aprūpes speciālistiem un ārstēšanās grafiku kopumā.

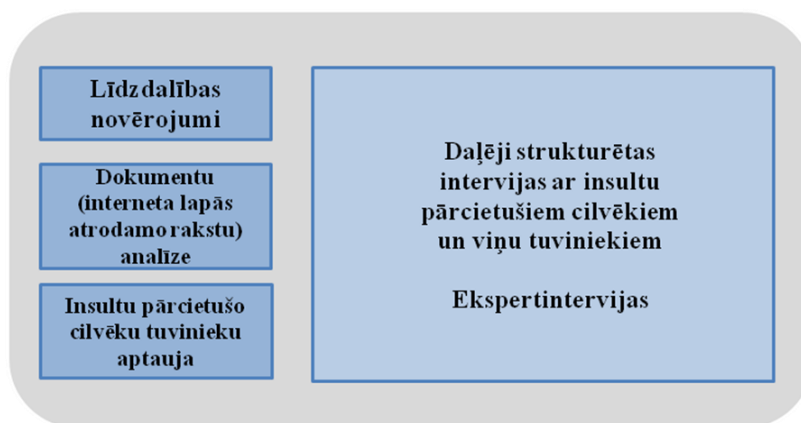
- Spēja komunicēt ar veselības aprūpes speciālistu, iegūt nepieciešamo informāciju un iesaistīties ārstēšanas vai rehabilitācijas procesā, pieņemot konkrētajā situācijā nepieciešamo lēmumu.

Darba empīrijā tiek analizēts, vai personām piemīt veselībpratības un insultpratības augstākajam līmenim piemītošas prasmes – vai tiek īstenotas rīcības ģimenes locekļu insultpratības uzlabošanai, vai tiek veiktas profilaktiskas darbības insulta risku mazināšanai, vai personām ir izpratne par veselības aprūpes sistēmu, pacientu tiesībām. Veicot pratības izpēti, autore vērtē, kā to ietekmē indivīda personiskie faktori (attieksmes, zināšanas, prasmes, motivācija, iepriekšēja dzīves pieredze) un kā to ietekmē ārējie faktori (ienākumi, izglītība, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, sociālā un fiziskā vide).

No sociālās mācīšanās teorijas tiek validētas šādas atziņas – vai un kā novērojumi no citu indivīdu rīcības ietekmē indivīda zināšanas un rīcību, kā to ietekmē pagātnes pieredze un uzskati par veicamo rīcību, kāda loma indivīdu rīcībā ir citu personu ieteikumiem un masu medijiem.

4.3. Datu ieguves metodes

Promocijas darba ietvaros izmantota kompleksa pētījuma pieeja, kas nodrošina datu triangulāciju. Šajā apakšnodaļā raksturotas darbā izmantotās datu ieguves metodes – daļēji strukturētas intervijas ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem, ekspertintervijas, līdzdalības novērojumi, dokumentu – interneta rakstu par insulta tematiku analīze un insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptauja (skatīt 4.1. attēlu). Promocijas darbā kopumā tika intervēti četri insultu pārcietušie cilvēki un deviņi insultu pārcietušo cilvēku ģimenes locekļi, deviņi eksperti, tika veikti desmit līdzdalības novērojumi, analizēti vairāk nekā 100 interneta raksti par insulta tematiku, aptaujāts 51 insultu pārcietušo cilvēku tuvinieks.



4.1.att. Darbā izmantotās datu ieguves metodes

Katra no metodēm plašāk raksturota šīs nodaļas apakšnodaļās. Taču turpinājumā īsi tabulas formā norādīts, kādus jautājumus un darba uzdevumus katra no izvēlētajām metodēm palīdzēja īstenot (skatīt 4.1. tabulu).

4.1.tabula

Datu ieguves metožu raksturojums pētījuma uzdevumu izpildei

Metode	Jautājumi, kurus metode palīdzēja izpētīt	Uzdevums, kura ietvaros metode izmantota
Daļēji strukturētas intervijas ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem	Insulta atstātās sekas uz insultu pārcietušās personas biogrāfiju. Rīcības, kuras indivīdi izvēlas dzīves normalizēšanai. Ar insultu saistītas informācijas identificēšana, ieguve, sapratne, pielietošana. Insultu pārcietušā cilvēka un viņa tuvinieka sadarbības pieredze ar veselības aprūpes speciālistiem un sociālo pakalpojumu sniedzējiem.	Uzdevums Nr. 2, Nr. 3, Nr. 4 un Nr. 5.
Ekspertintervijas	Insulta pazīmes, riska faktori, slimības daba, radītās sekas. Insulta rehabilitācija. Valsts sniegtie sociālie pakalpojumi. Promocijas darba mērķa precizēšana.	Uzdevums Nr. 2, 4 un 5.
Līdzdalības novērojumi	Dzīve pēc insulta un tā radītie ierobežojumi. Insultu pārcietušo cilvēku socializācijas process, sarežģījumi un pārdomas, ar kurām insultu pārcietušie cilvēki saskaras, t.sk. informācijas ieguvē.	Uzdevums Nr. 2.
Dokumentu – interneta rakstu par insulta tematiku analīze	Internetā pieejamā informācija par dažādiem ar insultu saistītiem jautājumiem.	Uzdevums Nr. 3.
Insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptauja	Insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku insultpratība.	Uzdevums Nr. 3 un Nr. 5.

4.3.1. Daļēji strukturētas intervijas

Promocijas darbā tika izmantota daļēji strukturētas intervijas metode, jo tā ļāva izprast, kādas ir insulta atstātās sekas uz insultu pārcietušās personas biogrāfiju un kādas rīcības indivīdi izvēlas dzīves normalizēšanai, lai izprastu, kā noris ar insultu saistītas informācijas identificēšana, ieguve, sapratne, pielietošana, kāda bijusi insultu pārcietušā cilvēka un viņa tuvinieka sadarbības pieredze ar veselības aprūpes speciālistiem un sociālo pakalpojumu sniedzējiem. Promocijas darbā kopskaitā ir veiktas četras intervijas ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem un deviņas intervijas ar insultu pārcietušo cilvēku ģimenes locekļiem. Intervijas tika veiktas laika posmā no 2016. gada marta līdz 2018. gada augustam (skatīt 4.2. tabulu).

Veiktās intervijas ar insultu pārcietušiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem

Nr. p.k.	Vārds	Dzīvesvieta	Intervijas datums
1	Insultu pārcietusī persona 1	Rīga	2017. gada aprīlis
2	Insultu pārcietusī persona 2	Rīga	2017. gada jūlijs
3	Insultu pārcietusī persona 3	Rīga	2017. gada augusts
4	Insultu pārcietusī persona 4	Rīga	2018. gada jūnijs
5	Insultu pārcietušās personas māte 1	Rīga	2017. gada marts
6	Insultu pārcietušās personas meita 1	Rīga	2016. gada jūlijs
7	Insultu pārcietušās personas meita 2	Ciemats Latgalē	2016. gada augusts
8	Insultu pārcietušās personas mazmeita 1	Pilsēta Vidzemē	2016. gada marts
9	Insultu pārcietušās personas mazmeita 2	Rīga	2017. gada jūlijs
10	Insultu pārcietušās personas dēls 1	Pilsēta Zemgalē	2017. gada jūlijs
11	Insultu pārcietušās personas dēls 2	Pilsēta Pierīgā	2016. gada augusts
12	Insultu pārcietušās personas dēls 3	Rīga	2017. gada augusts
13	Insultu pārcietušās personas sieva 1	Ciemats Vidzemē	2018. gada jūlijs

Informantu atlase. Promocijas darbā insultu pārcietušo personu un viņu tuvinieku atlasē tika noteikti šādi kritēriji: (a) persona dzīvo Latvijā, (b) persona spēj runāt, (c) persona runā latviešu vai krievu valodā, (d) persona vēlas piedalīties intervijā, (e) persona ir pilngadīga. Papildus tuvinieku gadījumā kā atlases kritērijs tika noteikts tas, ka tuvinieks uztur regulāru saikni ar insultu pārcietušo personu un ir informēts par insulta gadījumu un tā ārstēšanu, rehabilitāciju. Informanti tika uzrunāti autores draugu, ģimenes un paziņu lokā, caur biedrību, kā arī rehabilitācijas centros un nodaļās, izmantojot aptauju, lūdzot atsaukties ģimenes locekļus intervijai. Aptaujā kontaktinformāciju atstāja četri tuvinieki, no kuriem interviju izdevās noorganizēt ar vienu personu.

Lai uzrunātu potenciālos informantus, tika aplūkotas arī tematiskās domubiedru grupas sociālajās vietnēs. Tika secināts, ka domubiedru grupa portālā „Draugiem.lv” par šādu tematiku neeksistē. Arī vietnē *Facebook* domubiedru grupa latviešu valodā neeksistē, taču vietnē *Facebook* ir atrodamas domubiedru grupas angļu valodā, kurās ir dalībnieki no dažādām pasaules valstīm: „*Stroke Survivors*” (7543 dalībnieki), „*Young Stroke Survivors*” (5521 dalībnieks) un „*Stroke Caregivers*” (1597 dalībnieki).¹⁹ Autore šajās domubiedru grupās ievietoja paziņojumu angļu valodā ar lūgumu atsaukties mērķa grupas personas no Latvijas, kuras varētu dalīties savā pieredzē pēc insulta, taču neviena atbildes ziņa netika saņemta.

Dalībai pētījumā piekrita tādas insultu pārcietušās personas, kuras pēc insulta ir atguvušas daļu spēju un kuras pēc insulta nav pilnībā aprūpējamas. Arī intervēto tuvinieku gadījumā insultu pārcietušie cilvēki bija atguvuši daļu spējas un nebija pilnībā aprūpējami.

¹⁹ Uz 2016. gada 16. septembri

Atsaučība dalībai intervijās bija zema. Tās insultu pārcietušās personas un viņu tuvinieki, kuri nepiekrita dalībai intervijā, nevēlējās runāt par insulta notikumu, jo izjuta kaunu, psiholoģisku traumu un tāpēc, ka šāda saruna viņiem atsauktu atmiņā sāpīgu notikumu. Sarunai nepiekrita aptuveni 70-80% potenciālo informantu. Tādēļ informantu atlases process vērtējams kā sarežģīts un laikietilpīgs, un šī iemesla dēļ autore darbā izmantoja dažādas datu ieguves metodes, lai ar to palīdzību iegūtu un validētu pētījumam nepieciešamo informāciju.

Interviju struktūra. Daļēji strukturētas intervijas jautājumi tika strukturēti četrās tematiskās sadaļās. Pirmajā daļā tika ietverti jautājumi par insulta gadījumu un tā sekām. Otrajā daļā tika ietverti jautājumi par informācijas par insulta jautājumiem iegūšanu, sapratni, novērtēšanu un pielietošanu, zināšanām par insultu. Trešajā daļā tika ietverti jautājumi par insulta ārstēšanas un rehabilitācijas pieredzi. Ceturtajā daļā ietverti jautājumiem par indivīdu pieredzi sociālo pakalpojumu izmantošanā un par dzīves periodu pēc insulta (skatīt 1. un 2. pielikumu).

Interviju norises raksturojums. Raksturojot veiktās intervijas ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem, jānorāda, ka komunikācijas procesu intervijās apgrūtināja pamatā divas lietas. Pirmkārt, gadījumos, kad insultu pārcietušajai personai bija ietekmētas runas spējas, tai bija grūtāk noformulēt savu domu un sniegt atbildi uz uzdoto jautājumu. Savukārt autorei šādās situācijās reizēm bija grūtības saprast intervētās personas sniegto atbildi. Otrkārt, atsevišķiem intervētajiem pēc insulta bija nepieciešams ilgāks laiks, lai saprastu intervijas jautājumu un sniegtu atbildi uz to. Tāpēc intervijas laikā bija nepieciešams atkārtot jautājumu, formulēt to vienkāršāk un uzdot lēnāk.

Novērtējot to, kāda informācija intervijās ar insultu pārcietušiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem netika iegūta vai kādu informāciju bija grūtības iegūt, pamatā jānorāda divi jautājumu veidi. Pirmkārt, autore novēroja, ka intervētajiem bija grūtāk atbildēt uz jautājumu, vai un kā viņi novērtē, cik iegūtā informācija ir patiesa un uzticama, un vai viņi jūtas kompetenti novērtēt iegūto informāciju. Otrkārt, salīdzinoši mazāk informācija tika iegūta par to, cik droši informanti jūtas iegūt informāciju par viņu tiesībām un iespējām saņemt valsts vai pašvaldības finansētus sociālos pakalpojumus un palīdzību, lasīt un saprast normatīvos aktus un sagatavot nepieciešamo dokumentāciju, t.sk. iesniegumus sociālās palīdzības vai pakalpojumu saņemšanai. Tas skaidrojams ar to, ka informantiem bijusi mazāka pieredze šādas palīdzības un pakalpojumu izmantošanā.

Interviju analīze. Interviju transkripti un pārskati tika apstrādāti kvalitatīvo datu apstrādes programmā Nvivo, tādējādi ļaujot ērti pārvaldīt lielo datu apjomu, veidot kodus un kategorijas. Kā interviju analīzes metode tika izvēlēta kvalitatīvā kontentanalīze - datu

analīzes metode²⁰, kas analizē tekstu, no tā rodot atkārtojamus un drošticamus secinājumus par šī teksta nozīmēm, sasaistot rezultātus ar vidi, kurā šie dati ir radīti (Bengtsson, 2016: 9). Līdzīgi kā datos balstītā teorija tā ietver datu kodēšanu (Merriam-Sharan, 2009: 205), taču atšķirībā no datos balstītās teorijas kvalitatīvās kontentanalīzes metodes pašmērķis nav izstrādāt jaunu teoriju.

Kontentanalīzi angļu valodā apzīmē atšķirīgi – par sistemātisko kontentanalīzi (*systematic content analysis*), formulējumu analīzi (*statement analysis*), nozīmju analīzi (*meaning analysis*)²¹. Visu šo metožu nozīme ir teksta satura analīze (Bos & Tarnai, 1999: 660). Kontentanalīzei ir divi virzieni – kvantitatīvā un kvalitatīvā. Kvantitatīvā pieeja atšķirībā no kvalitatīvās pieejas parasti rezultējas ar vienību skaitīšanu, ne teksta nozīmju analīzi (Morgan, 1993: 15). Kvantitatīvā kontentanalīze tradicionāli vairāk tiek lietota mediju pētījumos, kamēr kvalitatīvā kontentanalīze – sociālajos pētījumos, t.sk. izglītības, aprūpes jomas (Graneheim & Lundman, 2004: 5) un veselības pētījumos (Hsieh & Shannon, 2005: 1277). Viens no piemēriem, kur šī analīzes metode ir tikusi izmantota tieši insultprātības jautājumu izpētē, ir pētījums „Izglītošanas vajadzības par insultu Afroamerikāņu sievietēm” („*Stroke Education Needs of African American Women*”) (Beal, 2015).

Kvalitatīvā kontentanalīze promocijas darbā tiek veikta vairākos posmos, balstoties uz Malmes universitātes (*Malmö University*) veselības un sabiedrības fakultātes docentes M. Bengtsonas (*M. Bengtsson*) piedāvātajiem četriem analīzes etapiem. Pirmais etaps ir dekontekstualizācija (*decontextualisation*), kas ietver teksta kā vienota veseluma iepazīšanu, lai iegūtu kopskatu pirms iedziļināšanās detaļās, un atvērto kodēšanu – teksta sadalīšanu kodos. Otrais etaps ir rekontekstualizācija (*recontextualisation*), ko veic pēc atvērtās kodēšanas ar mērķi pārliecināties, vai visi būtiskie interviju satura aspekti ir aptverti. Šī etapa ietvaros tiek pārlasītas intervijas kontekstā ar atvērtajiem kodiem – intervijās iezīmējot vietas, kuras atbilst kodiem, savukārt vietas, kas palikušas neiezīmētas, vēlreiz pārlasot, ar nolūku saprast, vai tajās nav palaistas garām kādas būtiskas detaļas. Trešais etaps ir kategoriju veidošana, kas tiek veikta no atvērtajiem kodiem. Ceturtais etaps ir rezultātu izklāsta process (Bengtsson, 2016: 12), kur tiek ņemta vērā sasaiste ar sociālo un kultūras kontekstu, nosakot kā konteksta faktori ietekmē rezultātus un indivīda pieredzi (Crowe et al., 2015: 618).

²⁰ Kontentanalīzes aizsākumi meklējami 1920. gadu beigās žurnālistikā. Īpašu popularitāti tā piedzīvoja 2. pasaules kara laikā, kad uzmanība tika pievērsta propagandai, sabiedriskajai domai, ziņām – to satura analīzei. Taču pamatā tolaik tā ietvēra kategoriju biežuma skaitīšanu (Bos & Tarnai, 1999: 662).

²¹ Literatūrā kopā ar kontentanalīzi variē jēdziens tematiskā analīze. Atsevišķos avotos tematiskā analīze tiek raksturota kā kontentanalīzes viens no novirzieniem, citos avotos savukārt tā raksturota kā atsevišķa metode (Burnard, 1991: 461). Līdz ar to secināms, ka metodes apzīmējums akadēmiskajā literatūrā nav lietots konsekventi. Avotos, kur tematiskā analīze tiek piedāvāta kā kontentanalīzei līdzvērtīgs datu analīzes veids, nevis tā apakšvirziens, kontentanalīze vairāk tiek saistīta ar kvantitatīvo pieeju. Tādējādi secināms, ka tematiskā kontentanalīze šajos avotos vairāk tiek saprasta kā sinonīms jēdzienam kvalitatīvā kontentanalīze.

Atšķirībā no citām kvalitatīvo datu analīzes metodēm kvalitatīvo kontentanalīzi var definēt kā no noteikumiem brīvāko metodi, kurā pētniekam ir lielākas iespējas variēt. Tādējādi risks sadurties ar teorētiskām vai filozofiskām diskusijām un pretargumentiem, ir mazāks (Bengtsson, 2016: 8-10). Promocijas darbā, veicot kontentanalīzi, tika izmantota deduktīva pieeja - dati tika analizēti, ņemot vērā esošās teorētiskās nostādnes, tādējādi validējot teorētiskās atziņas.

4.3.2. Ekspertintervija

Promocijas darbā tika izmantota ekspertintervijas metode ar mērķi izprast insultu kā slimību, tā radītās sekas un ierobežojumus, izprast insulta rehabilitāciju, kā arī valsts sniegtos sociālos pakalpojumus. Ekspertintervijas tika veiktas arī ar mērķi pārrunāt un precizēt promocijas darba pētījuma uzdevumus un mērķi.

Ekspertu atlase. Eksperti tika uzrunāti no dažādām institūcijām – no LM, no Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācijas „SUSTENTO” un insultu pārcietušo cilvēku un viņu radnieku psiholoģiskās atbalsta biedrības „Vigor”. Tāpat tika veiktas intervijas ar rehabilitācijas speciālistiem, kuri ir informēti par rehabilitācijas specifiku personām pēc insulta. Piecas ekspertintervijas, kurās kopskaitā piedalījās deviņi jomas eksperti, tika veiktas laika posmā no 2014. gada novembra līdz 2016. gada jūnijam (skatīt 4.3. tabulu).

4.3.tabula

Veiktās ekspertintervijas

Nr. p.k.	Eksperta amats	Intervijas tematika	Intervijas datums
1	Vidzemes slimnīcas Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste	Insultu pārcietušo personu rehabilitēšanas specifika, insultu pārcietušo personu ārstēšanas specifika, sadarbība ar insultu pārcietušo personu pēc izrakstīšanās no slimnīcas.	2014. gada novembris
2	Rīgas Stradiņa universitātes Rehabilitācijas katedras vadītāja	Insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptaujas un tās fokuss, rehabilitācija pēc insulta. Promocijas darba pētnieciskie jautājumi un mērķis.	2016. gada janvāris
3	LM Sociālās iekļaušanas un sociālā darba politikas departamenta direktore, Sociālo pakalpojumu departamenta direktore un Sociālo pakalpojumu departamenta vecākais eksperts	Iekļaušanās jēdziens, valsts finansētie sociālie pakalpojumi. Promocijas darba pētnieciskie jautājumi un mērķis.	2016. gada februāris
4	Biedrības „Vigor” pārstāves	Biedrības mērķi un īstenotās aktivitātes, sniegtais atbalsts, insultu pārcietušo	2016. gada jūnijs un

Nr. p.k.	Eksperta amats	Intervijas tematika	Intervijas datums
		cilvēku un viņu tuvinieku iesaiste dažādās aktivitātēs u.c. Promocijas darba pētnieciskie jautājumi un mērķis.	decembris
5	Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācijas „SUSTENTO” veselības politikas koordinatore	SUSTENTO organizācijas mērķi, iekļaušanās jēdziens un tā izpratne, personu ar īpašām vajadzībām iesaiste sabiedriskās aktivitātēs.	2016.gada jūnijs

Interviju struktūra. Katrai no veiktajām ekspertintervijām bija atšķirīga struktūra. Intervijā ar Vidzemes slimnīcas Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti tika pārrunāti jautājumi par to, kāds ir insultu pārcietušo personu ārstēšanas un rehabilitācijas process, kādas ir insultu pārcietušo personu funkcionālās spējas un psiholoģiskais stāvoklis pēc insulta, kā insultu pārcietušo personu iekļaušanās sabiedrībā tiek vērtēta no medicīnas speciālistu puses. Intervijā ar Rīgas Stradiņa universitātes Rehabilitācijas katedras vadītāju tika pārrunāti jautājumi par rehabilitācijas iespējām personām pēc insulta, par rehabilitāciju insulta gadījumā, kā arī par promocijas ietvaros veiktās insultu pārcietušo personu tuvinieku aptaujas mērķi un saturu. Intervijā ar LM speciālistiem tika pārrunāts sociālās iekļaušanās jēdziens, tika pārrunāts jautājums par sociālās rehabilitācijas iespējām Latvijā, par sociālajiem pakalpojumiem, kas ir pieejami personām ar smagiem funkcionāliem traucējumiem un invaliditāti. Intervijas laikā tika pārrunāti arī promocijas darba uzdevumi, mērķis un pētnieciskais jautājums.

Intervijā ar biedrības „Vigor” pārstāvēm tika pārrunāti jautājumi par organizācijas mērķi un darbības jomām, par to, kā insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki uzzina par biedrību, par biedru skaitu un raksturojumu, par nodarbību veidiem un to regularitāti, par to, kāds atbalsts tiek sniegts insultu pārcietušo cilvēku tuviniekiem un kādas visbiežāk ir insultu pārcietušo cilvēku ekspektācijas pēc insulta. Visbeidzot, intervijā ar organizācijas „SUSTENTO” pārstāvi tika vaicāti jautājumi par organizācijas ikdienas darbu un organizācijas uzdevumiem un lomu, kā organizācijā tiek saprasts jēdziens „iekļaušanās” un kas ir tās jomas, par kurām parasti runā iekļaušanās kontekstā, kā arī par organizācijas sadarbības pieredzi ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem.

4.3.3. Līdzdalības novērojums

Lai iegūtu izpratni par dzīvi pēc insulta un tā radītajiem ierobežojumiem, insultu pārcietušo cilvēku socializāciju, sarežģījumiem un pārdomām, ar kurām insultu pārcietušie cilvēki saskaras, t.sk. par kādiem jautājumiem insultu pārcietušās personas domā un kas tām rada neskaidrības un nedrošību, tika veikti līdzdalības novērojumi. Autore izvēlējās

līdzdalības novērojumu metodi, jo novērojums noritēja personai zināmā vidē, kas ir dabīgi veidota, pretstatā intervijai, kurā indivīds var nejusties ērti un vairāk domāt par to, ko teikt un kā uzvesties. Ar līdzdalības novērojuma palīdzību autore novēroja gan indivīdu rīcību, gan guva izpratni par to, kāda ir vide, kurā šī rīcība tiek veikta. Autore uzskata, ka veiktie līdzdalības novērojumi ir veiksmīgs papildinājums daļēji strukturētajām intervijām, jo sniedz pilnīgāku izpratni par pētāmo tēmu.

Līdzdalības novērojumu norises laiks un raksturojums. Līdzdalības novērojumi tika veikti biedrības „Vigor” pasākumos – gan aktivitātēs, kad brīvprātīgie plānoja nodarbību saturu insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem, gan pašās nodarbībās, kad insultu pārcietušās personas un viņu tuvinieki tikās klātienē. Tā kā nodarbības plānoja un vadīja psiholoģijas jomā izglītoti speciālisti, tikšanās reizēs tika uzdoti pārdomāti, dziļi un jēgpilni jautājumi, kas atklāja insultu pārcietušo cilvēku sajūtas un skatījumu uz dzīvi, iedrošināja viņus dalīties savā pieredzē.

Līdzdalības novērojumi tika veikti 2017. gada pirmajā pusgadā. Kopskaitā autore veica piecus līdzdalības novērojumus brīvprātīgo tikšanās reizēs, kuru laikā tika plānots nodarbību saturs, un piecus līdzdalības novērojumus insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku tikšanās reizēs (skatīt 4.4. tabulu). Katrs novērojums ilga apmēram divas stundas.

4.4. tabula

Veiktie līdzdalības novērojumi

Nr. p.k.	Novērojuma vieta	Novērojuma datums
1	Brīvprātīgo tikšanās, lai sagatavotu kluba tikšanos („klubs” ir pasākums, kur tiekas insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki)	2017. gada janvāris
2	Kluba tikšanās	2017. gada februāris
3	Brīvprātīgo tikšanās, lai sagatavotu kluba tikšanos	2017. gada februāris
4	Kluba tikšanās	2017. gada marts
5	Brīvprātīgo tikšanās, lai sagatavotu kluba tikšanos	2017. gada marts
6	Kluba tikšanās	2017. gada marts
7	Brīvprātīgo tikšanās, lai sagatavotu kluba tikšanos	2017. gada aprīlis
8	Brīvprātīgo tikšanās, lai sagatavotu kluba tikšanos	2017. gada aprīlis
9	Kluba tikšanās	2017. gada maijs
10	Kluba tikšanās (sporta spēles)	2017. gada jūnijs

Būtiskākais izaicinājums, veicot līdzdalības novērojumus, bija autores spēja komunicēt krievu valodā, jo organizācijas veidotās tikšanās noritēja krievu valodā.

Līdzdalības novērojumu fokuss. Līdzdalības novērojumos autore vērsa uzmanību uz šādas informācijas iegūšanu:

- Kādas ir insultu pārcietušo personu un viņu tuvinieku, kuri apmeklē nodarbības, pazīmes;
- Kādā vidē tiek veikta darbība un kādi resursi tiek izmantoti nodarbību īstenošanā;
- Kāda ir sociāla vide insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku tikšanās reizēs;
- Kā savā starpā komunicē / socializējas insultu pārcietušās personas, kā šīs personas sadarbojas, pildot kopīgus uzdevumus;
- Ko nepieciešams ņemt vērā, plānojot aktivitātes insultu pārcietušajiem cilvēkiem (gan ņemot vērā insultu pārcietušo personu fiziskās spējas, gan emocionālās vajadzības);
- Kādas aktivitātes tiek īstenotas tikšanās reizēs;
- Ar kādiem ierobežojumiem saskaras insultu pārcietušās personas, veicot šīs aktivitātes;
- Kādu nozīmi insultu pārcietušās personas piešķir insulta gadījumam un kādas atmiņas viņām ar insultu saistās;
- Ar kādu pieredzi dalās un par kādām sajūtām stāsta insultu pārcietušās personas;
- Ar kādiem ierobežojumiem ikdienā saskaras insultu pārcietušās personas.

4.3.4. Dokumentu analīze

Promocijas darbā tika veikta dokumentu analīze. Tika pētīti internetā publicētie raksti par insulta tematiku, lai novērtētu to, cik lielā mērā apstiprinās insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku intervijās iegūtie dati par to, kāda informācija par insulta tematiku ir / nav pieejama internetā. Šāda metode darbā tika izvēlēta, jo internets mūsdienās ir kļuvis par nozīmīgu informācijas ieguves avotu insultu pārcietušajām personām un viņu tuviniekiem, uz ko norāda gan ārvalstu publikācijas, gan promocijas darbā veiktās aptaujas un intervijas.

Interneta rakstu analīzes struktūra. Interneta rakstu analīzē **izšķirami divi posmi.** Pirmais posms ietvēra informācijas par insulta jautājumiem analīzi VM un tās padotības iestāžu - SPKC²², NVD²³ - mājaslapās. Meklēšana noritēja brīvā formā – mājaslapās tika izvēlēts „Meklētājs”, un raksti tika meklēti, izmantojot atslēgvārdu „insult”. Šīs analīzes mērķis bija gūt vispārēju priekšstatu par to, cik un kāda informācija par insulta tematiku ir atrodama atbildīgo valsts iestāžu mājaslapās. Analīze tika veikta 2017. gada 2. aprīlī. Nākamajā tabulā apkopota informācija par analīzē atrasto rakstu skaitu (skatīt 4.5. tabulu).

²² SPKC mājaslapa analīzei tika izvēlēta tāpēc, ka SPKC apkopo statistiku par sabiedrības veselību un veic izglītojošas kampaņas.

²³ NVD mājaslapa analīzei tika izvēlēta tāpēc, ka NVD administrē veselības aprūpes pakalpojumu ieviešanu, veic pakalpojumu uzraudzību, apkopo informāciju par sniegtajiem pakalpojumiem u.c..

VM , SPKC un NVD mājaslapu raksti, izmantojot atslēgvārdus „insult”

	Atrastie raksti, izmantojot atslēgvārdu „insult”
VM mājaslapa	Atrasti 16 ziņas, 5 raksti un 3 kalendāra ieraksti.
NVD mājaslapa	Mājaslapas meklētājā netika atrasti raksti. Taču, caurskatot mājaslapas saturu pašrocīgi, tika atrasta informācija par medicīnisko rehabilitāciju personām pēc insulta un rehabilitāciju mājās.
SPKC mājaslapa	4 ieraksti, t.sk. video materiāls.

Otra interneta rakstu kontentanalīzes posma uzdevums bija identificēt to, kādu informāciju latviešu valodā ir iespējams atrast interneta meklētājā „Google”, izmantojot šādus atslēgvārdus: „insults”, „insulta ārstēšana”, „rehabilitācija pēc insulta”, „insulta slimnieka aprūpe mājās”, „atbalsts personām pēc insulta”. Meklēšanai tika izvēlēti šādi atslēgvārdi, jo tos intervijās bieži min insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki.

Meklēšanā tika noteikti šādi ierobežojoši parametri (iestatījumi): valsts – Latvija, lapas saturs latviešu valodā un pirmie 20 ieraksti, ko piedāvā meklētājs pēc konkrētā atslēgvārda. Sarežģītāki filtri meklēšanā netika izmantoti, lai situāciju iespējami vairāk pietuvinātu tai, kas novērojama ikdienas praksē – t.i., pietuvinātu to veidam, kā indivīdi meklē informāciju internetā. Autore izvēlējās pirmos 20 rakstus, jo uzskata, ka visbiežāk personas lasa rakstus, kas atrodami pirmajās divās lapās, un tad turpina meklēšanu, izmantojot citus atslēgvārdus.

Rakstu kontentanalīze meklētājā „Google” tika veikta no 2017. gada 18. aprīļa līdz 2017. gada 7. maijam. Raksti tika analizēti piecās tematiskās grupās – atbilstoši atslēgvārdiem. Katrā grupā tika atlasīti 20 raksti, tādējādi kopskaitā piecās grupās tika analizēti 100 raksti. Arī ārvalstu pētījumā, kurā analizēti internetā pieejamie raksti par insulta jautājumiem („*A Readability Assessment of Online Stroke Information*”), analīzei izvēlēti tieši 100 raksti ar pieņēmumu, ka ir maz ticams, ka persona izskatīs vairāk nekā 100 rakstus (Sharma et al., 2014: 1364). Nākamajā tabulā (skatīt 4.6. tabulu) apkopota pamatinformācija par analīzē skatītajiem rakstiem dalījumā pēc meklēšanā izmantotajiem atslēgvārdiem un vietnes, kurā raksts tika publicēts.

Kontentanalīzē izskatītie interneta raksti

Meklēšanā izmantotais atslēgvārds	Masu mediju portāls	Valsts, pašvaldības mājaslapa	Medicīnas iestādes mājaslapa	Blogs, forums	Cits	Kopā
Insults	7	1	2	0	10	20
Insulta ārstēšana	6	0	2	1	10	20
Rehabilitācija pēc insulta	6	4	5	3	2	20
Insulta slimnieka aprūpe mājās	4	3	4	3	6	20
Atbalsts personām pēc insulta	2	8	4	0	6	20

Rakstu analīzē autore izvērtēja šādus rādītājus: (a) kas ir raksta autors (valsts vai pašvaldības iestāde, nevalstiska organizācija, medicīnas iestāde u.c.), (b) cik uzticams ir raksts, (c) vai rakstā ir atsauces un pievienota saite uz citu interneta lapu, kur lasītājs var iepazīties ar detalizētāku informāciju, (d) kāda ir raksta valoda – vai tā ir sarežģīta, piemēram, ar medicīniskiem terminiem, un (e) cik lielā mērā raksts sniedz atbildi uz meklēto jautājumu.

4.3.5. Aptauja

Promocijas darbā tika izmantota aptaujas metode ar mērķi noskaidrot, kāda ir insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku insultprātība. Tā tika izvēlēta kā papildu metode daļēji strukturētām intervijām, jo tā ļauj raksturot galvenās tendences, noteikt kopsakarības un novērtēt insultprātības atšķirības dažādās grupās. Tika veikta maza mēroga aptauja, kurā kopskaitā piedalījās 51 respondents no dažādiem Latvijas reģioniem vecumā virs 18 gadiem. Aptauja norisinājās 2016. gada martā – maijā. Nākamajā tabulā apkopota informācija par respondentu demogrāfiskajām pazīmēm (skatīt 4.7. tabulu).

4.7.tabula

Aptaujāto respondentu raksturojums

Demogrāfiskā pazīme	Atbilžu varianti	Atbildes biežums
Dzimums	Vīrietis	13
	Sieviete	38
Vecuma grupa	Vecums 20-34 gadi	10
	Vecums 35-49 gadi	18
	Vecums 50-64 gadi	13
	Vecums 65-81 gadi	10
Radniecība ar insultu pārcietušo cilvēku	Ģimenes locekļi (māte / tēvs, vīrs / sieva, dēls / meita u.c.)	41
	Citi (paziņas, draugi)	7
	Nav atbildes	3
Dzīvesvieta	Rīga	7

Demogrāfiskā pazīme	Atbilžu varianti	Atbildes biežums
	Pilsēta ārpus Rīgas	22
	Novada, pagasta centrs	12
	Lauku teritorija, ciems	8
	Nav atbildes	2
Izglītība	Pamatizglītība vai zemāka	4
	Vidējā, vidējā profesionālā, arodizglītība	27
	Augstākā izglītība	20
Ienākumi uz vienu mājsaimniecības locekli (pēc nodokļu nomaksas)	100 EUR vai mazāk	3
	100-299 EUR	13
	300-599 EUR	10
	600-1000 EUR	7
	1000 EUR vai vairāk	1
	Nevēlos atbildēt	17

Aptaujas lauka darba raksturojums. Pētījuma autore uzrunāja vairākas rehabilitācijas iestādes dažādos Latvijas reģionos, lai nodrošinātu dažādu respondentu pārstāvniecību aptaujā. No uzrunātajām iestādēm aptaujas veikšanai informētu piekrišanu un atbalstu sniedza šādas iestādes: rehabilitācijas centrs NRC „Vaivari” un „Līgatne”, Vidzemes slimnīcas un Liepājas reģionālās slimnīcas rehabilitācijas nodaļas. Aptaujā tika izmantota paš aizpildes anketa, kuru respondenti aizpildīja pēc medmāsu aicinājuma. Tādējādi aptaujas lauka darba veikšanā nozīmīgākā loma bija veselības aprūpes personālam, jo tieši personāls bija tas, kurš uzrunāja potenciālos informantus – informēja par aptauju un lūdza aizpildīt aptaujas anketu. No iestādes darbinieku ieinteresētības un atsaucības bija atkarīgs sasniegto respondentu skaits.

Aptaujā sasniegtā izlase ir maza un nav nejauša, tāpēc iegūtie rezultāti raksturo aptaujāto respondentu zināšanas un viedokli, taču nav vispārināmi uz ģenerālkopu. Izstrādājot pētījuma metodoloģiju, autore secināja, ka publiski nav pieejams vienots reģistrs, kurā būtu atspoguļota informācija par to, cik un kādi rehabilitācijas pakalpojumi ir pieejami personām pēc insulta un kur šādi specializēti pakalpojumi tiek sniegti.

Aptaujas struktūra un rezultātu analīze. Aptaujas anketas tika izstrādātas latviešu un krievu valodās, un tām bija piecas tematiskas sadaļas (skatīt 3. pielikumu). Lai novērtētu insultpratību, tika:

- Mērītas respondentu zināšanas par insulta riska faktoriem.
- Respondentiem tika vaicāts, kādus informācijas ieguves avotus par insulta jautājumiem viņi izmanto, kā vērtē savas prasmes atrast nepieciešamo informāciju, cik bieži viņi ir ieguvuši atbildes uz meklētajiem jautājumiem, kā vērtē savas prasmes izvērtēt iegūtās informācijas kvalitāti un uzticamību, cik bieži izmanto iegūto informāciju.

- Respondentiem tika vaicāts, cik bieži viņi saprotat ārstu, rehabilitācijas speciālistu lietoto terminoloģiju, cik bieži pēc informācijas ieguves no ārstiem viņi mēģina atrast kādu papildu informāciju.
- Respondentiem tika vaicāts, cik informēti viņi jūtas par laiku, kad pēc insulta nepieciešams uzsākt rehabilitāciju, par slimnieka aprūpi mājās apstākļos, par nepieciešamajām veselības pārbaudēm un to biežumu insulta riska mazināšanai, par veselīga dzīvesveida prasībām pēc insulta, par insulta risku palielinošiem faktoriem un to, kur nepieciešamības gadījumā vērsties pēc sociālas palīdzības. Šādas insultpratības dimensijas tika izvēlētas vairāku apsvērumu dēļ. Pirmkārt, vairākus no šiem aspektiem aptver insultpratības definīcija. Otrkārt, veiktie akadēmiskie pētījumi norāda uz to, ka insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem trūkst zināšanas un prasmes par to, kā aprūpēt slimnieku (Mak et al., 2007), kā veikt ikdienas mājās darbus (vannošanās un dušas apmeklējums, apģērbšanās, ēst gatavošana) (Egbert et al., 2006), kā arī par rehabilitācijas procesu pēc insulta (Giosa et al., 2014). Treškārt, veikto pētījumu analīze norāda uz to, ka preventīviem pasākumiem ir būtiska loma atkārtota insulta riska mazināšanā. Ceturtkārt, promocijas darba autorei bija personīga interese noskaidrot, cik tuvinieki ir informēti par to, kur var vērsties pēc sociālā atbalsta pēc insulta.

Aptaujas analīzē tika izmantota aprakstošās statistikas pieeja – biežuma sadalījumi.

Dati darbā tiek atspoguļoti tabulu formā.

4.4. Ētiskie apsvērumi un datu aizsardzība

Apakšnodaļā ir raksturoti ētiskie apsvērumi, kas ir ņemti vērā pētījuma empīriskās daļas izstrādē, kā arī raksturoti principi, kurus autore ņēmusi vērā, lai nodrošinātu personu datu aizsardzību.

4.4.1. Pētījuma ētiskie aspekti

Ņemot vērā insulta radītās smagās sekas, kas ietver kustībspēju zudumu, runas un kognitīvo spēju pasliktināšanos, depresiju u.c., pētījuma mērķa grupa tika uzskatīta par ievainojamu grupu (*vulnerable group*). Tādēļ šī pētījuma izstrādē īpaši liela uzmanība tika pievērsta ētiskajiem aspektiem saistībā ar veicamo lauka darbu, īpaši intervijās, kad autore tiešā veidā komunicēja ar insultu pārcietušajām personām un viņu tuviniekiem, un līdzdalības novērojumos, kad autore novēroja šo personu rīcību. Informantu vēlme piedalīties intervijās

un runāt vai nerunāt par noteiktiem jautājumiem tika noteikta kā augstākā prioritāte, kas ir būtiskāka par pētījumā nepieciešamo datu ieguvu. Tādējādi intervijās, kur informantiem bija emocionāli grūti vai nekomfortabli runāt par konkrētu jautājumu, autore tos neuzdeva. Tādi, piemēram, bija jautājumi par insulta atstātām psiholoģiskām un emocionālām sekām, depresiju. Tāpat intervija, atbilstoši pozitīvās prakses vadlīnijām, netika beigta ar smagiem, skumjas, sāpes vai dusmas izraisošiem jautājumiem, bet iespējami pozitīvāku noskaņu raisošiem jautājumiem.

Veiktajam empīriskajam pētījumam tika konstatētas pozitīvas un negatīvas iespējamās sekas uz informantiem. Pētījuma pozitīvais ieguvums, raugoties no informantu viedokļa, bija iespēja uzdot sev interesējošus jautājumus, kā arī autores iespēja insultu pārcietušās personas un viņu tuviniekus informēt par dažādiem aktuāliem jautājumiem, par kuriem tā bija ieguvusi informāciju, veicot pētniecisko darbu, piemēram, par sociālās un profesionālās rehabilitācijas pakalpojumu, aprūpes mājās pakalpojumu, organizāciju, kas izveidota insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku atbalstam, un citiem jautājumiem. Tāpat pētījuma radītā pozitīvā ietekme bija mērķgrupas personu iespēja izteikt savas vajadzības, būt uzklautiem un paust savu viedokli, t.sk. neapmierinātību ar dažādiem pakalpojumiem. Informanti pozitīvi novērtēja to, ka viņu viedoklis tiek uzklauts un informācija tiks nodota plašākai sabiedrībai.

Vienlaikus autore apzinājās, ka pētījuma lauka darbs var radīt arī iespējamu negatīvu ietekmi uz informantiem. Tā kā autore uzdeva jautājumus par jūtīgām tēmām, tās insultu pārcietušajām personām un viņu tuviniekiem interviju laikā vai pēc tās varēja izraisīt sāpīgas atmiņas, radīt satraukumu vai pārdzīvojumus, atsaucot atmiņā insulta notikumu un raksturojot, kā šis notikums mainīja viņu dzīves. Tāpēc autore intervijās neuzdeva šāda veida jautājumus, ja jūta, ka tie varētu izraisīt negatīvas emocijas. Izņēmums bija gadījumi, kad pati intervētā persona par tiem sāka stāstīt. Savukārt jautājumi, kuros autore lūdza informantiem raksturot savu pieredzi veselības pakalpojumu izmantošanā, informantos radīja neapmierinātību un negatīvās emocijas, kas bija radušās rehabilitācijas pakalpojuma sliktās pieejamības dēļ un nekvalitatīvi saņemta pakalpojuma dēļ.

Vērtējot informantu atlasēšanas procesu un ētiskos aspektus tajā, jānorāda, ka intervijām tika uzrunātas tās personas, kuras pēc insulta spēja runāt, tāpat pamatā tika izraudzītas personas, kuras spēja komunicēt latviešu valodā, jo krievu valodā veikt intervijas autorei bija krietni sarežģītāk sliktā valodas zināšanu dēļ. Autore apzinājās, ka šāda prakse zināmā veidā diskriminē noteiktas insultu pārcietušo personu grupas. Līdzdalības novērojumos tika novērotas tikai tās personas, kuras apmeklēja biedrības īstenotos pasākumus, tādējādi

pētījumā mazāka iespēja piedalīties bija tām personām, kuras nav sociāli aktīvas – t.i., kuras nav biedrības biedri.

Informētā piekrišana interviju gadījumā tika organizēta mutiski, bez audio ieraksta vai citu liecinieku klātbūtnes. Autore informantus informēja par pētījuma mērķiem, metodēm un to, kur informācija tiks izmantota, kā arī par datu anonimitāti un to, ka dalība pētījumā ir brīvprātīga. Autore gādāja, lai potenciālie informanti neizjustu spiedienu dalībai pētījumā. Informants varēja brīvi izvēlēties un mutiski paust savu gatavību dalībai pētījumā, tāpēc papildu informētās piekrišanas veidlapas netika gatavotas. Autore vēlas uzsvērt, ka pētījumā netika iesaistītas tādas mērķagrūpas personas, kuras nevarētu sniegt informētu piekrišanu.

Aptaujas gadījumā potenciālos respondentus uzrunāja rehabilitācijas centru un iestāžu personāls, informējot par aptauju un aicinot pacientu tuviniekus aizpildīt aptaujas anketas. Medicīnas iestāžu personāls respondentiem norādīja, ka dalība aptaujā ir brīvprātīga un anonīma. Ņemot vērā aptaujas anonimitāti, kā arī to, lai respondentu personu identificējoši dati netiktu iegūti, nenonāktu trešo personu rīcībā un nebūtu identificējami kopā ar viņu sniegtajām atbildēm, informētas piekrišanas veidlapas netika izstrādātas.

Līdzdalības novērojumos autore par savu pētījumu informēja biedrības vadītājas un personas, kuras vadīja un organizēja insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku tikšanās. Vadītāji pirmajā reizē, autorei esot klāt, insultu pārcietušos cilvēkus un viņu tuviniekus iepazīstināja ar autori un viņas pētījuma tēmu. Ņemot vērā, ka novērojumu laikā autore uzvedību neidentificēja ar kādu konkrētu personu, bet dati tika izmantoti apkopotā veidā, informētās piekrišanas veidlapas netika izstrādātas. Tādējādi autore lieki nesatrauca personas un nerādīja ietekmi vidi, ļaujot tai būt maksimāli tuvu tai, kāda tā ir biedru tikšanās reizēs.

4.4.2. Personu datu aizsardzība

Veicot intervijas, autore veltīja īpašu uzmanību datu aizsardzībai, jo tajās tika iegūti personu dati. Pētījumā izmantotā metodoloģija paredzēja to, ka interviju rezultāti būs anonīmi un tos nevarēs sasaistīt ar konkrētu personu. Ņemot vērā, ka intervētās personas varētu tikt atpazītas pēc vārda, lokācijas vietas, dzimuma, autore darbā personu vārdus ir aizstājusi ar pseidonīmiem, kā arī nav norādījusi personu dzīvesvietu (mazākās apdzīvotās vietās tā netiek norādīta, lai mazinātu iespēju, ka personu būtu iespējams identificēt). Lai lasītājs varētu identificēt to, vai konkrēto informāciju ir sniegusi insultu pārcietusī persona vai viņas tuvinieks, kā arī to, kāda ir tuvinieka saistība ar insultu pārcietušo personu, autore pseidonīmā norādīja informanta radniecības pakāpi. Gadījumos, kad vairākiem informantiem radniecības

pakāpes bija vienādas, autore katram no tiem piešķīra kārtas numuru, piemēram, insultu pārcietušās personas māte 1, insultu pārcietušās personas māte 2 un tml.

Attiecībā uz interviju datu apstrādi un uzglabāšanu –dažās intervijās autore izmantoja audio ierakstu. Audio ieraksti līdzīgi kā interviju transkripti, kopsavilkumi un datu analīzes fails NVivo, kurā notika interviju apstrāde un analīze, tika uzglabāti autores personīgajā datorā, kas ir aizsargāts ar paroli, kā arī Google diskā, kas arī ir aizsargāts ar paroli. Tādējādi tika nodrošināts, lai trešajām personām nebūtu piekļuve failu uzglabāšanas vietām un tiktu mazināts risks, ka tie varētu nonākt trešo personu rīcībā.

5. INSULTA NOTIKUMA KĀ BIOGRĀFISKĀ PĀRRĀVUMA ANALĪZE

Šajā nodaļā analizēti empīrijā iegūtie rezultāti. Nodaļā tiek raksturoti insulta gadījumi, skaidrojot to ietekmi uz insultu pārcietušās personas spējām un biogrāfiju, kā arī tiek analizētas insultu pārcietušās personas vajadzības pēc insulta gadījuma. Analizējot insulta gadījumu, tiek izmantoti biogrāfiskā pārrāvuma, psiholoģiskās traumas, nelaiemes un kauna jēdzieni.

Insults ir viena no biežākajām saslimšanām Latvijā, kas var izraisīt smagas un paliekošas veselības komplikācijas un invaliditāti (Latvijas ārstu biedrība, 2008). Aptuveni trešdaļai no insultu pārcietušajiem cilvēkiem pēc insulta gadījuma ir nepieciešama palīdzība ikdienas darbu veikšanā (Wang et al., 2014: 1). Pētot intervēto personu piedzīvotos insulta gadījumus, secināms, ka tie indivīdu dzīvēs ir atstājuši atšķirīgas sekas. Ir bijuši smagi insulta gadījumi, kad persona ir nomirusi, vai kad personai pēc insulta ir smagi kustību traucējumi (puse ķermeņa ir nejūtīga), vai personai ir stipri apgrūtinātas runas un kognitīvās spējas. Retāk, bet intervēto vidū ir bijuši arī mazāk smagi insulta gadījumi, kad personai pēc insulta ir izdevies ātri atgūties un lielākoties ir pasliktinājusies līdzsvara sajūta.

Insults intervēto vidū piedzīvots pusgadu senā pagātnē līdz pat 10 – 16 gadus senā pagātnē. Tādējādi promocijas darbā ir aptverti dažādos laika posmos notikuši insulta gadījumi. Divu interviju gadījumos tuviniekiem bija aizdomas, ka personai jau iepriekš ir bijis mikro insults, kas vienā gadījumā arī apstiprinājās. Kā argumenti šādām aizdomām par insultu tika minēta ģībšana un galvassāpes, ar kurām konkrētais tuvinieks saskārās: „*Tas bija pirmais piefiksētais insults. Bet man ir aizdomas, ka bija iepriekš arī mazāki.. Vismaz tas, ko viņš stāstīja.. Varētu būt bijis pirms tam jau kāds, cik var nojaust. [..] Bet tur bija viss uzreiz. Viņš pat nepamodās vairāk. Kādu viņu atrada, tāds viņš aizgāja. Viņš pat nenāca pie apziņas.*” (Insultu pārcietušās personas meita 2). Arī divas citas insultu pārcietušās personas norādīja, ka, viņuprāt, insulta gadījumam bija priekšvēstneši, kas varēja būt mikro insulti. Tie izpaudās kā pēkšņi reiboņi, pēkšņas grūtības izrunāt vārdus u.c. Tos intervētās personas bija ignorējušas, skaidrojot, ka pirms insulta gadījuma, tas nelikās nekas ievērtības cienīgs.

Attiecībā uz pašu insulta piedzīvošanas brīdi – intervēto vidū bija gan tādi gadījumi, kad insults notika, klāt esot citai personai, kā rezultātā tika izsaukta neatliekamā palīdzība, gan tādi gadījumi, kad persona insulta pārciešanas brīdī bija viena un pēc insulta bija nogulējusi ilgāku laiku, kā rezultātā neatliekamā medicīniskā palīdzība tika saņemta novēloti. Vienā gadījumā insults pat tika piedzīvots, personai atrodoties slimnīcā, uz kuru persona bija devusies, lai veiktu izmeklējumu saistībā ar aizdomām par mikro insultu.

„Dēls desmit dienas gulēja mājās. Pamanījām, ka viņš nav zvanījis, īpaši rakstījis. Biju nākusi, viņš atvēra durvis un tad aizvēra. Mēģināju nākt pie viņa, citādi saprast, vai viss kārtībā. Vienā reizē viņš atvēra, un es kāju iekšā, lai vairs nevar aizvērt. Pie saprāta viņš bija, bet visu laiku gulēja. Sākumā nesapratu, kas tā par dīvainu skaņu (murmoņa) – TV vai kas. Bet tad sapratu, ka tas bija viņš – viņš dusmojās, bet nevarēja parunāt – tā viņš uz mani lamājās. Viņš bija atbalstījies uz vienas kājas, pat sākumā nesapratu, ka viņš nevar paiet.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

„Insultu bija iespējams novērst, un tur bija runa par dažām stundām. Jo sākumā bija plankums acīs, bija zvaigznītes krāsainas, tad bija galvassāpes un slābums rokās. Vienā brīdī pat iedomājos par insultu, bet ātri aizmirsu. Tad kā medicīnas jomas cilvēks parunājos ar draugiem, tie ieteica aiziet pie neirologa, tas savukārt nosūtīja uz Stradiņiem. Stradiņos uz galvas izmeklējumu teica, ka jāgaida divas nedēļas, bet mājās nelaida. Tā, nu, insults notika turpat uz vietas, bet varēja nebūt, ja nebūtu tās rindas uz to pakalpojumu, jo to visu varēja sadakterēt.” (Insultu pārcietusī persona 2)

Raksturojot insulta sekas, ārvalstu publikācijās secināts, ka pēc insulta cilvēki saskaras ar funkcionāliem ierobežojumiem un fiziskā stāvokļa pasliktināšanos (vājums, kustības spēju zudums, sāpes), kā arī ar kognitīvām izmaiņām (grūtības lasīt, īstermiņa atmiņas zudumi, matemātisko spēju zudumi u.c.), ar emocionālām grūtībām (vēlme izolēties no sabiedrības un sociālajām aktivitātēm, pārdzīvojumi, biežākas dusmas un depresija u.c.), ar izaicinājumiem ikdienas aktivitātēs (vannošanās, apģērbšanās, ēst gatavošana u.c.), ar nodarbinātības trūkumu (atlaišana no darba, nespēja vairs paveikt konkrētu darbu) un ar finansiāliem izaicinājumiem (trūkst līdzekļu pamata vajadzībām, medicīniskiem izdevumiem) (Egbert et al., 2006: 48-49). Intervētie insultu pārcietušie cilvēki un insultu pārcietušo cilvēku tuvinieki, raksturojot insultu, ir norādījuši uz visām iepriekš minētajām sekām.

Visbiežāk insultu pārcietušie cilvēki, kuru pieredze pētīta intervijās, pēc insulta saskārās ar vājumu un kustības spēju zudumu – attiecīgi arī ar izaicinājumiem ikdienas aktivitāšu veikšanā (vannošanās, apģērbšanās, ēšana gatavošana u.c.). Bieži personas saskārās arī ar emocionālām problēmām – ar depresiju un skumjām. Divos gadījumos piedzīvotas kognitīvās izmaiņas (nespēja un grūtības lasīt, atmiņas traucējumi). Arī veiktajos līdzdalības novērojumos insultu pārcietušo personu tikšanās reizēs autore novēroja, ka lielākoties insults personām ir radījis smagus un vidēji smagus funkcionālos traucējumus – ir ievērojami apgrūtinātas personu pārvietošanās spējas, nejutīga kļuvusi viena ķermeņa puse un daļai personu ir traucētas runas spējas. Tāpēc insultu pārcietušo personu tikšanās reizēs nodarbībās īstenojamās aktivitātes bija vienkāršas un lēnas, paredzot ilgāku laiku katra uzdevuma veikšanai, jo insultu pārcietušās personas pārvietojās lēnāk, lēnāk rakstīja un daļai personu bija nepieciešams ilgāks laiks, lai noformulētu un izteiktu savu viedokli. Autore arī novēroja, ka dažādu uzdevumu un pārdomu laikā insultu pārcietušās personas reizēm kļuva emocionālas un nomāktas.

Atlabšana pēc insulta noris dažādā ātrumā, un parasti vislielākais progress spēju atgūšanā ir novērojams pirmajos mēnešos pēc insulta, kam seko lēnāka pakāpeniska spēju uzlabošanās turpmāko pāris gadu laikā (Latvijas ārstu biedrība, 2008: 41). Vairākos interviju gadījumos tika norādīts, ka ārsti intervētos sākotnēji bija brīdinājuši par iespējamām smagām sekām, taču ar veikto rehabilitācijas darbu insultu pārcietusī persona spēja atgūt daļu spējas un pēc laika kļūt patstāvīga.

„Viņam tas insults bija smags. Un, ja viņam ātri netiktu sniegta palīdzība, viņš vairs te nebūtu. Tā kā es aizgāju pie ārstiem, viņi man atbildēja, ka stāvoklis ir smags un gatavojieties dažādiem iznākumiem.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

„Vaivaros sākumā biju ratiņos. Sākumā vispār ārsti, kad dēli prasīja, kad sāksu strādāt, ieturēja klusuma pauzi un teica, būs labi, ja es sēdēšu, bet staigāt nestaigāšu. Tad dēli atbildēja – jūs nezināt manu māti. Un es atveseļojos – staigāju, runāju. Taču es saprotu tos ārstus, jo viņi negrib dot liekas cerības.” (Insultu pārcietusī persona 3)

Lai arī pēc insulta insultu pārcietušajām personām bija nepieciešama papildus aprūpe, salīdzinoši drīz šīs personas atveseļojās tiktāl, lai būtu spējīgas dzīvot patstāvīgi. Tikai vienā gadījumā bērniem nācās insultu pārcietušo personu uzņemt un aprūpēt pie sevis mājās. Gandrīz visu intervēto gadījumā personas pēc insulta ir būtiski progresējušas, salīdzinot ar stāvokli uzreiz pēc insulta. Vienlaikus nevienai personai pilnībā nav izdevies atgūt iepriekšējo fizisko un kognitīvo stāvokli. Pat gadījumos, kad ievērojami ir progresējušas personas kustības spējas, insults ir atstājis sekas uz indivīdu kognitīvajām spējām - personas ir kļuvušas neuzmanīgākas vai tām ir sliktāka līdzsvara izjūta.

„Mmm, sekas.. Pirmkārt, tuvākā laika izpausmes bija tas, ka vājāka – cilvēkam jauda samazinās uzreiz it visā. Otrs, notika atkopšanās rehabilitācijā, lai varētu sākt kustēties un staigāt. Relatīvi ilgu laiku viņa nogulēja uz gultas. Un pēc tā insulta viņa ir kļuvusi paviršāka, aizmāršīgāka, vairāk ir jāpasaka vienkāršā tekstā. Nav vairs tas domāšanas asums. Proti, iedod mērķi un izdari. Jāpasaka priekšā, kā izdarīt.” (Insultu pārcietušās personas dēls 2)

Empīrijā analizēto insultu gadījumā, astoņus no tiem pilnībā var apzīmēt ar jēdzienu biogrāfiskais pārrāvums. Insults lauza indivīdu sociālo un kultūras pieredzi un radīja pārmaiņas viņu identitātē. Tas radīja pārmaiņas viņu ķermenī un pārveidoja šo personu dzīvi un sociālās attiecības, ieviesa nedrošību un mazināja pašpārliecinātību, pašvērtējumu, izmainīja šo indivīdu ierastos pieņēmumus par viņu ķermeni, patību un sociālo pasauli, kurā viņi dzīvo. Šīs biogrāfiskā pārrāvuma pazīmes autore novēroja arī veiktajos līdzdalības novērojumos, kur tie atspoguļojās indivīdu stāstos. Pēc insulta liela daļa personas vairs nespēja veikt agrākos darbus, t.sk. pildīt darba vietas dotos uzdevumus un ģimenes lomas: *„Pirms insulta bija absolūts darbaspējīgs 72-gadīgs pensionārs. Visu darīja pats, nekad dzīvē nav sēdējis. Pilnvērtīgs - visu varēja izdarīt. Saviem gadiem prasmes par visām lietām bija.*

[..] *Tagad tā nav.*” (*Insultu pārcietušās personas dēls 1*) No aktīvas un darbaspējīgas personas, kas rūpējas par citiem, insultu pārcietušais cilvēks ieguva aprūpējamā lomu.

Kā norādījuši biogrāfiskā pārrāvuma pētnieki, biogrāfiskais pārrāvums katram indivīdam var izpausties atšķirīgā saslimšanas brīdī. Vienai personai tas var iestāties brīdī, kad tā uzskata, ka ir vesela, bet uzzina, ka tomēr ir slima. Citai personai biogrāfiskais pārrāvums var iestāties brīdī, kad personai beidz medicīnisko ārstēšanu un kad tai ir jātiek galā ar ārstēšanos un pašaprūpi bez medicīniskā personāla uzraudzības, kas savukārt izraisa ievainojamības sajūtu un sajūtu, ka persona ir palikusi bez atbalsta (Trusson et al., 2016: 123-124). Biogrāfiskais pārrāvums promocijas darbā intervēto personu dzīvē radās tad, kad personas tika iepazīstinātas ar insulta sekām un apzinājās, ka līdz ar ārstēšanas vai rehabilitācijas procesa beigām šīs sekas nevar tikt pārvarētas, un kad personas ārstu izpratnē tika uzskatītas par izārstētām – veselām, neskatoties uz smagajām insulta sekām. Tāpēc ir būtiski, lai par insultu pārcietušajiem cilvēkiem netiku runāts kā par insulta slimniekiem, jo tas ietver diskursu, ka persona vēl aizvien insultu nav pārcietusi un ir slima.

Papildus iepriekš raksturotajām biogrāfiskā pārrāvuma pazīmēm autore empīrijā secināja, ka arī informācijas trūkums var būt viens no biogrāfiskā pārrāvuma izraisītājiem. Insultu pārcietušās personas nomāca un biedēja neziņa par tālāko dzīvi un atveseļošanās prognozēm, jo ārsti atteicās sniegt pāragras prognozes. Tāpēc informantu stāstos kā smags tiek raksturots tas brīdis, kad viņiem trūka informācija par insultu kā slimību un to, ko darīt tālāk.

Kā secinājuši ārvalstu pētnieki, pēc insulta personas saskaras ar psiholoģiskām problēmām – līdz ar ierobežotām kustībaspējām, nespēju strādāt algotu darbu un nespēju socializēties insultu pārcietušos cilvēkus biežāk nomoka depresija un dusmas, domas un problēmas, kā tikt galā ar jauno situāciju (Dalvandi et al., 2010: 250-251). Intervētie insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki, raksturojot un atsaucot atmiņā insulta gadījumu, to raksturo ar vārdiem „nelaime” un „psiholoģiskā trauma”, galvenokārt tāpēc, ka insults radīja smagas fiziskas sekas un apjukumu - neskaidrību par turpmāko dzīvi. Uz to norāda arī intervētās biedrības „Vigor” pārstāves. Psiholoģiskā trauma atsevišķu insultu pārcietušo personu vidū ir izpaudies arī kā nevēlēšanās turpināt dzīvot.

„Nekad nevarēju iedomāties, ka insults varētu piemeklēt mani. [..] Tad pie manis nāca apziņa, ka esmu paralizēta, ka mana dzīve ir beigusies. Samaņa man nepazuda nevienu mirkli, saprāts man bija visu laiku. [..] Ārsti teica, ka nekad nestaigāšu, jo bija bojāti audi. Tad es slimnīcā nopietni aizdomājos par pašnāvību. Es negribēju apgrūtināt savus bērnus, lai viņi mani koptu. Es dakterei prasīju, kurā stāvā esam. Viņa paskatījās uz mani un teica – tu nemaz nedomā. Viņa saprata, par ko es domāju. Tur daudzi tā domā. Es esmu pieredzējusi, ka cilvēki sabrūk uz līdzenas vietas, nomirst

un grib izdarīt pašnāvību. Tas ir šausmīgi. [...] Bija reiz tā, ka pa nakti skatos, ka viena tante palātā stāv pie atvērta loga un rāpjas augšā. Sāku bļaut. Izglābu viņu no pašnāvības, jo ieskrēja māsiņas.” (Insultu pārcietusī persona 4)

Psiholoģiskās traumas pieredzes indivīdiem var izpausties atšķirīgi. Viena no reakcijām uz to var būt neticība un emocionālais šoks, otra reakcija var būt pārmērīga piesardzība, trešā reakcija var izpausties kā nevēlamas atmiņas un ceturta reakcija var būt izvairīšanās no notikuma atgādinātājiem, kas var būt gan izvairīšanās no cilvēkiem, kas asociējas ar gadījumu, gan izvairīšanās no notikumu asociējošas vietas un aktivitātes (Ford et al., 2015: 53). Intervēto gadījumā psiholoģiskā trauma galvenokārt izpaudās kā emocionālais šoks un nevēlamas atmiņas. Tāpēc viens no lielākajiem izaicinājumiem, ar ko personām pēc insulta nācās saskarties, ir samierināšanās ar savu stāvokli un tā pieņemšana, spēja pieņemt faktu, ka persona medicīniski vairs nav uzskatāma par slimu, kā arī spēja piešķirt dzīvei jaunu jēgu.

„Insults ļoti maina personību. Cilvēki kļūst raudulīgāki, viņus ir vieglāk aizskart. Arī es sākumā biju kā dārzenis, man bija ļoti grūti sevi pieņemt, līdz vienu brīdi domāju, ka pašnāvību jau netaisīšu, tāpēc jādodomā, ko darīt ar savu dzīvi. Tas ir tas pats grūtākais – pārvarēt to brīdi, piespiest sevi noskaņoties un domāt - kas es tagad būšu šajā dzīvē. Te man bija arī tas, ka es pēc insulta vairs nebiju tāda, kā pirms. Un man vēl aizvien likās, ka esmu slima, jo nebija tā, kā agrāk. Taču ārstiem likās, ka esmu vesela, jo dzīvībai briesmas nedraudēja, biju “izārstēta”.” (Insultu pārcietusī persona 2)

„Viņam psiholoģija aizgāja tāda: „Kā es agrāk biju spēcīgs un visu varošs, bet tagad pēkšņi esmu nekāds.” Viņš tā arī dažkārt ir teicis: „Es nekad nevarēju iedomāties, ka tādas varētu būt vecumdienas.” Es viņam saku – paskaties, kādi tev slimnīcā blakus gulēja - tu varēji būt kāds no viņiem. [...] Vairāk es no šī notikuma secinu, ka pie šādām slimībām tas psiholoģiskais faktors ir visbūtiskākais.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

Pēc insulta insultu pārcietušajai personai ļoti būtiska ir fizisko spēju atgūšana, lai persona varētu kļūt patstāvīga, varētu normalizēt dzīvi un iekļauties sabiedrībā. Iekļaušanās sabiedrībā nozīmē iepriekš eksistējošo lomu un attiecību atjaunošanu, cik to ir iespējams paveikt (Egbert et al., 2006: 46). Informantu stāstos būšana iekļautam sabiedrībā galvenokārt tiek saistīta ar būšanu akceptētai no sabiedrības puses, būšanu nodarbinātai (algotā darbā vai cita veida aktivitātēs), ar iespēju socializēties un būt patstāvīgai.

Sociālās iekļaušanās dimensijas akadēmiskos avotos visbiežāk ir ienākumi un materiālie līdzekļi, iesaiste darba tirgū, sociālās attiecības (Omtzigt, 2009: 9). Veiktajās intervijās insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki ir norādījuši, ka pēc insulta personas domāja par nodarbinātību, jo vēlējās justies noderīgas sabiedrībā: *„Vienu brīdi pat gribēju uz Maximu iet augļus pakot. Kad mani paziņas par to dzirdēja, viņi teica, ka es muļķe, jo galva man, tak, ir uz pleciem. Bet man vienkārši gribējās strādāt un būt noderīgai.” (Insultu*

pārcietusī persona 3). Tāpat intervētie atzīst, ka pēc insulta nozīmīga vērība tika pievērsta sociālajām attiecībām – saišu uzturēšanai un atbalsta sniegšanai insultu pārcietušajai personai. Insultu pārcietušās personas pēc insulta jo īpaši novērtēja tuvinieku sniegto morālo atbalstu: „*Tad aizejot pie viņa esmu sapratīs, ka nedrīkst vairākas reizes pēc kārtas tā ieskriet, atdot kaut ko un aizskriet, ja tad viņš to ņem ļaunā. Tāpat arī, ja nepiezvana divas dienas pēc kārtas, tad jau viņš pasaka kādu ironisku piezīmi - domāju, ka telefons saplīsis vai tml. [..] Viņš nav pamests, bet, ja viņš tur ir 24/7, tad tas laiks, ka pie viņa neviens nav, viņam tāpat šķiet garš.*” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

Ārvalstu publikācijās secināts, ka iekļaušanās pēc insulta ir komplekss, dinamisks un ilgstošs process. Būtiskākie sociālo iekļaušanos ietekmējošie faktori ir spēja pieņemt ar insultu saistītās problēmas, pielāgot savu izturēšanos jaunajai dzīves situācijai, spēja pārvaldīt situāciju un pieņemt lēmumus, kā arī spēja aktīvi iesaistīties tajos (Woodman et al., 2014). Tieši spējai pārvaldīt situāciju un gribasspēkam ir bijusi viena no izšķirošajām lomām iekļaušanās un biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanas procesā insultu pārcietušo personu vidū. Intervētā rehabilitācijas ārste - eksperte norāda, ka indivīdu noslēgšanās kopumā vairāk ir raksturīga pirmajiem diviem dzīves gadiem pēc insulta: „*Tas ir sākumā – pirmajos divos gados. Pēc tam cilvēki aprod ar situāciju un jau vairāk atveras.*” (Vidzemes slimnīcas Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste). Tāpat eksperte norāda, ka viņas vērtējumā jauni cilvēki kopumā ir aktīvāki un tādējādi pēc insulta labāk iekļaujas sabiedrībā.

Loma iekļaušanās procesā ir arī indivīda psiholoģiskajam stāvoklim un sociālajai videi: „*Pirmkārt, ļoti būtiska ir attieksme pret sevi. Psiholoģiskā un sociālā vide. [..] Daļa sākumā grib atgriezties tur, kur bija – strādāt to pašu darbu. Ar laiku samierinās, ka vairs nevarēs strādāt to pašu darbu. Kad psiholoģiski situācija ir pārvarēta, tad jau cilvēks spēj saskatīt jaunas iespējas, kur strādāt.*” (Biedrības „Vigor” pārstāves). Kā to norāda veiktās intervijas, ne vienmēr sociālo vidi var uzskatīt par rīcību motivējošu, piemēram, lauku teritorijās, kur personas izjūt kaunu iziet sabiedrībā, kur darba un dažādu pakalpojumu pieejamība ir zemāka. Tāpēc tieši insultu pārcietušās personas gribasspēkam ir izšķiroša nozīme iekļaušanās un dzīves normalizācijas procesā: „*Palātas biedrenes man teica, ko tu te ņemies, tāpat neviens neredz, bet es neklausījos viņās, darīju priekš sevis. Man bija gribasspēks mainīties. Es sev teicu, ka nepalikšu uz gultas.*” (Insultu pārcietusī persona 4).

Veiktajās intervijās un līdzdalības novērojumos autore secina, ka insultu pavadošs jēdziens ir jau pieminētā kauna sajūta. Pēc psihiatrijas profesora no ASV A. P. Morisona definējuma, kauns ir stāvoklis, kurā indivīdam rodas nepatika un nosodījums pret sevi. Bieži kaunu pavada tādas sajūtas kā vēlme „sarauties” un „pazust”, iedomājoties situāciju, kad kādi

fakti, ko nevēlamies darīt zināmus citiem, var kļūt zināmi citiem (Morrison, 2008: 65). Kauns ir indivīda uztvere, kurā šis indivīds uzskata, ka viņam piemīt tādas īpašības vai uzvedība, rīcība, ko citi varētu uzskatīt par nepievilcīgu un kas var rezultēties ar citu novēršanos vai noraidījumu pret indivīdu (Flood-Aakvaag et al., 2016: 16). Kā norādījuši atsevišķi intervētie, ir gadījumi, kad personas lauku teritorijās kauna dēļ pēc insulta noslēdzas savās mājsaimniecībās - neapmeklē pasākumus un pat nelūdz sociālo palīdzību vai sociālos pakalpojumus, neskatoties uz to, ka tiem ir nepieciešams sociāls atbalsts. Viņi nevēlas, lai šāda informācija izplatītos ciematā.

„Laukos īpašs atbalsts no sociālā dienesta nav. Tajā vietā vispār bija tā, ka to palīdzību, ko prasi – to izskata atklātā sēdē. Tāpēc visiem, kam nav slinkums, tie var nākt un klausīties. Tāpēc īpaši negribējās reklamēties, bija kauns par to, ka esi nokļuvis lūdzēja vietā. Tāpēc nolēmu, ka labāk arī īpaši ne. Laukos jau tās ziņas ātri izplatās.” (Insultu pārcietusī persona 2)

„Viņi laukos vairāk noslēdzas un paliek mājās. Viņi to uzskata paši par savu tā kā negodu, kaunu, savu nespēju. Neesmu absolūti nevienā pasākumā redzējusi cilvēkus pēc insulta. Viņš praktiski paliek noslēgts savā ģimenē, kura zina viņa problēmas. Tad vēl varbūt tuvākie kaimiņi. To visu praktiski cenšas slēpt vai norobežoties. Mums tur viņi ir mazi cilvēkēdāji – un tad aiziet šum-šum (klačas), kurš tur ko, kurš atnāca. Mazā ciemata riebīgā pazīme. Redz, tie gadījumi, kuri ir, viņi visbiežāk ir saistīti ar citiem faktoriem – alkohols, smēķēšana vai kas tml. Nu, tur tad dabū visi pārējie ciest, un pašu cilvēku kādā brīdī vaino.. Nu, neesmu redzējusi nevienu pasākumā. Viņi paliek savās sētās. [...] Uz mājām atnāk un apciemo. Tur droši vien viss notiek, bet pasākumos noteikti ne. Tur ir pilnīgi deintegrācija. Pilsētā tu vismaz vari atrast kādu vidi, kur nomesties..” (Insultu pārcietušās personas meita 2)

Pārsteidzoši autorei šķita arī tas, ka intervētie insultu pārcietušie cilvēki un intervētās ekspertes no biedrības „Vigor” norādīja, ka insultu pārcietušajiem cilvēkiem ir kauns arī no saviem tuviniekiem, kas ir iemesls tam, ka insultu pārcietušās personas nevēlas pildīt tām uzdotos vingrinājumus kopā ar saviem tuviniekiem. Tas pamatā skaidrojams ar to, ka insultu pārcietušie cilvēki nevēlas būt par nastu citiem: *„Viņš nekad negrib būt par nastu citiem. Viņš diezgan lepns un jūtīgs uz aizvainojumiem.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)*. Insultu pārcietušā cilvēka kauns, nomāktība un depresija vairākos gadījumos rezultējas tajā, ka persona kļūst pasīva, tai trūkst iniciatīva, lai vingrotu, attīstītu sevi un atrastu jaunu nodarbošanos. Vienlaikus jānorāda, ka mēdz būt arī pretēja situācija, jo empīrijā tika novēroti piemēri, kad persona, negribot būt nasta citiem, kļūst aktīva, lai ātrāk rehabilitētos.

No interviju rezultātiem var secināt, ka insultu pārcietušie cilvēki pēc biogrāfiskā pārrāvuma veica biogrāfisko dabu, kas ietvēra slimības izpratni, atbilžu meklēšanu uz jautājumiem par savām jaunajām attiecībām ar pasauli, savas biogrāfijas turpināšanu un pārveidošanu, meklējot jēgu ikdienas dzīvei. Lielākoties novērojams, ka insultu pārcietušo personu vidū noritēja samierināšanās ar situāciju pēc insulta, tās ietveršana ikdienas

aktivitātēs, nevis atgriešanās pie iepriekšējā dzīves veida. Vienlaikus jānorāda, ka, neskatoties uz biogrāfiskā darba veikšanu, ilgu laiku insultu pārcietušos cilvēkus pavadīja gaidas un cerības, ka izdosies atrast brīnumzāles vai insulta sekas pēkšņi pazudīs: „*Nezuda jau visu laiku man tā cerība uz brīnumu, ka vienā rītā pamodīšos un viss būs pagaisis.*” (Insultu pārcietusī persona 2).

Biogrāfiskā darba veikšanā nozīmīga loma var būt iespējai satīties ar citiem indivīdiem, kuriem ir bijusi līdzīga pieredze. Kā autore novēroja veiktajos līdzdalības novērojumos - insultu pārcietušo cilvēku tikšanās reizēs - insultu pārcietušie cilvēki labprāt dalījās savās pārdomās un vairākkārt norādīja, ka novērtē šādu iespēju stāstīt par savām sajūtām un uzklaut citu pieredzes stāstus, jo tas viņiem palīdz paskatīties uz savu dzīvi citādāk un piešķirt tai jēgu. Autore secina, ka mikroklimate šajās tikšanās reizēs bija pozitīvs, atbalstošs un iedrošinošs, kā arī pārrunātie jautājumi bija ar dziļu jēgu un tādi, kuri palīdz indivīdiem paraudzīties uz savu dzīvi no cita skatu punkta.

Attiecībā uz biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanu – pētījuma gaitā autorei neizdevās iegūt viennozīmīgu atbildi uz to, vai insultu pārcietušās personas ir pārvarējušas biogrāfisko pārrāvumu. Drīzāk secināms, ka indivīdu dzīvēs ir noritējusi samierināšanās ar esošo situāciju un sava stāvokļa pieņemšana, savas rīcības pielāgošana jaunajai dzīves situācijai.

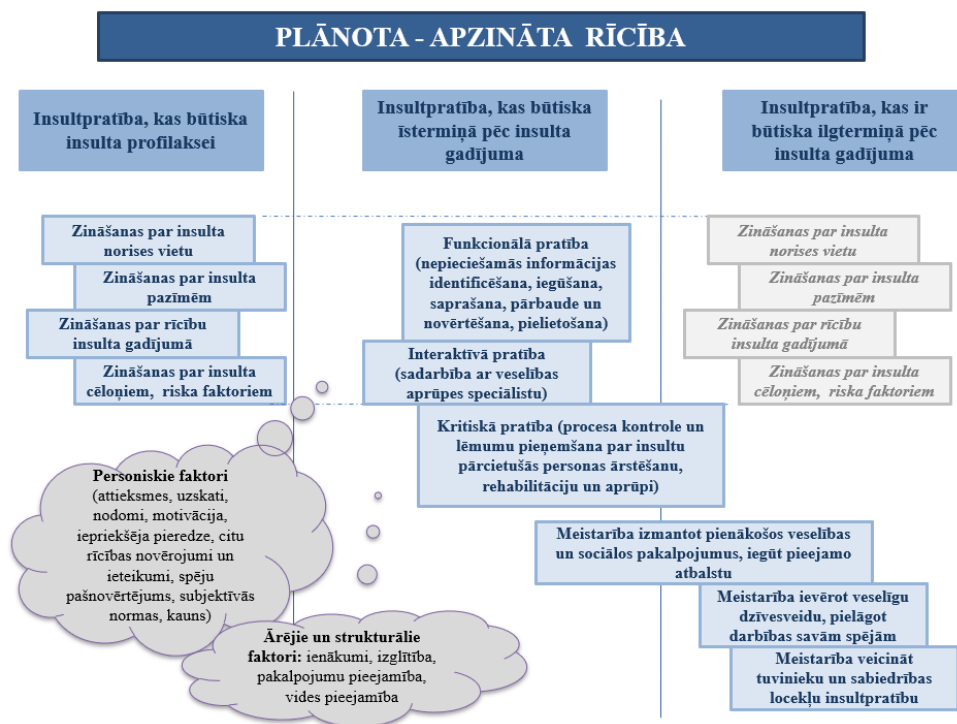
Lai arī līdzšinējās akadēmiskajās publikācijās par to ir maz runāts, būtiska ietekme uz personas iekļaušanos sabiedrībā pēc insulta un personas motivāciju censties normalizēt dzīvi ir sabiedrības attieksmei un tolerancei. Pēc insulta sabiedrības insultpratības trūkuma dēļ, proti, nespējas atpazīt insulta sekas, insultu pārcietušos cilvēkus mēdz noturēt par personām alkohola reibumā – jo pēc insulta mainās seja, var piebriest lūpas, nošļūkt vaigi, personai var būt traucētas runas spējas, kā rezultātā viņa šļūpst. Insultu pārcietušai personai reizēm nākas lūgt cilvēku palīdzību, īpaši, ja persona dzīvo viena. Un šādos gadījumos ir būtiski, lai sabiedrība palīdzētu, nevis nosodītu vai izsmietu.

„Ilgi ir jāsaņemams, lai palūgtu palīdzību uz ielas. Esmu it kā prasījusi palīdzēt aiztaisīt rāvējslēdzēju, it kā ir palīdzējuši. Manai paziņai savukārt ir problēmas ar valodu. Viņa vienreiz saņēma un uz ielas palūdzta, lai viņai palīdz uzvilkt dūraini – un tas cilvēks pretī viņai pateica - ej prom, dzērāja. Cilvēks nosprieda, ka viņa ir piedzērusies, ka tā runā. Tas viņu ļoti atsita atpakaļ. Un ilgi viņai atkal bija jāsaņemams, lai palūgtu palīdzību.” (Insultu pārcietusī persona 2)

6. INSULTU PĀRCIETUŠO CILVĒKU UN VIŅU TUVINIEKU INSULTPRATĪBAS NOVĒRTĒJUMS

Šajā nodaļā raksturota insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultpratība. Nodaļa strukturēta četrās apakšnodaļās. Pirmajā apakšnodaļā analizēta insultu pārcietušo cilvēku un viņu ģimenes locekļu insultpratība – informētība par insultu kā slimību un tā riska faktoriem, ar insultu saistītās informācijas identificēšana, iegūšana, saprašana, novērtēšana un pielietošana, kā arī insulta ārstēšanas un rehabilitācijas procesa kontrole un vadība. Otrajā apakšnodaļā analizēta insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku pieredze valsts finansēto veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu izmantošanā. Trešajā apakšnodaļā raksturota insultu pārcietušo cilvēku pratība veselīga dzīvesveida ievērošanā pēc insulta, kas ir būtisks priekšnoteikums atkārtota insulta riska mazināšanā. Ceturtajā apakšnodaļā raksturota insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku pratība ģimenes un sabiedrības locekļu insultpratības veicināšanā.

Pēc insulta personai ir jaunas vajadzības un vēlme normalizēt dzīvi, tāpēc insultpratības izpausmes promocijas darbā tiek skatītas kā plānota un apzināta rīcība, kuras analizē tiek ņemts vērā plānotās rīcības teorijas konceptuālais modelis. Insultpratība tiek analizēta visos ar insultu saistītajos posmos – pirms insulta (insulta profilaksē), insulta ārstēšanā un rehabilitācijā, un pēc insulta (skatīt 6.1. attēlu).



6.1.att. Insultpratības empīriskās analīzes modelis

6.1. Insultprātība

Apakšnodaļā analizēta insultu pārcietušo cilvēku un viņu ģimenes locekļu insultprātība, balstoties uz interviju, aptaujas un līdzdalības novērojumos iegūtajiem rezultātiem.

Arī insultprātību līdzīgi kā veselībprātību var definēt kā vienu no informācijprātības apakšvirzieniem, kas ietver indivīda spēju apzināties informācijas vajadzības, izvērtēt tās kvalitāti un izcelsmi, uzkrāt, atjaunot, pielietot un nodot citiem iegūto informāciju (Catts, 2012: 5) – tikai šajā gadījumā specifiski saistībā ar insulta jautājumiem. Insultprātība ir aktuāla vairāku iemeslu dēļ. Pirmkārt, tā ir būtiska, lai persona justos informēta un saprastu ārstēšanas procesu, nekautrētos jautāt neskaidro un psiholoģiski justos labi. Otrkārt, tā ir būtiska, lai persona saglabātu labu veselības stāvokli, jo, kā secināts ārvalstīs veiktos pētījumos, zema veselībprātība (un līdzīgi arī insultprātība) ir saistīta ar sliktākiem veselības rādītājiem - tā var kļūt par kavēkli efektīvai sevis pārvaldīšanai un savas rīcības plānošanai (Wallace et al., 2016), un personas ar zemāku veselībprātību biežāk nesaprot medicīniskās instrukcijas un ārsta norādījumus, šie cilvēki arī biežāk izmanto neatliekamo medicīnisko palīdzību un slimnīcu stacionāra pakalpojumus (Rowlands et al., 2014: 9).

Insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultprātība šajā apakšnodaļā raksturota četrās dimensijās, t.i., kā:

- 1) Informētība par insulta riska faktoriem, cēloņiem un pazīmēm,
- 2) Nepieciešamās informācijas par insulta jautājumiem identificēšana un iegūšana,
- 3) Informācijas par insulta jautājumiem saprašana, novērtēšana, pārbaude un pielietošana,
- 4) Procesu kontrole un lēmumu pieņemšana.

Katra no dimensijām raksturota atsevišķā apakšnodaļā.

6.1.1. Informētība par insulta riska faktoriem un pazīmēm

Apakšnodaļā raksturota insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku informētība par insultu, insulta riska faktoriem un pazīmēm gan pirms, gan pēc insulta gadījuma.

Aplūkojot dažādu autoru sniegtās insultprātības definīcijas, secināms, ka visbiežāk insultprātību raksturo kā indivīdu informētību par insulta riska faktoriem, pazīmēm un rīcību insulta pazīmju novērošanas gadījumā (*FAST - facial droop, arm weakness and speech difficulty; time*) (Amano et al., 2014: 1040), kā informētību par smadzenēm kā insulta norises vietu un informētību par insulta ārstēšanas procesu. Šādu definīciju ar nelielām izmaiņām

pieāvā pētnieks no ASV Dž. A. Morens un E. D. Saldago (Morren & Salgado, 2013), neiroloģijas pētnieki no Taivānas L. Čans u.c. (Chan et al., 2016: 176), kā arī ASV neiroloģijas departamenta pētniece M. K. Denija u.c. (Denny et al., 2017: 2). Pēc šāda autoru sniegtās insultprātības definīcijas principa promocijas darba autore šajā apakšnodaļā raksturo intervēto un aptaujāto personu vispārējo insultprātības līmeni.

Pirms insulta intervētie insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki nebija interesējušies par insultu, turklāt vairāki intervētie arī nebija dzirdējuši, kas ir insults: „*Līdz insulta gadījumam nezināju, kas ir insults. Neviens no ģimenes to nezināja. [...] Pirms insulta es arī neskatījos uz citiem cilvēkiem, kuriem ir insults, jo nezināju, kas viņiem tās par kaitēm. Taču tagad es skatos un redzu daudzus tādus.*” (Insultu pārcietusī persona 3)

Arī promocijas darba ietvaros veiktajā aptaujā liela daļa insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku norādīja, ka pirms insulta viņi nav interesējušies par insulta jautājumiem. Salīdzinājumam, pirms insulta vidēji puse aptaujāto tuvinieku bija interesējušies un lasījuši informāciju par insulta cēloņiem un sekām, savukārt pēc insulta personu īpatsvars, kuri bija interesējušies par insulta cēloņiem un sekām, ir pieaudzis līdz aptuveni četrām piektdaļām (skatīt 6.1 tabulu). Šādi rezultāti raksturojami kā likumsakarīgi, jo indivīdi visbiežāk meklē informāciju gadījumos, kad ir radusies konkrēta vajadzība pēc tās. Aptaujā iegūtie rezultāti kopumā ir līdzīgi citu valstu pētījumiem par sabiedrības insultprātību. Šajos pētījumos arī aptuveni puse sabiedrības locekļu norādījusi, ka viņiem ir zināšanas par insulta jautājumiem - Austrālijā aptuveni puse sabiedrības var nosaukt insulta galvenās pazīmes (Kilkenny et al., 2016; 1-2.lpp), Jaunzēlandē 53% personu ir zināšanas par insultu – vietu, kur insults notiek (Bay et al., 2015; 1154.-1155.lpp), un Japānā 44% personu, pēc viņu uzskatiem, ir labas vai ļoti labas zināšanas par insultu (Akiyama and Hasegawa, 2012; 529.lpp).

6.1.tabula

Aptaujāto interese par ar insultu saistītiem jautājumiem pirms un pēc insulta

		Jā	Nē / Šāda informācija nebija nepieciešama	Respondenti kopā
Asinsrites slimību cēloņiem	Pirms insulta	21	29	50
	Pēc insulta	24	22	46
Asinsrites slimību riska faktoriem	Pirms insulta	24	25	49
	Pēc insulta	23	23	46
Insulta cēloņiem	Pirms insulta	24	25	49
	Pēc insulta	37	10	47
Insulta sekām	Pirms insulta	22	25	47
	Pēc insulta	38	9	47
Veselīga dzīvesveida	Pirms insulta	30	16	46

		Jā	Nē / Šāda informācija nebija nepieciešama	Respondenti kopā
prasībām	Pēc insulta	28	18	46
Veselību veicinošām aktivitātēm un preventīvām darbībām	Pirms insulta	32	17	49
	Pēc insulta	30	16	46
Nepieciešamajām veselības pārbaudēm	Pirms insulta	25	21	46
	Pēc insulta	30	16	46

Kā secinājuši ārvalstu pētnieki, indivīdu zināšanas par insulta pazīmēm biežāk rezultējas laicīgā medicīniskās palīdzības saņemšanā (Bay et al., 2015: 1157). Pētnieki secinājuši, ka būtisks īpatsvars personu pēc insulta slimnīcā ierodas novēloti, kā rezultātā nesaņem laicīgu ārstēšanu (Akiyama & Hasegawa, 2013: 529). Tas lielā daļā gadījumu ir skaidrojams ar šo personu vai apkārtējo cilvēku zemo insultpratību – t.i., sliktām zināšanām par insulta pazīmēm un rīcību šo pazīmju novērošanas gadījumā.

Promocijas darbā veikto interviju rezultāti norāda, ka vairākos gadījumos insulta pazīmes intervētās personas neatpazīna. Pamats neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukšanai bija apstākļi, ka persona bija nogībusi, atradās bezsamaņā vai bija ievērojami mainījušās viņas fiziskās spējas. Gadījumos, kad sekas nebija redzamas un bezsamaņas brīdis bija neilgs, neatliekamā medicīniskā palīdzība netika saukta un ārstēšana tādējādi tika saņemta novēloti. Tas norāda, ka sabiedrību ir nepieciešams papildus izglītēt par insulta pazīmēm un rīcību insulta pazīmju novērošanas gadījumā.

Pēc insulta gadījuma intervētie jūtas daudz kompetentāki identificēt insulta pazīmes un ir pārliecināti par to, ka insulta gadījumā ir nepieciešams izsaukt medicīnisko palīdzību. Ja personai ir noticis insults, to jānogādā insulta vienībā trīs stundu laikā kopš tā norises brīža (Helsenorge.no, 2016). Promocijas darbā intervētās personas ir norādījušas, ka ir informētas par šo nosacījumu.

„Šitādā gadījumā ir izšķiroši, ka kāds ir blakus. Pats viņš nekādus ātros nebūtu saucis, ar to arī viss beigtos. Ātri aizveda uz Stradiņiem. Es esmu lasījis, dzirdējis, ka apmēram 3-4h ir laika. Ja tajā laikā nesniedz palīdzību, tad iestājas nāve vai cilvēks paliek riktīgs invalīds. Arī tagad viņš ir invalīda statusā, taču, paldies Dievam, ar prātu viss ir kārtībā. Atmiņa, runas spējas ir – viss kārtībā. [...] To es masu medijos dzirdēju vai lasīju jau pirms tam. Ka tās ir izšķirošas.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

„Tagad jau viņš pats un mēs zinām par tām 4h, bet pirms tam nezinājām.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

Pēc insulta gadījuma intervētie ir labi informēti arī par insulta iespējamām sekām – par to, ka insultam var būt smagas sekas uz personas fiziskajām, runas un kognitīvajām spējām, ka tas var ietekmēt personas emocionālo stāvokli. Tāpat intervētie un aptaujātie ir informēti

par insulta riska faktoriem un spēj nozīmīgākos no tiem nosaukt. Uz šādām zināšanām norāda gan veiktās intervijas, gan veiktā insultu pārcietušo personu tuvinieku aptauja. Kā insulta riska faktori visbiežāk tiek norādīts augsts asinsspiediens, augsts holesterīna līmenis un cukura līmenis asinīs, kā arī smēķēšana, pārmērīga alkohola lietošana un mazkustīgs dzīvesveids (aptaujas dati atspoguļoti 6.2. tabulā). Papildus aptaujai intervijās insultu pārcietušās personas un viņu tuvinieki uzsver arī neveselīga uztura negatīvo lomu insulta riska paaugstināšanā, norādot, ka insultu pārcietušās personas pirms insulta lietoja treknu, neveselīgu pārtiku.

6.2.tabula

Insulta riska faktori, ko aptaujā norādījuši tuvinieki (vairākatbilžu jautājums)

	Respondentu skaits
Augsts asinsspiediens	34
Asinsrites slimības	24
Augsts holesterīna līmenis	18
Alkohola lietošana	17
Paaugstināts stresa līmenis	17
Smēķēšana	16
Cukura diabēts	11
Fizisko aktivitāšu trūkums	9
Aptaukošanās	9
Kopā	155

Labā intervēto un aptaujāto informētība par insulta cēloņiem un riska faktoriem ir saistīta gan ar gūto informāciju no ārstiem insultu pārcietušās personas ārstēšanas laikā, gan saistāma ar to, ka pēc insulta personas aktīvi interesējās un meklēja informāciju par insulta jautājumiem, jo īpaši internetā. Veicot internetā pieejamo rakstu analīzi, autore secināja, ka ir atrodams liels skaits rakstu, kas skaidro insultu kā saslimšanu, tā riska faktoros un sekas. Internetā pieejamā informācija par šiem jautājumiem novērtējama kā pietiekama un izsmeļoša.

6.1.2. Nepieciešamās informācijas par insulta jautājumiem identificēšana un iegūšana

Apakšnodaļā sniegta informācija par to, kādu informāciju insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki identificē kā nepieciešamu un par kādiem tematiem šīs personas meklē informāciju. Apakšnodaļā tiek raksturoti arī informācijas ieguves avoti.

Par insultu kā slimību, tā radītām sekām, insulta ārstēšanu un rehabilitāciju nepieciešamo informāciju uzreiz pēc insulta lielākajā daļā gadījuma apzināja un meklēja tuvinieki, jo insultu pārcietušo personu stāvoklis pēc insulta bija smags. To, kādi jautājumi ir svarīgi tūlīt pēc insulta, intervētajiem pamatā darīja zināmi ārsti. Informācija, ko intervētie tuvinieki saņēma no ārstiem slimnīcās, galvenokārt ietvēra informāciju par insulta ārstēšanu, par nepieciešamajiem medikamentiem insulta ārstēšanai, par insultu pārcietušās personas stāvokli un atveseļošanās iespējām, kā arī par nepieciešamību pēc tūlītējas rehabilitācijas un par nepieciešamību atmest kaitīgos ieradumus. Divu interviju gadījumos novērots, ka ārsti insultu pārcietušajam cilvēkam un viņa tuviniekiem sniedza arī izsmeļošāku informāciju - par dažādām rehabilitācijas iespējām pēc insulta, t.sk., kādi pakalpojumi ir pieejami, gaidot rindā uz NRC „Vaivari”, kā arī palīdzēja pieteikties uz šiem rehabilitācijas pakalpojumiem.

„Galvenais slimnīcā tika pateikts, ka vingrojumi elementāri ir jāveic, cik var. Nevar pārnest, ka neteica. Pa cik viņš nebija guļošs, tad daudz kas automātiski no tādiem ieteikumiem atkrita.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

Promocijas darbā veikto interviju rezultāti rāda, ka, neskatoties uz to, ka pamatinformācija par insultu kā slimību insultu pārcietušo cilvēku tuviniekiem tika sniegta, ģimenes locekļi tik un tā par to meklēja papildu informāciju. Tuvinieki interesējās par to, kas ir insults un kādas ir insulta iespējamās sekas – ar mērķi labāk izprast šo slimību, saprast tās cēloņus un riska faktorus, kā arī sekas, kuras insulta ārstēšanas procesā atturējās komentēt ārsti. Informācija par sekām bija viena no tām, kura tuviniekiem un insultu pārcietušajiem cilvēkiem insulta ārstēšanas procesā pietrūka visvairāk. Arī ārvalstīs veiktajos pētījumos secināts, ka informāciju par to, kāda ir insulta slimības daba un kādas ir pacienta atveseļošanās prognozes, tuvinieki norāda kā vienu no būtiskākajām un visbiežāk to vēlas iegūt (Giosa et al., 2014).

Pēc insulta tuvinieki aktīvi interesējās arī par rehabilitācijas iespējām - par to tuvinieki izjuta lielu informācijas trūkumu. Lai arī ārsti slimnīcā intervētajiem norādīja uz rehabilitācijas nepieciešamību un ieteica vērsties NRC „Vaivari”, krietni retāk medicīnas personāls sniedza informāciju par citām rehabilitācijas iestādēm un to sniegtiem pakalpojumiem. Ņemot vērā rindas un rehabilitācijas pakalpojumu NRC „Vaivari” (vidēji rindā jāpavada 3-5 mēneši), tuvinieki, apzinoties akūtas rehabilitācijas nepieciešamību, meklēja citas rehabilitācijas iespējas, kamēr tiek gaidīts pakalpojums NRC „Vaivari”. Intervētie norāda, ka nav atrodama informācija par to, kurās iestādēs ir pieejama rehabilitācija personām pēc insulta, ar kādu veselības stāvokli konkrētajā iestādē pieņem personu rehabilitācijai. Tāpat autore konstatēja, ka daļa intervēto pēc insulta nebija saņēmuši informāciju par valsts apmaksātu mājas rehabilitācijas pakalpojumu: „Vēl viena slikta lieta,

ka mums neviens nepateica par tādu mājas aprūpi, ka pieejama. Viņa pieejama ir tikai pirmos trīs mēnešus pēc insulta. Un mēs viņu nokavējām.” (Insultu pārcietušās personas meita 1).

Papildus informācijai par insultu un rehabilitācijas iespējām pēc insulta, daži tuvinieki meklēja informāciju par procedūrām, kas veiksmīgāk un ātrāk palīdzētu atlabt insultu pārcietušajam cilvēkam, piemēram, par mūzikas terapiju. Kā norādījuši vairāki intervētie, ārstēšanās procesā viņiem radās sajūta, ka ārsti sniedz tikai primāri nepieciešamo informāciju un tāpēc trūkst informācija par to, ko papildus var un ko ir nepieciešams darīt pēc insulta, lai personai palīdzētu atgūt spējas, kā palīdzēt insultu pārcietušajai personai, kādas sāpes ir pieļaujamas pēc insulta, ko drīkst un ko nedrīkst darīt pēc insulta, vai ir kādas organizācijas, kas var palīdzēt personām pēc insulta.

„Mūzikas centru likām un visu laiku mūziku uz austiņām, jo lasījām, ka tas pozitīvi stimulē. [...] Īstenībā mēs nezinājām – kur mēs varam vest, ko valsts apmaksā, meklējām visādus centrus. [...] Visu laiku visu informāciju mēs meklējām paši. Neviens mums īsti neko neteica un neieteica. Visas rehabilitācijas iestādes meklējām paši. Meklējām arī informāciju, ko paši varam darīt, lai stimulētu smadzeņu darbību. Ārsti varētu palīdzēt ar šāda tipa informāciju. Valmierā ārsts, šķiet, sadarībā ar Madonu, pieteica rindā Vaivaros. Nezinājām arī par tehniskajiem palīglīdzekļiem, ka var dabūt – tur arī paziņa pateica. Aizņēmāmies no viņas ratiņkrēslu. Tagad gaidām rindā uz savu.” (Insultu pārcietušās personas meita 1)

„Viss aprobežojās ar to, ka tu taču esi dzīvs. Rodas tāda sajūta, ka ar to viss arī beidzas un ka valsts jūtas atbildīga par to, ka ir tev devusi dzīvību, nevis gādāt jau tālāk, kā tu tajā dzīvē atgriezies.” (Insultu pārcietusī persona 2).

„Pēc tam mēģināju internetā kaut ko atrast, bet nekā tur nav. Gribēju zināt, kādas sāpes ir pieļaujamas, kāda ir dzīve pēc insulta, ko drīkst un ko nē u.c., bet neko atrast nevarēju. Esmu lasījusi, ka insults var atkārtoties, un tas biedē. Taču nevar jau bailēs dzīvot. Vispār, kad satraucos, man kreisā puse notirpst. Arī, ja ilgstoši sēžu, paliek grūti staigāt. Es pati centos atrast informāciju par to, vai ir kādas organizācijas insulta slimniekiem, bet neko neatradu. Nezinu, varbūt nemācēju atrast.” (Insultu pārcietusī persona 4)

Ārvalstu pētījumos ir secināts, ka insultu pārcietušo cilvēku ģimenes locekļi norāda uz nepieciešamību iegūt informāciju par to, kā aprūpēt insultu pārcietušo personu (Mak et al., 2007: 972), kāda palīdzība un atbalsts pēc insulta ir pieejams un kur to meklēt (Brereton & Nolan, 2002: 23-24). Savukārt insultu pārcietušie cilvēki norāda uz nepieciešamību pēc zināšanām un prasmēm, kas viņiem palīdzētu paveikt ikdienas darbus (nomazgāties, apģērbties, gatavot ēst u.c.) (Egbert et al., 2006: 48-49). Promocijas darbā veikto interviju dati norāda, ka šāda informācija intervētajiem ir nepieciešama, taču tie nebija jautājumi, par kuriem visbiežāk tiktu meklēta informācija, līdzīga situācija novērojama arī attiecībā uz informāciju par aprūpētāju emocionālo izdegšanu un prasmēm tikt galā ar emocionālo sasprindzinājumu.

Attiecībā uz piekopto dzīvesveidu pēc insulta, intervētie bieži norādīja, ka interesējās par veselīga dzīvesveida prasībām, atmata kaitīgos ieradumus un mēģināja pievērsties veselīgākam uzturam. Šis secinājums ir pretējs A. Lūses u.c. autoru 90. gados veiktā pētījuma Rīgā secinājumiem, kur autori konstatēja, ka insultu pārcietušās personas tikai nelielā skaitā gadījumu maina dzīvesveidu, to padarot veselīgāku (McKevitt et al., 1993: 2101). Ņemot vērā, ka kopš šī pētījuma ir pagājuši vairāk nekā 20 gadi, šādas rezultātu atšķirības varētu būt skaidrojamas gan ar vispārēju insultprātības līmeņa uzlabošanos pacientu un ārstu vidū, gan ar ekonomiskās situācijas un labklājības līmeņa celšanos, jo 90.gadu vidū liela daļa sabiedrības dzīvoja tuvu nabadzības sliekšnim, bankrotēja uzņēmumi un iedzīvotājiem trūka līdzekļi produktu un pakalpojumu iegādei.

Promocijas darbā intervēto vidū pastāv būtiskas atšķirības tajā, cik daudz papildu informāciju par insulta jautājumiem viņi ir meklējuši. Ir gan tādi intervētie, kuri nemeklēja papildu informāciju, un ir intervētie, kuri meklēja atbildes uz visdažādākajiem jautājumiem un tiecās pārbaudīt daļu ārstu sniegto informāciju. Loma tajā, cik daudz informāciju tuvinieki meklēja, bija arī insultu pārcietušās personas motivācijai izmantot viņam piedāvātās iespējas: *„Papildus nekādu informāciju nemeklējām. Te nostrādāja tas, ka viņam pašam nebija iniciatīva. Un te nav tā, ka viņš nesaprata, ka tas ir viņa paša dzīves kvalitātei. Viņam iniciatīva nebija, viņam tika piedāvāts - vingrojam, ejam ārā, braucam pie manis. Bet viņš paziņoja, ka viņam neko tādu nevajag, negrib. Un, ja negrib, ar varu nespiedām. Līdz ar to mēs arī nemeklējām informāciju, jo viņa iniciatīva bija nulle. Viņam interesē elementārais, lai tiek galā ar sadzīvi. Jautājumi, ar kuriem netiek galā, lai ar tiem viņam palīdz.”* (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

Pievēršoties tam, cik viegli vai grūti tuviniekiem ir iegūt sev interesējošo informāciju, insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptaujā secināts, ka tuvinieki savas prasmes atrast interesējošo informāciju vairāk nekā pusē gadījumu vērtē kā labas un ļoti labas, trešdaļā gadījumu – kā viduvējas. Maz ir aptaujāto, kuras savas informācijas ieguves prasmes vērtētu kā sliktas (skatīt 6.3. tabulu).

6.3. tabula

Atbilde uz aptaujas jautājumu „Kā Jūs vērtējat savas prasmes atrast Jūs interesējošo informāciju?”

Kā Jūs vērtējat savas prasmes atrast Jūs interesējošo informāciju?	Respondentu skaits
Ļoti labas	7
Labas	21
Viduvējas	18

Kā Jūs vērtējat savas prasmes atrast Jūs interesējošo informāciju?	Respondentu skaits
Sliktas	4
Ļoti sliktas	1
Kopā	51

Liels īpatsvars aptaujāto arī norādījuši, ka viņiem vienmēr vai gandrīz vienmēr izdodas atrast atbildes uz meklētajiem jautājumiem (skatīt 6.4. tabulu).

6.4. tabula

Atbilde uz aptaujas jautājumu „Cik bieži Jūs esat ieguvis atbildes uz meklētajiem jautājumiem?”

Cik bieži Jūs esat ieguvis atbildes uz meklētajiem jautājumiem?	Respondentu skaits
Vienmēr, gandrīz vienmēr	11
Bieži	24
Reti	14
Nekad	1
Kopā	50

Raksturojot informācijas par insulta jautājumiem avotus, veiktās intervijas ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem norāda uz to, ka nozīmīgākie informācijas ieguves avoti ir bijuši ārstējošais ārsts, internets un paziņas. To, ka paziņām ir būtiska loma informācijas ieguvē, autore secina arī pēc veiktajiem līdzdalības novērojumiem.

„Galvenokārt informācijas avoti ir paziņas, kam bijusi saskare ar insultu. No interneta arī skatāmies, bet tur jau visam nevar ticēt. Ir daudzi apkārt, kam paprasīt.” (Insultu pārcietušās personas meita 1)

„Esot slimnīcā, daudz informācijas saņēmām palātā – no insulta slimniekiem, ģimenes locekļiem. Saņēmām ļoti vērtīgu informāciju, ko citi neteica.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

„Vispār tolaik es Biķerniekos uzzināju, ka caur ģimenes ārstu tos pamperus var dabūt par velti. Man to neviens neteica, tikai citi pacienti.” (Insultu pārcietusī persona 4)

Ārstējošo ārstu, internetu un paziņas kā nozīmīgākos informācijas ieguves avotus norāda arī aptaujātie insultu pārcietušo cilvēku tuvinieki. Papildus intervijām aptaujā kā bieži izmantots informācijas ieguves avots tiek norādīts arī ģimenes ārsts (skatīt 6.5. tabulu).

6.5. tabula

Informācijas par insulta jautājumiem ieguves avoti aptaujāto vidū (vairākatbilžu jautājums)

Kur Jūs meklējāt atbildes uz Jūsu interesējošajiem jautājumiem par insultu, t.sk. ārstēšanu un aprūpi?	Respondentu skaits
Jautāju ārstējošam ārstam, rehabilitācijas speciālistam	36
Jautāju ģimenes ārstam	29
Lasīju interneta portālus, lasīju komentārus interneta forumos (piem., calis.lv, delfi.lv, Draugiem.lv, Facebook)	26

Kur Jūs meklējāt atbildes uz Jūsu interesējošajiem jautājumiem par insultu, t.sk. ārstēšanu un aprūpi?	Respondentu skaits
Konsultējos ar paziņām, ģimenes locekļiem vai draugiem	23
Jautāju citiem insultu pārcietušiem cilvēkiem vai viņu tuviniekiem	12
Lasīju medicīniska rakstura grāmatas	11
Kopā	146

Promocijas darbā veiktā empīriskā pētījuma rezultāti saistībā ar informācijas ieguves avotiem ir līdzīgi tiem, kurus raksturo ārvalstu pētnieki. Pirmkārt, tas ir secinājums, ka zināšanas par insultu personām bieži nāk no interakcijas ar paziņām (Beal, 2015). Promocijas darba interviju rezultāti norāda, ka pēc insulta personām ievērojami paplašinās paziņu loks – slimnīcās un rehabilitācijas centros tiek iepazīti citi cilvēki ar insulta pieredzi, ar viņiem tiek pārrunāta informācija par insulta ārstēšanas, rehabilitācijas iespējām un par veidiem, kā uzlabot insultu pārcietušās personas stāvokli. Otrkārt, promocijas darbā veiktā empīriskā pētījuma rezultāti norāda uz to, ka tehnoloģijas ir mainījušas veidu, kā indivīdi iegūst informāciju, kā to izvēlas un kā šo informāciju nodod jeb izplata tālāk, un ka internetam ir nozīmīga loma informācijas ieguvē. Vienā no ārvalstu pētījumiem, piemēram, secināts, ka puse no sabiedrības locekļiem, kuri meklē informāciju internetā, uzskata, ka internetam ir galvenā loma tajā, ka viņi saprot veselības problēmas un spēj veiksmīgi sadarboties ar ārstu (Christmann, 2005).

Vienlaikus promocijas darbā secināts, ka informācijas par insulta jautājumiem ieguvē nepietiekami tiek izmantots ģimenes ārsts. Šāds secinājums nav konstatēts citos pētījumos. Pie ģimenes ārsta ar jautājumiem vērsusies tikai puse promocijas darbā aptaujāto. Turklāt veiktās intervijas ar tuviniekiem norāda, ka jautājumi, kas vizītē ar ģimenes ārstu galvenokārt tiek pārrunāti, ir saistīti ar nosūtījumu uz rehabilitāciju saņemšanu, recepšu medikamentu izrakstīšanu un invaliditātes statusa iegūšanu. Vairums intervēto norādījuši, ka citus jautājumus, piemēram, par insultu pārcietušās personas pašsajūtu pēc insulta, par insulta riska faktoriem un par veselīgu dzīvesveidu pēc insulta viņi ar ģimenes ārstu nav pārrunājuši un ārsts šādu sarunu nav iniciējis.

Ņemot vērā, ka tuvinieki un insultu pārcietušie cilvēki intervijās ir norādījuši, ka viņiem trūkst informācija par rehabilitācijas iespējām pēc insulta, par to, kur meklēt palīdzību, kādas ir pacienta atveseļošanās prognozes pēc insulta, kā vingrot mājas apstākļos, kādas sāpes ir pieļaujamas pēc insulta, ko drīkst un ko nedrīkst darīt pēc insulta, kā arī, ņemot vērā, ka nozīmīgs informācijas ieguves avots insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem ir internets, promocijas darbā autore aplūkoja, kāda informācija par šiem jautājumiem latviešu

valodā ir pieejama internetā. Tādējādi autore pētīja, vai intervēto sniegtā informācija par to, ka internetā trūkst informācija par dažādiem insulta jautājumiem, apstiprinās.

Pirmkārt, autore pēc atslēgvārda meklēja rakstus, kas pieejami VM un tās padotības iestāžu - NVD un SPKC – mājaslapu sadaļās „Meklētājs”, pieņemot, ka tie varētu būt informācijas avoti, kuros personas sākotnēji meklē jautājumus saistībā ar ārstniecības un rehabilitācijas pakalpojumiem, pakalpojumus sniedošajām iestādēm un rindām, kā arī insultu un tā pazīmēm. Izmantojot atslēgvārdu „insult”, VM mājaslapā tika atrastas 16 ziņas, pieci raksti un trīs kalendāra ieraksti. Konkrēti insultam veltīti raksti bija tikai daži, pārējie saturēja informāciju par dažādu slimību riska faktoriem kopumā. Vērtējot rakstu publicēšanas laiku un regularitāti, secināms, ka pēckrīzes gados (2009-2010) atrodami raksti par insultu un tā riska faktoriem bija vairāk nekā, piemēram, 2015.-2017. gadā - 2015. gadā, piemēram, bija atrodams tikai viens raksts, 2016. gadā – neviens raksts.

NVD mājaslapā, izmantojot meklētāju un atslēgvārdu „insult”, netika atrasts neviens raksts. Taču, meklējot informāciju pašrocīgi dažādās šīs mājaslapas sadaļās, piemēram, sadaļā „veselības aprūpes pakalpojumi – medicīniskā rehabilitācija” tika atrasta informācija, kas ir saistoša insultu pārcietušajiem cilvēkiem – tajā bija norādes par to, kā un kur saņemt medicīnisko rehabilitāciju pēc insulta. NVD mājaslapas sadaļā „veselības aprūpe mājās” tika atrasta informācija par to, kādus pakalpojumus ietver aprūpe un kuras iestādes sniedz aprūpes mājās (mājas rehabilitācijas) pakalpojumus. Savukārt SPKC mājaslapā, izmantojot atslēgvārdu „insult”, tika atrasti četri ieraksti: video fails par to, kā atpazīt insultu, un informācija par veselīga dzīvesveida ietekmi uz iespējamo slimību cēloņiem.

Otrkārt, autore aplūkoja interneta meklētājā „Google” atrodamos rakstus, izmantojot atslēgvārdus: „insults”, „insulta ārstēšana”, „rehabilitācija pēc insulta”, „insulta slimnieka aprūpe mājās”, „atbalsts personām pēc insulta” (plašāku informāciju par izmantoto metodoloģisko pieeju skatīt metodoloģijas sadaļā „Dokumentu analīze”).

Izmantojot atslēgvārdu „insults”, tika secināts, ka atrodamajos rakstos tiek sniegta informācija par insulta cēloņiem un riska faktoriem, kā arī par insulta pazīmēm un to, kā rīkoties insulta gadījumā. Tādēļ kopumā secināms, ka informāciju par šiem jautājumiem var atrast salīdzinoši viegli. Vienlaikus autore secina, ka starp populārākajiem ierakstiem interneta meklētājā tikpat kā nav neviena raksta no atbildīgo valsts iestāžu mājaslapām, tā vietā ir dažādi privātu mediju raksti vai organizāciju mājaslapas, piemēram, raksti, kas ir publicēti tādos portālos kā Delfi, Tvnet u.tml., un kuros netiek lietotas atsauces. Lai arī šajos portālos publicētā informācija atbilst Latvijas Ārstu biedrības un citos akadēmiskajos avotos publicētajai informācijai, atsauču trūkums lasītājam neļauj spriest par rakstos minēto faktu

ticamību. Šajos rakstos lielākoties arī trūkst norādes un saites uz avotiem, kur būtu iespējams iegūt papildu informāciju par insulta jautājumiem.

Rakstos, kuri tika meklēti ar atslēgvārdu „insulta ārstēšana”, kopumā atrodama līdzīga informācija kā rakstos, kas tika meklēti ar atslēgvārdu „insults”. Secināms, ka tikpat kā nav atrodama informācija, kas skaidrotu insulta ārstēšanas gaitu. Informācija par insulta ārstēšanu pamatā aprobežojas ar informāciju par trombolīzes veikšanu un faktu, ka eksistē insulta vienības. Nav pieejama informācija par to, kas notiek pēc trombolītiskās terapijas, piemēram, ka ārstēšana tiek turpināta neiroloģijas nodaļā un tiek uzsākta pacienta rehabilitācija. Divos no atrastajiem rakstiem ir sniegta informācija par pavadāmo dienu skaitu slimnīcā pēc insulta. Divos gadījumos, kā Liepājas reģionālās slimnīcas portālā un insulta klīnisko vadlīniju rokasgrāmatā ārstiem, ir nedaudz izvērstāk skaidrots, kā noris insulta ārstēšanas process. Taču klīnisko vadlīniju gadījumā informācija satur daudz medicīniskos terminus un jomas nespeciālistam ir grūti uztverama. Tādējādi secināms, ka par insulta ārstēšanu atrodamā informācija nepalīdz pacientam orientēties informācijā par insulta ārstēšanu. Raksturojot vietnes, kur ir publicēti aplūkoti raksti - pārsvarā tie ir dažādu mediju portāli. Ņemot vērā mediju rakstu dažādo uzticamību, secināms, ka nepietiekami ir NVD un VM publicēti raksti par insulta ārstēšanu, jo īpaši tāpēc, ka insults ir viena no biežākajām saslimšanām un invaliditātes cēloņiem Latvijā.

Attiecībā uz atrastajiem rakstiem, kas meklēti ar atslēgvārdu „rehabilitācija pēc insulta”, pirmais atrastais raksts ir VM 2017. gada 18. aprīlī publicēts raksts. Ir atrodams liels skaits rakstu par valsts apmaksātas rehabilitācijas mājās pakalpojumu, un tajos ir norādes uz NVD mājaslapu, kur iespējams iegūt informāciju par iestādēm, kas sniedz rehabilitācijas mājās pakalpojumu insultu pārcietušām personām. Daudz raksti ir publicēti tieši 2012. gadā, kad tika ieviests šis valsts apmaksātais pakalpojums. Pēcāk raksti ir publicēti krietni retāk. Vienlaikus jānorāda, ka aplūkotajos rakstos trūkst vienkopus apkopotas informācijas par to, kur iespējams saņemt ambulatorus, stacionārus valsts apmaksātus vai privātus rehabilitācijas pakalpojumus personām pēc insulta, kā arī par to, cik ilgs ir rehabilitācijas kurss, kādas ir rindas uz rehabilitācijas pakalpojumiem, cik izmaksā rehabilitācijas pakalpojums dažādās pakalpojumu sniedošās iestādēs, kādas ir prasības konkrētajam rehabilitācijas pakalpojumam u.tml. Šo informāciju personai ir jāmeklē katras atsevišķās iestādes mājaslapā vai zvanot uz šo iestādi pa tās norādīto kontaktātlruni. Vērtējot vietnes, kur ir publicēta informācija, pozitīvi atzīmējams tas, ka, izmantojot atslēgvārdu „rehabilitācija pēc insulta”, salīdzinoši vairāk nekā citu atslēgvārdu gadījumā raksti ir publicēti valsts vai pašvaldību iestāžu mājaslapās.

Attiecībā uz publicētajiem rakstiem ar atslēgvārdiem „Insulta slimnieka aprūpe mājās” - atrastajos pirmajos 20 rakstos lielā mērā pieejama informācija par medicīnisko rehabilitāciju mājās. Ieteikumi, kas palīdzētu insultu pārcietušās personas aprūpētājiem, nebija daudz. Trīs raksti saturēja informāciju par iespējamajiem izgulējumiem un kā no tiem izvairīties. Daži raksti sniedza informāciju par to, ka eksistē aprūpes mājās sociālais pakalpojums. Divos rakstos tika sniegti padomi slimnieka aprūpēšanai mājas apstākļos (slimnieka mazgāšanai u.c.). Pēc autores domām, rakstiem, kas meklēti ar šo atslēgvārdu, vajadzētu saturēt informāciju arī par insulta slimniekiem speciāli paredzētiem vingrojumiem mājas apstākļos, par insultu pārcietušo cilvēku emocionālo stāvokli pēc insulta, par ieteikumiem komunikācijā ar insultu pārcietušo cilvēku. Vienlaikus jānorāda, ka, piemēram, meklējot informāciju ar citiem atslēgvārdiem, kā „insulta rokasgrāmata”, autore ieguva informāciju par 2016. gadā izstrādātu rokasgrāmatu „Ikdienas aktivitāšu apmācība insulta pacientiem”, kurā ir sniegtas atbildes uz būtiskākajiem jautājumiem par pacientu ikdienas aprūpi un vingrojumu programmu insultu pārcietušiem cilvēkiem vingrinājumu veikšanai mājas apstākļos (Veselam.lv, 2017). Taču rokasgrāmata tiešsaitē nav pieejama lejuplādei.

Izmantojot atslēgvārdus „Atbalsts personām pēc insulta”, lielākoties atrastie raksti, līdzīgi kā iepriekš, saturēja informāciju par medicīnisko rehabilitāciju. Vairāki atrastie raksti sniedza informāciju par valsts / pašvaldības sociālo palīdzību un sociālajiem pakalpojumiem – ne konkrētiem pakalpojumiem, bet par atbalstu kopumā, aicinot personu vērsties pašvaldības sociālajā dienestā, lai noskaidrotu detalizētāku informāciju. Viens raksts sniedza informāciju par profesionālās un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu un par tehnisko palīgīdzekļu pakalpojumu personām ar invaliditāti. Atrastajos rakstos viens no noderīgākajiem rakstiem autores skatījumā bija biedrības „Vigor” publikācija, kura ietvēra informāciju par to, ka biedrība sniedz psiholoģisku palīdzību un atbalstu personām pēc insulta, t.sk. šo personu tuviniekiem. Autores vērtējumā internetā būtu nepieciešams lielāks informācijas apjoms par pieejamo psiholoģisko atbalstu insultu pārcietušajām personām, vairāk norāžu par to, kā pieteikties sociālajai palīdzībai un sociālajiem pakalpojumiem.

6.1.3. Informācijas par insulta jautājumiem saprašana, novērtēšana, pārbaude un pielietošana

Šajā apakšnodaļā raksturota insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku spēja saprast, novērtēt un pielietot par insulta jautājumiem iegūto informāciju.

Insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki insulta ārstēšanas un rehabilitācijas laikā no ārstiem iegūto informāciju **lielākoties saprot**. Vairāki interviju gadījumi norāda, ka

tuvinieki nekautrējas uzdot papildu jautājumus gadījumos, kad viņiem rodas kādas neskaidrības par saņemto informāciju: „Mēs gan nebijām apmierināti ar ārstu – no viņas vispār nekādu informāciju nevarēja izspiest. Bet mēs jau esam tādas - ja vajag, izsitīsim.” (Insultu pārcietušās personas meita 1). Taču šāda uzņēmība iegūt informāciju nav attiecināma uz visiem intervētajiem. Viena no intervētajām insultu pārcietušās personas mazmeitām, piemēram, norādīja, ka viņas māte neuzdod papildu jautājumus, ja viņai reiz ir atteikts skaidrojums vai ja viņa ir saņēmusi neatsaucīgu attieksmi.

Apņēmības, uzstājības trūkums un kauns ir galvenie iemesli, kādēļ personas neiegūst un neprecizē informāciju. Personām ir kauns situācijās, kad tās nav sapratušas ārstu teikto. Iemesls tam ir indivīda personiskie faktori – rakstura iezīmes, ārsta neieinteresēta attieksme vai šķietami neieinteresēts ārsta balss tembrs. Lai arī intervijās informācijas sapratnes problēmas stātos īpaši izceltas netiek, kas varētu būt saistāms ar to, ka intervijai piekrita aktīvākas un sabiedriskākas personas, veiktā insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptauja norāda, ka informācijas sapratne kā problēma tomēr pastāv. Ceturtā daļa aptaujāto tuvinieku norādījuši, ka reti saprot ārstu sniegto informāciju (skatīt 6.6. tabulu). Turklāt gandrīz puse aptaujāto nemeklē vai reti meklē papildu informāciju par neskaidrajiem jautājumiem (skatīt 6.7. tabulu). Tādējādi secināms, ka daļa tuvinieku paliek neziņā par sev interesējošo informāciju.

6.6.tabula

Atbilde uz aptaujas jautājumu „Cik bieži Jūs saprotat ārstu, rehabilitācijas speciālistu lietoto terminoloģiju, kad viņi runā ar Jums par insulta slimnieka ārstēšanu vai rehabilitāciju, vai aprūpi?”

Cik bieži Jūs saprotat ārstu, rehabilitācijas speciālistu lietoto terminoloģiju, kad viņi runā ar Jums par insulta slimnieka ārstēšanu vai rehabilitāciju, vai aprūpi?	Respondentu skaits
Vienmēr, gandrīz vienmēr	14
Bieži	23
Reti	12
Nekad	1
Kopā	50

Atbilde uz aptaujas jautājumu „Cik bieži pēc tam, kad neesat sapratis ārstu, rehabilitācijas speciālistu, Jūs mēģināt atrast kādu papildu informāciju par konkrēto jautājumu?”

Cik bieži pēc tam, kad neesat sapratis ārstu, rehabilitācijas speciālistu, Jūs mēģināt atrast kādu papildu informāciju par konkrēto jautājumu?	Respondentu skaits
Vienmēr, gandrīz vienmēr	14
Bieži	13
Reti	17
Nekad	5
Kopā	49

Attiecībā uz informāciju, ko personas ir ieguvušas, lasot dažādus avotus, intervētie insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki nav norādījuši uz problēmu, kad rakstītais viņiem būtu nesaprotams. Izņēmums ir viena insultu pārcietusī persona, kurai insulta rezultātā lasīšanas spējas ir būtiski traucētas, tādēļ šai personai ir grūti saprast jebkādu informāciju rakstiskā formā. Te gan ir jānorāda, ka intervēto insultu pārcietušo personu skaits promocijas darbā veiktajā empīriskajā pētījumā ir mazs, tāpēc to personu skaits, kuriem pēc insulta ir grūti uztvert rakstīto informāciju, varētu būt plašāks.

Uz informācijas uztveres problēmu mērķgrupas vidū norāda arī ārvalstīs veiktie pētījumi, kuros ir secināts, ka bieži ar insultu saistītā informācija ir rakstīta sarežģītākā līmenī nekā insultu pārcietušais cilvēks spēj uztvert. Vienā no pētījumiem, kurā ir veikta dažādu avotu kontentanalīze, secināts, ka uz lietotājiem orientēta insulta informācija ir rakstīta 12. klases līmenī un neatbilst 6. klases līmenim, kas ir rekomendējamais līmenis, kuru spēj uztvert personas pēc insulta. Citā pētījumā ASV savukārt secināts, ka vidējais indivīdu lasīšanas līmenis ir atbilstošs 7.-8. klases līmenim un tikai 12% no aplūkotajām interneta lapām būtu šādam lasīšanas līmenim atbilstošas (Sharma et al., 2014: 1365). Vērtējot promocijas darba kontentanalīzē aplūkotos interneta rakstus par insulta tematiku Latvijā, secināms, ka ir atrodami gan tādi raksti, kuros tiek plaši lietoti medicīniski termini un sarežģīta valoda, gan raksti ar salīdzinoši vienkāršu valodu.

Attiecībā uz mērķgrupas spēju un paradumiem **novērtēt un pārbaudīt iegūto informāciju**, secināms, ka pamatā visi intervētie uzticējās ārsta sniegtajai informācijai un to papildus pārbaudīt nemēģināja, izņemot vienu gadījumu, kur insultu pārcietušās personas meita iegūto informāciju iespēju robežās pārbaudīja. Intervētie, kuri ar insulta gadījumu savā dzīvē saskārās pirmo reizi, atzina, ka viņi nejutās spējīgi spriest par to, vai iegūtā informācija ir pareiza: „*Tobrīd bija tā, ka es nevarēju / nebiju spējīga novērtēt informāciju, kas ir pareiza un kas nav. Ārsti noteica medicīnisko un izrakstīja zāles, ko aptiekā nopirkt. Par pārējo viņi*

nekomentēja.” (Insultu pārcietusī persona 2). Intervētie drīzāk nevis tiecās pārbaudīt saņemto informāciju, bet gan iegūt jebkādu papildu informāciju ar mērķi gūt vēl izsmeļošākas atbildes par sev interesējošajiem jautājumiem. Gadījumos, kad pēc insulta notikuma ir pagājis ilgāks laiks, intervētās personas lielākoties jau jūtas kompetentas novērtēt, kura informācija ir patiesa un kura nē. Viņi apzinās, ka forumi internetā ir apšaubāmi, un tāpēc cenšas lasīt akadēmiskus avotus vai balstīties uz jomas speciālistu ieteikumiem.

Attiecībā uz iegūtās informācijas par insulta jautājumiem **pielietošanu**, secināms, ka tuvinieki lielākoties bija tie, kuri visaktīvāk lēma par iegūtās informācijas pielietošanu. Tas galvenokārt bija insulta ārstēšanas un rehabilitācijas procesā, jo insultu pārcietušo personu spēja vadīt šo procesu nebija iespējama smagā veselības stāvokļa dēļ. Vienā gadījumā var teikt, ka insultu pārcietušās personas ārstēšanu un rehabilitāciju vadīja ārsts, kurš aktīvi sniedza informāciju un palīdzēja to pielietot – t.i., pieteica personu uz rehabilitācijas pakalpojumu un palīdzēja risināt citus jautājumus.

Insultu pārcietušās personas loma sākotnējā periodā pēc insulta galvenokārt bija no ārsta un tuviniekiem saņemto insulta ārstēšanas un rehabilitācijas norāžu ievērošana. Savukārt vēlākā periodā insultu pārcietušajām personām bija nepieciešams ievērot norādes par veselīgu dzīvesveidu un fiziskajām aktivitātēm, kur jau krietni lielāka loma lēmuma pieņemšanā par informācijas pielietošanu bija viņiem pašiem.

Lai arī kopumā personas pēc insulta savu dzīvesveidu tiecās mainīt uz veselīgāku, ne visos gadījumos personas ievēroja norādes. Atsevišķos gadījumos insultu pārcietušās personas vai nu ātri padevās, pārtraucot vingrojumus, vai atteicās ievērot aizliegumu piekopt kaitīgos ieradumus – t.i., turpināja smēķēt un lietot alkoholu. Kā šādas rīcības iemesli tiek minēta nespēja no dzīves izslēgt visas baudas, jo tad, pēc intervēto domām, dzīve paliktu nebaudāma. Papildus viena no intervētajām tuviniecēm norāda, ka kaitīgo ieradumu piekoptšana ir saistīta arī ar bezdarbību insultu pārcietušās personas ikdienā - tas ir veids, kā persona aizpilda savu laiku, jo tās ikdienā trūkst cita veida nodarbinātības.

Kā atspoguļo veiktās insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptaujas dati, ne vienmēr tuvinieki ir izvēlējušies pielietot visu atrasto informāciju. Gandrīz puse aptaujāto tuvinieku norādījusi, ka iegūto informāciju ir izmantojusi reti vai nekad (skatīt 6.8. tabulu). Tam ir vairāki skaidrojumi. Pirmkārt, daļa no iegūtās informācijas skaidroja insultu kā slimību – tās cēloņus un ārstēšanu, un šādu informāciju tuvinieki varēja pieņemt zināšanai, ne pielietošanai. Otrkārt, tuvinieki ieguva informāciju par maksas rehabilitāciju vai manipulācijām, kuras nevarēja atļauties. Treškārt, tuvinieki ieguva informāciju par dažādām tautas medicīnas metodēm, kuru efektivitāti apšaubīja. Ceturtkārt, personas nespēja pielietot informāciju.

Atbilde uz aptaujas jautājumu „Cik bieži Jūs izmantojat atrasto informāciju?”

Cik bieži Jūs izmantojat atrasto informāciju?	Respondentu skaits
Vienmēr, gandrīz vienmēr	6
Bieži	21
Reti	20
Nekad	2
Kopā	49

Kopumā novērojams, ka insultu pārcietušajām personām biežāk nekā tuviniekiem ir raksturīga vēlme pielietot visu iegūto informāciju, jo tā viņiem dod cerību uz izveseļošanos. Insultu pārcietušās personas intervijās norādīja, ka pēc insulta tās gaidīja brīnumlīdzekļi un tām nezuda cerība uz pēkšņu atveseļošanos, lai arī ar saprātu tās apzinājās, ka piedāvātās terapijas vai līdzekļi visticamāk ir apmāns: „*Bija Vaivaros tādi, kas piedāvāja visādas tabletes, ko cilvēki pirka, jo cerēja uz brīnumu. Ārsti tur vienkārši teica tā – nedzert es tev nesaku, bet tam nav nekāda jēga, kam tu to naudu tērē. Taču tajā brīdī cilvēks cer uz brīnumu un ir gatavs izmēģināt jebko. Pat tagad, ja es ar prātu saprastu, ka tās ir muļķības, tad ar zemapziņu tāpat varbūt pamēģinātu, cerot uz brīnumu*” (Insultu pārcietusī persona 2). Līdz ar to šajā gadījumā secināms, ka izvēlētajā rīcība ir apzināta, taču nav balstīta uz iepriekšējo pieredzi un faktiem, citu personu ieteikumiem un uz rīcības prestižu, bet gan uz indivīdu konkrētā brīža emocijām un cerībām uz rīcības pozitīvo ietekmi.

Intervētās insultu pārcietušās personas un viņu tuvinieki iegūto informāciju citām personām visbiežāk nodod sarunu ceļā, apmainoties ar pieredzi slimnīcā vai rehabilitācijas iestādē, vai kopīgās aktivitātēs insultu pārcietušajām personām un viņu tuviniekiem. Divas insultu pārcietušās personas ir norādījušas, ka citiem nodod galvenokārt tikai tādu informāciju, kuru praksē pašas ir pārbaudījušas.

6.1.4. Procesa kontrole, lēmumu pieņemšana un plānu realizācija

Lai novērtētu, vai un kā insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku gadījumā izpaužas kritiskās veselībratības īpašības, apakšnodaļā veikta analīze par to, kā noris lēmumu pieņemšana un plānu realizēšana insulta ārstēšanas un rehabilitācijas laikā.

Kritiskā veselībratība attiecināma uz indivīda spēju kontrolēt situāciju un faktoros, kas var ietekmēt viņa veselību, pieņemot konkrētā brīdī nepieciešamo lēmumu par rīcību (Rowlands et al., 2014: 4). Persona ar kritisko pratību orientējas veselības tematikā, tai ir noteikta zināšanu bāze par veselības jautājumiem, kas nozīmē medicīniskās terminoloģijas

atpazīšanu, informētību par veselības tematikām, spēju izmantot iegūto informāciju konkrētai nepieciešamībai, spēja novērtēt informācijas pielietošanas vai nepielietošanas riskus. Šādai personai piemīt arī lielāka motivācija iegūt vairāk informāciju par veselības tematiku (Sykes et al., 2013: 5-6). Persona ar augstām kritiskās veselībratības spējām spēj izmantot informāciju, lai iegūtu lielāku kontroli pār dzīves notikumiem un situācijām. Šīs prasmes ļauj veicināt veselību un samazināt veselības riskus (Rowlands et al., 2014: 13).

Promocijas darba empīriskajā pētījumā secināts, ka intervētajiem insultu pārcietušo cilvēku tuviniekiem, kuri bija tie, kas uzņēmās galvenās rūpes un pieņēma lēmumus par sava tuvinieka ārstēšanas un rehabilitācijas procesu, kopumā piemīt vairākas no kritiskās pratības pazīmēm – t.i., viņiem ir zināšanu bāze par insultu, tā riskiem un ārstēšanu, šīs personas atpazīst un lieto ar insultu saistīto medicīnisko terminoloģiju, novērtē dažādus riskus, kas var veicināt atkārtota insulta rašanos, un pielieto iegūtās zināšanas, lai veicinātu insultu pārcietušā cilvēka un citu ģimenes locekļu veselīgāku dzīvesveidu un lai nodrošinātu to, ka insultu pārcietusī persona laikus dotos uz profilaktiskām pārbaudēm un ievērotu medikamentu lietošanas instrukcijas. Šīs kritiskās pratības prasmes intervētie izmanto ne tikai insulta jomā, bet arī savas un tuvinieku veselības jomā kopumā.

Veiktās intervijas viennozīmīgi norāda uz to, ka tuviniekiem sākotnēji ir bijusi galvenā loma insultu pārcietušās personas atveseļošanās procesā, tāpēc jo īpaši būtiska insulta gadījumā ir tieši ģimenes locekļu insultpratības veicināšana. Rūpes un kontroli par insultu pārcietušā cilvēka ārstēšanas un rehabilitācijas procesu pamatā uzņēmās pirmās pakāpes radnieki – māte, meita vai dēls. Empīrijā novēroti gadījumi, kad insultu pārcietušās personas ārstēšanā, rehabilitācijā un aprūpē iesaistījies un kontroli pār procesu uzņēmies tikai viens no ģimenes locekļiem, kā arī gadījumi, kad ir iesaistīti vairāki piederīgie. Šādā gadījumā iesaistītie tuvinieki ir vienojušies par kompetences jomām, lai aprūpes pienākumus būtu iespējams apvienot ar darbu vai studijām – viens no tuviniekiem ir meklējis rehabilitācijas iespējas pēc insulta, cits gādājis par nepieciešamo zāļu apzināšanu un iegādi, cits gādājis par veselīga uztura ievērošanu, cita uzdevums savukārt ir bijis apciemot insultu pārcietušo personu, lai tā nejustos vientuļi un lai varētu tai sniegt palīdzību ikdienas darbu veikšanā.

Otrās vai trešās pakāpes radnieku iesaiste un loma pēc insulta posmā ir bijusi mazāka – tā galvenokārt ir bijusi psiholoģiskā atbalsta sniegšanā, kopā būšanā un palīdzības sniegšanā ikdienas aktivitātēs līdzīgi, kā tas bija pirms insulta gadījuma. Savukārt paziņu un draugu loma un iesaiste personas psiholoģiskā atbalstīšanā tiek norādīta reti, tādējādi secināms, ka insulta jautājumu risināšanā un piemērotākās rīcības izvēlē kopiena un paziņas lielākoties iesaistīti netiek.

Tāda kritisko pratību raksturojoša pazīme kā personas motivācija iegūt vairāk informācijas par veselības tematiku, lai iegūtu kontroli pār notikumiem un samazinātu atkārtota insulta riskus, intervēto vidū atšķīrās visvairāk. Intervētie vīrieši biežāk nekā sievietes paļāvās uz ārstu teikto, nemeklēja papildu informāciju un nemēģināja kontrolēt ārstu un aprūpes speciālistu darbu. Viņi galveno lomu pievērsa tam, lai personu pēc insulta psiholoģiski atbalstītu un motivētu dzīvot veselīgāk.

„Es viņam katru dienu visu ko gādāju. Bet tā viņš galā tiek, bet viņam viss ir baigi jāapdomā, vai nekas viņam netraucē, neaizķeras kāja.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

„Es savukārt meklēju informāciju par uzturu un insulta preventīvām darbībām. Biju lasījis, ka pēc pirmā insulta atkārtota insulta risks pieaug. Lasīju, ka svarīgs ir veselīgs uzturs un fiziskās aktivitātes. Pats lasīju un taisīju tēvam ēdienkarti. Ēdienkarte nebija specifiski pēc insulta, bet, ievērojot vispārējus veselīga uztura ieteikumus, ar mērķi samazināt svaru, mazināt holesterīna līmeni, kā arī, lai pārtika būtu tāda, kas labi pārstrādājas.” (Insultu pārcietušās personas dēls 3)

Intervētās sievietes aktīvāk meklēja ar insultu saistītu informāciju un divu intervēto gadījumos arī vairāk vēlējās kontrolēt veselības aprūpes speciālistu darbu - gan izvēloties rehabilitācija vietas, gan vērtējot medicīnas personāla darbu, gan meklējot dažādu papildu informāciju par to, kā uzlabot insultu pārcietušās personas fizisko un psiholoģisko stāvokli un to, kā visefektīvāk kombinēt dažādas rehabilitācijas un ārstēšanas metodes.

„Starp rehabilitācijām ņemu uz mājām atpūsties, jo visu laiku jau nevar tikai pa iestādēm. [...] Lūdzāties, lai paņem uz otru termiņu, bet viņiem viss ļoti noslogots un nepaņēma. Spiedām uz to dinamisko novērošanu. Tad beigās pateica, ka pieņems, tikai jāgaida 1,5 mēneši.” (Insultu pārcietušās personas meita 1)

„Vispār, maz par to runā, bet pēc insulta cilvēkiem ir depresija. Es ārstam lūdzu, lai dod antidepresantu, jo citādi cilvēks neko nevar izdarīt, viņam nav vēlmes. Bet, ja viņš sakārto savu psiholoģisko pasauli, tad jau var sākt domāt par pārmaiņām. [...] Tāpat tagad arī zinām, ka svarīgākie cēloņi ir dzeršana, smēķēšana, pārēšanās un mazkustīgs dzīvesveids. Tas viss izraisa augstu asinsspiedienu, holesterīnu, kas ir insulta cēloņi. Kad bijām Vaivaros, noorganizēju, ka pie viņa nāk uztura speciālists un dietologs. Parasti tāds nenāktu un nav paredzēts, bet es noorganizēju, jo domāju, ka tas ir svarīgi. [...] Tagad katru nedēļu arī kopā ar ģimeni kaut kur braucam staigāt, lai ir fiziskās aktivitātes.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

Pievērsoties intervēto insultu pārcietušo cilvēku kritiskajai pratībai, novērojams, ka kādu laika posmu pēc insulta trīs no četriem intervētajiem jau bija attīstījuši kritiskās pratības prasmes – lēmumu pieņemšanu, kontroli pār savu rehabilitāciju, informācijas par insulta jautājumiem pielietošanu. Kritiskās pratības attīstību insultu pārcietušo cilvēku gadījumā pamatā veicināja vēlme dzīvot patstāvīgi un nebūt par nastu tuviniekiem: *„Pēc insulta es pati biju diezgan aktīva. Citi bieži kļūst par ģimenes problēmu, bet es ļoti pati meklēju visu. Meklēju pati fizioterapeitus. Internetā laukos īsti nevarēja atrast, tāpēc meklēju caur Fizioterapeitu asociāciju. Tādā ziņā man bija apķērība. Tā es to fizioterapeitu laukos dabāju.*

Viņš nāca pie manis un arī visu ko pastāstīja, bija interesanti. [...] Tad internetā vēl visu ko meklēju. Meklēju “brīnumpilienus”, meklēju cilvēkus, kam ir bijusi līdzīga pieredze, un viņus izprašāju.” (Insultu pārcietusī persona 2).

Šī insultu pārcietusī persona līdzīgi kā divas citas intervētās personas mērķtiecīgi sāka domāt par to, kā turpināt savu biogrāfiju, ko darīt ar dzīvi: „Tā kā man tika piedāvāta vieta vecajā darbā, bija rezerves variants. Taču es izsūtīju arī pāris CV un gāju uz darba intervijām. Beigās atradu vietu te. Te tieši meklēja cilvēku uz pusslodzi un cilvēku ar invaliditāti. Tādā ziņā viss kaut kā pats par sevi sakārtojās.” (Insultu pārcietusī persona 2). Arī pieminētās divas citas insultu pārcietušās personas aktīvi plānoja savas aktivitātes – aktīvi strādāja ar logopēdu un fizioterapeitu, atrada nodarbošanos un algotu darbu. Šo trīs personu rīcību vadīja nodoms kļūt patstāvīgām un vēlme iespējami vairāk atgūt sākotnējās fiziskās spējas. Izvēlēt konkrētās rīcības palīdzēja vērtējums par to radīto pozitīvo ietekmi - personas uzskatīja, ka tās palīdzēs uzlabot viņu dzīves kvalitāti un ka viņu rīcībā ir resursi, kas ļaus šīs rīcības īstenot. Arī kopiena, kurā uzturējās insultu pārcietušās personas, šīs rīcības vērtēja pozitīvi, kas tādējādi arī palīdzēja pieņemt lēmumu rīkoties. Aplūkotajos gadījumos šo trīs insultu pārcietušo personu rīcību ietekmēja arī citu personu ieteikumi un pieredzes stāsti par to, kā viņas pārvarēja insulta gadījumu. Tas pozitīvi ietekmēja personu nodomu un motivāciju rīkoties. Taču netika konstatēts, vai šo personu autoritātei un rīcības prestižam būtu ietekme uz insultu pārcietušās personas nodomu rīkoties.

Vienas intervētās insultu pārcietušās personas gadījumā kritiskās pratības prasmes netika novērotas. Vēl aizvien galvenās rūpes un gādību par šīs personas dzīvesveidu un veselības stāvokli uzņēmās māte. Persona dzīvo patstāvīgi un ar ģimeni dodas pastāvīgos ceļojumos, taču personai trūkst motivācijas dzīvot veselīgi, rehabilitēties, apgūt jaunas prasmes un izglītoties. Lai arī persona vēlas un viņai kopumā ir nodoms atgūt un uzlabot savas fiziskās spējas un iekļauties sabiedrībā, tā nav izvirzījusi konkrētu mērķi savai turpmākajai dzīvei. Aktīvu rīcību šai personai pamatā traucē savu spēju zemais pašnovērtējums – tas izpaužas kā kauns komunicēt savu runas problēmu dēļ un kā uzskats, ka tā nespēs pilnvērtīgi iegūt jaunu profesiju traucēto runas prasmju un spējas lasīt dēļ. Attiecībā uz nodomu piekopt veselīgu dzīvesveidu, to daļēji kavē subjektīvās normas. Lai arī apkārtējie rekomendē un aicina atmest smēķēšanu un alkohola lietošanu, apkārtēji paši šos ieradumus turpina piekopt. Tādējādi tas vājina insultu pārcietušās personas motivāciju atmest kaitīgos ieradumus.

6.2. Veselības un sociālo pakalpojumu izmantošana un novērtējums

Apakšnodaļā veikta analīze par to, kādas ir insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku zināšanas un viedoklis par veselības un sociālo pakalpojumu sniegtajām iespējām, un kāda ir viņu sadarbības pieredze ar veselības aprūpes speciālistiem, norādot problēmas, ar kurām intervētie ir saskārušies mijiedarbībā ar ārstu.

6.2.1. Veselības aprūpes pakalpojumi

Apakšnodaļā ir raksturota indivīdu pieredze veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanā.

Viena no veselībratīgu indivīdu raksturojošām pazīmēm ir viņa izpratne par to, kā strādā veselības aprūpes sistēma, kādas ir indivīda tiesības un atbildības. Kā piemēru var minēt izpratni par veselības apdrošināšanu – par ko un kādos gadījumos to izmaksā vai neizmaksā, un spēju sniegt savu informētu piekrišanu. To akadēmiskā literatūrā apzīmē ar jēdzienu veselības vadīšanas sfēra (Kutner et al., 2006: 3). Papildus kā piemēru pratībai veselības vadīšanas sfērā var minēt indivīda izpratni par veselības pakalpojumu sniegšanas kārtību, spēju atrast informāciju par valsts līdzfinansētiem un apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, spēju atrast informāciju par iestādi, kurā ir vismazākās rindas uz nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu, piemēram, aplūkojot rindas uz pakalpojumu NVD mājaslapā sadaļā „Gaidīšanas rindas plānveida ārstniecībai ambulatorās iestādēs” vai sadaļā „Stacionāro pakalpojumu gaidīšanas rindas” un iespēju robežās izvēloties pierakstu tajā iestādē, kurā ir īsākā rinda.

Intervētie insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki lielākoties ir ieguvuši informāciju par valsts sniegto atbalstu personām pēc insulta un izmantojuši sev pienākošos valsts finansētos veselības aprūpes pakalpojumus – insulta ārstēšanu un rehabilitāciju stacionārā. Pieredze rehabilitācijas mājās pakalpojuma izmantošana visiem intervētajiem nav bijusi. Divi intervētie nebija informēti par tiesībām izmantot mājas rehabilitācijas pakalpojumu, kamēr tie gaida uz rehabilitāciju stacionārā.

Promocijas darbā veiktajās intervijās autore noskaidroja, ka vairākos gadījumos insultu pārcietušās personas nav saņēmušas rehabilitācijas pakalpojumu uzreiz pēc insulta ārstēšanas noslēguma stacionārā. Tas skaidrojams ar valsts finansēto rehabilitācijas pakalpojumu slikto pieejamību, īpaši attiecībā uz NRC „Vaivari”, kurā ir lielākā rehabilitācijas nodaļa insultu pārcietušajiem cilvēkiem Latvijā. Tajā 2018. gada augustā vidēji rindā uz rehabilitācijas pakalpojumu pieaugušajiem, t.sk. pēc insulta, bija 848 pacienti, kas

gaidīšanas laika ziņā var veidot pat vairākus mēnešus (Nacionālais veselības dienests, 2018a). Arī maksas rehabilitācijas pakalpojums un valsts finansētais rehabilitācijas mājās pakalpojums vairākiem intervētajiem nav bijis pieejams uzreiz. Turklāt maksas rehabilitācijas pakalpojums ir finansiāli dārgs, un iedzīvotāji ar zemāku maksātspēju to nespēj atļauties. Līdz ar to lielākas iespējas rehabilitēties pēc insulta un iekļauties sabiedrībā ir tiem, kuriem ir finanšu līdzekļi, lai samaksātu par privātu rehabilitācijas pakalpojumu vai algotu speciālistus privātām nodarbībām. Lai arī trīs interviju gadījumos novērots, ka insultu pārcietušajām personām ir izdevies salīdzinoši ātri iegūt valsts apmaksātu rehabilitācijas pakalpojumu, tomēr intervēto vidū valda diskurss, ka spēju atgūšana pēc insulta ir atkarīga no personu maciņa biezuma.

„Tad, kad bijām slimnīcā, jau mūs pierakstīja Vaivaros – uz valsts apmaksāto rindu. Mēs viņu dabūtu augusta vidū – 2,5 mēnešus pēc insulta. Bet ko darīt līdz tam – jaunam cilvēkam, kuram katra diena ir svarīga, lai atgūtu spējas. Tikām ātrāk un vairākus mēnešus – pa maksu, caur pazīšanos. Pat par maksu ir rindas.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

„Vedām mammu uz Ādažiem. Tur bija liela maksa jāmaksā. Pēc tās rehabilitācijas jau mamma varēja piecelties. Pēc Ādažiem vedām uz Līgatni. Tur it kā valsts daļēji ko apmaksāja, bet nauda tāpat liela bija jāmaksā. Par vienu nedēļu vien jau bija 400 EUR. Nākamais mēnesis bija 900 EUR. Pēc Līgatnes beidzot tikām uz Vaivariem – pienāca tā valsts rinda. Taču, protams, tur jau arī tie līdzmaksājumi, un bez maksas jau nekas nebija. Tas sanāk, ka pēc 4-5 mēnešiem tikām uz valsts apmaksāto. Tur gan tikai 5 dienas, un līdz ar to nezīnu, ko tas dod. [...] Pēc Vaivariem vedām uz Jaunķemeriem – tur arī bija garām. Bija nenormāla maksa (40-50 EUR dienā). Bijām tur 14 dienas. [...] Nezīnu, ko citi dara, kam nav tādas naudas, lai izvadātu... Labi, jau, ka mēs visi trīs strādājam (es, māsa un tēvs), tad varam pa visiem nosegt tās izmaksas. Papildus vēl ir visi tekošie mammas rēķini (dzīvokļa kredīts, automašīna, komunikācijas).” (Insultu pārcietušās personas meita 1)

Viens no iemesliem, kāpēc laicīgi netiek izmantoti rehabilitācijas pakalpojumi ir ne tikai pakalpojumu nepieejamība, bet arī informācijas trūkums par tiem. Gandrīz visi intervētie ir saskārušies ar grūtībām atrast informāciju par iestādēm, kuras sniedz rehabilitācijas pakalpojumu, kas būtu pielāgots personām pēc insulta. Ārsti pacientu un viņa tuviniekus galvenokārt informē par rehabilitācijas nepieciešamību un to, ka šādu pakalpojumu sniedz NRC „Vaivari”. Tālākas un precīzākas norādes, kā arī informāciju par citām rehabilitācijas iestādēm tie sniedz krietni retāk. Tādēļ insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem šī informācija ir jāmeklē pašiem, jo nav izstrādāti informatīvi bukleti un interneta mājaslapās nav atrodama informācija par rehabilitācijas iestādēm, kas sniedz pakalpojumu personām pēc insulta, un to, kādā stāvoklī personas šajās rehabilitācijas iestādēs tiek pieņemtas.

„Par tiem ergoterapeitiem vēl zināju, bet visur ir rindas. Un vispār grūti atrast informāciju, kur tad var saņemt to pakalpojumu. Par psihologiem – būtu labi, ja kāds pateiktu, kādu psihologu tad vajadzētu – klīnisko, parasto, psihoterapeitu utt. Nav tādas informācijas.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

„Cilvēku izraksta no slimnīcas un neko īpaši nestāsta, pašam viss ir jāatrod. Saka, ka jāiet pie ģimenes ārsta. Bet ko lai dara tie, kuri nevar apmeklēt ģimenes ārstu? Rodas iespāids, ka insulta gadījums un informācija par to ir kāds noslēpums. Vajadzētu taču bukletu, kur ir informācija par to, kur meklēt rehabilitāciju, kam zvanīt, kādu zāļu varianti ir. Kaut vai pa naudu lai tādu varētu nopirkt. Cilvēks jūtas viens un pamests. Nav kas varētu kaut ko pastāstīt.” (Insultu pārcietušās personas mazmeita 2)

„Vajadzētu tā, ka, ja ir pieejami valsts pakalpojumi - rehabilitācija, tad tas ir jāliek uz paplātes. Arī par sociālo palīdzību un sociālajiem pakalpojumiem – ja valsts to nodrošina, tad informācijai ir jābūt visur, nevis tā, ka pašam tā ir jāmeklē. Tāpat jāpārliedcinās, ka viss ir saprotams. Ja iziet ārā no slimnīcas, vajag rokasgrāmatu, kur ir visa informācija par rehabilitāciju un aprūpi – piem., rehabilitācijas centri, tālruņi, informācija par to, kādu rehabilitāciju piedāvā (uzreiz pēc insulta, vēlāk vai tml.). Šo to jau ārsts pasaka, bet tas ir kā kurš, plus, jautājums, ko viņš pasaka.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

Jānorāda, ka vairāki intervētie arī nebija dzirdējuši par jēdzienu „dinamiskā novērošana”: *„Rehabilitācija notiek tik ilgi, kamēr ir novērojums kāds progress. Tas ir tā sauktā dinamiskā novērošana. Pārtrauc tad, kad vairs nekas nemainās.” (Vidzemes slimnīcas Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste)*

Raksturojot valsts finansētos veselības aprūpes pakalpojumus, intervēto stāstos ir novērojama skepse. Skepse ir attiecībā uz iespēju saņemt pakalpojumu, jo tiek norādīts, ka uz to ir jāgaida rindā, t.sk. uz rehabilitāciju mājās, kā arī attiecībā uz pakalpojuma kvalitāti, jo intervēto vidū pastāv priekšstats, ka valsts apmaksātajos pakalpojums tiek sniegts tikai minimums un nelielā apjomā, tāpēc tie nesasniedz vēlamo mērķi: *„Jā, bijām dzirdējuši, taču mums teica, ka tur ir tikai pats minimums, ka ir švaki. Mēs negribējām riskēt, nokavēt laiku, tāpēc drošāk jutāmies, ka ņemsim par maksu, un viņi strādās ar pilnu atdevi.” (Insultu pārcietušās personas dēls 3).*

Intervētie negatīvi ir novērtējuši arī pakalpojumu dārdzību, norādot, ka pat ārstēšanas process pēc insulta ir finansiāli dārgs: *„Tur bija vajadzīgas kaut kādas īpašās injekcijas, lai mazinātu tūsku smadzenēs. Vajadzēja piecas pudelītes – visas, protams, par maksu – kādi 50 EUR katra. Ārsti zvanīja un prasīja, vai špicēsīm. Es teicu – protams, visu to labāko mammai. Tur bija tikai divas tādas. Pārējās pudelītes vajadzēja pašiem meklēt pa visām iestādēm. Braukājām pakal krustām šķērsām. Pēc vietējās slimnīcas vajadzēja pārvest uz reģionālo - par lielu summu. Pašiem bija jāmaksā par medicīnisko transportu (kādi 100-150 EUR bija).” (Insultu pārcietušās personas meita 1)*

Atsevišķi intervētie norāda, ka pakalpojumos, piemēram, rehabilitācijā nav līdz galam pārdomāts un efektīvi izstrādāts aktivitāšu plāns – ka nodarbības beidzas agri, kā rezultātā persona atlikušo dienas daļu ir garlaikota: *„Tas, kas tajos centros nav pārdomāts – ka nodarbības ir līdz 13:00, un pēc tam cilvēkam nav ko darīt. Vajadzētu izdomāt viņiem kaut*

ko.” (Insultu pārcietušās personas meita 1). Tāpat, raksturojot veselības aprūpes pakalpojumus, tiek uzsvērtā fiziskās un sociālās vides būtiskā loma insultu pārcietušā cilvēka rīcības veicināšanā un emocionālā stāvokļa uzlabošanā. Atsevišķi intervētie norāda, ka medicīnas iestādēs vide ir nemotivējoša, drūma un neveicina insultu pārcietušās personas psiholoģisko atveseļošanu, kas savukārt ir nozīmīgs faktors, lai persona vēlētos īstenot konkrētas rīcības.

„Raksturojot vidi slimnīcā - insulta vienībā apstākļi bija drausmīgi. Tur visi cilvēki ir viens otram gandrīz blakus, tur nevar nošķirt cilvēkus pēc dažādiem stāvokļiem. Ir briesmīgi, ka saliek kopā tādu, kas grib un strādā pie atveseļošanās, ar tādu, kas blakus nomirst. Darbs, ko speciālisti insulta vienībā veica, ir labs. Taču tur smirdēja, bija antisanitāri apstākļi. Tās māsiņas arī noteikti bija pārgurušas. Tā vide personu pēc insulta, kas tā jau ir ļoti jūtīga, neietekmē labi. Man vienkārši palika slikti, redzot tos visus cilvēkus, par kuriem nerūpējās, tos apstākļus. Manuprāt, šādai vietai būtu jābūt ļoti labā stāvoklī ar motivējošu vidi personām pēc insulta. Līdz ar to, ņemot vērā tos apstākļus, mēs drīz vien par atsevišķu samaksu viņam dabūjām savu istabiņu, kur arī viņu īpaši apkopa.” (Insultu pārcietušās personas dēls 3)

„Vienu reizi bija tā, ka aizvedu vecmammu Maskačkā uz kaut kādu rehabilitācijas iestādi. Taču tā bija tik briesmīga, ka es viņu tūdaļ pat izņēmu laukā. Tur viss izskatījās tumšs, drūms, likās netīrs. Tantes tur bija tādas, kas knapi šļūc, visas gulošas, arī aromāti no tiem urīna traukiem bija nepatīkami. Tur cilvēkiem, manuprāt, vienkārši sāktos depresija. Vecāmamma lūdza man, lai es viņu vedu mājās un tur neatstāju.” (Insultu pārcietušās personas mazmeita 2)

Insulta ārstēšanas un rehabilitācijas laikā ir būtiski, lai sociālā vide būtu motivējoša, lai ar personu komunicētu ģimenes locekļi, draugi un paziņas, darba kolēģi. Nozīmīga loma šajā posmā var būt tādām biedrībām kā „Vigor”, kas sniedz psiholoģisko atbalstu insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem, palīdzot rast jēgu dzīvē un sniedzot iespēju runāt par savām sajūtām un saņemt atbalstu. Veicot pētījumu, autore konstatēja, ka, pēc intervēto domām, nepietiekami tiek gādāts par insultu pārcietušā cilvēka psiholoģisko rehabilitāciju, iedvesmošanu un motivēšanu - valstij trūkst sistēmiska plāna, kā šīs personas iekļaut sabiedrībā, t.sk., atgriezt darba tirgū. Arī veiktā ārvalstu pētījumu analīze atklāj līdzīgus secinājumus. Tā norāda, ka, pēc insultu pārcietušo cilvēku domām, rehabilitācija mēdz fokusēties uz pārāk šauru jomu – fizisko kustību atgriešanu un nepievērš uzmanību cilvēka rehabilitācijai kopumā. Insultu pārcietušie cilvēki norāda, ka papildus fizikālai ārstēšanai ir nepieciešama drošības sajūtas radīšana, mutiski iedrošinājumi, indivīdu baiļu un pārdzīvojumu uzklauššana, respektēšana un rūpju izrādīšana (Peoples et al., 2011: 168).

„Valstij vajag plānu – nav plāns – kur un ko darīt, kādus piemērus, kur varētu strādāt šāds cilvēks.” (Insultu pārcietušās personas meita 1)

„Par insultu jau vispār ir tāda klišeja, ka tā ir veco ļaužu slimība un ka tur viss beidzas aptuveni ar ārstēšanu, jo rehabilitēt jau baigi nav vērts – tāpat nav darbaspējīgie. Un tad automātiski arī nepalaimējas tiem, kas ar insultu saslimst, būdami jauni. Turklāt aizvien vairāk mūsdienās ar insultu saslimst arī jaunie cilvēki.

Man jau šķiet, ka valstij ar viņiem vispār būtu ļoti jāstrādā, lai atgrieztu dzīvēs.” (Insultu pārcietusī persona 2).

„Latvijā būtu jāstrādā ar cilvēkiem, arī ar ģimeni, jo visi jau ir iesaistīti. Nekas netiek darīts ar cilvēka psiholoģisko stāvokli.” (Insultu pārcietušās personas mazmeita 2).

Empīriskais pētījums norāda, ka ir gadījumi, kad insultu pārcietušajai personai trūkst motivācija izmantot pieejamos pakalpojumus, un šādās situācijās galvenā loma ir tuvinieku spējai pārliecināt un iedvesmot insultu pārcietušo cilvēku. Tāpēc personas, kuras ir saskārušās ar insultu, par lietderīgu uzskatītu praksi, kad ar viņiem savā pieredzē dalītos citi insultu pārcietušie cilvēki, kuriem ir izdevies panākt savu spēju progresu: *„Būtu labi, ka insultu pārcietušie ietu uz slimnīcām, stāstītu par savu pieredzi un tā iedvesmotu citus, kuri tikko insultu pārcietuši. Teikt, ka ir cerība, ka var atgriezties iepriekšējā dzīvē.” (Insultu pārcietusī persona 4)*

Raksturojot informantu sadarbības pieredzi ar veselības aprūpes speciālistiem un medicīnas darbiniekiem - vairāki intervētie sadarbību ar medicīnas personālu novērtē kā apmierinošu. Vienlaikus vairākiem intervētajiem radusies sajūta, ka insulta gadījums ir viens no daudziem ārstu ikdienas rutīnā, tāpēc īpaša un personalizēta attieksme pacientiem netiek veltīta, kas saistāms ar personāla lielo noslodzi.

„Es domāju, ka viņiem tādi gadījumi ir tik daudz, ka viņi katram pacientam īpaši daudz individuālas uzmanības nevelta. Tajā pašā laikā pateikt, ka tā ir slikta attieksme, tā nevarētu teikt.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

„Tā Stradiņos attieksme bija laba. Bet tas, kas man pietrūka, bija komunikācija no ārstiem – viņi teica, ka vēl neko nevar zināt, neko neteica. Bet man kā izmisušai mātei tas bija svarīgi – ka ar mani aprunājas, paskaidro utt. Tā jau ārsts bija ļoti labs – centīgs, beigās arī pastāstīja kas un kā.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

Intervētie lielu lomu pēc insulta pievērsa tam, kā tieši ārsti viņiem pasniedza informāciju par insultu pārcietušā cilvēka atveseļošanās prognozēm. Insults rada psiholoģiskus pārdzīvojumus insultu pārcietušajai personai - pēc insulta persona jūtas nomākta, depresīva vai raudulīga. Insults rada pārdzīvojumus arī ģimenei, kura jūtas izmisusi un nedroša par savu un tuvinieka nākotni. Tāpēc veids, kā ārsts viņiem pasniedz medicīnisko informāciju, ir ļoti būtisks, lai ģimenes loceklis justos psiholoģiski atbalstīts un motivēts. Kā secināts ārvalstīs veiktajos pētījumos, ir būtiski, lai insultu pārcietušās personas ārstēšanās procesā tiktu radīti pozitīvi mērķi, tiktu sniegtas cerības (Woodman et al., 2014). Šis secinājums atspoguļojas arī promocijas darbā veiktajā pētījumā, kur intervētie norādīja, ka ārstēšanās procesā sagaidīja gan reālās prognozes no ārstiem, gan arī ārsta iedrošinājumus un radītas cerības uz atveseļošanos: *„Tad, kad tu gribi dzirdēt to pozitīvo, tad jau pārējais liekas mazsvarīgs. Varbūt tie ārsti visu ko stāstīja, bet es neklausījos, jo tas pārējais likās nebūtisks.” (Insultu pārcietusī persona 2).*

Atsevišķi intervētie insulta ārstēšanas procesā saskārās ar situāciju, kad ārsts agri „noraksta pacientu”. Tas savukārt ģimenes locekļiem radīja trauksmes sajūtu un vairoja vēlmi papildus meklēt informāciju par insultu un to, kā citām insultu pārcietušajām personām pēc insulta ir izdevies atgūt funkcionālās spējas: „*Ārsti sākumā teica, ka nomirs pēc dažām dienām. Tad teica, ka, ja izdzīvos, tad būs vajadzīga ļoti nopietna rehabilitācija. Mani toreiz šokēja tas, cik ārsti ātri mammu norakstīja, bija ļoti bezpersoniski.*” (Insultu pārcietušās personas meita 1)

Veicot pētījumu, autore secina, ka atveseļošanās prognožu sniegšana ir ļoti jutīgs jautājums - autoritātes, kāds ir ārsts, teiktais var ietekmēt indivīdu tālākās darbības – t.i., viņa attieksmi pret rīcību un uzskatu par to, vai šī rīcība ļaus sasniegt pozitīvus rezultātus. Kā norādījis viens no intervētajiem tuviniekiem, viņaprāt, ir lietas, ko insultu pārcietušās personas klātbūtnē ārstam nevajadzētu teikt, jo tas uz personas rīcību atstāj negatīvas sekas.

„Es nezinu, vai tas ir pareizi, vai nav.. Es uzskatu, kas tas nebija pareizi - par Siguldas ārstiem. Man teica un arī viņam bija pateikuši, tā tāda ārstu kļūda. Viņi teica apmēram tā, ka ar šādu diagnozi nevar gaidīt, ka paliks pilnīgi vesels, tas nav iespējams. Un par to, vai paliks labāk vai nepaliks, tad gada laikā tas būs redzams - ja pēc gada būs radikāli uzlabojumi, tad piestrādājot, ne atgriezīsies, kā bija, bet paliks labāk. Ja pēc gada būs kaut kas līdzīgs, tad turpmākajos gados uzlabojumi nebūs. To pateica man, es arī saprotu, bet to, man liekas, bija pateikuši arī viņam. Jo bija tā, ka apmēram nākamā gada pavasarī viņš palika ļoti drūms un nerunīgs, un es jau arī sapratu, diži neizprašējot.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

„Tas, par ko esmu lielā nepatīkā, ka ārsts pateica divas lietas – ka var lietot reizēm alkoholu (viņam vajadzēja teikt, ka nevar, jo dēlam jau tā problēmas ar alkoholu) un ka pateica, ka pēc gada vairs rehabilitācijai nav jēgas. Tas bija stulbi, jo dēlam uzreiz zuda motivācija. Nezinu, laikam viņus tā skolā māca teikt. Bet vai ir pētījumi, kas to pierāda? Man dēls tieši otrā gada laikā ievērojami progresēja ar staigāšanu – tas ir pierādījums, ka rehabilitācijai ir jēga. [..] Jā, protams, rehabilitācija ir efektīvāka sākumā, cilvēkam ar laiku pazūd arī degsme, bet nevajag teikt, ka rehabilitācijai vairs nav jēgas.” (Insultu pārcietušās personas māte 1).

Veiktais pētījums norāda arī uz pozitīvu sadarbības pieredzi ar veselības aprūpes speciālistu, kur speciālistam bija nozīmīga loma tajā, lai ieinteresētu un motivētu insultu pārcietušo personu rīkoties: „*Tad vienu dienu viena māsiņa atnesa man tripodu un nolika gultas galā. Teica, ka lai te pastāv. Tas noteikti bija kāds triks no viņas. Es uz viņu skatījos, tad mēģināju vienu dienu tikt klāt. Sēdus kaut kā tiku līdz gultas galam. Satvēru viņu un uz dažām sekundēm spēju noturēties kājās. Man bija tāda lepnuma sajūta, biju tik laimīga. Pēc tam es sapratu – ja citi var, es arī varu. Un tad es pa kluso trenējos ar viņu – kamēr māsiņas neredzēja.*” (Insultu pārcietusī persona 4)

Vienlaikus ar pozitīviem interakcijas piemēriem intervijās iezīmējas arī problēma ar insultpratību medicīnas iestāžu personāla vidū, jo īpaši, lai komunicētu un sadarbotos ar

insultu pārcietušo personu. Tādējādi secināms, ka medicīnas iestāžu personāla vidū nepieciešams vairot insultprātību, lai darbinieki apzinātos insultu pārcietušo cilvēku īpašās vajadzības un insulta seku radītos ierobežojumus, lai personāls būtu informēts par to, kādi specifiski aspekti jāņem vērā šo pacientu aprūpē.

„Man bija tāds gadījums Vaivaros, kad es gulēju gultā un man bija poga – kad vajag uz tualeti, tad nepieciešams piespiest. Man vēl teica, ka galvenais, lai neceļos, jo stāvoklis nav stabils un es varu nogāzties. Un tad bija tā, ka vakarā ap 23:00 zvanīju to pogu, bet neviens neatnāca. Beigās uz tualeti tiku tikai 11:00 no rīta, kad ciemos atnāca mamma.” (Insultu pārcietusī persona 2)

„Vaivaros bija fizioterapeite. Viņa jau to savu darbu droši vien veica, kā nepieciešams, bet attieksme bija slikta. Viņa vienmēr uz mani lamājās, ka es kavēju nodarbības, jo neesmu vēl sagērbusies. Tad bija viena tāda reize, kad es piecēlos 4:00 no rīta, lai sāktu ģērbties un nekavētu to nodarbību, jo man tas sagādāja lielas grūtības un notika lēni. Tad vienā brīdī no rīta agri ienāca māsiņa un man teica – ko tu dari? Kad atbildēju, ka ģērbos, viņa man pateica – tu stulba esi, vai, ka tik agri ģērbies? Beigās bija tā, ka tā fizioterapeite neatnāca, jo aizgulējās, un viņa to pat nevienam nepateica, un neviens – man. Tad nu beigās jutos morāli pazemota, nomocījies un vēl nesaņēmu fizioterapeita konsultāciju.” (Insultu pārcietusī persona 2)

„Bija tāda reize no rīta, ka mums visiem uz galda nolika jogurtus, kas ir aiztaisīti ar to folija plēvīti pāri. Es toreiz to jogurtu neēdu, bet skatījos kā viens vīrietis viņu mēģināja ēst. Viņš vienkārši ar dakšu sadūra to augšu, lai tiktu klāt jogurtam. Tas laiks, kad es biju, bija ziemassvētku laiks un jaunais gads. Tad mums bija svētku vakariņas un svētku brokastis. Abās mums deva kāruma sieriņus – neatpakotus. Protams, viņi tur stāvēja un neviens neēda, jo nevarēja attaisīt. Tā, nu, māsiņa rindiņā viņus savāca un vēl noteica – ko tad jūs viņus neēdat. Viņa pat neaizdomājās, ka mēs viņus nevaram attaisīt.” (Insultu pārcietusī persona 2)

„Slimnīcā viss bija labi, nevarētu teikt, ka kaut kas bija slikts. Vienīgi bija viena māsiņa, kas teica, ka tie jau visi ir guļoši, tiem neko nevajag. Pat pamperus slikti mainīja. Vēl slimnīcā slikti bija tas, ka mums atnesa brokastis uz paplātēm – olu čaumalā, nazīti un sviestu. Bet mēs jau to nevarējām izdarīt. Ilgi mocījies, līdz kaut kā noknibināju olu. Bet beigās viņa aizriepoja un nokrita. Neviens tā arī nenāca un nepārliedzinājās, ka esam paēduši, nepiedāvāja palīdzēt. Es arī neprasīju, jo sapratu, ka viņiem jau bez tā ir ko darīt.” (Insultu pārcietusī persona 4)”

„Starp citu, jau toreiz, kad uz vietējo slimnīcu atbrauca daktere no Valmieras, viņa jau pateica, kas tiek darīts nepareizi – ka vajag pieiet no slimās puses. Tad mēs visu pārkārtojām palātā. Vietējā slimnīcā arī bija tāds gadījums, ka gandrīz nomira, jo bija plīsis urīnpūslis vai tml., jo mamma nebija trīs dienas čurājusi pamperā. [..] Rehabilitācijas centrā X māsiņa zāles nepareizi deva. Es to pamanīju un biju dusmīga, jo zināju, kuras jādod no rīta un kuras vakarā.” (Insultu pārcietušās personas meita 1)

Būtiskai lomai insulta ārstēšanas procesā būtu jābūt **ģimenes ārstam**, kas ir primārās veselības aprūpes ārsts – pirmais padomdevējs un konsultants pacientam. Intervijās tika konstatēts, ka vairākos gadījumos intervētie tuvinieki jūt aizvainojumu pret insultu pārcietušā cilvēka ģimenes ārstu, jo tas nav brīdinājis viņus vai insultu pārcietušo personu par insulta un citu saslimšanu riska faktoriem, nav rekomendējis pārbaudīties, nav veicis attiecīgās

pārbaudes. Novērojuma rūgtuma un aizvainojuma sajūta par to, ka persona lūdz nosūtījumu, balstoties uz kādām aizdomām, bet ģimenes ārsts to neizsniedz.

„Vislielākais pārmetums, nav jau pierādījumi, bet morāli var pārņemt to, ka viņai, iespējams, bija iespējas novērst šo insultu. Nevaru pateikt, cik precīzi, bet dažus mēnešus pirms tam bija bijis mikro insults viņam. To konstatēja slimnīcā izmeklējamās. Man prasīja ārsti - Jūs nezināt, viņam rāda, ka viens jau ir bijis. Ļoti neliels. Bija tāds gadījums, ka viņš virtuvē bija noģībis. Viņš viesojās pie ģimenes ārsta citā sakarā, pateica, bet ārste neko - visiem tā var gadīties. Te man liekas būtu jāraksta nosūtījums, būtu jāiesaka aiziet vismaz pārbaudīties pašam. Bet netika nekas tāds pateikts. Protams, viņa nevar iedziļināties katrā, bet varēja pateikt vismaz tādu hipotēzi.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

„Nu, ko ģimenes ārsti – nomēra vispārējos parametrus un viss. Uz tādām lielākām pārbaudēm un apsekošanām uz slimnīcu viņš nebija bijis. [...] Pirmkārt, ģimenes ārsts – man tāda sajūta, ka viņi nemāk līdz tam cilvēkam aiziet, informāciju aizvadīt līdz cilvēkam, neuzskata par vajadzīgu izstāstīt, kādas sekas var būt. Ko viņi izdara, izraksta zāles un dzer. Kontroles pēc tam nav nekādas – nu, ka tev, piemēram, ir jāatnāk pēc kāda laika, jāveic mērījumus.. Nekā no tā! Tu atnāc, tev sāp galva – izraksta zāles, viss, forši. Vai asinsspiediena zāles. Nekas netiek skatīts kontekstā. Laukos tas viss vispār ir izteikts. Tu atnāc Rīgā, poliklīnikā – tur vismaz tie speciālisti ir. Bet te laukos nav nekā.” (Insultu pārcietušās personas meita 2)

„Vispār esmu uz viņu (ģimenes ārsti) apvainojusies. Neizrakstīja nosūtījumu pie ārsta, kas pārbauda trombus, jo vispār jau dēlam bija iedzimta nosliece uz to.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

Atsevišķi intervētie arī norādījuši, ka pēc insulta gadījuma ģimenes ārsts nav interesējies, kā pacients jūtas, saturiski nav iesaistījies personas ārstēšanas un rehabilitācijas procesos. Kā secinājuši pētnieki ārvalstīs, ģimenes locekļiem ir nepieciešams nodrošināt iespēju apspriesties ar kādu speciālistu par savu vientulības un izolācijas sajūtu (Albert, 1996). Un Latvijas gadījumā šim speciālistam būtu jābūt ģimenes ārstam, jo viņš ir zinošākais, par pacienta kopējo veselības stāvokli: *„Attiecībā uz sadarbību ar ģimenes ārstiem – tā ģimenes ārste pat nepainterēsējas, kā vecmammai ir. Vismaz reizi gadā varēja painterēsēties. Jā, viņai ir daudz pacientu, bet cikiem no tiem ir bijis insults? Viņai vajadzētu pajautāt, vai viņai kaut ko nevajag. Tā ārste mūsu ģimenei jau ir 50 gadus tomēr. Esmu vīlusies dakterē.” (Insultu pārcietušās personas mazmeita 2)*

Lielākajā daļā gadījumu sadarbība ar ģimenes ārstu insulta gadījumā bijusi formāla – nosūtījuma saņemšanai, invaliditātes nokārtošanai, zāļu recepšu ieguvē: *„Ar ģimenes ārstu vispār runājām tikai pa telefonu. Viņa palīdzēja nokārtot invaliditātei papīrus. [...] Ģimenes ārsts mums raksta nosūtījumu, ka vajag tehniskos palīglīdzekļus, uz ko esam pieteikušies.” (Insultu pārcietušās personas meita 1)* Tas arī ir viens no skaidrojumiem, kādēļ vairāki intervētie uzskata, ka ģimenes ārsts ir lieks posms insulta ārstēšanā, uzskatot to drīzāk par apgrūtinājumu, īpaši laukos, kur ģimenes ārsta sasniedzamība bieži ir slikta, ārsta darba laika, lielo attālumu un sabiedriskā transporta nepieejamības dēļ, jo īpaši gadījumos, kad personai

pēc insulta ir būtiski ietekmētas fiziskās spējas – persona nevar pārvietoties vai nespēj runāt. Viena no insultu pārcietušajām personām rekomendē atvieglot šo rehabilitācijas saņemšanas procedūru, lai personai, kura ir pārcietusi insultu, nevajadzētu tērēt laiku nosūtījuma saņemšanai. Ieteikums ir nosūtījumu uz rehabilitāciju un pie rehabilitologa noformēt jau uzreiz pēc insulta - slimnīcā, jo tajā ir pieejami visi nepieciešamie speciālisti: „Šobrīd ir tā, ka, lai saņemtu mājas rehabilitāciju, vajag rehabilitologa nosūtījumu. Sanāk tā, ka, lai dotos pie rehabilitologa, vajag ģimenes ārsta nosūtījumu. Process ir garš, un cilvēkam, kas ir uz gultas vai daļēji paralizēts, tas ir sarežģīti. To procesu varētu mierīgi atvieglot. Slimnīcās, kad persona ārstējas pēc insulta, ir visi vajadzīgie ārsti. Tur tad rehabilitologs uzreiz varētu izrakstīt nosūtījumu, kā arī iedot sarakstu vai pateikt, kur atrast sarakstu ar personām, kas sniedz rehabilitāciju mājas apstākļos.” (Insultu pārcietusī persona 2)

Jānorāda, ka ne visi intervētie sadarbību ar ģimenes ārstu vērtē kritiski. Intervētajiem ir bijusi arī pozitīva sadarbības pieredze. Divas intervētās ir norādījušas labas atsauksmes par sadarbību ar ģimenes ārstu, norādot, ka ārsts ir sniedzis nepieciešamo informāciju, atbildējis uz uzdotajiem jautājumiem, palīdzējis rehabilitācijas procesā un sociālā atbalsta no pašvaldības iegūšanā: „Es pati interesējos, visu prasīju ģimenes ārstam. Ģimenes ārste mums ir ļoti laba. [...] Viņa arī vienmēr nonāk lejā, kad piebraucu ar mašīnu, jo zina, ka vīrs nevar uzkāpt uz otro stāvu. [...] Ģimenes ārsts pieprasīja aprūpes pabalstu. Tā kā nestrādāju un pati aprūpēju, varu saņemt aprūpēšanas pabalstu.” (Insultu pārcietušās personas sieva 1). Abos gadījumos ģimenes ārsta prakses atradās lauku teritorijā, kas varētu būt viens no skaidrojumiem, kādēļ saņemta personīgāka attieksme nekā no ārstiem Rīgā.

6.2.2. Sociālie pakalpojumi

Apakšnodaļā ir raksturota indivīdu pieredze sociālo pakalpojumu izmantošanā.

Zināšanas par dažādiem sociālajiem pakalpojumiem, uz kuriem var pretendēt persona ar invaliditāti vai funkcionāliem traucējumiem, intervētajiem kopumā raksturojamas kā vājas un visbiežāk ir iegūtas krietnu laiku pēc insulta. Kā piemēru var minēt zināšanas par iespēju saņemt tehniskos palīgīdzekļus, profesionālās piemērotības noteikšanu un profesionālās rehabilitācijas pakalpojumu, kā arī sociālās rehabilitācijas pakalpojumu SIVA.

„Neko neviens nav teicis, bet zinu, ka ir SIVA. Bet ko tieši un kā viņi piedāvā, nezinu. Nezinu ne kritērijus, ne ko tur piedāvā apmācīt. Vispirms jābrauc pārbaudīt pašai – negribas, lai cilvēkam aplauž spārnus. Pateiks, ka varat tikai pakot kastītes. Cilvēku jau var salauzt ļoti ātri.” (Insultu pārcietušās personas māte 1)

„Es, ja godīgi, īsti neesmu informēts par to, ko viņam dotu šāds process, ja viņš tagad noformētos par invalīdu. Mani interesētu - kas tur varētu būt tāds, kas viņu varētu

interesēt. Tas, kas varbūt varētu būt aktuāli gan viņam, gan mums - nedod Dievs, ka kaut kas līdzīgs gadās, tad ideāli, ka kāds cilvēks var tur aiziet. Es pat nezinu, kur griezties, neesmu interesējies. Tā kā ziemā bija liels saasinājums, mēs tikām galā. Bet, ja vēl kāds tāds saasinājums - kaut kāds atbalsts, kaut īslaicīgs atbalsts būtu nepieciešams.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

Zināšanu par sociālajiem pakalpojumiem nodošanā liela loma ir konkrētajai pašvaldībai un personām, kuras ir iesaistītas insultu pārcietušās personas aprūpē. Viens no interviju gadījumiem norāda, ka arī ģimenes ārstam var būt nozīmīga loma šajā procesā. Konkrētajā gadījumā ārsts pacientam ieteica vērsties sociālajā dienestā un palīdzēja noformēt pieprasījumu pēc aprūpes mājās pakalpojuma. Šādas prakses, kad atbalsta pieprasīšanā iesaistās ģimenes ārsts, ir vērtējamas atzinīgi, jo insultu pārcietusī persona vai viņas tuvinieki ne vienmēr ir informēti par iespēju vērsties sociālajā dienestā, un arī sociālā dienesta rīcībā bieži nav informācijas par potenciālo klientu. To, ka ir nepieciešams veicināt sadarbību starp veselības un sociālās jomas pārstāvjiem norāda arī intervētā rehabilitācijas speciāliste: „Sadarbība ir nepieciešama, lai zinātu, kas notiek, kad slimnieks aiziet uz laukiem, jo rehabilitācija turpinās arī tur. Slimnīcas vēlas saņemt atgriezenisko saiti. Sociālos darbiniekus nepieciešams labāk informēt par iespējām, ko var saņemt insulta slimnieks. Šobrīd sociālie darbinieki nezina, tas kavē rehabilitāciju. Ja būtu labāka sadarbība, varētu būt mazāk atkarīgo slimnieku. Šobrīd tā ir problēma, ka valsts nenodrošina šo vidusposmu – slimnieks iziet no slimnīcas, nonāk pie sociālā darbinieka – bet starp abām institūcijām nav sadarbība un informācijas apmaiņa (jo valsts to neparedz – slimnīcai vairs nav nekādas daļas, kas notiek tad, kad slimnieks aiziet).” (Vidzemes slimnīcas Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste)

Veicot empīrisko pētījumu autore konstatēja, ka vairākiem insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu ģimenes locekļiem ir bijusi pieredze sociālo pakalpojumu pieprasīšanā un izmantošanā, piemēram, sociālās rehabilitācijas un tehnisko palīglīdzekļu izmantošanā. Ir konstatēti arī tādi gadījumi, kad personas ir vērsušās sociālajā dienestā pēc palīdzības, bet pakalpojums tiek atteikts pakalpojuma sniedzēju trūkuma vai citu iemeslu dēļ.

„Vienreiz biju aizgājusi, gribēju pavaicāt, vai sniedz kādu atbalstu, jo man tās visas rehabilitācijas un zāles. Viņi teica, ka nē – tikai maznodrošinātajiem. Es prasīju, ka varbūt vismaz vienreizēju kādu pabalstu. Viņi teica, ka man dzīvoklī ir bērni deklarēti, ka neskaitos arī viena. Ka tad jādeklarē ārā. Bet es tā arī atstāju.” (Insultu pārcietusī persona 4)

„Jā, zvanījām uz sociālo dienestu. Prasījām, vai varētu atnākt mammu pabarot. Viņi teica, ka diemžēl šādu pakalpojumu vairs nevar nodrošināt, jo tagad valsts prasība, ka to dara kvalificēti speciālisti. [...] Tad ir tāda lieta, ka valsts apmaksā viena dzīvokļa iekārtošanu. Taču šis cilvēks jau viens nevar dzīvot. Domājām par īri Rīgā, taču īrētu dzīvokli jau neviens neļaus iekārtot – pārtaisīt.” (Insultu pārcietušās personas meita 1)

Pētījuma ietvaros autore saskārās ar gadījumiem, kad sociālo pakalpojumu izmantošanu kavēja ne tikai pakalpojumu nepieejamība, bet arī tas, ka insultu pārcietusi persona nevēlas sadarboties un tikt aprūpēta no svešas personas puses un šī persona neuzskata konkrēto pakalpojumu par sev nepieciešamu. Tāpat šo pakalpojumu izmantošanu kavēja tuvinieku uzskati - nespēja savu tuvinieku nodot citas personas gādībā, norādot sirdsapziņas pārmetumus saistībā ar to, ka insultu pārcietušais cilvēks tomēr par viņu visu mūžu ir rūpējies (Insultu pārcietušās personas meita 1, Insultu pārcietušās personas mazmeita 1).

6.3. Veselīga dzīvesveida piekopšana un insulta profilakse

Lai novērtētu, cik meistarīgi attiecībā uz insulta profilaksi ir insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki, apakšnodaļā ir veikta analīze par to, kādas darbības saistībā ar veselības saglabāšanu un uzlabošanu, t.sk. insulta risku mazināšanu, ir piekropuši un piekopj insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki.

Insulta riska faktori ir augsts asinsspiediens, cukura diabēts, augsts holesterīna līmenis, asinsrites slimības, smēķēšana, alkohola lietošana, aptaukošanās un fizisko aktivitāšu trūkums (Wong et al., 2012). Šie faktori ir ietekmējami un ir atkarīgi no personas dzīvesveida. Tādējādi secināms, ka insulta profilaksē būtiska loma ir personas zināšanām par to, kāds dzīvesveids var novest pie dažādām saslimšanām, un meistarībai šīs zināšanas pielietot praksē. Tas ir būtiski insulta gadījumā, jo pēc tā pieaug atkārtota insulta risks.

Šādu pratības kopumu, kas saistīts ar slimību profilaksi un veselības veicināšanu, akadēmiskajā literatūrā apzīmē ar jēdzienu „profilakses sfēra”. Tā ietver aktivitātes, ko indivīdi veic saistībā ar veselības saglabāšanu un uzlabošanu – t.i., preventīvus pasākumus, lai nesaslimtu, laicīgu došanos pie veselības aprūpes speciālista veselības problēmu gadījumos vai, identificējot slimību pazīmes un riska faktorus. Tāpat šī profilakses sfēra sevī ietver iesaisti pašaprūpē un slimības pārvaldībā (Kutner et al., 2006: 3).

Analizējot insultu pārcietušo cilvēku meistarību veselības profilakses jomā pirms insulta, secināms, ka tā intervēto vidū ir bijusi atšķirīga. Vairākos gadījumos insultu pārcietušie cilvēki drīzāk ir piekropuši neveselīgu dzīvesveidu (trekns uzturs, maz fizisko aktivitāšu, kaitīgie ieradumi). Neveselīgs uzturs vairāk ir raksturīgs gados vecākiem cilvēkiem, kuri biežāk uzturā lieto trekņus ēdienus - latviešu tradicionālo virtuvi, un vienlaikus aktīvi nepiekopj fiziskās aktivitātes. Tas ir novērojams pat lauku teritorijās, kur personu rīcībā ir mazdārziņi ar svaigiem sezonālajiem dārzeņiem un augļiem: *„Es to secinu arī pēc savs mammas. Man liekas, viņai jau tagad ir veselības problēmas. Ceru, tās nekad*

neizvērtīsies insulta formā. Bet viņa dzīvo neveselīgāk. Mums ir visi dārzeņi, man liekas paradīze. Bet viņa viņus vienkārši nelieto. Viņa ēd gaļu. Kaut ko sacep, saliek ar pienu, miltiem - trakos treknos sacepumus. Kad braucu ciemos, viņa saka, mums viss ir mājās, neko nevajag. Bet, lai es uztaisītu salātus, izrādās man nekā nav. Ir majonēze, bet vienkāršas olīveļļas nav. Kaut kā tā.” (Insultu pārcietušās personas meita 2). Uztura paradumus insultu pārcietušām personām un viņu tuviniekiem kopumā ir bijis grūti mainīt arī pēc insulta.

Vairākos gadījumos insultu pārcietušās personas pirms insulta aktīvi smēķēja un/vai pārmērīgi lietoja alkoholu. Tāpat novērojams, ka vairāki insultu pārcietušie cilvēki pirms insulta bija izjutuši stresu un nomāktību darbā, ko viņi uzskata par vienu no insulta cēloņiem.

„Līdz notikuma dienai, noteikti arī iepriekšējā vakarā, viņš ļoti aktīvi smēķēja. Sieva viņu dzina ārā, tad viņš uz balkona gāja. Pacīņa divās dienās, bet agrāk pat paciņu vai vairāk dienā, jo viņš bija vienā rūpnīcā viens no vadošajiem cilvēkiem, 80 pakļauti cilvēki. Darbs bija stresains.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1).

„Vispār jau man liekas, ka tas darbs bija viens no cēloņiem, kāpēc dabūju insultu. Tā ir, ja tu staigā īgns un tā – tas viss mani žņaudza kaklā, un tur es arī dabūju insultu – tur man plīsa asinsvads.” (Insultu pārcietusī persona 2)

Intervijās secināts, ka pirms insulta vīrieši biežāk ir piekropuši neveselīgu dzīvesveidu. Viņi arī retāk ir devušies pie ārstiem un retāk veikuši profilaktiskas pārbaudes pat tad, kad viņiem ir bijušas veselības problēmas. Piemēram, vienā gadījumā persona bija noģībusi un pēc tam atteicās doties pie ārsta uz izmeklējumiem (šajā gadījumā vēlāk tika atklāts, ka personai ir bijis mikro insults).

„Un, ka teica, ka viņš skaldījis malku, sareiba galva un nokrita zemē.. Tādas lietas.. Kaut kādas epizodes iepriekš parādījās. Ja viņš būtu domājis par savu veselību iepriekš, būtu bijis savādāk, labāk.” (Insultu pārcietušās personas meita 2)

„Jā, asinsspiediens jau viņam sen. Viņš bija Černobiļas seku likvidators, tas viss varbūt no tā. Bet, kad bija jauns, tad jau neklausījās, un viņam tas nelikās nekas būtisks. Es viņam teicu, lai iet pie ārsta, bet viņš neko. No tā radās visas citas problēmas – sirds mazspēja, insults utt.” (Insultu pārcietušās personas sieva 1)

Pēc insulta insultu pārcietušie cilvēki lielākoties savu dzīvesveidu padarīja veselīgāku. Vairumā gadījumu personas sāka ēst veselīgāk, atmeta smēķēšanu un samazināja vai pārtrauca lietot alkoholu, kā arī uzsāka regulāras fiziskās aktivitātes ar mērķi mazināt atkārtota insulta risku, ātrāk atgūt fiziskās spējas un kļūt patstāvīgākiem.

„Vecmamma taisīja vingrojumus. Viņai tos parādīja slimnīcā. Slimnīcā arī pateica, ka ja netaisīs, tad būs čau, tāpēc vecmamma taisīja.” (Insultu pārcietušās personas mazmeita 2).

„Jā, tagad pēc insulta skatāties, ko ēdam. Skatāties, lai ēdiens ir liesāks, mazāk trekns. Jo īpaši tāpēc, ka vīrs nekustas. Tur jau gan ir tā, lai kā ēstu, ja nav fizisko aktivitāšu, tāpat būs kā būs. Bet cenšamies. Krējumu izvēlamies maksimums 15%, tad labāk ēdam putnu gaļu, liesāku trusīti utt.” (Insultu pārcietušās personas sieva 1)

Lai arī insultu pārcietušie cilvēki ir informēti, ka smēķēšana pēc insulta gadījuma ir jāatmet pilnībā, lai mazinātu atkārtota insulta risku vai citas saslimšanas, divos gadījumos personas turpināja smēķēt arī pēc insulta. Abos gadījumos tās ir gados jaunākas personas, un abos gadījumos insults ir atstājis būtisks sekas uz šo personu fiziskajām spējām. Kā pamatojuši tuvinieki un insultu pārcietušie - personas no šiem ieradumiem neatsakās, jo tā, viņu skatījumā, ir atteikšanās no dzīves baudām un dzīve tādējādi kļūtu nebaudāma: „*Pēc insulta viņš dzīvoja veselīgi, tagad arī lielākoties jā. Viņš nesmēķē un darba dienās nedzer, taču brīvdienās iedzer vīnu – pusi pudeli gan, kas ir par daudz. [...] Cilvēks nevar visas baudas nogriezt, tad jau pazūd jēga dzīvot. Tāpēc arī domāju, ka pēc insulta visi cilvēki neatmet kaitīgos ieradumus.*” (Insultu pārcietušās personas dēls 3)

Bieži ģimenes locekļi ir tie, kuri mudina insultu pārcietušo cilvēku mainīt savus dzīvesveida paradumus, tos padarot veselīgākus, un kuri mudina ziņot saviem tuviniekiem un mediķiem par jebkādam veselības sūdzībām un profilaktiski pārbaudīt savu veselību. Arī paši ģimenes locekļi pēc insulta bieži ir kļuvuši meistarīgāki attiecībā uz savu veselību. Insulta gadījums ģimenēm ir licis pievērsties veselīgākam uzturam, veicinājis samazināt kaitīgos ieradumus un veikt profilaktiskas veselības pārbaudes.

„Nu, es esmu ļoti aizdomājies, ko tas sevī ietver, un esmu tam pievērsusies daudz vairāk nekā iepriekš.” (Insultu pārcietušās personas meita 2)

„Zināt, kas notika pēc tā gadījuma - es aizlikos uz turieni pārbaudīt sevi, jo arī 50-gadnieki var nokrist. Un, kad es izlasīju kaut kur, ka šī lieta var būt ģenētiska, es aizgāju uz turieni pārbaudīties.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1)

6.4. Tuvinieku un sabiedrības locekļu insultpratības veicināšana

Šajā apakšnodaļā ir apkopota informācija par darbībām, kuras insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki veic, lai sekmētu citu indivīdu – draugu, paziņu un ģimenes locekļu - insultpratību, lai tādējādi palīdzētu tiem laicīgāk apzināt insulta riska faktoros un pazīmes, kā arī palīdzētu ar zināšanām insulta ārstēšanas, rehabilitācijas gadījumā un dzīves pēc insulta posmā.

Pratības augstākā pakāpe insulta gadījumā ir indivīda iesaiste tādās aktivitātēs, kas veicina tuvinieku, paziņu vai citu sabiedrības locekļu informēšanu par insulta riska faktoriem un pazīmēm, kas palīdz tiem apzināties veselības un sociālo pakalpojumu sniegtās iespējas, kā arī iesaiste tādās aktivitātēs, kurās psiholoģiski tiek atbalstītas citas insultu pārcietušās personas. Divas no intervētajām insultu pārcietušajām personām iesaistās aktivitātēs, kurās tiek sniegts psiholoģisks atbalsts insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem, viņas

dalās savā pieredzē un zināšanās par pieejamo valsts atbalstu personām pēc insulta, par vingrojumiem, ko veikt, lai attīstītu fiziskās un runas spējas. Kā norādījusi viena no intervētajām personām, ņemot vērā, ka insultu pārcietušajiem cilvēkiem ir līdzīgas problēmas un jautājumi, viņa vēlējas radīt platformu, kur šie cilvēki varētu mijiedarboties, cits citu atbalstīt un apmainīties pieredzēm: „*Tad, kā teicu, pamanīju uz ielas, ka ir daudz insultnieku. Tā kā visiem ir vienādas vajadzības un problēmas, tad gribēju izveidot vienu vietu, kur visi var saņemt psiholoģisko palīdzību. [...] Man katru dienu kāds zvana, taču no desmit, kas zvana, atnāk viens. Es tad prasu, vai staigā, vai nē, un tad es kaut ko iesaku, ko darīt. Ja prasa par medicīnisko, tad kaut ko pasaku, taču tā vairāk par psiholoģisko un vingrojumiem. Kad cilvēki uzzina, ka pašiem jāstrādā, daļa atkrīt, jo zūd motivācija. Tāpat vairāki prasa – kas man par to būs. Grib kaut kādu materiālo.*” (Insultu pārcietusī persona 3)

Vairāki intervētie pēc insulta gadījuma ir uzņēmušies gādību par ģimenes locekļu veselības veicināšanu caur sabalansētu un veselīgu uzturu. Piemēram, intervētais insultu pārcietušās personas dēls pēc insulta gadījuma daudz meklēja informāciju par veselīgu uzturu un veselīgu dzīvesveidu, ar savām zināšanām un aktivitātēm sekmēja to, ka viņa ģimenes locekļi arī sāka lietot veselīgāku uzturu un vairāk nodarbojās ar fiziskām aktivitātēm.

Intervijās secināts, ka pēc insulta personas saskaras ar informācijas trūkumu par dažādiem ar insultu saistītiem jautājumiem, kas tiem rada apjukuma un nedrošības sajūtu. Ņemot vērā, ka šādu personu skaits, kuras ik gadu skar insulta gadījums, ir liels, nepieciešams veidot vienotu, ērti pieejamu interneta platformu informācijas par insulta jautājumiem ieguvei, līdzīgi kā tas ir attiecībā uz citiem veselības jautājumiem, piemēram, „grutnieciba.lv”. Trūkst informācijas par to, ko darīt un kur vērsties pēc atbalsta insulta gadījumā, kādus vingrojumus mājas apstākļos drīkst un nedrīkst veikt, lai nepieļautu to, ka nezināšanas un nepareizas rīcības dēļ insultu pārcietušās personas stāvoklis pasliktinās. Ir nepieciešama informācija par to, kāds ir valsts un pašvaldību sniegtais atbalsts personām pēc insulta. Informācija jāveido pieejama visiem sabiedrības locekļiem, ļaujot to iegūt ātri un vienkārši. Vietne internetā un uz tā bāzes veidoti bukleti, kuri tiktu izsniegti slimnīcās un rehabilitācijas centros, atvieglotu ārstu darbu un mazinātu problēmas pacienta – ārsta interakcijā, kas rodas pacienta nezināšanas un informācijas nepietiekamības dēļ.

Autore secina, ka nozīmīgs darbs nākotnē ir veicams, lai sekmētu arī citu sabiedrības grupu insultprātību. Pirmkārt, nepieciešama sabiedrības izglītošana par to, kas ir insults, kādas ir tā pazīmes un rīcība insulta gadījumā, jo, kā pierāda empīriskais pētījums, pat gadījumā, kad tiek novērotas insultam raksturīgas pazīmes, personas kavējas izsaukt neatliekamo medicīnisko palīdzību. Insultu pārcietušās personas nereti nevēlas, lai tiek izsaukti mediķi,

uzskatot, ka viss ir kārtībā, un gaidot, kad veselības traucējumi pazudīs. Un tikai tad, ja šīs pazīmes nepāriet, viņi vēršas pēc medicīniskās palīdzības. Otrkārt, sabiedrība neprot atpazīt insultu pārcietušo personu. Intervēto vidū ir bijis gadījums, kad, insultu pārcietušai personai, vēršoties pēc palīdzības, viņa tiek noturēta par personu alkohola reibumā slikto runas spēju dēļ. Šāda pieredze ir traumatiska indivīdam, kurš lūdz palīdzību. Tāpēc ir būtiski veicināt sabiedrības toleranci un zināšanas par to, kādas var būt insulta sekas, un par nepieciešamību palīdzēt insultu pārcietušām personām.

Treškārt, ir būtiski, lai insultpratība tiktu veicināta arī insultu pārcietušo personu tuvinieku vidū – lai tuvinieki iesaistītos kopīgās aktivitātēs ar insultu pārcietušo personu, kopīgi darbotos pie uzdevumiem, kas vērsti uz šo personu spēju attīstīšanu. Esošajā situācijā ir gadījumi, kad radnieki norobežojas no kopīgu aktivitāšu veikšanas un nepalīdz saviem tuviniekiem veikt nepieciešamos vingrinājumus.

Ceturtkārt, ir jāveicina to personu insultpratība, kuras algotā darbā vai brīvprātīgi strādā ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem, jo darbā ar šo mērķagrupu ir nepieciešama iepriekšēja sagatavotība un zināšanas, kā reaģēt dažādās situācijās, piemēram, kad insultu pārcietusī persona piedzīvo emocionālus pārdzīvojumus.

Piektkārt, ir jāveicina insultpratība medicīnas aprūpes personāla vidū. Ir jāveicina viņu izpratne par insulta sekām un vajadzībām, ar kurām saskaras insultu pārcietušas personas, lai mazinātu gadījumus, kad personāla neprofesionālas rīcības dēļ insultu pārcietušie cilvēki jūtas pazemoti, piemēram, nespējot saģērbties vai nespējot atvērt produkta iepakojumu.

Sestkārt, tā kā insults rada psiholoģiskus pārdzīvojumus un depresiju, apstākļiem insulta vienībās, kurās persona nonāk uzreiz pēc insulta, ir jābūt motivāciju raisošiem. Esošajā situācijā insulta vienībās personas atrodas vienā telpā un cieši kopā, nereti sev blakus gultās redzot letālus iznākumus vai smagus insulta gadījumus. Kā norādījuši tuvinieki, šādi apstākļi ir raksturojami kā depresiju un psiholoģisku traumu raisoši, tāpēc jārada personiskāka – individuālāka aprūpe.

Septītkārt, ir jāveicina izpratne par personu ar funkcionāliem traucējumiem un invaliditāti vajadzībām politikas plānošanas līmenī. Šobrīd šo personu intereses pārstāv dažādas organizācijas. Lielākā no tām ir organizācija „SUSTENTO”, kura piedalās politikas plānošanas dokumentu izstrādē, uzklausa un pārstāv savu biedru intereses, kā arī gādā, lai plānošanas dokumentos netiktu izslēgtas kādu grupu vajadzības. Organizācija iestājas par to, lai politikas plānošanas līmenī, izprotot šo personu vajadzības, tiktu plānoti atbilstoši atbalsta pasākumi.

7. INSULTPRATĪBAS LOMA RĪCĪBAS STRATĒGIJU IZVĒLĒ, BIOGRĀFISKĀ PĀRRĀVUMA PĀRVARĒŠANĀ UN IEKĻAUŠANĀS SABIEDRĪBĀ PROCESĀ

Šajā nodaļā ir raksturota insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultpratības loma biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā, rīcības stratēģiju pēc insulta izvēlē, atveseļošanās pēc insulta un iekļaušanās sabiedrībā procesā. Tādējādi nodaļā sniegtas atbildes uz promocijas darba pētniecisko jautājumu un to, vai darbā aizstāvībai izvirzītā tēze ir apstiprinājusies.

Insultpratības loma rīcības stratēģiju izvēlē. Promocijas darbā veiktais empīriskais pētījums norāda uz to, ka tie indivīdi, kuri identificē un iegūst vairāk informācijas par insulta jautājumiem, arī biežāk īsteno dažādas rīcības stratēģijas insulta seku mazināšanai un atkārtota insulta riska mazināšanai. Tādējādi secināms, ka pratībai ir būtiska loma rīcības stratēģiju izvēlē pēc insulta.

Insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki, esot insultpratīgi, kļūst meistarīgāki attiecībā pret savu un tuvinieku veselību. Viņi izvēlas un piedomā pie tā, lai ievērotu veselīgāku dzīvesveidu nekā pirms insulta gadījuma, kas ietver gan veselīgāku uzturu un fiziskās aktivitātes, gan kaitīgo ieradumu mazināšanu: *„Biju lasījis, ka pēc pirmā insulta pieaug atkārtota insulta risks. Lasīju, ka svarīgs ir veselīgs uzturs un fiziskās aktivitātes. Pats lasīju un taisīju tēvam ēdienkarti. Ēdienkarte nebija specifiski pēc insulta, bet ievērojot vispārējus veselīga uztura ieteikumus - ar mērķi samazināt svaru, mazināt holesterīna līmeni, kā arī lai pārtika būtu tāda, kas labi pārstrādājas”* (Insultu pārcietušās personas dēls 3). Taču ne visi indivīdi vienmēr spēja pilnībā atteikties no kaitīgu ieradumu piekropšanas, to saistot ar nespēju atteikties no visām dzīves baudām. Promocijas darbā tika secināts, ka indivīdi ar lielāku insultpratību ne tikai biežāk maina veselības paradumus, bet arī biežāk izmanto savas interaktīvās insultpratības prasmes – vairāk jautā un diskutē ar ārstiem un medicīnas personālu par insulta jautājumiem.

Kā secināms veiktajā empīriskajā pētījumā, indivīda insultpratība ne vienmēr ir vienlīdzīga visās tās dimensijās - indivīds var aktīvi iegūt un pielietot informāciju, taču indivīdam var būt grūtības to kritiski novērtēt un viņš var pielietot apšaubāmu informāciju, kas neatbilst klīniskajām vadlīnijām un zinātniski apstiprinātām metodēm. Apšaubāmākas informācijas pielietošana vairāk raksturīga intervēto insultu pārcietušo cilvēku vidū, jo viņiem ir cerība, vēlme un motivācija pamēģināt jebkādu rīcību, kas viņiem sola panākumus – pat tad, kad par tās efektivitāti ir šaubas.

Rīcības stratēģiju pēc insulta izvēlē ļoti būtiska loma ir bijusi dažādiem ārējiem un strukturālajiem faktoriem. Pirmkārt, var norādīt insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku sociālos tīklus, jo īpaši paziņu esamību medicīnas darbinieku vidū. Šādā gadījumā personas ir ieguvušas vairāk informācijas par insulta situāciju un dažādām rehabilitācijas iespējām, kā arī agrīnāk ieguvuši valsts apmaksātus un privātus rehabilitācijas pakalpojumus. Otrkārt, loma rīcības stratēģiju izvēlē ir bijusi indivīdu rīcībā esošajiem finanšu līdzekļiem, jo gadījumos, kad ģimenes rocība ir bijusi lielāka, iegūtā informācija tika pielietota biežāk, īpaši attiecībā uz informāciju par rehabilitācijas pakalpojumiem, logopēda, ergoterapeita un fizioterapeita mājas vizītēm un pat dažādām terapijām ārvalstīs, kas vērstas uz insulta rezultātā zaudēto spēju attīstīšanu. Treškārt, būtiska loma ir bijusi valsts apmaksātu rehabilitācijas pakalpojumu pieejamībai, jo, lai arī indivīdi bija ieguvuši informāciju par iespējami agrīnākas rehabilitācijas nepieciešamību pēc insulta, ne visiem to uzreiz pēc insulta bija iespējams saņemt, jo uz rehabilitāciju NRC „Vaivari” bija jāgaida rindā: *„Rehabilitācija man bija Vaivaros – tur biju sešas reizes. Taču, lai tiktu, nācās gaidīt sešus mēnešus.” (Insultu pārcietusī persona 3).*

Promocijas darbā tika secināts, ka nozīmīga loma rīcības stratēģiju izvēlē bijusi arī personālam, kurš pacientu uzņēma konkrētajā medicīnas iestādē, un paša indivīda (insultu pārcietušā cilvēka vai viņa tuvinieka) personiskajiem faktoriem – attieksmei pret rīcību, kauna neesamību, lai diskutētu un vaicātu padomu veselības aprūpes personālam, un indivīda komunikācijas praksei. Ir intervētie, kuri ir bijuši neapmierināti ar valsts sniegto pakalpojumu, un ir intervētie, kuri pozitīvi vērtējuši sadarbību ar veselības aprūpes sniedzējiem, norādot, ka personāls ir sniedzis visu vaicāto informāciju gan par ārstēšanu un dažādām rehabilitācijas iespējām, gan agrīni pierakstījuši insultu pārcietušo personu rehabilitācijas saņemšanai - kamēr indivīds atrodas stacionārā. Pēc autores uzskatiem, šādos gadījumos loma ir bijusi gan konkrētā medicīnas personāla rakstura iezīmēm, gan paša pacienta attieksmei un komunikācijas praksei – jo pozitīvāks un cieņpilnāks sarunās ar personālu ir bijis pats patients vai viņa tuvinieks, jo vairāk medicīnas personāls ir centies pacientam palīdzēt.

Empīriskais pētījums apstiprina to, ka insultpratība labi papildina plānotās rīcības teorētisko modeli. Pirmkārt, iegūtā informācija par dažādiem insulta jautājumiem ietekmē indivīda attieksmi pret plānoto rīcību un tādējādi ietekmē viņa nodomu rīkoties. Iegūtā informācija ietekmē to, kā indivīds vērtēs konkrētās rīcības iespējamās sekas. Otrkārt, iegūtā informācija par dažādiem insulta jautājumiem ietekmē indivīda subjektīvās normas – t.i., uzskatu par to, kā pēc citu sabiedrības locekļu un medicīnas darbinieku puses, viņuprāt, būtu jārīkojas. Visbiežāk viedoklis par to, kā insultu pārcietušajam cilvēkam būtu jārīkojas, jau ir

ietverts dažādās ziņās, ko indivīdi vai nu izlasa, vai dzird no ārsta vai paziņām. Tālākā rīcība savukārt jau ir pašu indivīdu kompetencē – vai viņi atzīst šo rīcību par īstenojamu un sekas par efektīvām, un vai gala rezultātā to pielieto.

Iegūtās informācijas nepielietošanas iemesli ir dažādi. Viens no iemesliem ir konkrētās rīcības novērtēšana par nelietderīgu – tādu, kas neļaus sasniegt iecerēto rezultātu. Cits iemesls, kāpēc konkrēto rīcību indivīds neveic, ir dažādi ārējie un strukturālie faktori, kas to apgrūtina. Visbiežāk tie ir insultu pārcietušā cilvēka un viņa ģimenes ienākumi. Retāk, bet reizēm loma rīcības neveikšanā ir arī insultu pārcietušā cilvēka neticība savām spējām – neticība tam, ka indivīds pats spēs konkrēto rīcību paveikt, nevēlēšanās piedzīvot vilšanos un kauns no tā, ka iecerētais varētu neizdoties.

Darbā tika secināts, ka insultpratība plānotās rīcības teorijas modelī var darboties divpusēji. Pirmkārt, insultpratība ietekmē šajā teorijā minētos faktoros (attieksmes, subjektīvās normas). Otrkārt, šie faktori (attieksmes, subjektīvās normas) vienlaikus ietekmē arī pašu insultpratību, jo insultpratība ir skatāma kā zināšanu un rīcības kopums.

Insultpratības loma atveseļošanās pēc insulta procesā. Atveseļošanās procesā pēc insulta centrālā loma ir insultu pārcietušajam cilvēkam, jo viņš ir tas, kurš konkrēto rīcību savas veselības labā vai nu veic, vai neveic. Insultu pārcietušā cilvēka iesaiste atveseļošanās procesā var būt divējāda – smagākos insulta gadījumos viņam ir jāpielieto tuvinieku iegūtā vai ārsta sniegtā informācija, savukārt vieglākos insulta gadījumos vai tad, kad pēc insulta ir pagājis kāds laiks un ir atgūta daļa fiziskās spējas, insultu pārcietušajai personai pašai ir jāiegūst un jāpielieto ar insultu saistītā informācija, kas viņam palīdz iekļauties sabiedrībā. Iemesli, kas kavē insultu pārcietušā cilvēka rīcību, ir vājš savu spēju pašnovērtējums. Tas, kā pierāda intervijas, reizēm var būt spēcīgāks rīcību ietekmējošs faktors nekā tas, ka konkrētās rīcības sekas insultu pārcietušais cilvēks vērtē kā pozitīvas, vēlamas un noderīgas. Piemēram, viena no insultu pārcietušajām personām neapmeklēja profesionālās rehabilitācijas pakalpojumu, jo uzskatīja, ka viņas spējas ir par vājām konkrētajai programmai un ka viņai neizdosies sasniegt iecerēto. Šo savu spēju zemo pašnovērtējumu un attiecīgi pasivitāti rīcībā ietekmē psiholoģiskā trauma un biogrāfiskais pārrāvums, kas insultu pārcietušajam cilvēkam ir radies pēc insulta: *„Viņam tas psiholoģiskais vairāk. Tas viņu nomāca. Ja tagad paskatās uz tām sekām un kā viss noritēja, tad viņš katrā ziņā nepaklausīja ārstus, kas viņam teica, ka jāvingro un jāiet pastaigāties. [...] Kā mēs viņu piespiedīsim! Viņš iesāka ļoti pasīvu dzīvesveidu. Ja viņš būtu bijis aktīvāks, būtu bijis labāk, būtu tonuss. Viņam psiholoģija aizgāja tāda - ka es agrāk biju spēcīgs un visu varošs, bet tagad pēkšņi esmu nekāds. Viņš tā arī dažkārt ir teicis - es nekad nevarēju iedomāties, ka tādas varētu būt vecumdienas. [...]*

Viņam tas šoks par to, kas ar viņu noticis, bija tik liels, ka viņš labāk neko nedara un dzīvo, kā ir.” (Insultu pārcietušās personas dēls 1). Atsevišķos gadījumos pasivitāti rīcībā radīja arī kauns par savu fizisko nespēju un kauns no citu sabiedrības locekļu nosodījuma vai izsmiešanas: „Viņi vairāk noslēdzas un paliek mājās. Viņi to uzskata paši par savu tā kā negodu, kaunu, savu nespēju.” (Insultu pārcietušās personas meita 2)

Promocijas darbā iegūtās atziņas norāda, ka insultpratībai ir nozīmīga loma atveseļošanās pēc insulta procesā. Tuvinieku pratībai (īpaši funkcionālajai un interaktīvajai pratībai) ir galvenā nozīme tajā, lai iegūtu informāciju par to, ko insultu pārcietušajam cilvēkam nepieciešams veikt savas veselības labā, lai palīdzētu viņam šīs norādes pildīt un lai spētu pārliecināt un motivēt insultu pārcietušo cilvēku aktīvi īstenot nepieciešamās darbības. Savukārt insultu pārcietušās personas loma ir tā, lai konkrētā rīcība tiktu veikta. Jo lielāka ir insultu pārcietušā cilvēka un viņu tuvinieku pratība, jo atveseļošanās process būs veiksmīgāks. Šajā apgalvojumā gan ir jāņem vērā tas, ka situāciju atsevišķos gadījumos var ierobežot ārējie strukturālie faktori un ka katrs insulta gadījums ir individuāls, radot atšķirīgas sekas uz personas funkcionālajām un kognitīvajām spējām. Tāpēc, vērtējot personas atveseļošanās progresu pēc insulta, ir jāņem vērā konkrētā indivīda izaugsme, salīdzinot to ar situāciju, kāda tā bija uzreiz pēc insulta. Insultpratība insulta gadījumā nozīmē to, ka indivīds nekavējoties uzsāks rehabilitāciju, kas, cita starpā, var būt arī dažādi regulāri vingrojumi mājās apstākļos, kā arī indivīds precīzi pildīs ārsta dotās norādes attiecībā uz medikamentu lietošanu, ārstu vizītēm, veselīgu dzīvesveidu ar mērķi uzlabot savu funkcionālo stāvokli un mazināt atkārtota insulta risku.

Insultpratības loma biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā. Veselīgās dzīves gaidas un uzskats, ka es nodzīvošu garu un veselīgu dzīvi, ir tas, kas tik ļoti iedragā insultu pārcietušās personas dzīvi pēc insulta, jo insulta gadījums ir pēkšņs, negaidīts un bieži rada paliekošas sekas personas veselībai, t.i., rada smagus un vidēji smagus funkcionālus traucējumus. Lai arī pašu insultu pārvarēt šī vārda tiešajā nozīmē nevar, insultu pārcietušajai personai ir iespēja veikt biogrāfisko darbu, lai mazinātu vai pārvarētu biogrāfisko pārrāvumu, ko viņa dzīvē ir radījis insults. Ņemot vērā, ka insultpratībai ir pozitīva loma atveseļošanās pēc insulta procesā, tā netieši sekmē arī biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanu, jo labāks funkcionālais stāvoklis, atgūtas vai daļēji atgūtas funkcionālās spējas palīdz vairost insultu pārcietušās personas pašvērtējumu un pārliecinātības sajūtu, tādējādi atgūstot kontroli pār savu dzīvi. Biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanu jeb precīzāk darbu pie tā palīdz nodrošināt komplekss dažādu faktoru kopums, tāpēc noteikti nevar apgalvot, ka tikai insultpratība būs tā, kas pārrāvumu palīdzēs pārvarēt.

Empīrijā analizētie gadījumi viennozīmīgi nenorāda uz to, ka kādai no personām būtu pilnībā izdevies pārvarēt biogrāfisko pārrāvumu. Biogrāfiskais pārrāvums ir pārvarēts tad, kad indivīdam ir izdevies normalizēt ikdienas dzīvi un pieeju resursiem, pārvarēt atkarību no tuviniekiem (Bury, 1982: 169), atgūt pašpārliecinātību un pašvērtējumu (Sveen et al., 2016: 2-4), stabilizēt laiku, finanšu, cilvēku resursus (Pranka, 2015: 31).

Smagāku insultu gadījumā indivīdiem visbiežāk neizdodas atgūt to funkcionālo stāvokli, kāds tas bija pirms insulta, un tas kavē viņu spēju atgūt pašpārliecinātību un pašvērtējumu. Un, tā kā pēc insulta pieaug atkārtota insulta risks, insultu pārcietušo personu un viņu tuvinieku vidū arī pastāv bailes no atkārtota insulta - tāpēc insultu pārcietušajiem cilvēkiem rodas nedrošības sajūta par savu ķermeni. Nedrošības sajūta, kā arī sajūta, ka persona joprojām ir slima, kavē biogrāfiskā pārrāvuma pilnīgu pārvarēšanu: „*Te man bija arī tas, ka es pēc insulta vairs nebiju tāda, kā pirms. Un man vēl aizvien likās, ka esmu slima, jo nebija tā, kā agrāk. Taču ārstiem likās, ka esmu vesela, jo dzīvībai briesmas nedraudēja, biju „izārstēta”.*” (Insultu pārcietusī persona 2).

Intervijās aplūkotie insulta gadījumi norāda, ka prasme atrast informāciju par algota darba iespējām, nodarbošanos un brīvā laika pavadīšanas iespējām personām ar funkcionāliem traucējumiem un invaliditāti palīdz normalizēt insultu pārcietušo personu dzīvi, palīdz mazināt biogrāfisko pārrāvumu un veicina iekļaušanos sabiedrībā. Arī pratība sevi aprūpēt un tikt galā ar ikdienas darbiem, nepieciešamības gadījumā piesaistot ergoterapeitu, var mazināt ievainojamības sajūtu un sajūtu, ka persona ir palikusi bez atbalsta. Tādējādi pratība ir solis ceļā uz biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanu.

Insultpratība palīdz veikt biogrāfisko darbu, kas ietver indivīda atskatu uz savu dzīvi kopumā, uz pagātņi un uz savu nākotni (Schilling, 2015: 476), slimības izpratni un tās rašanās interpretāciju, atbilžu meklēšanu par savām jaunajām attiecībām ar pasauli, savas biogrāfijas turpināšanu vai pārvarēšanu (Pranka, 2015: 113&162). Ja indivīds spēj iegūt informāciju par citu insultu pārcietušo personu pieredzi, ja indivīds spēj iegūt un pielietot informāciju par atbalsta organizācijām insultu pārcietušajiem cilvēkiem vai spēj iegūt informāciju par iespēju saņemt psiholoģisko palīdzību, tas var palīdzēt biogrāfiskā darba veikšanā. Psiholoģiska palīdzība, tikšanās ar citiem insultu pārcietušajiem cilvēkiem un jomas speciālistiem var palīdzēt vīzijas jeb iedomātās nākotnes tēla izveidei, motivācijas rašanai, kas var veicināt aktīvu indivīda rīcību savas veselības un psiholoģiskā stāvokļa uzlabošanai, kā to autore novēroja gan veiktajās intervijās, gan veiktajos līdzdalības novērojumos: „*Lielāko izmisumu rada tas, ka tu nezini, ko darīt ar savu dzīvi, visu laiku ko gaidi. Šādos gadījumos liela loma ir*

VIGOR tipa organizācijām. Ir jāgrib dzīvot tādām, kāds tu esi. Tad, kad cilvēks sāk pieņemt savu stāvokli, tad jau viņš sāk saprast, ko darīt ar savu dzīvi.” (Insultu pārcietusī persona 2)

Insultprātības loma iekļaušanās sabiedrībā procesā. Sociālā iekļaušanās jeb iekļaušanās sabiedrībā akadēmiskajā vidē tiek uzskatīts par kompleksu jēdzienu. Visbiežāk iekļaušanās tiek asociēta ar būšanu akceptētam kā personai ar invaliditāti, piemērotiem un pienācīgiem dzīves apstākļiem, būšanu nodarbinātam darba tirgū, iesaisti kopienas dzīvē un mijiedarbību ar citiem sabiedrības locekļiem, formālu un neformālu atbalstu (Clifford-Simplican, 2015: 19). Iekļaušanos parasti analizē tādās dimensijās kā darba tirgus un materiālo līdzekļu pietiekamība, sociālās attiecības un līdzdalība, pieeja dažāda veida pakalpojumiem (kultūras, izglītības u.c.).

Insultprātība ir primāri orientēta uz ar insultu saistītas informācijas iegūvi: par insultu, tā ārstēšanu, rehabilitāciju, aprūpi un prasmēm sadzīvot ar insultu. Tādējādi autore secina, ka insultprātībai ir lielāka loma tieši atveseļošanās procesā pēc insulta un biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā. Savukārt sociālās iekļaušanās procesā insultprātības loma ir pakārtota. Uz sociālo iekļaušanos attiecināma tā insultprātības dimensija, kas saistīta ar zināšanām un prasmēm, kā sadzīvot ar insulta radītām sekām, t.i., indivīdu spēju iegūt, novērtēt un pielietot informāciju šajā jomā. Šī insultprātības dimensija paredz informācijas iegūvi par personām pienākošos sociālo palīdzību un sociālajiem pakalpojumiem, par psiholoģisko un cita veida pieejamo atbalstu pēc insulta. Tādējādi prātība iegūt un pielietot šo informāciju var palīdzēt insultu pārcietušajai personai ātrāk iesaistīties darba tirgū, būt nodrošinātai ar materiālajiem līdzekļiem, piemēram, iegūstot tos pabalsta formā, kā arī var palīdzēt iesaistīties organizācijās, kas sniedz atbalstu un nodrošina socializēšanās iespējas ar citiem indivīdiem, kuri ir pārcietuši insultu vai kādu citu smagu saslimšanu.

DISKUSIJA UN SECINĀJUMI

Šajā nodaļā sniegti galvenie secinājumi un diskusija par promocijas darba rezultātiem.

Promocijas darbā ir raksturota insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultprātība. Darbā izvirzītais **mērķis** bija novērtēt insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultprātību un izstrādāt insultprātības definīciju un klasifikāciju. Pētījuma **priekšmets** bija insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultprātība, savukārt **pētījuma objekts** - insultu pārcietušie cilvēki, insultu pārcietušo cilvēku tuvinieki un ar insultu saistītās profesionālās organizācijas.

Promocijas darbā autore meklēja atbildi uz **jautājumu**, kā veidojas insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultprātība un kāda ir tās loma rīcības stratēģiju pēc insulta izvēlē. Aizstāvībai autore izvirzīja šādu **tēzi**: insultu pārcietušā cilvēka un viņa ģimenes locekļu zināšanām un prasmēm iegūt, saprast, novērtēt un pielietot informāciju ir izšķiroša loma atveseļošanās procesā, biogrāfiskā pārrāvuma – insulta pārvarēšanā un spējā iekļauties sabiedrībā.

Lai sasniegtu izvirzīto mērķi, atbildētu uz pētījuma jautājumu un apstiprinātu vai noliegtu aizstāvībai izvirzīto tēzi, autore pētījumā: (1) analizēja biogrāfiskā pārrāvuma un rīcību skaidrojošās teorētiskās perspektīvas, analizēja sociālās iekļaušanās, veselībprātības un insultprātības jēdzienus, novērtējot to pielietojamību pētījuma priekšmeta izpētē; (2) pētīja, kādu ietekmi uz insultu pārcietušo cilvēku dzīves gājumu atstāj insults, (3) pētīja, kā noris ar insultu saistītās informācijas ieguve, saprašana, novērtēšana un pielietošana, kādas ir insultu pārcietušā cilvēka un viņu tuvinieku zināšanas par insulta jautājumiem; (4) pētīja, kādas rīcības stratēģijas insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki izmanto insulta ārstēšanas un rehabilitācijas procesā, lai insultu pārcietusī persona iekļautos sabiedrībā, kā rīcības stratēģiju izvēli ietekmē šo personu insultprātība; (5) pētīja, kāda ir insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku pieredze valsts un pašvaldību sociālo un veselības pakalpojumu izmantošanā, kā viņi iegūst informāciju par šiem pakalpojumiem un kā tos novērtē.

Darbā ir izmantotas dažādas **teorētiskās perspektīvas** un **jēdzieni**. Insults ir medicīniska saslimšana, tāpēc darbā skaidroti insulta cēloņi, riski un sekas. Lai raksturotu insulta radītās sociālās sekas, promocijas darbā izmantota biogrāfiskā pārrāvuma teorētiskā perspektīva. Ņemot vērā, ka pēc insulta personas veic mērķtiecīgu darbību, lai normalizētu dzīvi, veiktu biogrāfisku darbu un atgrieztos „ierastajās sliedēs”, darba autore izmanto plānotās rīcības teorētisko perspektīvu un sociālās iekļaušanās jēdzienu. Darba centrālais jēdziens ir insultprātība un ar to saistītais veselībprātības jēdziens. Autore veikusi šo jēdzienu

analīzi, definējusi dimensijas, pēc kurām novērtēt insultprātību, izstrādājusi insultprātības klasifikāciju un jaunu - plašāku insultprātības definīciju.

Promocijas darbs balstīts kvalitatīvā pētnieciskā pieejā, tā sniedz padziļinātāku izpratni par insultprātību un rīcību izvēli insulta ārstēšanas, rehabilitācijas un iekļaušanās sabiedrībā procesos. Darbā kā datu ieguves metodes izmantotas daļēji strukturētas intervijas, ekspertintervijas, līdzdalības novērojumi, dokumentu (interneta rakstu) kontentanalīze un aptauja.

Promocijas darbā autore ir nonākusi pie vairākiem teorētiskiem, metodoloģiskiem un empīriskiem secinājumiem, kuri ir izklāstīti šīs nodaļas turpinājumā.

(1) Teorētiskie secinājumi

Biogrāfiskā pārrāvuma jēdziens ir pielietojams insulta gadījuma izpētē, jo tas palīdz raksturot insulta radītās sekas uz indivīdu biogrāfiju. Vērtējot dažādas biogrāfisko pārrāvumu raksturojošas pazīmes, secināms, ka biogrāfisko pārrāvumu insulta gadījumā papildus rada arī neziņa un informācijas trūkums par insultu un tā radītajām sekām, par tālāko rīcību un atveseļošanās prognozēm. Tāpēc arī šī dimensija būtu definējama kā viena no biogrāfisko pārrāvumu raksturojošām pazīmēm.

Biogrāfisko pārrāvumu pētījumā palīdzēja skaidrot socioloģijā Latvijā maz izmantoti jēdzieni „psiholoģiskā trauma”, „nelaime” un „kauns”. Insulta gadījumu raksturo psiholoģiski pārdzīvojumi, kas rezultējas indivīda pašidentitātes un pašapziņas apdraudējumā. Psiholoģisko traumu insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki izmanto, lai apzīmētu izjūtas, kas insultu pārcietušajai personai un viņas tuviniekam rodas brīdī, kad iestājas biogrāfiskais pārrāvums – kad indivīds apzinās sekas, ko insults ir radījis, apzinās to, ka mainīsies viņa nodarbinātība, iespējas un ikdienas aktivitātes, kad insultu pārcietušais cilvēks jūtas emocionāli sagrauts un meklē atbildi uz jautājumu „Kāpēc tas notika ar mani?”. Psiholoģisko traumu, pēc autores domām, var uzskatīt par vienu no biogrāfisko pārrāvumu raksturojošām pazīmēm, un psiholoģiskās traumas jēdziens var tikt izmantots, skaidrojot biogrāfisko pārrāvumu. Kā psiholoģiskā trauma, tā biogrāfiskais pārrāvums ietver tādas indivīda sajūtas kā emocionālu sagrautību, nedrošību par savu dzīvi un nākotni, identitātes pārmaiņas. Taču atšķirībā no psiholoģiskās traumas, biogrāfiskais pārrāvums uzsver notikuma ietekmi uz indivīda biogrāfiju, paredzot, ka indivīda dzīve pilnībā mainās un rodas nepieciešamība pārplānot ikdienas kārtību un resursus. Tādējādi psiholoģiskā trauma biogrāfiskā pārrāvuma un insulta kontekstā ir izmantojama, lai skaidrotu indivīda sajūtas

insulta pārciešanas brīdī, taču ne insulta ietekmi uz indivīda biogrāfiju. Veicot akadēmisko publikāciju analīzi, secināms, ka jēdziens psiholoģiskā trauma vairāk tiek izmantots medicīniskā kontekstā, lai raksturotu psihiskas saslimšanas - liels skaits publikāciju analizē pēctraumas stresa jautājumus (*posttraumatic stress disorder*). Jēdziens ir maz izmantots socioloģiskos pētījumos, trūkst psiholoģiskās traumas jēdziena analīzes un definējuma socioloģiskā perspektīvā.

Esošajos akadēmiskajos pētījumos par insulta tematiku nav vai reti ir izmantots jēdziens „nelaime”. Nelaime tiek definēta kā situācija, kad persona nevar veikt ikdienas aktivitātes (Legg & Penn, 2013: 134). Veiktais empīriskais pētījums norāda, ka arī šis jēdziens līdzīgi kā psiholoģiskā trauma tiek minēts insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku stāstos. Nelaimes jēdzienu šie cilvēki izmanto, lai raksturotu insulta gadījumu, ja pēc tā insultu pārcietušā persona vairs nespēj paveikt agrākos darbus, nespēj pilnvērtīgi kustēties vai runāt, un ja tai ir nepieciešama pastāvīga aprūpe. Nelaimes jēdziena lietojums palīdz izprast to, kā insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki raksturo un izjūt insulta gadījumu.

Pētījuma priekšmeta izpētē savu pielietojamību apliecināja arī kauna jēdziens. Tas indivīdu stāstos tiek interpretēts kā kauns no savas fiziskās nespējas, kauns lūgt palīdzību, kauns būt par aprūpējamo un nastu saviem tuviniekiem, kauns prasīt vairāk informāciju, gadījumos, kad tā nav saprasta. Šo jēdzienu ir lietderīgi aplūkot insultprātības un citu slimību pētījumos, jo tas var ietekmēt prātību un nodomu rīkoties, jo reizēm kauns ir noteicošais iemesls, kāpēc indivīds konkrētu darbību neveic.

Biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā pēc insulta nozīmīga loma ir sociālās iekļaušanās procesam. Iekļaušanās ir jēdziens, ko plaši izmanto pētījumos, bet kam trūkst vienotas definīcijas, kas savukārt apgrūtina iekļaušanās novērtēšanu un izpratni par to. Pastāv būtiskas atšķirības dažādu pētnieku sniegtajās definīcijās – ir autori, kuri sniedz plašākas un visaptverošākas šī jēdziena definīcijas, un ir autori, kuri sniedz šauras iekļaušanās definīcijas. Vienojošais elements visās definīcijās visbiežāk ir mijiedarbība un pozitīvas, saprotošas attieksmes saņemšana no citiem indivīdiem un institūcijām, kā arī darba tirgus un materiālo līdzekļu pieejamība, sociālās attiecības un līdzdalība, pieeja dažāda veida pakalpojumiem (kultūras, izglītības u.c.).

Autore secina, ka iekļaušanās jēdzienam latviešu valodā piemīt pasīva un aktīva forma, jo no angļu valodas tulkotajam jēdzienam „*inclusion*” ir iespējami divi tulkojumi – iekļaušana un iekļaušanās. Dzīves normalizācijas un personu integrācijas sabiedrībā kontekstā ir būtiski lietot jēdziena aktīvo formu, jo tā iekļaušanos skata kā aktīvu indivīda rīcību. Autore

secina, ka esošā definīcija rīcībpolitikā paredz pasīvās šī jēdziena formas lietojumu. Labklājības ministrijas definējumā tiek lietots jēdziens sociālā iekļaušana, kas ir “process, kura mērķis ir nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajām personām nodrošināt iespējas, pakalpojumus un resursus, kuri nepieciešami, lai pilnvērtīgi piedalītos sabiedrības ekonomiskā, sociālā un kultūras dzīvē, uzlabojot dzīves līmeni un labklājību, kā arī lielākas līdzdalības iespējas lēmumu pieņemšanā un pieejamību personas pamattiesībām” (Labklājības ministrija(d), n.d.). Tādējādi iekļaušanās tiek skatīta kā iespēju sniegšana indivīdam, nevis kā indivīda rīcības iniciēšana, kur persona pati veic mērķtiecīgas rīcības, lai to piepildītu.

Plānotās rīcības teorija (*Theory of planned behavior*)²⁴, kas promocijas darbā tiek izmantota rīcības izpētē, ir veidojusies pakāpeniski, attīstoties divām pieejām. Viena pieeja izmanto jēdzienu pamatotā rīcība (*reasoned action*), un otra pieeja izmanto jēdzienu plānotā uzvedība (*planned behaviour*). Teorētiskā pieeja sākotnēji ir attīstījusies no pamatotās rīcības teorijas (*theory of reasoned action*), kurā tika uzskatīts, ka rīcību veido nodoms, kuru savukārt ietekmē indivīda attieksme pret rīcību un viņa subjektīvās normas. Vēlāk šai teorētiskajai pieejai papildus tika pievienota trešā nodomu ietekmējošā dimensija, kuru autore apzīmē kā savu spēju veikt konkrētu darbību novērtējums (*perceived behaviour control*) (Ryan et al., 2010). Attiecīgi pēc šī papildinājuma pieeju angļu apzīmēja kā plānotās uzvedības teoriju. Tādējādi tās nosaukumā vēsturiski ir ticis izmantots kā rīcības, tā uzvedības jēdziens. Autore uzskata, ka katram no šiem jēdzieniem ir atšķirīga nozīme. Rīcība ir mērķtiecīga, pārdomāta darbība, kas ietver zināšanas par to, kā īstenotā rīcība var ietekmēt situāciju un uz ko tā tiek virzīta. Savukārt uzvedība ir ar indivīda nodomiem netieši saistīta, neapzināta darbība, kas neietver zināšanas par to, uz ko tā ir virzīta un kā tā varētu ietekmēt situāciju. Ņemot vērā, ka promocijas darbā teorija skata indivīda veiktās darbības kā apzinātas un plānotas, autore šo teoriju latviešu valodā tulko kā plānotās rīcības teoriju, nevis kā plānotās uzvedības teoriju, kā tas būtu, tieši tulkojot no angļu valodas. Pēc autore domām, šāds teorētiskās perspektīvas nosaukums latviešu valodā precīzāk atspoguļo teorijas būtību. Izmantojot plānotās rīcības teorētisko perspektīvu, jāņem vērā, ka rīcību ietekmē dažādi ārējie un strukturālie faktori, kā sociālie tīkli, pieejamie finansiālie līdzekļi, pakalpojumu pieejamība u.c., un personiskie faktori – attieksme pret rīcību, kauna neesamība, cerības u.c. Šie faktori ir jāņem vērā, skaidrojot rīcības izvēles iemeslus.

Pievēršoties darba centrālajam jēdzienam „insultprātība”, autore konstatē, ka publikāciju un disertāciju klāsts par insulta tematiku ir plašs. Tajos bieži tiek analizēta insulta medicīniskā un sociālā ietekme uz insultu pārcietušās personas un viņas tuvinieku dzīves

²⁴ Darba autore izvēlējusies izmantot šādu teorijas definējumu latviešu valodā, jēdzienu „uzvedība” aizstājot ar jēdzienu „rīcība”, kas labāk atspoguļo indivīdu darbību kā mērķtiecīgu un uz konkrētu nodomu vērstu.

kvalitāti, skaidroti ierobežojumi un izaicinājumi, ar kuriem personām nākas saskarties insulta rezultātā, kā, piemēram, insultu pavadošā depresija un izolācijas sajūta, fiziskā nespēja paveikt ikdienišķas aktivitātes, emocionāla izdegšana, informācijas trūkums, sociālā atbalsta trūkums u.c. Atsevišķos gadījumos pētījumos ir analizēti arī insultprātības jautājumi - ir pētītas sabiedrības locekļu zināšanas par insulta riska faktoriem, pazīmēm un veicamo rīcību insulta gadījumā. Taču pētījumos nav pētīts, kā noris ar insultu saistītas informācijas ieguves, sapratnes, novērtēšanas un pielietošanas process insultu pārcietušo cilvēku un viņu ģimenes locekļu vidū, un kā tas ietekmē indivīdu rīcības stratēģiju izvēli pēc insulta.

Tā kā insults ir pēkšņs un iepriekš neprognozējams notikums, ar kuru liela daļa personu saskaras pirmo reizi dzīvē, nozīmīga loma rīcības izvēlē ir personu rīcībā esošajai informācijai. Tas, cik drīz ģimene uzsāks insulta ārstēšanu, rehabilitāciju, vingrojumus, slimnieka iedvesmošanu, ir atkarīgs no tā, cik ātri un kāda veida informāciju par šiem jautājumiem insultu pārcietusī persona vai viņas tuvinieki iegūs. Informācijas kopumu par insulta gadījumā svarīgiem jautājumiem un prasmes šo informāciju iegūt, saprast, novērtēt un pielietot autore apzīmē ar jēdzienu „insultprātība”. To var klasificēt kā šaurāku un specifiskāku virzienu jēdzienam „veselībprātība”, kas savukārt raksturo indivīda spēju apzināties savas veselības informācijas vajadzības kopumā, piekļūt šai informācijai, izvērtēt tās kvalitāti un izcelsmi, uzkrāt un atjaunot informāciju, un izmantot to, lai varētu spriest un pieņemt lēmumus ikdienas dzīvē saistībā ar veselības aprūpi, slimību profilaksi un veselības veicināšanu.

Neskatoties uz to, ka insulta izplatība pasaulē ir augsta un pētījumi par insulta radītām fiziskām un sociālām sekām ir daudz, insultprātības jēdziens ir analizēts vien dažos akadēmiskajos rakstos. Piemēram, Scopus datubāzē ar atslēgvārdu „insultprātība” („*stroke literacy*”), ir atrodami 48 dokumenti, no kuriem raksti, kas tiešā veidā būtu pievērsušies jēdziena analīzei, ir vien pieci. Pētījumos, kur tiek aplūkoti insulta sociālie aspekti, t.sk. insultprātība, biežāk tiek izmantoti jēdzieni „zināšanas par insultu” („*stroke knowledge*”) un izpratne par insultu („*awareness of stroke*”). Rakstos, kuros tiek vērsta uzmanība uz insultprātības jēdziena analīzi, tas tiek lietots šauri. Visbiežāk šajos avotos insultprātību raksturo kā indivīda zināšanas par smadzenēm kā insulta norises vietu, kā zināšanas par insulta riska faktoriem, pazīmēm un rīcību insulta pazīmju novērošanas gadījumā (*FAST - facial droop, arm weakness and speech difficulty; time* (Amano et al., 2014: 1040)). Šādu definīciju pamatā snieguši aplūkoti pētījumi (Morren & Salgado, 2013), (Chan et al., 2016: 176), (Denny et al., 2017: 2). Tādējādi secināms, ka esošās publikācijas nepievēršas jautājumiem, kas saistīti ar informācijas par insulta jautājumiem iegūvi, sapratni, novērtēšanu

un pielietošanu, kā arī neanalizē zināšanas par visiem akūtākajiem insulta jautājumiem, piemēram, par rehabilitāciju un aprūpi. Tāpēc, pēc autores domām, insultprātības jēdziens esošajā definījumā ir šaurs un piemērots tikai tam, lai novērtētu sabiedrības vispārējās zināšanas par insultu. Tas nav piemērots, lai pētītu indivīdu insultprātību jau pēc insulta gadījuma. Tādā gadījumā šo definīciju ir nepieciešams paplašināt.

Atveseļošanās procesā, biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā un spējā iekļauties sabiedrībā insultprātība ir jāvērtē atšķirīgās insulta norises fāzēs un katrā no fāzēm ir jāizvērtē insultprātību raksturojušas prasmes. Insultprātības izpētē nepieciešams aptvert insulta rehabilitācijas procesu, kas insulta gadījumā ir svarīgs un izšķirošs posms indivīda fizisko prasmju atgūšanā, nepieciešams analizēt aspektus, kas jāņem vērā insultu pārcietušās personas aprūpē un spējā sadzīvot ar insulta sekām. Pētot insultprātību, ir jāpēta indivīdu informētība par atkārtota insulta riska mazināšanas iespējām un par pieejamo sociālo, psiholoģisko un medicīnisko atbalstu personai pēc insulta. Šie jautājumi insulta gadījumā ir aktuāli, ko pamato dažādu autoru veiktie pētījumi. Piemēram, H. Pīpla u.c. autori pētījumā par insultu pārcietušo cilvēku rehabilitācijas pieredzi ir secinājuši, ka rehabilitācijā pēc insulta personām ir būtiski iegūt pilnīgāku un individualizētāku informāciju par viņu rehabilitācijas procesu un atveseļošanos (Peoples et al., 2011: 168). N. Egberts ar pētniekiem secinājuši, ka insultu pārcietušajiem cilvēkiem ir nepieciešamas zināšanas un prasmes ikdienas darbu veikšanā (vannošanās, apģērbšanās, ēst gatavošana u.c.) (Egbert et al., 2006: 48-49). Citā pētījumā insultu pārcietušo cilvēku ģimenes locekļi norāda uz nepieciešamību pēc informācijas par aprūpēšanas aspektiem (Mak et al., 2007: 972) un to, kāda palīdzība un atbalsts ir pieejams personām pēc insulta, un kur to meklēt (Brereton & Nolan, 2002: 23-24).

Ņemot vērā šauro insultprātības definīciju, autore promocijas darba ietvaros ir izstrādājusi izvērstāku insultprātības definīciju, kas ietver visus ar insulta notikumu saistītos posmus: „Insultprātība ir indivīdu spēja identificēt, iegūt, saprast, novērtēt un pielietot ar insultu saistīto informāciju. Ar insultu saistītā informācija ietver zināšanas un prasmes par insulta profilaksei būtiskiem jautājumiem (kādi ir insulta riska faktori un cēloņi, insulta pazīmes un rīcība šādu pazīmju novērošanas gadījumā), par insulta ārstēšanai būtiskiem jautājumiem (insulta neatliekamā ārstēšana, ārstēšanas gaita, medikamenti, akūta rehabilitācija, insulta fiziskās, kognitīvās un psiholoģiskās sekas), par insulta rehabilitācijai būtiskiem jautājumiem (rehabilitācijas veidi un iespējas, vingrojumi mājās apstākļos, rīcība, kas var kaitēt insultu pārcietušajai personai, insultu pārcietušās personas psiholoģiskā labsajūta un motivēšana) un par insulta aprūpei un sadzīvošanas ar insulta sekām būtiskiem jautājumiem (insultu pārcietušās personas aprūpe, vingrojumi fizisko spēju uzturēšanai un

uzlabošanai, insultu pārcietušās personas un tuvinieku – aprūpētāju psiholoģiskā labsajūta, atkārtota insulta riski un to mazināšanas pasākumi, pieejamais sociālais atbalsts, izpratne par insulta sekām un iecietība pret tām).” Promocijas darbā iegūtie rezultāti norāda, ka par insultprātību nepieciešams runāt ne tikai insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku kontekstā, bet arī sabiedrības, veselības aprūpē un tās politikas plānošanā iesaistīto personu kontekstā, jo intervijās minētie piemēri norāda uz nepilnībām arī šo grupu zināšanās par insulta jautājumiem. Autore ir konsultējusies ar Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisiju par termina „insultprātība” lietošanu zinātniskajā terminoloģijā, saņemot atzinumu, ka termins ir pareizi darināts un atbilst pašlaik attiecīgajā terminoloģijas nozarē aktuālajiem vārdzināšanas modeļiem.

Veicot pētījumu apskatu, autore secina, ka insultprātības mērījumu metodoloģija ir maz attīstīta, īpaši salīdzinot ar veselībprātības izpētes metodoloģiju. Insultprātības novērtējumā bieži tiek izmantota pielāgota TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) instrumenta īsāka forma, ko parasti izmanto veselībprātības pētījumos, vai arī tiek izmantoti lokāli izstrādāti testi, kas izveidoti sabiedrības zināšanu par insultu pašpārbaudei. Ņemot vērā insultprātības mērinstrumentu ierobežoto pieejamību, autore promocijas darbā izstrādā insultprātības klasifikācijas modeļi un mērīšanas instrumentāriju (skatīt 2.1.4. nodaļu). Klasificēt insultprātību autore piedāvā pēc tādām pazīmēm kā insulta norises posma, pēc prātību raksturojošas kompetenču jomas, pēc rīcības nodoma, pēc mērķagrupas, kuras prātība tiek vērtēta, kā arī pēc insultprātības novērtēšanas mērķa. Savukārt insultprātības mērījumus autore piedāvā veikt, kombinējot divas dimensijas. Pirmkārt, balstoties uz autores izstrādāto definīciju, nepieciešams nošķirt dažādus insulta norises posmus (insulta profilakse un insulta gadījums, insulta ārstēšana un rehabilitācija, dzīve pēc insulta). Un, otrkārt, fokusēties uz indivīdam piemītošām prasmēm, kas atbilst veselībprātības definīcijā ietvertajām pazīmēm. Tādējādi insultprātības mērītāks veido matricas formu, kurā savā starpā tiek skatītas šīs divas dimensijas.

Empīriskais pētījums apstiprina, ka insultprātība labi papildina plānotās rīcības teorijas modeļi. Pirmkārt, iegūtā informācija par dažādiem insulta jautājumiem ietekmē indivīda attieksmi pret plānoto rīcību un veido viņa nodomu rīkoties. Iegūtā informācija ietekmē to, kā indivīds vērtēs konkrētās rīcības iespējamās sekas. Otrkārt, iegūtā informācija par dažādiem insulta jautājumiem ietekmēs indivīda subjektīvās normas – t.i., uzskatu par to, kā, pēc citu sabiedrības locekļu domām, viņaprāt, būtu jārikojas. Visbiežāk viedoklis par to, kā insultu pārcietušajam cilvēkam būtu jārikojas, jau ir ietverts dažādās ziņās, ko indivīdi iegūst rakstiski vai mutiski. Taču tālāka indivīda rīcība ir atkarīga no tā, kā šo iegūto informāciju

insultu pārcietušais cilvēks un viņa tuvinieks novērtē – vai atzīst šo rīcību par īstenojamu un sekas par efektīvām, un vai gala rezultātā to pielieto. Tādējādi secināms, ka insultpratība plānotās rīcības teorijas modelī var darboties divpusēji. Pirmkārt, insultpratība ietekmē šajā teorijā minētos faktoros (attieksmes, subjektīvās normas). Otrkārt, šie faktori (attieksmes, subjektīvās normas) ietekmē arī pašu insultpratību, jo insultpratība pati par sevi ir skatāma kā zināšanu un rīcības kopums.

(2) Metodoloģiskie secinājumi

Promocijas darba empīriskais pētījums ir balstīts kompleksā pētījuma pieejā, kas ietver tādas datu ieguves metodes kā daļēji strukturētas intervijas ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem un viņu tuviniekiem, ekspertintervijas ar profesionālo organizāciju pārstāvjiem, veselības aprūpes speciālistiem un sociālās politikas veidotājiem, līdzdalības novērojumus insultu pārcietušo cilvēku tikšanās reizēs, dokumentu (interneta lapu) kontentanalīzi un insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptauju. Promocijas darbā ir veiktas 13 intervijas ar mērķgrupas pārstāvjiem (no tām četras ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem un deviņas ar insultu pārcietušo cilvēku ģimenes locekļiem) un piecas intervijas ar deviņiem jomas ekspertiem, ir veikti desmit līdzdalības novērojumi, analizēti vairāk nekā 100 interneta raksti par insulta tematiku, aptaujāts 51 insultu pārcietušo cilvēku tuvinieks.

Izvēlētās datu ieguves metodes sniedza vispusīgu skatu uz pētījuma priekšmetu un ļāva nodrošināt datu triangulāciju. Daļēji strukturēto interviju priekšrocība bija iespēja iegūt informāciju par to, kādas ir insulta atstātās sekas uz insultu pārcietušās personas biogrāfiju un kādas rīcības indivīdi izvēlas dzīves normalizēšanai, kā noris ar insultu saistītas informācijas identificēšana, ieguve, sapratne, novērtēšana un pielietošana, kāda bijusi insultu pārcietušā cilvēka un viņa tuvinieka sadarbības pieredze ar veselības aprūpes speciālistiem un sociālo pakalpojumu sniedzējiem. Šī metode vislabāk ļāva iegūt informāciju par pētījuma priekšmetu, jo saruna notika individuāli - to neietekmēja apkārt esošie cilvēki, informantam bija iespēja autorei darīt zināmus tādus faktus, ko viņš neatklātu plašākam cilvēku lokam. Salīdzinot ar aptauju, intervijas priekšrocība bija autores iespēja uzdot precizējošus jautājumus, lai detalizētāk izprastu indivīda pieredzi un viedokli. Nozīmīgākais aspekts, kas jāņem vērā, vērtējot intervijās iegūtos rezultātus par mērķgrupas insultpratību, ir tas, ka pratība tiek pētīta, balstoties uz intervēto un aptaujāto pašu sniegto vērtējumu.

Kā papildu metode intervijām tika izmantota dokumentu analīze. Tā ļāva noskaidrot, cik lielā mērā apstiprinās insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku intervijās iegūtie dati par to, kāda informācija par insulta tematiku ir / nav pieejama internetā. Kā papildus metode

intervijām tika izmantota arī insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptauja – tā ļāva iegūt informāciju par mērķagrupas insultpratību un salīdzināt to ar intervijās iegūto informāciju. Aptaujas priekšrocība salīdzinājumā ar interviju bija tās anonimitāte, tādējādi tā sniedza iespēju paust savas atbildes tiem respondentiem, kuri nevēlējās piedalīties tiešajās intervijās. Aptauja ļāva atklāt jaunas nianšes par pētījuma priekšmetu, kā piemēru var norādīt kritiskākas atbildes attiecībā uz mērķagrupas spēju saprast iegūto informācijas novērtējumu.

Veicot aptauju, lielākais izaicinājums bija izlases izveide un respondentu sasniedzamība. To apgrūtināja fakts, ka publiski un bez maksas nav pieejama informācija par to, cik insultu pārcietušie cilvēki izmanto rehabilitācijas pakalpojumu stacionārā. Tāpat autore konstatēja, ka publiski nav vienota reģistra, kurā būtu atspoguļota informācija par to, kurās iestādēs tiek sniegts rehabilitācijas pakalpojums personām pēc insulta. Aptauja nav reprezentatīva, tā ir maza, tāpēc pētījumā iegūtie rezultāti nav vispārināmi uz ģenerālkopu – tie raksturo konkrēto aptaujāto respondentu zināšanas un viedokli par insulta jautājumiem.

Līdzīgi kā aptauja un dokumentu analīze kā papildu metode intervijām tika izvēlēti arī līdzdalības novērojumi, jo tie sniedza iespēju novērot mērķagrupas personu rīcību dabiskā vidē, sniedzot izpratni par dzīvi pēc insulta un tā radītajiem ierobežojumiem, insultu pārcietušo cilvēku socializāciju, sarežģījumiem un pārdomām, ar kurām saskaras insultu pārcietušie cilvēki, t.sk. par kādiem jautājumiem insultu pārcietušās personas domā, kas šīm personām rada neskaidrības un nedrošības sajūtu. Līdzdalības novērojumu galvenā priekšrocība bija tā, ka novērojamās personas atradās tām ierastā vidē un veica tām ierastas darbības pazīstamu personu lokā. Tādējādi tika iegūti dati, kuri ir maksimāli pietuvināti indivīdu dabiskajai rīcībai un kurus autore nebūtu ieguvusi intervijās un aptaujā. Novērojumi ļāva iegūt tādus datus, kurus būtu sarežģītāk iegūt, lūdzot pētījuma mērķgrupai reflektēt savu rīcību, piemēram, par sociālo vidi insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku tikšanās reizē, par sajūtām un emocijām, atminoties un runājot par dažādiem notikumiem, par insultu pārcietušo personu savstarpējo interakcijas praksi.

Promocijas darbā tika veiktas arī ekspertintervijas. Ekspertintervijas lielākoties tika veiktas pētījuma sākuma posmā, lai precizētu promocijas darba mērķi un pētījuma uzdevumus, lai izprastu insultu kā slimību, tā radītās sekas un ierobežojumus, lai izprastu insulta rehabilitāciju, kā arī valsts sniegtos sociālos pakalpojumus. Iegūtie dati tika pielietoti gan intervijās ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem, gan empīrisku datu analīzes procesā, lai kritiski novērtētu iegūtos rezultātus.

Ņemot vērā, ka pētījuma mērķa grupa raksturojama kā ievainojama grupa, autore saskārās ar problēmām mērķagrupas rekrutēšanā. Insults ir smags psiholoģisks trieciens

indivīdam, tāpēc potenciālie informanti bieži nevēlas runāt par šo notikumu, jo īpaši ar personām, kuras tiem ir svešas. Ņemot vērā šos aspektus, autore pieļauj, ka daļībai intervijās varētu būt piekrituši sabiedriski aktīvāki un drošāki informanti – tādi, kuriem varētu būt labāka insultprātība.

Autore konstatē, ka, veicot pētījumus ar insultu pārcietušajiem cilvēkiem, būtiska uzmanība ir vēršama uz ētiskajiem aspektiem lauka darba veikšanā, lai neaizskartu personu, neradītu tai psiholoģiskus pārdzīvojumus, kas var rasties, atsaucot atmiņā smagus notikumus. Tādēļ informantu vēlme piedalīties intervijā un runāt vai nerunāt par noteiktiem jautājumiem šajā promocijas darbā tika noteikta kā augstākā prioritāte - kas ir būtiskāka par pētījumā nepieciešamo datu ieguvu.

Tālāk autore ir apkopojusi priekšlikumus **turpmākiem pētījumiem šajā jomā:**

- Promocijas darbā izstrādāto insultprātības metodoloģiju būtu lietderīgi aprobēt citu slimību izpētē, lai identificētu prātības līmeni noteiktās pacientu grupās un identificētu jomas, kurās nepieciešamas turpmākas rīcības personu prātības uzlabošanai. Šāda metodoloģijas aprobācija sniegtu iespēju pārbaudīt izstrādāto mērinstrumentu un nepieciešamības gadījumā to papildināt, veidojot to par universālu rīku dažādu slimību izpētē.
- Promocijas darbā insultprātība tika pētīta, balstoties uz indivīdu sniegtu pašvērtējumu par savām spējām iegūt, saprast, novērtēt un pielietot informāciju. Attīstot insultprātības pētījumus, būtu lietderīgi pārbaudīt konkrētas indivīdu prasmes iegūt, saprast un novērtēt informāciju, piemēram, uzdodot jautājumu un piedāvājot dažādus atbilžu variantus, vai lūdzot reflektēt dzirdēto no sarunas ar ārstu. Šādu pētījumu izstrādē iespējams pielietot un pielāgot veselībprātības mērinstrumentus, kuri ir raksturoti šī darba pielikumā. Vienlaikus jānorāda, ka šādu mērījumu veikšana būs apgrūtināta insultu pārcietušo personu vidū gadījumos, kad insults tiem ir radījis smagas funkcionālas sekas.
- Tāpat būtu lietderīgi veikt longitudinālu pētījumu, kurā tiktu salīdzināta mērķgrupas insultprātība uzreiz pēc insulta gadījuma un pusgadu vai gadu pēc insulta gadījuma. Tas ļautu iegūt precīzākus datus par insultprātību uzreiz pēc insulta gadījuma un palīdzētu novērtēt, kā šī prātība laika gaitā ir mainījusies, īpaši gadījumos, kad tiek veiktas plānotas rīcības konkrētas mērķgrupas zināšanu un prasmju pilnveidei.
- Šis pētījums tika balstīts kvalitatīva pētījuma pieejā, aptaujāto respondentu skaits bija neliels, tāpēc tas apgrūtināja iespēju pētīt insultprātības atšķirības dažādu respondentu

grupu vidū. Būtu lietderīgi paplašināt insultprātības mērījumu jomu, veicot reprezentatīvas un plašāka mēroga aptaujas, lai noteiktu statistiski nozīmīgas atšķirības un korelācijas prātībai dažādās demogrāfiskās grupās. Tādējādi tiktu identificētas tās sabiedrības grupas, kuru prātības pilnveidošana ir prioritāra, t.sk. apzinot prātības aspektus, kuri ir pilnveidojami.

- Raugoties no mērķgrupas, kurā tiek vērtēta insultprātība, viedokļa, būtu lietderīgi veikt veselības aprūpes personāla insultprātības izpēti, jo empīriskais pētījums iezīmē problēmas šīs grupas rīcībā, zināšanās un izpratnē par insulta radītām sekām, kas atspoguļojas mijiedarbībā ar insultu pārcietušo cilvēku.

(3) Empīriskie secinājumi

Insults kā biogrāfisks pārrāvums un sociālā iekļaušanās pēc insulta. Insults ir asinsrites slimība, ko raksturo augsti mirstības rādītāji un paliekoša invaliditāte. No insulta Latvijā 2017. gadā mira 2,1 tūkstoši personu (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2018a). Aptuveni trešdaļai no insultu pārcietušajiem cilvēkiem pēc insulta gadījuma ir nepieciešama palīdzība ikdienas darbu veikšanā (Wang et al., 2014: 1). Kā autore secinājusi veiktajā empīriskajā pētījumā, visbiežāk insults personām ir radījis kustībspēju zudumu vai kustībspēju pasliktināšanos, radot izaicinājumus ikdienas aktivitāšu veikšanā (vannošanās, apģērbšanās, ēst gatavošana u.c.). Bieži insults personām radīja psiholoģisku traumu un ilgstošas skumjas. Trīs gadījumos insults ir radījis kognitīvās izmaiņas (nespēju un grūtības lasīt, apgrūtinātu spēju uztvert, atmiņas traucējumus) un trīs gadījumos – runas traucējumus. Gandrīz visu interviju gadījumā personas pēc insulta ir būtiski progresējušas, salīdzinot ar stāvokli uzreiz pēc insulta, taču nevienai personai pilnībā nav izdevies atgūt sākotnējo fizisko, runas vai kognitīvo stāvokli.

Astoņus analizētos insulta gadījumus var apzīmēt ar jēdzienu biogrāfiskais pārrāvums, jo insulta notikums radīja pārmaiņas indivīda ķermenī, pārveidoja personas dzīvi un sociālās attiecības, ieviesa nedrošību indivīda dzīvē, izmainīja indivīda ierastos pieņēmumus par savu ķermeni, radīja identitātes pārmaiņas, mazināja pašpārliecinātību un pašvērtējumu. Insultu pārcietušās personas un viņu tuvinieki saskārās ar neziņu un informācijas trūkumu par insultu un tā radītajām sekām, kā arī par tālāko rīcību un atveseļošanās prognozēm. Pēc insulta gadījuma mainījās insultu pārcietušo cilvēku un vairākos gadījumos arī viņu ģimenes locekļu ikdienas kārtība, insultu pārcietušie cilvēki vairs nespēja paveikt agrākos darbus un būt nodarbināti iepriekšējā darbavietā. No aktīvām un darbaspējīgām personām, kuras iepriekš gādāja par citiem, insultu pārcietušie cilvēki sākotnēji pēc insulta ieguva aprūpējamā lomu.

Aplūkotās biogrāfiskā pārrāvuma teorētiskās atziņas norāda, ka biogrāfisko pārrāvumu personas var piedzīvot dažādos brīžos. Vienai personai tas var iestāties brīdī, kad tā uzskata, ka ir vesela, bet uzzina, ka tomēr ir slima. Citai personai biogrāfiskais pārrāvums var iestāties brīdī, kad personai tiek noslēgta medicīniskā ārstēšana un kad tai ir jātiek galā ar ārstēšanos un pašaprūpi bez medicīniskā personāla uzraudzības. Tas savukārt izraisa ievainojamības sajūtu un sajūtu, ka persona ir palikusi bez atbalsta (Trusson et al., 2016: 123-124). Promocijas darba empīriskais pētījums norāda, ka biogrāfiskais pārrāvums insultu pārcietušajām personām radās brīdī, kad persona tika iepazīstināta ar insulta radītajām sekām un apzinājās, ka līdz ar ārstēšanas un rehabilitācijas procesa beigām šīs sekas nevar tikt pārvarētas. Situācijas apzināšanās ne vienmēr notika uzreiz pēc informācijas par insulta radītajām sekām ieguves. Vairākos gadījumos insultu pārcietušās personas kādu laiku cerēja uz pēkšņu atveseļošanos. Insultu pārcietušajām personām ilgu laiku bija grūti pieņemt savu stāvokli un apzināties, ka persona no medicīniskā viedokļa ir izārstēta – vesela. Tāpēc ilgu laiku personas sevi uzskatīja par joprojām slimām, neuzskatot, ka viņu ārstēšana ir noslēgusies. Tas norāda uz to, ka ir būtiski, lai par insultu pārcietušajiem cilvēkiem nerunātu kā par insulta slimniekiem.

No pētījumā veiktajām intervijām var secināt, ka insultu pārcietušie cilvēki pēc biogrāfiskā pārrāvuma veica biogrāfisko dabu - insulta izpratni un tā rašanās interpretāciju, atbilžu meklēšanu uz jautājumiem par savām jaunajām attiecībām ar pasauli, savas biogrāfijas turpināšanu vai pārveidošanu. Interviju rezultāti norāda, ka ļoti būtisks posms insultu pārcietušo cilvēku dzīvēs bija pielāgošanās insulta radītajiem fiziskajiem ierobežojumiem, spēja ikdienas darbus paveikt citādāk, kā arī atbilžu meklēšana uz jautājumiem „Kāpēc es?“, „Kāpēc tas notika ar mani?“, „Ko darīt tālāk?“. Atbilžu meklēšana uz šiem jautājumiem noritēja ilgu laiku, un to insultu pārcietušie cilvēki atzīmē kā īpaši nozīmīgu posmu viņu dzīvēs, jo tikai pēc tam, kad šis atbilžu meklēšanas posms bija noslēdzies, varēja noritēt viņu iekļaušanās sabiedrībā. Autore secina, ka šajā procesā nozīmīga loma ir speciālām organizācijām un aktivitātēm, kurās šīm personām ir iespēja satikties ar citiem insultu pārcietušajiem cilvēkiem un dalīties savās izjūtās.

Vērtējot, kādas stratēģijas insultu pārcietušie cilvēki izmantoja, veicot biogrāfisko darbu, secināms, ka lielākoties indivīdi samierinājās ar slimību un ietvēra to savās ikdienas aktivitātēs. Tikai vienas intervijas gadījumā insultu pārcietusī persona atgriezās pie iepriekšējā dzīves veida (ikdienas aktivitātēm, nodarbošanās). Lai arī insultam lielākoties ir negatīvas sociālas sekas, viens no interviju gadījumiem norāda, ka insults var radīt arī pozitīvu sociālu ietekmi uz insultu pārcietušās personas dzīvi. Insults šai personai ļāva vairāk novērtēt dzīvi,

veicināja vēlmi biežāk kontaktēties ar saviem paziņām un biežāk apmeklēt kultūras pasākumus, salīdzinot ar laiku pirms insulta.

Insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki intervijās un līdzdalības novērojumos atzina, ka insults viņiem ir bijis smags psiholoģisks pārdzīvojums, kas radīja apjukumu un neskaidrību par turpmāko dzīvi. Psiholoģiskā trauma šiem cilvēkiem sākotnēji izpaudās kā emocionāls šoks un daļai insultu pārcietušo - kā nošķiršanās no citiem cilvēkiem un kā nevēlamas atmiņas. Personām pēc insulta bija grūti samierināties ar esošo situāciju, bija grūti pārvarēt domu, ka viņi vairs nav slimi un viņiem ir jāsadzīvo ar jauno fizisko stāvokli, viņiem bija grūti pārvarēt depresiju, nolemtības sajūtu un motivācijas trūkumu. Lai arī daļā analizēto interviju gadījumu atbilžu meklēšana uz jautājumu „Kāpēc tas notika ar mani?” un „Ko darīt tālāk dzīvē?” ir beigusies, līdzdalības novērojumos autore novēroja, ka insultu pārcietušo cilvēku vidū vēl aizvien pastāv pārdomas par šiem jautājumiem un nostaļģija pret savu iepriekšējo darbu, dzīvesveidu un statusu sabiedrībā.

Biogrāfiskais darbs un psiholoģiskās traumas pārvarēšana pēc insulta ir priekšnosacījums, lai indivīds uzsāktu mērķtiecīgas darbības savas dzīves uzlabošanai un iekļautos sabiedrībā, jo īpaši tad, kad ir beigusies ārstēšana un rehabilitācija. Veikto ārvalstu pētījumu analīze norāda, ka iekļaušanos ietekmējošie faktori pēc insulta ir spēja pieņemt ar insultu saistītās problēmas un pielāgot savu izturēšanos jaunajai dzīves situācijai, spēja pārvaldīt situāciju un pieņemt lēmumus, kā arī spēja aktīvi iesaistīties lēmumu pieņemšanā (Woodman et al., 2014). Arī veiktās intervijas norāda, ka brīdī, kamēr indivīds meklē atbildes uz jautājumiem „Kāpēc tas notika ar mani?” un kamēr indivīds nav pārvarējis psiholoģisko traumu, viņa rīcību pamatā nosaka tuvinieki, kas galvenokārt rūpējas par to, lai indivīds veiktu fizisko rehabilitāciju. Brīdī, kad insultu pārcietušajai personai izdodas pārvarēt psiholoģisko traumu un noslēgt biogrāfisko darbu, tā uzsāk mērķtiecīgas, plānotas rīcības, lai iekļautos sabiedrībā, t.i., iesaistītos darba tirgū vai rastu nodarbošanos, izmantotu izglītības, kultūras u.c. pakalpojumus, mijiedarbotos ar citiem sabiedrības locekļiem un pildītu noteiktas sociālās lomas. Iekļaujošas un integrējošas prakses ir fundamentāli svarīgas sociālā mijiedarbē un saišu veidošanā, jo, kā secinājuši ārvalstu pētnieki, indivīdu būtības pamatā ir tieksme būt iekļautiem un viņi tiecas izvairīties no atstumtības (Allman, 2013: 3). Psiholoģiskās traumas pārvarēšana un biogrāfiskā darba noslēgšana insultu pārcietušo cilvēku vidū noritēja aptuveni vienu līdz divus gadus pēc insulta, uz ko norāda arī intervētais ārsts - eksperts.

Insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku insultpratība. Insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku vidū ir gan tādas personas, kuras interesējās un bija informētas par insultu pirms šī notikuma, gan personas, kuras par insultu nebija informētas un sākotnēji

nespēja identificēt insulta pazīmes. Pamats neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukšanai bija apstākļi, ka persona bija noģībusi, atradās bezsamaņā vai bija ievērojami mainījušās viņas fiziskās vai runas spējas. Gadījumos, kad sekas uzreiz nebija redzamas un bezsamaņas brīdis bija neilgs, neatliekamā medicīniskā palīdzība netika saukta vai tika izsaukta novēloti. Tādējādi empīriskie dati norāda uz to, ka sabiedrības zināšanas par insulta pazīmēm un rīcību šādu pazīmju novērošanas gadījumā ir nepilnīgas.

Laikā, kad autore veica intervijas, bija pagājuši vairāki mēneši vai gadi kopš insulta gadījuma. Pa šo laika posmu insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki bija ieguvuši labas zināšanas par insulta pazīmēm un rīcību šādu pazīmju novērošanas gadījumā. Laba informētība par insulta riska faktoriem, pazīmēm un rīcību insulta gadījumā ir saistīta gan ar gūto informāciju no ārstiem insulta ārstēšanas laikā, gan ar iegūto informāciju no citiem avotiem, īpaši interneta. Intervētie pēc insulta bija informēti arī par vairākām iespējamām insulta sekām, piemēram, par to, ka insultam var būt letālas vai ļoti smagas sekas uz personas kustību un runas spējām. Retāk intervētie bija informēti par to, ka insulta rezultātā varētu tikt traucētas arī rēķināšanas vai lasīšanas prasmes. Tādējādi secināms, ka slimnīcās medicīnas personāls galvenokārt tuviniekam sniedz pamata informāciju, kas raksturo konkrētā insultu pacietušā cilvēka stāvokli, norādot, ka insultam mēdz būt letālas sekas un smagi kustību traucējumi, taču retāk raksturojot visas iespējamās insulta sekas. Tādējādi labāka informētība par insulta iespējamām sekām ir tām personām, kuras par to papildus interesējās citos avotos.

Nepieciešamo un interesējošo informāciju par insultu kā slimību, tā radītām sekām, insulta ārstēšanu un rehabilitāciju gandrīz visos gadījumos meklēja tuvinieki, jo insultu pārcietušo cilvēku stāvoklis pēc insulta bija smags. Vienā gadījumā personai līdzās nebija tuvinieki, tāpēc šo informāciju sniedza un pielietoja slimnīcas medicīniskais personāls. Tuvinieki pēc insulta gadījuma galvenokārt meklēja informāciju par šādiem jautājumiem:

- Par to, kas ir insults un kādas ir insulta iespējamās sekas. Šo informāciju tuvinieki meklēja ar mērķi izprast insultu kā slimību - saprast tā cēloņus un riska faktorus, kā arī iespējamās sekas. Informācija par slimības dabu un insulta sekām tuviniekiem un insultu pārcietušajiem cilvēkiem ārstēšanas procesā pietrūka, jo ārsts bieži atteicās sniegt pārāgras prognozes par insulta sekām. Uz to, ka informācija par atveseļošanās prognozēm iesaistītajām pusēm insulta gadījumā ir akūta, norāda arī ārvalstu pētījumi (Giosa et al., 2014).
- Par rehabilitācijas iespējām pēc insulta. Par šo jautājumu tuvinieki izjuta vislielāko informācijas trūkumu, gan atrodoties slimnīcā un kontaktējoties ar medicīnas personālu, gan meklējot informāciju pašrocīgi – internetā vai paziņu lokā. Slimnīcās

ārsti pamatā tuviniekus informēja, ka insultu pārcietušajai personai ir nepieciešama rehabilitācija un ka šādu rehabilitāciju ir iespējams saņemt NRC „Vaivari”, par citām rehabilitācijas iespējām informējot retāk. Ņemot vērā rindas uz rehabilitāciju NRC „Vaivari” (vidēji rindā jāgaida 3-5 mēnešus), tuvinieki meklēja agrīnākas rehabilitācijas iespējas, taču saskārās ar informācijas trūkumu par valsts finansētiem un privātiem rehabilitācijas pakalpojumiem personām pēc insulta - par iestādēm, kas sniedz šādu rehabilitāciju, par stāvokli, kādā konkrētajā rehabilitācijas iestādē uzņem personu pēc insulta, u.c. jautājumiem.

- Par veselīga dzīvesveida prasībām pēc insulta. Insultu pārcietušie cilvēki un tuvinieki meklēja informāciju par veselīga dzīvesveida prasībām pēc insulta, jo šāda informācija slimnīcās viņiem tika sniegta minimālā apjomā, galvenokārt kā aicinājums nesmēķēt un nelietot alkoholu. Intervētie atrasto informāciju par veselīgu dzīvesveidu lielā daļā gadījumu arī piemēroja – pēc insulta savā un tuvinieka ikdienā ierobežojot kaitīgos ieradumus, neveselīgu uzturu un vairāk piekļūstot fiziskās aktivitātes, kas ir pretējs A. Lūses u.c. autoru 90. gados veiktā pētījuma secinājumiem, ka insultu pārcietušās personas Latvijā nelielā skaitā gadījumu maina dzīvesveidu, to padarot veselīgāku (McKevitt et al., 1993: 2101).
- Par procedūrām un vingrojumiem, kas veicina insultu pārcietušā cilvēka spēju atgūšanu. Tuvinieki meklēja informāciju par procedūrām un vingrojumiem, kas veicina insultu pārcietušā cilvēka spēju atgūšanu. Krietni retāk informācija tika meklēta par insultu pārcietušās personas aprūpes mājas aspektiem, par sadarbības un komunikācijas ar insultu pārcietušo personu aspektiem un par šīs personas psiholoģisko stāvokli pēc insulta.

Intervētie insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki savas prasmes atrast sev interesējošo informāciju kopumā vērtē kā labas. Arī vairāk nekā puse aptaujāto tuvinieku savas prasmes atrast informāciju novērtēja kā labas un ļoti labas, trešdaļā gadījumu – kā viduvējas. Maz bija aptaujāto, kuri savas informācijas ieguves prasmes vērtētu kā sliktas. Liels īpatsvars aptaujāto tuvinieku arī norādīja, ka vienmēr vai gandrīz vienmēr tiem izdodas iegūt atbildes uz meklētajiem jautājumiem. Taču vienlaikus informanti norādīja, ka informācija par insulta ārstēšanu un rehabilitāciju latviešu valodā trūkst, kas ir viens no iemesliem, kāpēc vairāki intervētie informāciju meklēja krievu un angļu valodās. Intervētie atzīst, ka šajās svešvalodās informācija par insultu ir plašāka, taču noder mazāk, jo bieži ir saistīta ar konkrētās valsts finansētajiem pakalpojumiem un medikamentiem. Arī veiktā interneta meklētāja „Google” rakstu analīze apstiprina intervijās iegūtos secinājumus, ka

informācija par insulta jautājumiem latviešu valodā ir ierobežotā apjomā. Ierakstot atslēgvārdu „insults”, kas ir galvenais atslēgvārds, ko, uzsākot meklēšanu, izmanto tuvinieki, secināms, ka viegli ir iegūstama informācija par to, kas ir insults, kādi ir insulta riska faktori un pazīmes, un kā ir jārikojas insulta pazīmju novērošanas gadījumā. Taču nav atrodama apkopota, sistematizēta un skaidrojoša informācija par insulta ārstēšanas gaitu, par insulta rehabilitāciju, par to, kā sadzīvot ar insulta radītajām sekām un par to, kāds atbalsts ir pieejams personām pēc insulta. Informācija par insulta ārstēšanu aprobežojas ar informāciju par trombolīzes veikšanu un faktu, ka eksistē insulta vienības. Attiecībā uz insulta rehabilitāciju atrodama informācija par NRC „Vaivari” un mājas rehabilitācijas pakalpojumu. Taču trūkst informācija par citām rehabilitācijas iestādēm, kurās var saņemt specializētu rehabilitācijas pakalpojumu personām pēc insulta, par valsts pieejamo līdzfinansējumu rehabilitācijai un par stāvokli, kādā rehabilitāciju personai ir iespējams uzsākt. Ieteikumi, kas palīdzētu insultu pārcietušo cilvēku aprūpētājiem, ir maz – pieejami daži raksti, kas galvenokārt informē par izgulējumiem un kā no tiem izvairīties un kuros sniegta informācija par to, ka eksistē aprūpes mājās pakalpojums. 2016. gadā ir izstrādāta rokasgrāmata „Ikdienas aktivitāšu apmācība insulta pacientiem”, kurā, kā norādīts informācijas avotā, ir sniegtas atbildes par būtiskākajiem jautājumiem par pacientu ikdienas aprūpi un vingrojumu programmu insultu pārcietušiem cilvēkiem vingrinājumu veikšanai mājas apstākļos (Veselam.lv, 2017). Taču, lai iegūtu šo materiālu, nepieciešams sūtīt e-pastu vai zvanīt uz konkrētu tālruni, kas var aizņemt zināmu laiku. Tas nav pieejams brīvā formā elektroniskai lejuplādei. Līdz ar to šīs informācijas pieejamība vērtējama kā apgrūtināša, ko apliecina fakts, ka neviens no intervētajiem insultu pārcietušo cilvēku tuviniekiem par šādu rokasgrāmatu nebija informēts un to nebija ieguvis. Tādējādi autore secina, ka izvērsta un specializēta informācija par insulta jautājumiem ir slikti pieejama. Šādas informācijas trūkums un apgrūtināša pieejamība kavē laicīgu rehabilitācijas un vingrojumu pēc insulta uzsākšanu, kas palīdzētu insultu pārcietušiem cilvēkiem ātrāk atgūt spējas un efektīvāk izmantot laiku, ko persona pavada rindā, gaidot uz rehabilitācijas pakalpojumu.

Promocijas darbā tika konstatēts, ka nozīmīgākie informācijas ieguves avoti par insulta jautājumiem ir insultu pārcietušās personas ārstējošais ārsts, internets un paziņas. Pēc insulta personas paplašina savu paziņu loku - cilvēki ar līdzīgu pieredzi tiek iepazīti slimnīcā un ar viņiem tiek pārrunāta informācija par insulta ārstēšanas un rehabilitācijas iespējām, par veidiem, kā uzlabot insultu pārcietušo cilvēku veselības stāvokli, u.c. jautājumi. Lai arī populārs, tomēr nepietiekami izmantots informācijas ieguves avots insulta gadījumā ir ģimenes ārsts. Aptaujā secināts, ka pie ģimenes ārsta ar jautājumiem par insultu vēršas tikai puse aptaujāto. Arī veiktās intervijas iezīmē līdzīgu tendenci, papildus atklājot to, ka

jautājumi, kas vizītē ar ģimenes ārstu galvenokārt tiek pārrunāti, ir saistīti ar nosūtījuma uz rehabilitāciju saņemšanu, recepšu medikamentu izrakstīšanu un invaliditātes statusa iegūšanu. Citus jautājumus, piemēram, par insulta riska faktoriem un par veselīgu dzīvesveidu pēc insulta ģimenes ārsts ar intervētajiem lielākoties nav pārrunājis un nav iniciējis šādu sarunu. Tas ir viens no iemesliem, kādēļ daļa intervēto uzskata, ka ģimenes ārsta loma insulta ārstēšanas un rehabilitācijas procesā ir maza un nepieciešamība apmeklēt ģimenes ārstu ir uzskatāma kā apgrūtinājums, īpaši laukos, kur ģimenes ārsta sasniedzamība bieži ir sliktāka ārsta ierobežotā darba laika, lielā attāluma un sabiedriskā transporta sliktās pieejamības dēļ. Tas ir apgrūtinājums īpaši tajos gadījumos, kad personai pēc insulta ir būtiski ietekmētas fiziskās spējas. Vienlaikus jānorāda, ka ne visu intervēto gadījumos sadarbība ar ģimenes ārstu tiek raksturota kā formāla vai nelietderīga. Divām personām ģimenes ārsts ir bijis nozīmīgs avots informācijas par insulta jautājumiem ieguvē.

Insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki insulta ārstēšanas un rehabilitācijas laikā no ārstiem iegūto informāciju lielākoties saprot. Apņēmības, uzstājības trūkums un kauns ir galvenais iemesls tam, kādēļ vēlamā informācija netiek iegūta. Saņemtās informācijas nesaprašana intervēto vidū nav minēta kā problēma. Tas varētu būt saistīts gan ar augstāku pašvērtējumu, gan ar to, ka intervijās varētu būt piekritušas piedalīties personas, kas pēc savas būtības ir aktīvākas un komunikablākas, tādējādi nebaidoties uzdot sev interesējošos jautājumus gadījumā, kad kaut kas nav bijis saprotams. Vienlaikus aptaujas rezultāti tomēr norāda, ka problēma ar informācijas sapratni mērķagrūpā pastāv, jo ceturtā daļa tuvinieku norādīja, ka viņi reti saprot ārstu teikto un puse aptaujāto norādījuši, ka nekad vai reti meklē papildus informāciju tajos gadījumos, kad nav sapratuši ārstu vai rehabilitācijas speciālistu teikto. Tādējādi secināms, ka daļā gadījumu insultu pārcietušo cilvēku tuvinieki neiegūst sev interesējošo informāciju, un tas kavē laicīgas rīcības uzsākšanu.

Attiecībā uz iegūtās informācijas par insulta jautājumiem novērtēšanu, intervētie uzticējās ārsta sniegtajai informācijai un papildus to netiecās pārbaudīt. Gadījumos, kad intervētie meklēja kādu papildus informāciju, tas tika veikts ar mērķi iegūt vairāk zināšanas par insultu kā slimību, par rehabilitācijas iespējām pēc insulta. Arī šo informāciju intervētie lielākoties necentās kritiski pārbaudīt, piemēram, salīdzinot dažādu avotu sniegto informāciju. Tā vietā intervētie drīzāk tiecās iegūt pēc iespējas plašāku informāciju par meklēto jautājumu. Tādējādi secināms, ka informācija mērķagrūpas vidū lielākoties netiek kritiski novērtēta.

Attiecībā uz iegūtās informācijas pielietošanu, secināms, ka tuvinieki kopumā bija tie, kuri insulta ārstēšanas un rehabilitācijas procesā visaktīvāk pielietoja iegūto informāciju. Insultu pārcietušās personas loma sākotnējā posmā bija saņemto norāžu pildīšana. Lai arī

kopumā personas pēc insulta savu dzīvesveidu tiecās mainīt uz veselīgāku, ne visos gadījumos viņas ievēroja norādes, pat neskatoties uz to, ka uzskatīja, ka šo norāžu ievērošana nāktu par labu viņu veselībai. Atsevišķos gadījumos insultu pārcietušie cilvēki vai nu ātri padevās, pārtraucot vingrojumus, jo trūka motivācija, vai neievēroja aizliegumu piekopt kaitīgos ieradumus - turpināja smēķēt un lietot alkoholu. Kā iemesli tam tika minēta nevēlēšanās izslēgt no dzīves visas baudas un aktivitāšu trūkums šo personu ikdienā, norādot, ka tas ir veids, kā persona aizpilda savu laiku. Tādējādi politikas plānošanas līmenī ir būtiski rast risinājumus, kā nodarbināt un dažādās aktivitātēs iesaistīt personas ar funkcionāliem traucējumiem un invaliditāti, lai nodrošinātu lietderīgu laika pavadīšanu, mazinātu kaitīgas rīcības iespējamību un vairotu patīkamu emociju gūšanu no socializējošām aktivitātēm.

Aptaujā tika konstatēts, ka ne vienmēr tuvinieki ir pielietojuši visu par insulta jautājumiem atrasto informāciju. Gandrīz puse aptaujāto norādījusi, ka iegūto informāciju ir izmantojusi reti vai nekad. Pirmkārt, daļa iegūtās informācijas skaidroja insultu kā slimību – tās cēloņus un ārstēšanu, ko tuvinieki pieņēma zināšanai. Otrkārt, tuvinieki ieguva informāciju par maksas rehabilitāciju vai dārgām manipulācijām, kuras nevarēja atļauties. Treškārt, viņi ieguva informāciju par dažādām tautas medicīnas metodēm, kuru ticamību apšaubīja. Ceturtkārt, personas nebija paspējušas pielietot konkrēto informāciju, jo, piemēram, gaidīja rindā uz pakalpojumu.

Kā secināms intervijās, insultu pārcietušajām personām kopumā vairāk nekā tuviniekiem ir raksturīga vēlme pielietot iegūto informāciju, t.sk. tādu, kuru ticamību viņi apšaubā. Šī informācija insultu pārcietušajām personām dod cerību uz izveseļošanos un viņi to pielieto, apzinoties, ka piedāvātās terapijas un līdzekļi visticamāk ir neefektīvi. Insultu pārcietušās personas ilgu laiku pēc insulta cer uz brīnumlīdzekli un pilnīgu atveseļošanos, kas ir iemesls visdažādāko rīcību, kuru efektivitāti viņi apšaubā, veikšanai. Līdz ar to secināms, ka šo personu rīcība tiek balstīta nevis uz iepriekšējo pieredzi un citu personu ieteikumiem, bet gan uz emocijām un cerībām.

Insultpratības loma biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā, iekļaušanās sabiedrībā procesā un rīcības stratēģiju izvēlē. Promocijas darbā aizstāvībai izvirzītā tēze, ka insultu pārcietušā cilvēka un viņa ģimenes locekļu zināšanām un prasmēm iegūt, saprast, novērtēt un pielietot informāciju ir izšķiroša loma atveseļošanās procesā, biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanā un spējā iekļauties sabiedrībā, ir apstiprinājusies daļēji.

Promocijas darbā veiktais pētījums norāda, ka tie indivīdi, kuri identificē un iegūst vairāk informācijas par insulta jautājumiem, arī biežāk īsteno dažādas rīcības stratēģijas

insulta negatīvo seku mazināšanai un atkārtota insulta riska mazināšanai. Tādējādi secināms, ka pratībai ir būtiska loma rīcības stratēģiju izvēlē. Vienlaikus rīcības stratēģiju izvēlē ļoti būtiska loma ir bijusi dažādiem ārējiem un strukturālajiem faktoriem. Pirmkārt, būtiska loma ir valsts apmaksātu rehabilitācijas pakalpojumu pieejamībai, jo, lai arī indivīdi ir informēti par iespējami agrīnākas rehabilitācijas nepieciešamību pēc insulta, ne visiem to uzreiz pēc insulta ir iespējams saņemt, jo uz rehabilitāciju NRC „Vaivari” ir jāgaida rindās pat vairākus mēnešus. Otrkārt, loma rīcības stratēģiju izvēlē ir indivīdu rīcībā esošajiem finansiālajiem līdzekļiem, jo tie sniedz lielāku iespēju pielietot informāciju, piemēram, izmantot privātās rehabilitācijas pakalpojumus, privātas speciālistu konsultācijas un maksas manipulācijas. Treškārt, loma ir indivīdu sociālajiem tīkliem, jo īpaši paziņām medicīnas darbinieku vidū, jo tie sniedz iespēju agrīnāk un ātrāk iegūt valsts finansētus un privātus rehabilitācijas pakalpojumus.

Loma rīcības stratēģiju izvēlē ir bijusi arī indivīda (insultu pārcietušā cilvēka vai viņa tuvinieka) personiskajiem faktoriem – attieksmei pret rīcību, kauna neesamībai, lai diskutētu un vaicātu padomu veselības aprūpes personālam, kā arī veiktu konkrēto rīcību, un šo indivīdu komunikācijas praksei. Loma bijusi arī insultu pārcietušās personas psiholoģiskajai traumai – gadījumā, ja tā nav pārvarēta, personai trūkst motivācija veikt konkrēto darbību. Insultu pārcietušās personas nomāc un viņu rīcību var kavēt arī nastas sajūta. Nastas sajūta vairākos gadījumos robežojās ar kauna sajūtu, t.sk. pret tuviniekiem. Tas, piemēram, izpaužas kā kauns, ka persona vairs nespēj pildīt agrākās sociālās lomas, un tā rezultātā persona noslēdzas no ģimenes locekļiem un kļūst pasīva.

Promocijas darbā iegūtās atziņas norāda, ka insultpratībai ir nozīmīga loma atveseļošanās pēc insulta procesā. Tuvinieku pratībai, īpaši funkcionālajai un interaktīvajai pratībai, ir galvenā loma tajā, lai iegūtu informāciju par nepieciešamajām rīcībām, lai spētu pārliecināt un motivēt insultu pārcietušo cilvēku rīkoties un lai palīdzētu šai personai pildīt norādes. Savukārt insultu pārcietušās personas atbildība ir ievērot konkrēto rīcību. Jo lielāka ir insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku pratība, jo biežāk atveseļošanās process ir veiksmīgāks. Taču jāņem vērā, ka to ietekmē arī raksturotie ārējie strukturālie faktori.

Lai arī pašu insultu šī vārda tiešajā nozīmē pārvarēt nevar, insultu pārcietušajai personai ir iespēja veikt biogrāfisko darbu, lai mazinātu vai pārvarētu biogrāfisko pārrāvumu, ko radījis insults. Ņemot vērā, ka insultpratībai ir pozitīva loma atveseļošanās pēc insulta procesā, tā netieši sekmē arī biogrāfiskā pārrāvuma pārvarēšanu, jo labāks funkcionālais stāvoklis, atgūtas vai daļēji atgūtas spējas vairo insultu pārcietušās personas pašvērtējumu un pārliecinātības sajūtu, palīdz atgūt kontroli pār savu dzīvi. Arī prasme atrast informāciju par

darba, nodarbošanās un brīvā laika pavadīšanas iespējām personām ar funkcionāliem traucējumiem un invaliditāti, pratība sevi aprūpēt un tikt galā ar ikdienas darbiem mazina ievainojamības sajūtu un ceļ pašvērtējumu. Spēja iegūt informāciju par citu cilvēku pieredzes stāstiem, atbalsta organizācijām un iespēju saņemt psiholoģisko palīdzību var palīdzēt biogrāfiskā darba veikšanā. Psiholoģiska palīdzība un tikšanās ar citiem insultu pārcietušajiem cilvēkiem var palīdzēt iedomātās nākotnes tēla izveidei, motivācijas rašanai, kas attiecīgi veicina aktīvāku rīcību savas veselības un psiholoģiskā stāvokļa uzlabošanai, kā to autore novēroja gan intervijās, gan līdzdalības novērojumos.

Sociālā iekļaušanās jeb iekļaušanās sabiedrībā akadēmiskajā vidē tiek uzskatīts par kompleksu jēdzienu, aptverot tādas dimensijas kā iesaisti darba tirgū un materiālo līdzekļu pietiekamību, sociālās attiecības un pieeju dažāda veida pakalpojumiem. Tāpēc, lai iekļautos sabiedrībā, ir būtiski iegūt, saprast, novērtēt un pielietot sev interesējošo un nepieciešamo informāciju visdažādākajās dzīves jomās (veselības, kultūras, finanšu u.c.). Tā kā insultprātība primāri ir orientēta uz ar insultu saistītas informācijas iegūvi (ārstēšanu, rehabilitāciju, aprūpi un prasmēm sadzīvot ar insultu), tās loma iekļaušanās procesā ir vērtējama kā pakārtota.

Insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku pieredze sociālo un veselības pakalpojumu izmantošanā. Viens no promocijas darba uzdevumiem bija izpētīt, kāda ir insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku pieredze sociālo un veselības pakalpojumu izmantošanā, kā viņi iegūst informāciju par šiem pakalpojumiem un kā tos novērtē. Pētījumā secināts, ka par veselības aprūpes pakalpojumiem pamata informāciju personas iegūva ārstniecības iestādē, savukārt detalizētāku informāciju, piemēram, par dažādām rehabilitācijas iestādēm un procedūrām, viņas iegūva no paziņām, interneta un retāk - arī no ģimenes ārsta.

Intervētie pēc insulta ir izmantojuši pienākošos valsts finansētos veselības aprūpes pakalpojumus stacionārā. Galvenais ierobežojums, ar kuru indivīdi saskārās šo pakalpojumu izmantošanā, ir rindas uz valsts apmaksāto rehabilitācijas pakalpojumu personām pēc insulta. Rehabilitācija ir būtisks priekšnosacījums, lai persona atgūtu fiziskās spējas un tādējādi mazinātu psiholoģisko traumu, biogrāfisko pārrāvumu un iekļautos sabiedrībā. Taču esošajā situācijā šī pakalpojuma pieejamība ir slikta. Līdz ar to iekļauties sabiedrībā pēc insulta lielākas iespējas ir tiem, kuri spēj samaksāt par maksas rehabilitācijas pakalpojumu un algot speciālistus individuālām nodarbībām, jo, piemēram, divu nedēļu rehabilitācijas kurss stacionārā ir līdzvērtīgs vidējai mēneša neto darba samaksai Latvijā. Tāpat priekšrocības ir tām personām, kurām ir paziņas medicīnas iestādēs, kas var palīdzēt rehabilitāciju iegūt ātrāk.

Citi ierobežojumi veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanā, ar kuriem ir saskārušies intervētie, ir informācijas trūkums. Gandrīz visiem intervētajiem ir bijušas grūtības atrast informāciju par iestādēm, kuras sniedz rehabilitācijas pakalpojumu stacionārā personām pēc insulta - gan maksas, gan valsts līdzfinansētu. Tāpat konstatēti gadījumi, kad intervētie nav bijuši informēti par iespēju saņemt valsts apmaksātu rehabilitācijas pakalpojumus mājās, kas ir pieejams kopš 2012. gada 1. janvāra, un attiecīgi nav to izmantojuši. Ierobežojums veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanā ir arī birokrātiskais slogs, uz ko norādījušas insultu pārcietušās personas un viņu tuvinieki. Lai saņemtu rehabilitācijas pakalpojumu, personas ir devušās pie ģimenes ārsta, kurš viņus nosūtīja pie rehabilitologa / fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta, kurš savukārt izsniedza nosūtījumu pakalpojuma saņemšanai un sastādīja medicīniskās rehabilitācijas plānu. Lai arī VM publicētajā informatīvajā rakstā norāda, ka nosūtījumu uz rehabilitāciju un rehabilitācijas plānu ieteicams noformēt, pacientam esot stacionārā (Veselības ministrija, 2017a), interviju gadījumi norāda, ka šāda prakse stacionāros ne vienmēr tiek pieņemta. Daļa intervēto norāda, ka ārsti stacionārā visbiežāk ar jautājumiem par turpmāko ārstēšanos un rehabilitāciju rekomendē vērsties pie ģimenes ārsta. Tādējādi pacientam uz rehabilitāciju nākas gaidīt ilgāk.

Raksturojot intervēto attieksmi pret veselības aprūpes pakalpojumiem, autore konstatē, ka lielā daļā gadījumu intervēto vidū ir novērojama skepse un aizvainojums pret veselības aprūpes sistēmu – gan attiecībā uz iespēju saņemt pakalpojumu, jo uz to ir jāgaida rindā (t.sk., rehabilitācija mājās), gan attiecībā uz pakalpojuma kvalitāti, jo pastāv priekšstats, ka valsts finansētie pakalpojumi tiek sniegti minimālā apjomā, kas nesniedz gaidīto atdevi, gan attiecībā uz pacientu līdzmaksājumiem valsts finansētos pakalpojumos, kas par vairāku dienu ārstēšanās kursu stacionārā veido nozīmīgu naudas summu.

Intervēto stāstījumi norāda uz to, ka veselības aprūpes pakalpojumos maz uzmanība ir pievērsta personas psiholoģiskajam stāvoklim un tā uzlabošanai, kas ir īpaši būtiski pēc insulta, jo insults rada psiholoģisku traumu, depresiju un biogrāfisku pārrāvumu. Insultu pārcietušās personas psiholoģiskais stāvoklis - motivācijas trūkums, nolemtības sajūta, depresija - ir viens no cēloņiem, kāpēc rehabilitācija nedod cerēto ieguvumu. Šajā gadījumā būtiska ir gan fiziskā vide ārstniecības iestādē, kurai jābūt motivējošai, gan mijiedarbības pieredze ar veselības aprūpes personālu, kurai jābūt iedrošinošai un patīkamai. Intervētie norāda, ka pēc insulta ir nepieciešams strādāt ar personas psiholoģisko stāvokli tūlīt pēc insulta gadījuma. Slimnīcās psihologa konsultācijas nav pieejamas, savukārt rehabilitācijas centrā vairākos gadījumos tās tiek vērtētas kā formālas, kur psihologs drīzāk mudina samierināties ar esošajiem apstākļiem, nevis iedvesmo strādāt, lai stāvoklis kļūtu labāks.

Intervētie norāda, ka viņiem ir nepieciešams komplekss psiholoģisks atbalsts no visiem aprūpē iesaistītajiem, t.sk. no aprūpes personāla.

Veselības aprūpes personāla insultprātības trūkums jeb izpratnes par insulta radītajām fiziskajām un psiholoģiskajām sekām, kā arī zināšanu trūkums par to, kā komunicēt ar insultu pārcietušo personu, ir bijis traucēklis insulta pārcietušās personas atveseļošanās procesā. Empīrijā ir konstatēti gadījumi, kad insultu pārcietušie cilvēki un viņu tuvinieki ir saskārušies ar nekompetentu veselības aprūpes personāla darbu: (a) nepietiekamu pacienta uzraudzīšanu un aprūpi, (b) nepareizu medikamentu došanu, (c) komunikācijas nepilnībām, (d) neprecīzu un vadlīnijām neatbilstošu telpu iekārtojumu, (e) pusdienu un vakariņu pasniegšanu iepakojumā un formā, kas nav piemērota insultu pārcietušajām personām un kuru tās nespēj atvērt. Tas norāda uz nepieciešamību veicināt insultprātību aprūpes personāla vidū.

Attiecībā uz pieredzi sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības izmantošanā, intervētie galvenokārt izmantojuši iespēju noformēt invaliditāti, jo invaliditātes statuss viņiem ir devis vairākas priekšrocības – invaliditātes pensiju vai valsts sociālā nodrošinājuma pabalstu, kā arī iespēju saņemt sociālos pakalpojumus. Zināšanas par dažādiem valsts vai pašvaldības sniegtiem sociālajiem pakalpojumiem personām ar invaliditāti vai funkcionālajiem traucējumiem intervēto vidū gan ir raksturojamas kā drīzāk sliktas. Piemēram, par iespēju saņemt tehniskos palīglīdzekļus, profesionālās piemērotības noteikšanu un profesionālo rehabilitāciju, un sociālo rehabilitāciju intervētie lielākoties nebija informēti. Tehnisko palīglīdzekļu pakalpojums ir būtisks, lai palīdzētu personām paveikt ikdienas darbības, savukārt sociālās rehabilitācijas pakalpojums ir būtisks, lai persona spētu pielāgoties jaunajiem dzīves apstākļiem, apgūtu un trenētu patstāvīgas dzīves iemaņas, kas ir būtiskas, lai iekļautos sabiedrībā. Piemēram, sociālās rehabilitācijas pakalpojumu SIVA ir izmantojusi tikai viena intervētā insultu pārcietusī persona. Tāpat secināms, ka intervētie nav izmantojuši pašvaldību sniegtās psihologa konsultācijas pakalpojumu, kas arī uzskatāms par nepieciešamu personām pēc insulta.

Sociālo pakalpojumu izmantošanu kavē ne tikai informācijas trūkums par to, kur vērsties pēc palīdzības un kāds atbalsts ir pieejams, bet arī pašu pakalpojumu nepieejamība, jo reģionos trūkst pakalpojuma sniedzēju. Sociālo pakalpojumu izmantošanu kavē arī kauns, ko izjūt insultu pārcietušie cilvēki. Kauna sajūta izpaužas kā uzskati, ka persona ir kļuvusi nespējīga un ka tai ir nepieciešams sociālā palīdzība. Kā norādīja viena no intervētajām insultu pārcietušās personas tuviniecēm, laukos personas bieži nevēlas, lai šāda informācija izplatītos apkaimē. Tāpēc kauns ir iemesls, kāpēc daļa personas nevērsas sociālajā dienestā pēc palīdzības.

REKOMENDĀCIJAS

Nodaļā tiek sniegtas lietišķas rekomendācijas ar mērķi uzlabot insultu pārcietušo personu ārstēšanas, rehabilitācijas, aprūpes un iekļaušanās sabiedrībā procesus.

- 1) Valsts nodrošinātais atbalsts rehabilitācijai personām pēc insulta ir nepietiekams. Lai sekmētu personu iekļaušanos sabiedrībā, atbalsta apjoms ir jāpalielina, jo prakse pierāda, ka intensīva un agrīna rehabilitācija sniedz gaidīto atdevi. Rehabilitācijai stacionārā jāparedz garāks kurss un uz to ir jāsamazina rindas, tāpat jāveicina mājas rehabilitācijas pakalpojuma pieejamība lauku teritorijās un nosūtījums pie rehabilitologa vai fiziskās medicīnas ārsta un rehabilitācijas plāns ir noformē, personai atrodoties stacionārā – t.i., iespējami drīz pēc insulta gadījuma.
- 2) Lai insultu pārcietušie cilvēki justos apmierināti ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu, ir jāuzlabo veselības aprūpes personāla zināšanas par insulta radītajām fiziskajām un psiholoģiskajām sekām. Interviju gadījumi norāda, ka veselības aprūpes iestādēs mēdz būt situācijas, kad palāta tiek nepareizi iekārtota - slimniekam pieejot no nepareizās puses, personāla komunikācijas manieres aizskar insultu pārcietušo personu un liek tai justies psiholoģiski slikti, ēdiens tiek pasniegts insultu pārcietušajiem cilvēkiem nepiemērotā formā – iepakojumos, kurus viņi nevar atvērt.
- 3) Daļa aptaujāto insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku ir norādījuši, ka viņu pieredzē ir bijuši gadījumi, kad tie nesaprot ārstu teikto, tāpēc insultu pārcietušo personu un viņu tuvinieku insultprātības vairošanā nepieciešams iesaistīt medicīnas personālu, jo īpaši ģimenes ārstus. Ārstiem rekomendējams pacientiem biežāk uzdot jautājumus, lai pārliicinātos par to, vai viņi ir sapratuši ārsta sniegto informāciju un vai viņi saprot norādes, instrukcijas un dažādas veidlapas, kuras medicīniskām vajadzībām viņiem lūdz aizpildīt. Rekomendējams pacientiem jautāt, kā viņi skaidrotu savu veselības situāciju un problēmas, jo tas ļautu iegūt informāciju par to, kā pats pacients izprot situāciju, kā arī rekomendējams iedrošināt pacientus uzdot viņiem neskaidros jautājumus. Tāpat ir būtiski, lai ārsti sniegtu informāciju īsos teikumos, izmantojot iespējami vienkāršāku valodu, turklāt ņemtu vērā pacienta kognitīvo stāvokli (Health Literacy Centre Europe, 2015b), jo īpaši insulta gadījumā, kad pacientam var būt grūtāk uztvert ārstu teikto. Šādos gadījumos ieteicams informāciju sniegt dažādos veidos – mutiski un rakstiskā formā, jo, piemēram, rakstiskas formas informācija sniedz iespēju ar to atkārtoti iepazīties arī pēc ārsta apmeklējuma.

Politikas veidotāju loma, atbilstoši ārvalstu pētnieku ieteikumiem, ir veicināt pārmaiņas, kuras veselības aprūpes sistēmu padarītu pacientam vieglāk saprotamu, iedrošināt medicīnas personālu uztveramākā un vienkāršākā formā pacientiem pasniegt informāciju, kā arī aicināt veikt pētījumus, lai identificētu jomas, kurās pacientiem rodas problēmas saprast un pielietot informāciju (Health Literacy Centre Europe, 2015b).

- 4) Empīriskais pētījums norāda uz problēmu, ka pēc insulta tuvinieki un insultu pārcietušie cilvēki saskaras ar neziņu un informācijas trūkumu par dažādiem ar insultu saistītiem jautājumiem, jo insults viņu dzīvēs ir bijis pēkšņs un negaidīts notikums. Pamata informāciju par to, kas ir insults un kādi ir tā cēloņi, kāda ir insulta ārstēšana un sagaidāmās sekas, par nepieciešamību pēc rehabilitācijas un nepieciešamību pēc insulta atnest kaitīgos ieradumus personas iegūst slimnīcās. Taču plašāku informāciju par veselīga dzīvesveida prasībām pēc insulta, par dažādiem insulta riska faktoriem, par vingrojumiem mājas apstākļos, par iestādēm, kur saņemt rehabilitācijas pakalpojumus pēc insulta, par vietām, kur vērsties pēc psiholoģiskas un cita veida palīdzības, kā arī par insultu pārcietušā cilvēka aprūpes aspektiem personas ārstniecības iestādēs saņem reti vai visbiežāk – nemaz. Insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku rīcība pēc insulta ir saistīta ar viņu zināšanām un prasmēm šo informāciju iegūt un pielietot, tāpēc valstiskā mērogā ir jādara viss iespējamais, lai informācija par insultam nozīmīgiem jautājumiem personām būtu viegli pieejama, lai tādējādi laiks uzreiz pēc insulta tiktu izmantots efektīvi un indivīdi varētu nekavējoties uzsākt rīcību.

Lai veicinātu insultu pārcietušo cilvēku un viņu ģimenes locekļu insultpratību, nepieciešams izstrādāt informatīvu materiālu, apkopojot informāciju par insulta ārstēšanu, rehabilitācijas iespējām, insulta sekām, pamata vingrojumiem mājas apstākļos²⁵, insultu pārcietušās personas psiholoģisko stāvokli un motivēšanu pēc insulta gadījuma, personas aprūpi, veselīga dzīvesveida prasībām pēc insulta, kur vērsties pēc psiholoģiskas un sociālas palīdzības u.c. jautājumiem. Tāpat šajos materiālos rekomendējams apsvērt iespēju brīvā formā apkopot citu insultu pārcietušo cilvēku un viņu tuvinieku iegūtās zināšanas un pieredzi – kā rīkoties pēc insulta, ko var gaidīt un ko drīzāk nevar gaidīt no konkrētajiem pakalpojumiem, ko un kad sākt, kur labāk meklēt papildu informāciju, kādas ir biežākās kļūdas insultpratības trūkuma

²⁵ Jāņem vērā, ka insults var radīt ļoti atšķirīgas sekas, tāpēc izstrādāt vienotu vingrojumu programmu, kas derētu ikvienam insultu pārcietušajam cilvēkam, ir sarežģīti. Materiālā būtu apkopojami galvenie vingrojumi, detalizētāk tos apspriežot ar veselības aprūpes speciālistiem.

dēļ u.tml. Šos jautājumus un informāciju par tiem kā būtisku norāda insultu pārcietušās personas un viņu tuvinieki. 2016. gadā izstrādātā rokasgrāmata „Ikdienas aktivitāšu apmācība insulta pacientiem”, kā norādīts avotā, sniedz atbildes uz atsevišķiem no minētajiem jautājumiem - tajā ietverta informācija par būtiskākajiem jautājumiem par personu ikdienas aprūpi un vingrojumu programmu insultu pārcietušiem cilvēkiem vingrinājumu veikšanai mājas apstākļos (Veselam.lv, 2017). Taču tā nav pieejama brīvā formā elektroniskai lejuplādei un ir grūti iegūstama. Tāpēc autore rekomendē izstrādāt materiālus, kurus izvietot visās rehabilitācijas iestādēs un slimnīcās, kā arī izveidot VM, NVD vai SPKC uzturētu insulta jautājumiem veltītu mājaslapu. Līdzšinējā valsts iestāžu pieredze šādu mājaslapu izstrādē norāda uz veiksmīgiem piemēriem, kur lasītājam ērtā, uzskatāmā formā ir iespējams atspoguļot nozīmīgus jautājumus. Par piemēru var minēt mājaslapu „www.grutnieciba.lv”. Informācijas par insulta jautājumiem izplatīšanai iespējams izmantot arī citus informācijas kanālus, piemēram, pašvaldību iestādes – bibliotēkas, izglītības iestādes u.c. Ar izstrādāto informatīvo materiālu nepieciešams iepazīstināt arī veselības aprūpes personālu, lai veicinātu viņu insultpratību, izpratni par insulta sekām un tādējādi uzlabotu pakalpojumu sniegšanas kvalitāti.

- 5) Veiktajās ekspertintervijās speciālisti ir norādījuši uz problēmu, ka veselības un sociālās politikas sistēma un reģistri darbojas nošķirti, tā rezultātā nenoris plūstoša un vienkārša pāreja no veselības uz sociālo pakalpojumu saņemšanu. Nepieciešams radīt saikni starp veselības sistēmu un sociālās palīdzības un pakalpojumu sistēmu, lai starp tām noritētu datu apmaiņa, t.sk., lai, saņemot veselības aprūpes pakalpojumu, pacientam vispārīgā formā tiktu sniegta informācija par sociālā atbalsta saņemšanas iespējām, un lai pašvaldības sociālais dienests saņemtu informāciju par savā teritorijā dzīvojošajām personām ar funkcionālajiem traucējumiem (Personu apvienība SIA „Konsorts” un SIA „AC Konsultācijas”, 2017: 59).
- 6) Nepieciešams vairot sabiedrības insultpratību – gan informēt par insulta riskiem, pazīmēm un sekām, gan vairot toleranci pret cilvēkiem, kuriem ir traucētas kustību, runas vai kognitīvās spējas. Kā norāda empīriskais pētījums, pat gadījumā, kad tiek novērotas insultam raksturīgas pazīmes, personas kavējas izsaukt neatliekamo medicīnisko palīdzību. Tāpat rezultāti norāda, ka cilvēki, kuriem nav bijusi saskare ar insultu, neprot atpazīt insultu pārcietušo personu, tāpēc atsaka tai palīdzību.

Ir būtiski, lai insultpratība tiktu veicināta arī insultu pārcietušo personu tuvinieku vidū – lai tuvinieki iesaistītos kopīgās aktivitātēs ar insultu pārcietušo personu, kopīgi

darbotos pie uzdevumiem, kas ir vērsti uz šo personu spēju attīstīšanu. Esošajā situācijā novērojams, ka tuvinieki mēdz norobežoties no šādu aktivitāšu veikšanas.

- 7) Veiktie pētījumi jomā norāda, ka kopienas atbalstam un sociālajiem tīkliem var būt pozitīva loma indivīda insultprātības vairošanā. Citi indivīdi ar savu rīcību un padomu var motivēt insultu pārcietušās personas ievērot ārstu sniegtās norādes, kā arī rūpēties par veselīgu dzīvesveidu, lai tādējādi mazinātu atkārtota insulta risku. Šādā gadījumā pozitīvu ieguvumu var sniegt brīvprātīgie, kuri apmeklē personas, kuriem ir ierobežotas kustībspējas un kuras dzīvo vienas (Health Literacy Centre Europe, 2015c), lai tām sniegtu padomus un motivētu būt insultprātīgām.

Ārvalstu pieredze rāda, ka arī dažādiem kopienu centriem var būt pozitīva loma prātības veicināšanā, jo šādā centrā indivīdiem ir iespēja apmainīties ar informāciju, sniegt savstarpēju atbalstu, tajā indivīdi var gūt ieteikumus un atbildes uz dažādiem medicīniskiem jautājumiem gan no cilvēkiem ar līdzīgu pieredzi, gan no brīvprātīgajiem un centra darbiniekiem (Health Literacy Centre Europe, 2015c). Būtiska ir informācijas ieguve kā no centru darbiniekiem un brīvprātīgajiem, tā no personām, kuras ir pārcietušas insultu. Tieši personas ar līdzīgu pagātnes pieredzi noteiktās situācijās var sniegt unikālus un noderīgus padomus un iedvesmot indivīdu vairāk, pastāstot par savu pieredzi dažādu problēmu risināšanā.

- 8) Veselības un sociālās politikas veidošanā rekomendējams pārņemt dažādas pieredzē balstītas un pasaulē aprobētas prakses, kas ir vērstas uz slimnieku veselībprātības un aktīvas rīcības veicināšanu. Piemēram, Eiropas veselībprātības centrs (*Health Literacy Centre Europe*) ir apkopojis detalizētu informāciju par 20 pieejām, kas ir vērstas uz indivīdu prātības, iekļaušanas un rīcības veicināšanu. Tās skatāmas saitē: <http://healthliteracycentre.eu/selected-interventions-irohla-description-and-links-to-more-information-evidence-for-added-value-of-comprehensive-approach/>. Par katru no saitē minētajām pieejām ir sagatavots izvērstis dokuments, kurā ir raksturota gan pati pieeja, tās mērķis un teorētiskais pamatojums, gan provizoriskās izmaksas, metodes efektivitāte, uzziņas avoti u.c. noderīga informācija. Minētās pieejas ir iespējams pielāgot insultu pārcietušo personu atbalstam un insultprātības veicināšanai.

No Eiropas veselībprātības centra mājaslapā raksturotajām pieejām autorei šķita lietderīgas vairākas pieejas. Pirmkārt, ideja par automatizēto telefona atbalsta sistēmas izveidi (*Automated Telephone Self-Management Support System*), kurā ik nedēļu deviņu mēnešu garumā tiek apzvanīti mērķa grupas pārstāvji. Ar šādu telefonsarunu palīdzību noris pacientu uzraudzība, nodrošinot aprūpes un ārstēšanas nepārtrauktību,

noris viņu izglītošana par dažādiem jautājumiem, motivēšana un atbalstīšana. Otrkārt, autorei šķita saistoša ideja programmai, kas ir vērsta uz krūts vēža laicīgu diagnostiku (*Promoting A Breast Cancer Screening Clinic For Underserved Women: A Community Collaboration*). Tajā pusstundu garās nodarbībās sievietēm tiek mācīts, kā pašām veikt krūšu izmeklējumu (iztaustīšanu), tiek sniegta literatūra, kas atbilst astotās klases lasīšanas līmenim un tādējādi ir sievietēm saprotama, tiek palīdzēts atgūt izmaksas par veselības pakalpojumiem, sievietes tiek iesaistītas valsts skrīninga programmās. Šo pieeju varētu pārņemt un pielāgot insulta jautājumiem. Treškārt, autorei šķita saistoša ideja programmai, kurā vecāka gadagājuma personas tika apciemotas mājās, lai noskaidrotu viņu vajadzības un rīcībā esošos resursus, palīdzētu viņiem piekļūt veselības un sociālajiem pakalpojumiem, iedrošinātu un aktivizētu viņus (programmas nosaukums *Activ-ins-Alter*) (Health Literacy Centre Europe, 2015d). Šo un citu programmu pieejas ir iespējams pārņemt un pielāgot insultu pārcietušo cilvēku vajadzībām, jo liela daļa programmu ir vērstas uz ievainojamāko sabiedrības grupu uzraudzību un motivēšanu, viņu vajadzību apmierināšanu. Programmas risina līdzīgas vajadzības, kādas rodas personām pēc insulta, kad indivīda mobilitāte kļūst ierobežota, rodas jaunas informācijas vajadzības un ir nepieciešams iedrošinājums un regulārs atbalsts, īpaši gadījumos, kad persona dzīvo viena.

PATEICĪBAS

Promocijas darba autore vēlas pateikties visiem, kuri palīdzēja doktora darba tapšanas procesā. Pirmkārt, autore vēlas īpaši pateikties darba vadītājam Dr.sc.soc. Aivaram Tabunam par komentāriem, norādēm un sniegto atbalstu doktora darba tapšanas procesā, jo īpaši darba noslēguma stadijā. Otrkārt, autore vēlas pateikties Latvijas Universitātes Socioloģijas nodaļas profesoriem un docentiem par sniegtajiem ieteikumiem un recenzijām doktorantūras laikā un pēc tās. Īpašs paldies prof. T. Tisenkopfam par gala norādēm promocijas darba noslēguma posmā. Treškārt, autore vēlas pateikt lielu paldies biedrībai „Vigor” par atsaucību un laipno uzņemšanu brīvprātīgo vidū, iesaisti aktivitātēs un sniegtajām atbildēm uz uzdotajiem jautājumiem. Ceturtkārt, autore vēlas pateikties visiem intervētajiem un aptaujātajiem cilvēkiem, bez kuru sniegtajām atbildēm šī promocijas darba tapšana nebūtu iespējama. Piektkārt, autore saka paldies A. Caunem par sniegto tehnisko atbalstu saistībā ar promocijas darba materiālu un gala variantu izdruku sagatavošanu un pavairošanu. Un, visbeidzot, autore vēlas pateikties doktorantūras studentiem par doktorantu semināru diskusijām un sniegtajiem priekšlikumiem. Īpašs paldies Antrai un Renāram, un ilggadējiem kursa biedriem - Santai, Dacei un Uldim.

IZMANTOTO AVOTU SARAĶSTS

1. Akiyama H., Hasegawa Y. (2013). Stroke Knowledge: A Nationwide, Internet-based Survey of 11,121 Inhabitants in Japan. *Internal Medicine*, 52, pp. 529-537. (sk. 2017.05.07)
2. Albert S. F. (1996). A descriptive study of educational, counseling, and support group services received and needed by spouses of stroke survivors. *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (sk. 2015.08.15), <http://search.proquest.com/docview/304307835?accountid=27169>
3. Allman D. (2013). The Sociology of Social Inclusion. *SAGE Open*, Vol.3, No.1, (sk. 2014.11.10), <http://m.sgo.sagepub.com/content/3/1/2158244012471957>
4. Amano T., Yokota C., Sakamoto Y. et al. (2014). Stroke Education Program of Act FAST for Junior High School Students and Their Parents. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 23, No. 5, pp. 1040-1045. (sk. 2017. 05.02), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.08.021>
5. AS Sociology. *Revision Mapping: Sociological Perspectives*, pp.8 (sk.2015.08.25) Pieejams: www.sociology.org.uk/revgper1.pdf
6. Asgarkhani M. (2007). The Reality of Social Inclusion Through Digital Government. *Journal of Technology in Human Services*, Vol.25, No.1-2, pp.127-146, (sk. 2016.08.16), http://dx.doi.org/10.1300/J017v25n01_09
7. Ārstniecības likums. (sk. 2015.09.02), <http://likumi.lv/doc.php?id=44108>
8. Balina S. (2014). Public Libraries – Facilitators of Information Society and e-Inclusion in Latvia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 109, pp. 412 – 416
9. Bandura A., Walters R.H. (1963). *Social Learning and Personality Development*. New York: Holt, Rinehart & Winston
10. Bay J.L., Spiroski A.M., Fogg-Rogers L et al. (2015). Stroke Awareness and Knowledge in an Urban New Zealand Population. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 24, No. 6, pp 1153-1162. (sk. 2017.05.07), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.01.003>

11. Beal C.C. (2015). Stroke education needs of African American women. *Public Health Nursing*, 32(1):24-33. (sk. 2017.05.08),
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25257834>
12. Bengtsson M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open* 2, pp.8-14, (sk. 2016.08.12),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
13. Boeije H.R., Duijnste M.S.H., Grypdonck M.H.F., et al. (2002). Encountering the downward phase: biographical work in people with multiple sclerosis living at home. *Social Science & Medicine*, 55, pp. 881–893. (sk. 2016.08.18),
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12220091>
14. Borns L.E., Ruso N.F. (2011). Psiholoģija: Izturēšanās un tās konteksts: 3.daļa. Rīga: Raka
15. Boston University School of Public Health. (2018). *The Theory of Planned Behavior*. (sk. 2018.09.11), <http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories3.html>
16. Bos W., Tarnai C. (1999). Content analysis in empirical social research. *International Journal of Educational Research*, Vol.31, No.8, pp. 659-671, (sk.2016.09.18),
[https://www.researchgate.net/publication/222246208_Content_analysis_in_empirical_social_research -
Hermeneutische Verfahren in der Erziehungswissenschaft](https://www.researchgate.net/publication/222246208_Content_analysis_in_empirical_social_research_-_Hermeneutische_Verfahren_in_der_Erziehungswissenschaft)
17. Boylstein C. (2002). Medical knowledge and functional assessment in the everyday lives of stroke survivors. *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (sk.2015.05.17),
<http://search.proquest.com/docview/305521993?accountid=27169>
18. Brereton L., Nolan M. (2002). 'Seeking': a key activity for new family carers of stroke survivors. *Journal Of Clinical Nursing*, Vol.11, No.1, pp. 22-31. (sk. 2015.11.08.2015), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11845752>
19. Burnard P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, Vol.11, No.6, pp.461-466, (sk.2016.08.22),
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1775125>

20. Bury M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, Vol 4 (2), pp. 167-182. (sk.2015.08.09),
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep11339939/abstract>
21. Bury M. (1997). *Health and Illness in a Changing Society*. Routledge: London, pp.230
22. Carpenter T.P., Tignor M.S., Tsang J.A., et al. (2016). Dispositional self-forgiveness, guilt- and shame-proneness, and the roles of motivational tendencies. *Personality and Individual Differences*, Vol.98, pp.53–61,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.017>
23. Catts R. (2012). Indicators of adult information literacy. *Journal of Information Literacy*, Vol.6, No.2, pp. 4-18. (sk. 2015.11.11.),
<http://dx.doi.org/10.11645/6.2.1746>
24. Centrālā statistikas pārvalde. (2018a). Iedzīvotāju skaits (sk.2018.08.07),
<https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaits/galvenie-raditaji/iedzivotaju-skaits-ta-izmainas-un-blivums>
25. Centrālā statistikas pārvalde. (2018b). Strādājošo mēneša vidējā darba samaksa pa ceturkšņiem (no gada sākuma). (sk. 2018.08.07),
http://data1.csb.gov.lv/pxweb/lv/sociala/sociala_dsamaksa_isterm/DS030c.px/table/tableViewLayout1/?rxid=6fdc6c6e-8423-490f-abfb-955383b04c01
26. Chan L., Yu-Di L., Chieh-Hsing L. (2016). World Stroke Day in Taiwan: Raising Public Awareness of Stroke. *International Journal of Gerontology*, Vol. 10, pp. 175-179, (sk. 2017.04.28), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijge.2016.03.009>
27. Charmaz K. (2006). *Constructing grounded theory : a practical guide through qualitative analysis*. SAGE Publication Inc.
28. Chau P.C. J. (2008). Outcomes following stroke: Social, psychological and physical factors predicting participation restriction. *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (sk.2015.08.16),
<http://search.proquest.com/docview/304831194?accountid=27169>
29. Christmann S. (2005). *Health Literacy and Internet: Recommendations to promote Health Literacy by the means of the Internet*. EuroHealthNet, pp.22., (sk. 2016.08.14), eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/pu_8.pdf

30. Clifford Simplican S., Leader G., Kosciulek J., et al. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities*, 38, pp. 18–29, (sk. 2016.08.16), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.008>
31. Coleman L.E.S . Social Inclusion Theory Application. pp.16 (sk.2015.02.18), http://dayenu.co/wp-content/uploads/2013/09/coleman_lauraedythe_theorypaper4_social_inclusion_theory_application.pdf
32. CommGAP. *Theories of Behavior Change*. The World Bank. pp.6 (sk.2015.02.18), <http://siteresources.worldbank.org/EXTGOVACC/Resources/BehaviorChangeweb.pdf>
33. Conner M. (2001). Health Behaviors. In Neil J. Smelser and Paul B. Baltes (eds) *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, (sk. 2018.09.11), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0080430767038717>
34. Crossman A. *Social Learning Theory*. About education. (sk. 2015.08.13) Pieejams: <http://sociology.about.com/od/Sociological-Theory/a/Social-Learning-Theory.htm>
35. Crowe M., Inder M., Porter R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 49, No.7, pp. 616– 623, (sk.2016.09.7), <http://anp.sagepub.com/content/early/2015/04/18/0004867415582053>
36. Cunha J.P. (2017). Stroke Quiz: Test Your Medical IQ. (sk. 2018.08.07), https://www.medicinenet.com/stroke_quiz/quiz.htm
37. Dalvandi A., Heikkilä K., Maddah S. B., et al. (2010). Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors. *International Nursing Review*, 57(2), 247-253 (sk.2015.07.2), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579161>
38. Dārziņa L. (2014). No 1.jūlija lielāks kopšanas pabalsts invalīdiem un sociālie pabalsti 1. un 2.grupas invalīdiem. (sk.2016.09.28), <http://m.lvportals.lv/visi/skaidrojumi/263887-no-1-julija-lielaks-kopsanas-pabalsts-invalidiem-un-socialie-pabalsti-1-un-2grupas-invalidiem/>

39. Denny M.C., Vahidy F., Vu K.Y.T, Sharrief A.Z., Savitz S.I. (2017). Video-based educational intervention associated with improved stroke literacy, selfefficacy, and patient satisfaction. *PLoS ONE*. 12(3): pp. 1-12, (sk. 2017.05.15), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171952>
40. Eames S, Hoffmann T, Worrall L. et al. (2010). Stroke patients' and carers' perception of barriers to accessing stroke information. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(2):69-78. (sk. 2017.05.01), <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1310/tsr1702-69>
41. Egbert N., Koch L., Coeling H., et al. (2006). The role of social support in the family and community integration of right-hemisphere stroke survivors. *Health Communication*, Vol.20, No.1, pp. 45-55 (sk.2015.03.14), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16813488>
42. Faircloth C.A., Rittman M., Boylstein C., et al. (2004). Energizing the ordinary: Biographical work and the future in stroke recovery narratives. *Journal of Aging Studies* 18, pp. 399–413 (sk.2016.08.20), <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406504000453>
43. Fetterman A. & Sudheendra D. How Much Do You Know About Stroke? (sk. 2018.08.07), <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=40&contentid=StrokeQuiz2>
44. Flood Aakvaag H., Thoresen S., Wentzel-Larsen T. et al. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma- related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204, pp. 16–23, (sk. 2016.08.29), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>
45. Ford J.D., Grasso D.J., Elhai J.D., et al. (2015). Posttraumatic Stress Disorder (Second edition). *Scientific and Professional Dimensions*, pp. 1-42, (sk. 2016.09.5), <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128012888000017>
46. Forest Research. *Theories: Behaviour change*. (sk. 2014.02.18), www.forestry.gov.uk/pdf/behaviour_review_theory.pdf/%24FILE/behaviour_review_theory.pdf
47. Giosa J. L., Stolee P., Dupuis S. L., et al. (2014). An Examination of Family Caregiver Experiences during Care Transitions of Older Adults. *Canadian*

- Journal on Aging*. Vol.33, No.2, pp.137-153. (sk.2015.01.15),
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24754978>
48. Graneheim U.H., Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, Vol.24, No.2, pp. 105–112, (sk.2016.09.25),
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769454>
 49. Haley W.E., Roth D.L., Kissela B., et al. (2011). Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study. *Quality of Life Research*, Vol.20, No.6, pp.799-806 (sk. 2015.07.19), www.jstor.org/stable/41488137
 50. Health Literacy Centre Europe. (2015a). *Measuring health literacy*. (sk. 2018.08.04), <http://healthliteracycentre.eu/measuring-health-literacy/>
 51. Health Literacy Centre Europe. (2015b). *Recognizing Low Health Literacy*. (sk. 2018.08.04), <http://healthliteracycentre.eu/recognizing-low-health-literacy/>
 52. Health Literacy Centre Europe. (2015c). *The role of social networks and social support*. (sk. 2018.08.04), <http://healthliteracycentre.eu/the-role-of-social-networks-and-social-support/>
 53. Health Literacy Centre Europe. (2015d). *Twenty 'promising interventions' selected in IROHLA*. (sk. 2018.08.04), <http://healthliteracycentre.eu/selected-interventions-irohla-description-and-links-to-more-information-evidence-for-added-value-of-comprehensive-approach/>
 54. Heijmans M., Waverijn G., Rademakers J. et al. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, Vol. 98, No. 1, pp 41-48, (sk. 2018.08.06), [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738-3991\(14\)00413-3](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738-3991(14)00413-3)
 55. Helsenorge.no. (2016). *Behandling og rehabilitering*. (sk.2016.09.20),
<https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/hjerneslag/hjerneslag-behandling>
 56. HLS-EU Consortium (2012): *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States*. The European Health Literacy Survey HLS-EU. (sk. 2016.04.16),
<http://www.health-literacy.eu>

57. Hmeļevska V. (2015). Cilvēku ar redzes invaliditāti iekļaušanās Latvijas sabiedrībā. Promocijas darba melnraksts (nepublicēts materiāls). Rīga: Latvijas Universitāte
58. Hsieh H.F., Shannon S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis Hsiu-Fang. *Qualitative Health Research*, Vol. 15, No. 9, pp. 1277-1288, (sk.2016.09.26),
<http://qhr.sagepub.com/content/15/9/1277.short?rss=1&ssource=mfc>
59. Huang Y.J., Wang J.L., Wu T.Y. et al. (2015). Validation of the short-form Health Literacy Scale in patients with stroke. *Patient Education and Counseling*, 98, pp. 762–770. (sk. 2017.05.08), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.021>
60. Hubbard G., Kidd L., Kearney N. (2010). Disrupted lives and threats to identity: The experiences of people with colorectal cancer within the first year following diagnosis. *Health*, 14(2), pp. 131–146, (sk. 2016.09.2),
<http://hea.sagepub.com/content/14/2/131.abstract>
61. Inowlocki L., Lutz H. (2000). Hard Labour: The ‘Biographical Work’ of a Turkish Migrant Woman in Germany. *The European Journal of Women’s Studies*. Vol. 7, pp. 301–319, <http://ejw.sagepub.com/content/7/3/301.abstract>
62. Invaliditātes likums. (sk. 2018.08.13), <http://likumi.lv/doc.php?id=211494>
63. Kanj M., Wayne M. (2009). *Working document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion*, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26-30 October. (sk. 2016.07.15),
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
64. Kilkenny M.F., Purvis T., Werner M. et al. (2016). Improving stroke knowledge through a ‘volunteer-led’ community education program in Australia. *Preventive Medicine*, Vol. 86, pp. 1–5 (sk. 2017.05.10),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypped.2016.01.015>
65. Kim P., Warren S., Madill H., et al. (1999). Quality of Life of Stroke Survivors. *Quality of Life Research*, Vol. 8, No. 4, pp. 293-301. (sk. 2019.05.25),
<http://www.jstor.org/stable/4036913>
66. Kimia R. (1997). Change in social relationships: The impact of stroke. *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (sk.2015.08.16),
<http://search.proquest.com/docview/304461466?accountid=27169>

67. Kiriakidis S. (2017). Perceived Behavioural Control in the Theory of Planned Behaviour: Variability of Conceptualization and Operationalization and Implications for Measurement. *In: Kavoura A., Sakas D., Tomaras P. (eds) Strategic Innovative Marketing. Springer Proceedings in Business and Economics*, (sk. 2018.09.11), https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-33865-1_25
68. Kobayashi L.C., Wardle J., von Wagner C.. (2015). Internet use, social engagement and health literacy decline during ageing in a longitudinal cohort of older English adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.69, No.3, pp.278-283. (sk.2016.08.17), <http://jech.bmj.com/content/69/3/278.full>
69. Kutner M., Greenberg E., Jin Y., et al. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2006–483). U.S.Department of Education.Washington, DC: National Center for Education Statistics
70. Labklājības ministrija(a). *Atvieglājumi personām ar invaliditāti*. (sk.2018.08.13), <http://www.lm.gov.lv/text/918>
71. Labklājības ministrija(b). *Invaliditātes pensija*. (sk.2018.08.13), <http://www.lm.gov.lv/text/134>
72. Labklājības ministrija(c). *Pabalsts invalīdiem, kuriem nepieciešama īpaša kopšana*. (sk.2018.08.13), <http://www.lm.gov.lv/text/101>
73. Labklājības ministrija(d). *Sociālā iekļaušana*. (sk.2015.05.24), <http://www.lm.gov.lv/text/1505>
74. Labklājības ministrija(e). *Valsts sociālā nodrošinājuma pabalsts*. (sk.2018.08.13), <http://www.lm.gov.lv/text/2748>
75. *Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2012/2013. Ilgtspējīga nācija*. (2013). Galv. red. Baiba Bela. Rīga: LU Sociālo un politisko pētījumu institūts, pp. 128 lpp., (sk. 2016.08.10), http://www.szf.lu.lv/fileadmin/user_upload/szf_faili/Petnieciba/sppi/tautas/TAP-makets2013_ar_vaaku.pdf
76. Latvijas ārstu biedrība. (2008). *Insults – tas jāzina katram*. (sk. 2014.10.17), https://www.aslimnica.lv/sites/default/files/satura_faili/insults.pdf

77. Legg C., Penn C. (2013) A stroke of misfortune: Cultural interpretations of aphasia in South Africa. *Aphasiology*, Vol.27, No.2, pp. 126-144,
<http://dx.doi.org/10.1080/02687038.2012.684338>
78. Lim W., Chuang D.F., Chue K.M., et al. (2014). Stroke literacy in Singapore: data from a survey of public housing estate residents. *Annals Academy of Medicine*, Vol. 43, No. 9, pp. 454-63. (sk. 2017.05.16),
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25341630>
79. LZA Terminoloģijas komisija. Akadēmiskā terminu datubāze. (sk.2015.11.2),
<http://termini.lza.lv/term.php?term=reasoned%20opinion&list=reasoned&lang=EN>
80. Mackenzie A., Greenwood N. (2012). Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disability And Rehabilitation*, Vol.34, No.17, pp.1413-1422. (sk.2015.05.17), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22309576>
81. Madsen T.E., Baird K.A., Silver B., et al. (2015). Analysis of Gender Differences in Knowledge of Stroke Warning Signs. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 24, No. 7, pp 1540-1547. (sk. 2017.05.03),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.03.017>
82. Mak A. K., Mackenzie A., Lui M. H. (2007). Changing needs of Chiveta family caregivers of stroke survivors. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(5), 971-979. (sk. 2015.06.13), <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01754.x/abstract>
83. Marxists. *Definition of Sociology*. (sk.2015.08.25) Pieejams:
<https://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/ge/weber.htm>
84. McKevitt C., Luse A., Wolfe C. (1993). The unfortunate generation: stroke survivors in Riga, Latvia. *Social Science & Medicine*, 56, pp. 2097-2108
85. Merriam Sharan B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. John Wiley & Sons Inc., p.320
86. Ministru kabineta 2008.gada 21. aprīļa noteikums Nr.288 „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība”. (sk. 2018.08.13),
<https://likumi.lv/doc.php?id=174327>
87. Ministru kabineta 2009. gada 15. decembra noteikums Nr.1474 „Tehnisko palīgīdzekļu noteikumi”. (sk. 2018.08.13), <https://likumi.lv/doc.php?id=202674>

88. Ministru kabineta 2009.gada 31.marta noteikumi Nr.279 “Noteikumi par kārtību, kādā personas saņem sociālās rehabilitācijas pakalpojumus sociālās rehabilitācijas institūcijās, un prasībām sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem” (sk.2016.09.28), <http://likumi.lv/doc.php?id=190188>
89. Ministru kabineta 2010. gada 21. decembra noteikums Nr.1170 „Par kārtību, kādā personas ar invaliditāti saņem atbalstu mājokļa pielāgošanai, un atbalsta saņemšanas nosacījumiem”. (sk. 2018.08.13), <https://likumi.lv/doc.php?id=223578>
90. Ministru kabineta 2010. gada 28. decembra noteikumi Nr.1209 „Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību”. (sk. 2018.08.13), <https://likumi.lv/ta/id/271253-noteikumi-par-prognozejamas-invaliditates-invaliditates-un-darbspeju-zaudejuma-noteikšanas-kriterijiem-termiņiem-un-kartibu>
91. Ministru kabineta 2010. gada 28. decembra noteikums Nr.1207 „Noteikumi par personai ar prognozējamu invaliditāti prioritāri sniedzamo invaliditātes riska mazināšanai paredzēto pakalpojumu veidiem, apjomu, saņemšanas nosacījumiem un saņemšanas kārtību”. (sk. 2018.08.13), <https://likumi.lv/doc.php?id=223793>
92. Ministru kabineta 2011. gada 4. janvāra noteikums Nr.9 „Noteikumi par individuālo rehabilitācijas plānu personai ar prognozējamu invaliditāti un personai ar invaliditāti”. (sk. 2018.08.13), <https://likumi.lv/doc.php?id=224135>
93. Ministru kabineta 2017. gada 21. februāra noteikums Nr.94 „Kārtība, kādā persona saņem valsts finansētus profesionālās rehabilitācijas pakalpojumus un profesionālās piemērotības noteikšanas pakalpojumu”. (sk. 2018.08.13), <https://likumi.lv/doc.php?id=288897>
94. Morden A., Jinks C., Ong B.N. (2015). Temporally divergent significant meanings, biographical disruption and self-management for chronic joint pain. *Health*, pp. 1–18, (sk. 2016.08.20), <http://hea.sagepub.com/content/early/2015/08/19/1363459315600773>
95. Morgan D.L. (1993). Qualitative Content Analysis: A Guide to Paths Not Taken. *Qualitative Health Research*, Vol 3, No 1, pp. 112-121, (sk.2016.09.19), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8457790>

96. Morren J.A., Salgado E.D. (2013). Stroke literacy, behavior, and proficiency in a South Florida population. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol.22, No.7, pp.962-968, (sk. 2016.08.16),
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244691>
97. Morrison A. P. M.D. (2008) The Analyst's Shame. *Contemporary Psychoanalysis*, Vol.44, No.1, pp. 65-82, (sk. 2016.08.29),
<http://dx.doi.org/10.1080/00107530.2008.10745951>
98. Muddiman D. (2000). Theories of social exclusion and the public library. In: *Open to All?: the Public Library and Social Exclusion*. London: The Council for Museums, Archives and Libraries, pp. 1-15. (sk. 2015.02.20),
<http://eprints.rclis.org/7118/>
99. Nacionālais veselības dienests. (2018a). *Stacionāro pakalpojumu gaidīšanas rindas*. (sk. 2018.08.07), <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/stacionaro-pakalpojumu-gaidisanas-rindas>
100. Nacionālais veselības dienests. (2018b). *Medicīniskā rehabilitācija*. (sk. 2018.08.07), <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/mediciniska-rehabilitacija>
101. Nacionālais veselības dienests. (2018c). *Pacientu mirstība stacionārā 30 dienu laikā pēc stacionēšanās ar hemorāģisku vai išēmisku insultu 2017.gadā*. (sk. 2019.05.18), <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/valsts-budzeta-lidzeklu-izpildes-analize-stacionaros>
102. National Institutes of Health. Test Your Stroke Knowledge! (sk. 2018.08.07),
<https://stroke.nih.gov/about/quiz.htm>
103. National Stroke Association. What is stroke? (sk. 2019.05.25),
<https://www.stroke.org/understand-stroke/what-is-stroke/>
104. Nodibinājums „Fonds Sabiedrībai”. (2015). Ilgstoši slimojošo pacientu atgriešana darba tirgū, nodrošinot IKT prasmju apgūšanu: pētījuma rezultāti. (sk. 2016.08.22),
http://www.fondssabiedribai.lv/system/application/uploads/file/FS_Petijums_datu%20analize_FINAL.PDF
105. Northcott S., Moss B., Harrison K., et al. (2005). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: Associated factors and

- patterns of change. *Clinical rehabilitation*. (sk.2015.05.16),
<http://cre.sagepub.com/content/early/2015/08/28/0269215515602136.abstract>
106. Olševska R. (10.02.2012). *Insulta sekas jānovērš pirmajos mēnešos*. La.lv. (sk. 2014.10.17), <http://www.la.lv/insulta-sekas-janovers-pirmajos-menesos/>
107. Omtzigt D.J. (2009). Survey on Social inclusion: Theory and Policy. pp.34. (sk. 2014.11.11.),
http://ec.europa.eu/regional_policy/archive/policy/future/pdf/1_omtzigt_final_for_matted.pdf
108. Ownby R., Waldrop-Valverde D., Hardigan P. et al. (2013). Development and Validation of a Brief Computer-Administered HIV-Related Health Literacy Scale (HIV-HL). *AIDS and Behavior*, Vol.17, No.2, pp710–718. (sk. 2018.08.02),
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562365/>
109. Oxford Dictionaries. (sk. 2015.08.12). Pieejams:
<http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/behaviour>
110. Oxoby R.J. (2009). Understanding Social Inclusion, Social Cohesion and Social Capital. pp.29 (sk.2015.08.02),
<https://econ.ucalgary.ca/manageprofile/sites/econ.ucalgary.ca.manageprofile/files/unitis/publications/162-34166/UnderstandingSocialInclusion-Oxoby.pdf>
111. Pacientu tiesību likums. (sk. 2015.09.02), <http://likumi.lv/doc.php?id=203008>
112. Par sociālo drošību. (sk. 2018.08.13), <https://likumi.lv/doc.php?id=36850>
113. Parsirdi.lv. 44% iedzīvotāju nespēj nosaukt nevienu insulta pazīmi. (skatīts 2017.08.19), <http://www.parsirdi.lv/44-iedzivotaju-nespej-nosaukt-nevienu-insulta-pazimi/>
114. Pārskats par tautas attīstību, 2015/2016. Dzīves meistarība un informācijpratība. Galv. red. Baiba Holma
115. Peoples H., Satink T., Steultjens E. (2011). Stroke survivors' experiences of rehabilitation: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, Vol.18, No.3, pp.163-171. (sk. 215.06.18),
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20701431>
116. Personu apvienība SIA “Konsorts” un SIA “AC Konsultācijas”. (2017). *Gala ziņojums: Esošo sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu sniegšanas un*

- finansēšanas sistēmas analīze. I sējums.* Pasūtītājs: Labklājības ministrija. (sk. 2018.01.20), <http://petijumi.mk.gov.lv/>
117. Pranka M. (2015). Biogrāfiskā pieeja biogrāfiskā pārrāvuma individuālo un sociālo aspektu analīzē. Promocijas darbs. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte
118. Rawal N. Social Inclusion and Exclusion: A Review. *Dhaulagiri Journal of Sociology and Anthropology*, 2, pp.161-180. (sk.2014.11.11), www.cmi.no/file/?589
119. Rehabilitācijas centrs "Līgatne". Pēc insulta. (sk. 2018.08.07), <http://rehcentrsligatne.lv/pec-insulta/>
120. Reisi M., Mostafavi F., Javadzede H. et al. (2016). The Functional, Communicative, and Critical Health Literacy (FCCHL) Scales: Cross-Cultural Adaptation and the Psychometric Properties of the Iranian Version. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, Vol. 19, No. 1, pp e29700, (sk. 2018.08.06), <https://cdn.neoscriber.org/.../56e64d2a-5021-11e7-8314-ffe63326f60a>
121. Rowlands G., Protheroe J., Price H., et al. (2014). *Health Literacy: Report from an RCGP-led health literacy workshop*. Royal College of General Practitioners. (sk. 2016.03.28), <http://www.rcgp.org.uk/news/2014/june/~~/media/Files/Policy/RCGP-Health-Literacy-2014.ashx>
122. Ryan S., Carr A. (2010). Chapter 5 Applying the biopsychosocial model to the management of rheumatic disease. In K. Dziedzic and A. Hammond (eds) *Rheumatology*, (sk. 2018.09.11), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978044306934500005X>
123. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam. (sk.2015.07.11), www.vm.gov.lv/lv/nozare/attistibas_planosanas_dokumentu1
124. Sammons A. *The social learning approach: the basics*. Social Learning Theory, pp.2. (sk. 2015.04.12). http://www.psychotron.org.uk/newResources/approaches/AS_AQB_approaches_SLTBasics.pdf
125. Schilling E. (2015). 'Success Is Satisfaction with What You Have'? Biographical Work–Life Balance of Older Female Employees in Public Administration.

Gender, Work and Organization, 22 (5), pp.474-494,
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/gwao.12097/abstract>

126. Sharma N., Tridimas A., Fitzsimmons P.R. (2014). A Readability Assessment of Online Stroke Information. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 23, No. 6, pp 1362-1367. (sk. 2017.05.02),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.11.017>
127. Sharrief A.Z., Johnson B., Abada S. (2016). Stroke Knowledge in African Americans: A Narrative Review. *Ethnicity & Disease*, Vol. 26, No. 2, pp. 255-262. (sk. 2017.05.07), <http://europepmc.org/abstract/med/27103777>
128. Simmons C., Noble J.M., Leighton-Herrmann E., et al.(2017). Community-Level Measures of Stroke Knowledge among Children: Findings from Hip Hop Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 26, No. 1, pp 139–142. (sk. 2017.05.06), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.08.045>
129. Slimību profilakses un kontroles centrs (2018a). Iedzīvotāju mirstības cēloņi 2009. – 2017.gadā. (sk. 2018.08.07), <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>
130. Slimību profilakses un kontroles centrs (2018b). Statistikas dati par stacionāros ārstētajiem pacientiem un ķirurģiskā darba rādītājiem Latvijas stacionāros 2017.gadā. (sk. 2018.08.07), <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>
131. Slimību profilakses un kontroles centrs. (sk. 2018.08.07), Vai proti atpazīt insultu un pareizi rīkoties? (sk. 2018.08.07), <https://www.spkc.gov.lv/atpazistiinsultu/>
132. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. (sk. 2018.08.13), <https://likumi.lv/doc.php?id=68488>
133. *Stroke: Awareness and Education Toolkit For Healthcare Providers*. (sk. 2018.08.10), https://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/resources/3904.pdf
134. Sullivan K., Dunton N.J. (2004). Development and validation of the stroke knowledge test. *Topics in Stroke Rehabilitation*, Vol 11, No. 3, pp. 19-28. (sk. 2017.05.01), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15480951>
135. Sveen U., Lundgaard Sjøberg H., Østensjø S. (2016): Biographical disruption, adjustment and reconstruction of everyday occupations and work participation after mild traumatic brain injury. A focus group study. *Disability and*

Rehabilitation, (sk. 2016.09.1),

<http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2015.1129445>

136. Sykes S., Wills J., Rowlands G., et al. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. *Public Health*, 13:150. (sk.2016.08.30),
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/150>
137. Taghizadeh Larsson A., Jeppsson-Grassman E.. (2012). Bodily changes among people living with physical impairments and chronic illnesses: biographical disruption or normal illness? *Sociology of Health and Illness*, (34), 8, 1156-1169. (sk. 2015.08.11) <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01460.x>
138. Taylor R. (2012). The five faces of social inclusion: Theory and methods underpinning approaches to the measurement of social inclusion for children with disabilities. (sk.2014.11.10), <http://sociology.cass.anu.edu.au/event/five-faces-social-inclusion-theory-and-methods-underpinning-approaches-measurement-social-incl>
139. Trusson D., Pilnick A., Roy S. (2016). A new normal?: Women's experiences of biographical disruption and liminality following treatment for early stage breast cancer. *Social Science & Medicine*, 151, 121-129, (sk. 2016.08.20),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.011>
140. Veselam.lv. (2017). Insulta pacientu tuviniekiem pieejama bezmaksas rokasgrāmata, kurā iekļauti fizioterapijas vingrojumi. (sk. 2019.04.25),
<http://www.la.lv/insulta-pacientu-tuviniekiem-pieejama-bezmaksas-rokasgramata-kura-ieklausti-fizioterapijas-vingrojumi>
141. Veselības aprūpes finansēšanas likums. (sk. 2018.08.11),
<https://likumi.lv/doc.php?id=296188>
142. Veselības ministrija. (2017a). *Medicīniskā rehabilitācija insulta pacientiem*. (sk. 2017.09.12),
<http://www.vm.gov.lv/lv/tava-veseliba/veselibas-aprupe-majas/medicinska-rehabilitacija-insulta-pacientiem/>
143. Veselības ministrija. (2017b). *Medicīniskā rehabilitācija* (sk. 2017.09.14).
<http://www.vm.gov.lv/lv/tava-veseliba/medicinska-rehabilitacija1/>
144. Wallace A.S., Perkhounkova Y., Bohr N.L., et al. (2016). Readiness for Hospital Discharge, Health Literacy, and Social Living Status. *Clinical Nursing Research*,

- pp. 1–18., (sk.2016.09.5),
<http://cnr.sagepub.com/content/early/2016/01/18/1054773815624380.abstract>
145. Wang T.C., Tsai A.C., Wang J.Y, et al. (2014). Caregiver-Mediated Intervention Can Improve Physical Functional Recovery of Patients With Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabil Neural Repair*. (sk.2015.07.14),
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24788580>
146. Weiss B.D., Mays M.Z., Martz W. et al. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*, Vol.3, No.6, pp 514–522.(sk. 2018.08.03),
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466931/>
147. Wenger C. G. (2003). Interviewing older people. In: *Inside Interviewing: New Lenses, New Concepts*. Eds. James A. Holstein, Jaber F. Gudbrium. SAGE Publications, Inc., pp.557
148. Willems D.P., Hak A., Visser F.C., et al. (2006). Patient work in end-stage heart failure: a prospective longitudinal multiple case study. *Palliative Medicine*, Vol. 20, pp. 25-33, (sk.2016.08.20), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16482755>
149. Wong W.P., Yeung M., Loh S., et al. (2012). Stroke-related knowledge, lifestyle behaviours and health beliefs in Singaporean ChIveta: Implications for health education. *Health Education Journal*, 72(4), pp. 386–397. (sk. 2016.08.15),
<http://hej.sagepub.com/content/early/2012/05/23/0017896912446554>
150. Woodman P., Riazi A., Pereira C., et al. (2014). Social participation post stroke: a meta-ethnographic review of the experiences and views of community dwelling stroke survivors. *Disability And Rehabilitation*, Vol.36, No.24, pp.2031-2043. (sk.2015.07.12), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24597937>
151. World Health Organization. (2013). *Health Literacy: The Solid Facts*. Eds. I. Kickbusch, J. M. Pelikan, F. Apfel & A. D. Tsouros. (sk. 2018.08.05),
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
152. Yu Y., Hu J., Efird J. T., et al. (2013). Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2160-2171. (sk. 2015.08.11),
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23829403>

153. Zinn J.O. (2005) The biographical approach: A better way to understand behaviour in health and illness. *Health, Risk & Society*, Vol. 7, No.1, pp. 1-9, (sk. 2016.09.1), <http://dx.doi.org/10.1080/13698570500042348>

PIELIKUMI

1. pielikums

Daļēji strukturēta intervija ar insultu pārcietušiem cilvēkiem

Ievads (iepazīšanās, sarunas mērķis)

1. Kad un kā notika insults?
 - a. Vai pirms tam zinājāt par to, kas ir insults?
2. Kādas sekas tas atstāja?
 - a. Kādas sekas jūtamās tagad?
 - b. Vai pēc insulta gadījuma sākāt vairāk rūpēties par savu veselību (profilakse, veselīgs dzīvesveids)? Kā ir ar tuviniekiem?
3. Vai, insultam notiekot, Jūs zinājāt, ko iesāk un kā rīkoties?
 - a. Vai jutāties pārliecināts par to, ko darāt?
4. Vai, insultam notiekot, Jūs uzņēmāties vadību par ārstēšanu, informācijas meklēšanu, vai arī to darīja kāds tuvinieks, draugs?
5. Vai Jūs / tuvinieks papildus meklējāt kādu speciālu informāciju saistībā ar insultu / konsultējāties ar kādu?
 - a. Kā meklējāt?
 - b. Par kādiem jautājumiem?
 - c. Vai parasti atradāt meklēto / ieguvāt nepieciešamās atbildes?
 - d. Vai un kas radīja lielākās grūtības informācijas ieguvē?
6. Kā Jūs / tuvinieks vērtējat to informāciju, ko atradāt / saņēmat?
 - a. Vai tā bija saprotama?
 - b. Cik saņemtā informācija par insulta tematiku šķita / šķiet noderīga?
 - c. Vai un kā Jūs mēģinājāt novērtēt, uzzināt, cik šī informācija ir patiesa, uzticama? Vai jutāties kompetents to novērtēt?
 - d. Vai esat saskāries ar situāciju, kad par vienu jautājumu saņemat atšķirīgu informāciju?
Pastāstiet!
7. Vai pielietojāt iegūto informāciju? Kā / kāpēc?
8. Cik drošs Jūs kopumā jūtaties:
 - a. atrast informāciju par Jūsu tiesībām un iespējām saņemt valsts vai pašvaldības pakalpojumus un palīdzību (veselības, sociālos)?
 - b. sagatavot nepieciešamo dokumentāciju, iesniegumu palīdzības vai pakalpojumu saņemšanai?

9. Tagad pāris jautājumi jau konkrētāk par insulta ārstēšanas laiku:
- Kur un kā notika ārstēšana?
 - Kā Jūs raksturotu vidi, kurā atradāties (fiziski, cilvēciski)?
 - Kas patika / nepatika ārstēšanas procesā?
 - Kāda bija sadarbība ar ārstu? Kā vērtējat saziņu?
 - Kas bija / nebija skaidrs? Vai bija kas tāds, kas mulsināja, lika justies nepārliecināti?
 - Kāda bija ģimenes ārsta loma ārstēšanas procesā?
10. Tagad pāris jautājumi jau konkrētāk par insulta rehabilitācijas laiku:
- Kur un kā notika rehabilitācija?
 - Kā Jūs raksturotu vidi, kurā atradāties (fiziski, cilvēciski)?
 - Kas patika / nepatika rehabilitācijas procesā?
 - Kāda bija sadarbība ar ārstu? Kā vērtējat saziņu?
 - Kas bija / nebija skaidrs? Vai bija kas tāds, kas mulsināja, lika justies nepārliecināti?
 - Kāda bija ģimenes ārsta loma rehabilitācijas procesā?
11. Sakiet, vai Jums ir bijusi pieredze sociālās palīdzības vai sociālo pakalpojumu izmantošanā?
Kāda?
12. Noslēgumā daži jautājumi par laiku pēc insulta, ko pavadījāt mājās:
- Vai pēc ārstēšanas / rehabilitācijas beigām Jūs jutāties sagatavots tālākam procesam, dzīvei mājās pēc insulta?
 - Vai Jūs kādam prasījāt tālāk veicamos soļus / kādas instrukcijas?
 - Cik lielā mērā bija vajadzīga citu palīdzība, atbalsts?
 - Kā Jūs raksturotu dzīvi šobrīd?
 - Kā ir mainījusies Jūsu dzīve, salīdzinot ar laiku pirms insulta?
 - Ko Jūs darījāt, lai atgrieztos „ierastajās sliedēs”?
13. Vai ir kas cits, ko vēlaties pateikt / darīt zināmu?
Noslēgums (pateicība, informācija par tālāko pētījuma procesu, neformālas sarunas)

Daļēji strukturēta intervija ar insultu pārcietušo cilvēku tuviniekiem

Ievads (iepazīšanās, sarunas mērķis)

1. Kad un kam notika insults?
 - a. Vai pirms tam zinājāt, kas ir insults?
2. Kas insulta rezultātā mainījās (ja salīdzina laiku pirms insulta un pēc)?
 - a. Kā ir tagad?
 - b. Vai slimnieks pēc insulta vairāk rūpējas par savu veselību (profilakse, veselīgs dzīvesveids)?
 - c. Vai Jūs un tuvinieki esat vairāk sākuši rūpēties par savu veselību?
 - d. Cik bieži slimnieks komunicē ar citiem cilvēkiem?
3. Vai, insultam notiekot, Jūs zinājāt, ko iesāk un kā rīkoties?
 - a. Vai jutāties pārliecināts par to, ko darāt?
4. Vai Jūs papildus meklējāt kādu speciālu informāciju saistībā ar insultu / konsultējāties ar kādu?
 - a. Kā meklējāt?
 - b. Par kādiem jautājumiem?
 - c. Vai parasti atradāt meklēto / ieguvāt nepieciešamās atbildes?
 - d. Vai un kas radīja lielākās grūtības informācijas ieguvē?
5. Kā Jūs vērtējat to informāciju, ko atradāt / saņēmt?
 - a. Vai tā bija saprotama?
 - b. Cik saņemtā informācija par insulta tematiku šķīta / šķiet noderīga?
 - c. Vai un kā Jūs mēģinājāt novērtēt, uzzināt, cik šī informācija ir patiesa, uzticama? Vai jutāties kompetents, to novērtēt?
 - d. Vai esat saskāries ar situāciju, kad par vienu jautājumu saņemat atšķirīgu informāciju?
Pastāstiet!
6. Vai pielietojāt iegūto informāciju? Kā / kāpēc?
7. Cik drošs Jūs kopumā jūtaties:
 - a. atrast informāciju par Jūsu tiesībām un iespējām saņemt valsts vai pašvaldības pakalpojumus un palīdzību (veselības, sociālos pakalpojumus)?
 - b. sagatavot nepieciešamo dokumentāciju, iesniegumu palīdzības vai pakalpojumu saņemšanai?
8. Tagad pāris jautājumi konkrētāk par insulta ārstēšanas laiku:
 - a. Kur un kā notika ārstēšana?

- b. Kā Jūs raksturotu vidi, kurā atradāties (fiziski, cilvēciski)?
 - c. Kas patika / nepatika ārstēšanas procesā?
 - d. Kāda bija sadarbība ar ārstu? Kā vērtējat saziņu?
 - e. Kas bija / nebija skaidrs? Vai bija kas tāds, kas mulsināja, lika justies nepārliecināti?
 - f. Kāda bija ģimenes ārsta loma ārstēšanas procesā?
 - g. Kā slimnieks vērtēja šo procesu?
9. Tagad pāris jautājumi konkrētāk par insulta rehabilitācijas laiku:
- a. Kur un kā notika rehabilitācija?
 - b. Kā Jūs raksturotu vidi, kurā atradāties (fiziski, cilvēciski)?
 - c. Kas patika / nepatika rehabilitācijas procesā?
 - d. Kāda bija sadarbība ar ārstu? Kā vērtējat saziņu?
 - e. Kas bija / nebija skaidrs? Vai bija kas tāds, kas mulsināja, lika justies nepārliecināti?
 - f. Kāda bija ģimenes ārsta loma rehabilitācijas procesā?
 - g. Kā slimnieks vērtēja šo procesu?
10. Sakiet, vai Jums ir bijusi pieredze sociālās palīdzības vai sociālo pakalpojumu izmantošanā?
Kāda?
11. Tagad daži jautājumi par pēc insulta periodu mājās:
- a. Cik labi Jūs jutāties sagatavots tālākam procesam, aprūpei mājās, dzīvei mājās pēc insulta?
 - i. Vai Jūs kādam prasījāt tālāk veicamos soļus / kādas instrukcijas?
 - b. Cik drošs un pārliecināts Jūs jutāties un jūtaties tagad par:
 - i. to, kā komunicēt ar insultu pārcietušo personu?
 - ii. kā insultu pārcietušo personu aprūpēt?
 - iii. cik daudz insultu pārcietušajai personai palīdzēt?
 - iv. par slimnieka iekšējām sajūtām, stāvokli?
 - v. kā tikt galā ar situāciju, kad ar insultu pārcietušajai personai rodas emocionāls sakāpinājums, depresija?
 - c. Kā Jūs raksturotu insultu pārcietušās personas dzīvi šobrīd?
 - i. Kā ir mainījusies personas dzīve, salīdzinot ar laiku pirms insulta?
 - ii. Ko Jūsu tuvinieks darīja, lai atgrieztos „ierastajās sliedēs”?
 - iii. Cik lielā mērā Jūs teiktu, ka Jūsu tuviniekam ir izdevies sakārtot dzīvi, iekļāvusies sabiedrībā?
12. Vai ir kas cits, ko vēlaties pateikt / darīt zināmu?
Noslēgums (pateicība, informācija par tālāko pētījuma procesu, neformālas sarunas)

Insultu pārcietušo cilvēku tuvinieku aptauja

Labdien,

Esmu Latvijas Universitātes Socioloģijas doktora studiju programmas doktorante Kristīne Vībane. Promocijas darba ietvaros veicu pētījumu par insulta slimnieku ģimenes locekļu informācijas vajadzībām, ieguves veidiem un pielietojumu saistībā ar insulta gadījumu.

Ja esat insulta slimnieka tuvinieks, lūdzu Jūs piedalīties aptaujā un aizpildīt šo anketu! Jūsu sniegtā informācija un viedoklis man ir ļoti būtisks šī pētījuma izstrādē!

Anketa ir anonīma un iegūtā informācija tiks izmantota tikai apkopotā veidā. Lūdzu, sekojiet līdzi instrukcijām pie katra jautājuma – apvelciet Jūsu izvēlētai atbildei atbilstošo ciparu vai ierakstiet atbildi, kur nepieciešams. Pēc anketas aizpildes, lūdzu, iemetiet anketu tai paredzētā kastē vai aploksnē, kas atrodas pie ārstniecības personāla.

Ceru uz Jūsu izpratni un atsaucību! Paldies par ieguldīto laiku!

A. Iesākumā jautājumi par insulta slimību kopumā

1. Vai pirms Jūsu radinieks pārcieta insultu, Jūs interesējāties par nākamajā tabulā norādītajiem jautājumiem? Lūdzu, atzīmējiet vienu atbildi katrā rindiņā!

	Jā	Nē	Šāda informācija nebija nepieciešama
Par asinsvadu slimību cēloņiem	1	2	3
Par asinsvadu slimību riska palielinošiem faktoriem	1	2	3
Par insulta cēloņiem	1	2	3
Par insulta sekām	1	2	3
Par veselīga dzīvesveida prasībām	1	2	3
Par veselību veicinošiem un profilaktiskiem pasākumiem	1	2	3
Par nepieciešamajām veselības pārbaudēm un to biežumu	1	2	3

2. Cik lielā mērā, pēc Jūsu domām, insulta notikšanu persona var ietekmēt pati (t.i., ar savu dzīvesveidu, rīcību)? Lūdzu, novērtējiet skalā no 1 līdz 5, kur 1- nevar ietekmēt un 5 – ļoti var ietekmēt!

Nevar ietekmēt	1	2	3	4	5	Ļoti var ietekmēt

3. Lūdzu, atzīmējiet, kuras no tālāk minētajām slimībām un dzīvesveida paradumiem, Jūsprāt, visvairāk paaugstina risku saslimt ar insultu? Lūdzu, atzīmējiet ne vairāk kā piecas atbildes!

- Augsts holesterīna līmenis
- Zems holesterīna līmenis
- Cukura diabēts
- Gastrīts
- Gripa
- Sirds un asinsvadu slimības
- Paaugstināts asinsspiediens
- Pazemināts asinsspiediens
- Cits (norādīt) _____
- Traumas galvas rajonā
- Alkohola lietošana
- Smēķēšana
- Mazkustīgs dzīvesveids
- Aptaukošanās
- Miega trūkums
- Paaugstināts stresa līmenis

B. Turpinājumā jautājumi par insulta gadījumu

4. Pirms cik ilga laika (dienām, nedēļām) Jūsu radniekam notika insults?

(norādiet arī mērvienību)

5. Kādas sekas uz personas spējām ir atstājis insults? *Iespējamās vairākas atbildes*

1. Pilnīga ķermeņa paralīze, palikšana "uz gultas"
2. Vidēji smagi kustību traucējumi, daļēja roku, kāju paralīze
3. Atmiņas traucējumi, koncentrēšanās trūkums, uzmanības nenoturība
4. Prāta spēju (rēķināšana, rakstīšana, loģiskā domāšana u.c.) pasliktināšanās
5. Depresija, nomāktība, emocionāla nestabilitāte, jūtīgums
6. Cits (norādīt) _____

6. Vai pēc insulta gadījuma Jūs esat meklējis informāciju par nākamajā tabulā norādītajiem jautājumiem (t.sk. konsultējies ar ārstu, meklējis internetā u.c.)? Lūdzu, atzīmējiet vienu atbildi katrā rindiņā!

	Jā	Nē	Šāda informācija man nav nepieciešama
Par asinsvadu slimību cēloņiem	1	2	3
Par asinsvadu slimību riska palielinošiem faktoriem	1	2	3
Par insulta cēloņiem	1	2	3
Par insulta sekām	1	2	3
Par veselīga dzīvesveida prasībām	1	2	3
Par veselību veicinošiem un profilaktiskiem pasākumiem	1	2	3
Par nepieciešamajām veselības pārbaudēm un to biežumu	1	2	3
Par insulta ārstēšanas specifiku	1	2	3
Par insulta sekām tieši Jūsu radniekam (pie viņa diagnozes)	1	2	3
Par slimnieka rehabilitāciju	1	2	3
Par slimnieka aprūpi mājās apstākļos	1	2	3
Par to, kur nepieciešamības gadījumā vērsties pēc sociālas palīdzības	1	2	3

7. Kur Jūs meklējāt atbildes uz Jūsu interesējošajiem jautājumiem par asinsvadu / insulta slimības cēloņiem un sekām vai veselības profilaksi, vai insulta ārstēšanu un aprūpi? *Iespējamās vairākas atbildes*

1. Lasīju komentārus interneta forumos (piem., calis.lv, delfi.lv, Draugiem.lv, Facebook)
2. Lasīju dažādus citus interneta portālus / mājaslapas
3. Lasīju medicīniska rakstura grāmatas
4. Konsultējos ar paziņām, ģimenes locekļiem vai draugiem
5. Jautāju citiem insultu pārcietušiem cilvēkiem vai viņu tuviniekiem
6. Jautāju ģimenes ārstam
7. Jautāju ārstējošam ārstam, rehabilitācijas speciālistam
8. Cits (norādīt) _____

8. Kā Jūs vērtējat savas prasmes atrast Jūs interesējošo informāciju par asinsvadu / insulta slimības cēloņiem un sekām vai veselības profilaksi, vai insulta ārstēšanu un aprūpi?

1. Ļoti labas
2. Labas
3. Viduvējas
4. Sliktas
5. Drīzāk sliktas

9. Cik bieži Jūs esat ieguvis atbildes uz meklētajiem jautājumiem par insulta slimības cēloņiem un sekām vai veselības profilaksi, vai insulta ārstēšanu un aprūpi? Lūdzu, atzīmējiet vienu atbildi!

1. Vienmēr, gandrīz vienmēr
2. Bieži
3. Reti
4. Nekad

10. Kā Jūs vērtējat savas prasmes izvērtēt iegūtās informācijas (par insulta cēloņiem un sekām vai veselības profilaksi, vai insulta ārstēšanu) kvalitāti un uzticamību?

1. Ļoti labas
2. Labas
3. Viduvējas
4. Sliktas
5. Drīzāk sliktas

11. Cik bieži Jūs izmantojat atrasto informāciju par insulta slimības cēloņiem un sekām vai par veselības profilaksi, vai insulta ārstēšanu un aprūpi? Lūdzu, atzīmējiet vienu atbildi!

1. Vienmēr, gandrīz vienmēr
2. Bieži
3. Reti
4. Nekad

C. Turpinājumā jautājumi par sadarbību ar ārstniecības speciālistiem

12. Cik bieži Jūs saprotat ārstu, rehabilitācijas speciālistu lietoto terminoloģiju, kad viņi runā ar Jums par insulta slimnieka ārstēšanu vai rehabilitāciju, vai aprūpi? Lūdzu, atzīmējiet vienu atbildi!

1. Vienmēr, gandrīz vienmēr
2. Bieži
3. Reti
4. Nekad

13. Cik bieži pēc tam, kad neesat sapratis ārstu, rehabilitācijas speciālistu, Jūs mēģināt atrast kādu papildu informāciju par konkrēto jautājumu? Lūdzu, atzīmējiet vienu atbildi!

1. Vienmēr, gandrīz vienmēr
2. Bieži
3. Reti
4. Nekad

14. Cik reizes kopš insulta gadījuma Jūs esat bijis pie insulta slimnieka ģimenes ārsta, lai konsultētos par slimnieka ārstēšanu, rehabilitāciju vai aprūpi, veselības profilaksi?

D. Turpinājumā jautājumi par insulta slimnieka rehabilitāciju un tālāku aprūpi

15. Cik ilgu laiku pēc insulta gadījuma insulta slimnieks uzsāka rehabilitāciju? Lūdzu, norādiet dienās vai nedēļās, klāt pierakstot mērvienību!

16. Cik informēts Jūs šobrīd jūtaties par tālāk norādītajiem jautājumiem? Lūdzu, atzīmējiet vienu atbildi katrā rindiņā!

	Labi informēts	Drīzāk labi informēts	Drīzāk slikti informēts	Slikti informēts
Par laiku, kad pēc insulta nepieciešams uzsākt rehabilitāciju	1	2	3	4

	Labi informēts	Drīzāk labi informēts	Drīzāk slikti informēts	Slikti informēts
Par slimnieka aprūpi mājas apstākļos	1	2	3	4
Par to, kur nepieciešamības gadījumā vērsties pēc sociālas palīdzības	1	2	3	4
Par nepieciešamajām veselības pārbaudēm un to biežumu insulta riska mazināšanai	1	2	3	4
Par veselīga dzīvesveida prasībām pēc insulta	1	2	3	4
Par insulta risku palielinošiem faktoriem	1	2	3	4

Lūdzu, sniedziet informāciju par sevi!

E1. Dzimums:

1. Vīrietis
2. Sieviete

E5. Insulta pārcietušā cilvēka vecums, par kuru aizpildījāt anketu

_____ (pilni gadi)

E2. Jūsu vecums (pilni gadi): _____

E3. Jūsu izglītības līmenis:

1. Pamatizglītība vai zemāka
2. Vidējā, vidējā profesionālā, arodizglītība
3. Augstākā izglītība

E6. Jūsu radniecība ar insultu pārcietušo cilvēku:

1. Mazmeita, mazdēls
2. Meita, dēls
3. Dzīvesbiedre, dzīvesbiedrs
4. Māsa, brālis
5. Mamma, tētis
6. Cits (norādīt) _____

E4. Kur Jūs dzīvojat?

1. Rīgā
2. Pilsētā ārpus Rīgas
3. Novada centrā, pagasta centrā
4. Lauku teritorijā, ciemā

E7. Jūsu mājsaimniecības mēneša ienākumu apmērs pēc nodokļu nomaksas vidēji uz vienu mājsaimniecības locekli:

1. Līdz 100 EUR
2. 100 – 299 EUR
3. 300 – 599 EUR
4. 600 – 1000 EUR
5. 1000 EUR un vairāk
6. Nevēlos norādīt

Liels Jums paldies par sniegtajām atbildēm!

Insultprātības un veselībrātības novērtēšanai izmantotie mērinstrumenti

1. tabula

Insultprātības mērīšanas instrumenti

Insultprātības mērīšanas instruments / avots	Jautājumi, ar kuru palīdzību tiek mērīta insultprātība
<p>Insulta zināšanu pārbaude Nr. 1 (<i>The Public Stroke Knowledge Quiz</i>).</p> <p>Piemērs: National Institutes of Health, pieejams saitē: https://stroke.nih.gov/about/quiz.htm</p>	<p>Sievietes biežāk mirst no krūts vēža nekā no insulta:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pareizs apgalvojums Nepareizs apgalvojums <p>Insults ir biežākais nāves cēlonis un biežāk rada nopietnas ilgtermiņa invaliditātes sekas nekā jebkura cita saslimšana:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pareizs apgalvojums Nepareizs apgalvojums <p>Insults var notikt vai nu smadzenēs, vai sirdī:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pareizs apgalvojums Nepareizs apgalvojums <p>Kuras no tālāk minētajām ir insulta pazīmes? (atzīmējiet visas atbilstošās)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pēkšņs apjukums, runas traucējumi vai nespēja uztvert citu teikto Pēkšņas, smagas galvassāpes bez zināma iemesla Pēkšņs nejutīgums vai vājums sejas rajonā, rokā vai kājā, jo īpaši vienā ķermeņa pusē Pēkšņa redzes pasliktināšanās vienā vai abās acīs Pēkšņas problēmas staigāt, reibonis, līdzsvara un koordinācijas zudums <p>Insulta pazīmes, kuras ilgst tikai īsu brīdi un pēc tam pazūd (saukta arī par pārejošu išēmisku lēkmi) ir:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kas tāds, par ko nevajadzētu uztraukties, ja vien tas neatkārtojas Pazīme, ka Jūs var piemeklēt nopietnāks insulta gadījums. Nekavējoties nepieciešama Jūsu izmeklēšana. <p>Ja Jums šķiet, ka kādam cilvēkam ir insults, ko Jums vajadzētu darīt?</p> <ol style="list-style-type: none"> Nekavējoties nogādāt cilvēku pie viņa ārsta Nekavējoties nogādāt cilvēku uz tuvāko neatliekamās medicīniskās palīdzības punktu Nekavējoties zvanīt neatliekamai medicīniskai palīdzībai. <p>Kuri no tālāk minētajiem ir insulta riska faktori?</p> <ol style="list-style-type: none"> Augsts asinsspiediens Sirds slimības Smēķēšana Augsts holesterīna līmenis Diabēts
<p>Insulta zināšanu pārbaude Nr. 2 (<i>The Public Stroke</i></p>	<p>Kas ir insults?</p> <ol style="list-style-type: none"> Bloķēts asinsvads galvas smadzenēs Asiņošana galvas smadzenēs

Insultprātības mērīšanas instruments / avots	Jautājumi, ar kuru palīdzību tiek mērīta insultprātība
<p><i>Knowledge Quiz</i>).</p> <p>Piemērs: Cunha J.P., 2017, pieejams saitē: https://www.medicinene.com/stroke_quiz/quiz.htm</p>	<p>c. Skābekļa trūkums smadzeņu daļai d. Viss iepriekš minētais</p> <p>Kāds ir galvenais insulta riska faktors? a. Aptaukošanās b. Diabēts c. Augsts asinsspiediens d. Ģimenes insulta vēsture (ģimenē ir bijuši insulta gadījumi)</p> <p>Insults reti notiek cilvēkiem, kuri ir jaunāki par 65 gadiem: c. Pareizs apgalvojums d. Nepareizs apgalvojums</p> <p>Sievietes biežāk mirst no insulta salīdzinot ar vīriešiem: a. Pareizs apgalvojums b. Nepareizs apgalvojums</p> <p>Insults ir piektais biežākais nāves cēlonis ASV: a. Pareizs apgalvojums b. Nepareizs apgalvojums</p> <p>Kurā ASV reģionā ir augstākie mirstības rādītāji no insulta? a. Ziemeļaustrumu reģionā b. Dienvidaustrumu reģionā c. Rietumu vidienē d. Amerikas vidienē</p> <p>Insults ir neatliekams medicīnisks gadījums: a. Pareizs apgalvojums b. Nepareizs apgalvojums</p> <p>Kāda ir insulta biežākā ārstēšanas metode? a. Šoka terapija b. Vingrojumi c. Kālija ievadīšana d. Asins sašķidrināšanas medikamentu lietošana</p> <p>Īslaicīgu asins padeves traucējumu smadzenēm sauc par: a. Insultu b. Mikro insultu c. Īslaicīgu išēmisku lēkmi d. B un C atbildes</p> <p>_____ un insults var notikt reizē vai ir cieši saistīti: a. Nieru problēmas b. Infekcija c. Sirds aritmija d. Krampji</p> <p>_____ ir cits insultu apzīmējošs jēdziens: a. Smadzeņu lēkme b. Kompleksa migrēna c. Trombs d. Viss iepriekš minētais</p>

Insultprātības mērīšanas instruments / avots	Jautājumi, ar kuru palīdzību tiek mērīta insultprātība
<p>Insulta zināšanu pārbaude Nr. 3 (<i>The Public Stroke Knowledge Quiz</i>).</p> <p>Piemērs. Fetterman A. & Sudheendra D., pieejams saitē: https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=40&contentid=StrokeQuiz2</p>	<p>Kā vēl mēdz dēvēt insultu?</p> <ol style="list-style-type: none"> Sirdslēkme Smadzeņu lēkme Miokarda infarkts Neviens no minētajiem <p>Išēmisks insults ir tad, kad trombs bloķē asinsvadu smadzenēs</p> <ol style="list-style-type: none"> Pareizs apgalvojums Nepareizs apgalvojums <p>Kura no minētajām ir insulta pazīme?</p> <ol style="list-style-type: none"> Pēkšņš apjukums Pēkšņš vājums rokā vai kājā Pēkšņas, stipras galvassāpes bez noteikta iemesla Pēkšņa redzes pasliktināšanās Visas iepriekš minētās <p>Kuri no šiem faktoriem visvairāk palielina insulta risku gados jaunāku personu vidū?</p> <ol style="list-style-type: none"> Liekais svars Mazkustīgs dzīvesveids Augsts asinsspiediens Smēķēšana <p>Ja personai ir išēmisks insults, cik ilgā laikā nepieciešams uzsākt ārstēšanu, lai iespējami samazinātu ilgtermiņa veselības problēmas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 30 min laikā 1 stundas laikā 2 stundu laikā 3 stundu laikā <p>Kādus medikamentus dod pacientam, lai samazinātu / novērstu insultu?</p> <ol style="list-style-type: none"> Medikamentus, kas novērš trombu veidošanos Medikamentus, kas šķīdina asinis Veic trombolītisko terapiju A un B Visi iepriekš minētie varianti <p>Kuras no tālāk minētajām var būt insulta radītas ilgtermiņa sekas?</p> <ol style="list-style-type: none"> Vienas ķermeņa puses paralīze vai kustību vājums tajā Domāšanas un atmiņu traucējumi Runas problēmas Sāpes rokās un kājās Visas iepriekš minētās
<p>Insulta zināšanu pārbaude – tests.</p> <p>Piemērs: Slimību profilakses un kontroles centrs, pieejams saitē: https://www.spkc.gov.lv/atpazistiinsultu/</p>	<p>Parasti insulta pazīmes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Parādās pēkšņi Parādās vismaz diennakti iepriekš Var būt pamanāmas jau vairākas nedēļas pirms insulta <p>Kuras no šīm pazīmēm liecina par to, ka cilvēkam varētu būt insults?</p> <ol style="list-style-type: none"> Temperatūra un drudzis Aukstas pēdas Viena sejas puse ir noslīdējusi

Insultprātības mērīšanas instruments / avots	Jautājumi, ar kuru palīdzību tiek mērīta insultprātība
	<p>Lai noskaidrotu, vai cilvēkam ir insults, nepieciešams:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mudināt cilvēku pietuities Lūgt cilvēkam pacelt un noturēt abas rokas Mudināt cilvēku skaļi klepot <p>Kā insults var ietekmēt runas spējas?</p> <ol style="list-style-type: none"> Balss var kļūt spalga Runa paātrinās Parādās grūtības runāt vai saprast citu teikto <p>Kā rīkoties, ja ir aizdomas par insultu?</p> <ol style="list-style-type: none"> Jāatguļas un jāiedzer nomierinoša tēja Jāsauc neatliekamā medicīniskā palīdzība, zvanot 113 Jāmēģina tikt līdz tuvākajam ārstam saviem spēkiem
Insultprātības indikatori, kuri tiek mērīti akadēmiskos pētījumos (publikācijās)	<p>Kvantitatīvos pētījumos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Persona spēj nosaukt trīs insulta riska faktorus un persona zina, ka insulta pazīmju novērošanas gadījumā nekavējoties jāzvana neatliekamai medicīniskai palīdzībai (Kilkenny et al., 2016: 1). Persona zina, kādas ir insulta pazīmes, kurā orgānā insults notiek, un ka smēķēšana ir insulta riska faktors (Sharrief et al., 2016). Persona zina insulta riska faktorus, pazīmes un rīcību insulta pazīmju novērošanas gadījumā (<i>FAST - facial droop, arm weakness and speech difficulty; time</i>) (Amano et al., 2014; 1040)) <p>Kvalitatīvos pētījumos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tiek pētīti indivīdu informācijas ieguves paradumi un informācijas ieguves veidi, lai novērtētu barjeras, ar kurām indivīdi saskaras informācijas par insultu ieguvē un sapratnē (Eames et al., 2010).

2. tabula

Veselībrātības mērīšanas instrumenti

Veselībrātības mērīšanas instruments	Mērāmie parametri
REALM (<i>Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine</i>)	Bieži izplatīts instruments, kura pamatā pacientam lūdz skaļi izlasīt dažādus medicīniskus terminus – vārdus (parasti tie ir 12-60 vārdi). Tiek piefiksēts gadījumu skaits, kad pacientam rodas problēmas izlasīt konkrēto vārdu (Health Literacy Centre Europe, 2015a & Ownby et al., 2013).
TOFHLA (<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>)	<p>Šajā instrumentā pacientiem tiek lūgts aizpildīt tukšās vietas (orientējoši 50), izvēloties konkrētajai situācijai piemērotāko vārdu no saraksta (Health Literacy Centre Europe, 2015a).</p> <p>Šajā instrumentā ir divas daļas. Pirmajā daļā pacientiem tiek sniegta medicīniska informācija vai tiek izsniegtas dažādas instrukcijas dažādu scenāriju gadījumā, piemēram, medikamentu instrukcija vai instrukcija, lai sagatavotos kādam izmeklējumam. Pacienti izlasa šo instrukciju un pēc tam atbild uz dažādiem jautājumiem, kas palīdz novērtēt viņu izpratni par izlasīto informāciju.</p> <p>Otrajā šī mērinstrumenta daļā pacientiem tiek izsniegta medicīniska rakstura informācija, kurā ir izdzēsti noteikti vārdi, tos aizvietojot ar tukšām līnijām. Pacientiem tiek lūgts aizpildīt tukšās vietas, izvēloties konkrētajai situācijai piemērotāko vārdu no dotā saraksta (Weiss et al., 2005).</p>

Veselībasprātības mērīšanas instruments	Mērāmie parametri
HLS-EU	Šajā mērinstrumentā pacientiem tiek piedāvāti apgalvojumi, kuri viņiem jānovērtē ar atbildi Laikerta skalā. Garākos gadījumos tie var būt pat 47 apgalvojumi, īsākos – 12-35 apgalvojumi. Apgalvojumi tiek grupēti šādās grupās: (1) veselības aprūpes jautājumi, (2) slimību profilakse, (3) veselības veicināšana. Katrā grupā tiek uzdoti jautājumi, lai novērtētu personas spēju piekļūt medicīniska rakstura informācijai un spēju savas zināšanas regulāri atsvaidzināt, spēju saprast medicīnisko informāciju, spēju interpretēt un novērtēt informāciju, spēju veikt informētus lēmumus, spēju kritiski izvērtēt informācijas pielietojamību un formulēt savu viedokli (World Health Organization, 2013: 6).
SAHLSA	Šajā instrumentārijā pacientiem tiek lūgts norādīt vārdus, kas, viņuprāt, vislabāk sader kopā (Health Literacy Centre Europe, 2015a).
NVS (<i>Newest Vital Sign</i>)	Šajā instrumentārijā pacientiem tiek lūgts izlasīt produkta aprakstu un atbildēt uz sešiem jautājumiem par tā sastāvdaļām, porcijas izmēru, kalorijām, ogļhidrātu un tauku saturu u.c. (Ownby et al., 2013 & Weiss et al., 2005).
HLQ (<i>Health Literacy Questionnaire</i>)	Ar šī instrumenta palīdzību tiek noteiktas veselībasprātības vajadzības sabiedrības, pacientu, organizāciju, veselības aprūpes sniedzēju un politikas veidotāju vidū (Health Literacy Centre Europe, 2015a).
FCCHL (<i>Functional Communicative and Critical Health Literacy Scale</i>)	Tā satur 14 apgalvojumus, kurā katrs apgalvojums tiek novērtēts Laikerta skalā (1-4 punktu sistēmā). Apgalvojumi ietver jautājumus par to, cik bieži pacientiem bijušas problēmas izlasīt medicīnas iestāžu, ārstu, farmācijas kompāniju sagatavotus bukletus un informatīvus materiālus (funkcionālā veselībasprātība (5 jautājumi)), cik viegli vai grūti ir izpildīt prasības atbilstoši iegūtajai medicīniskajai informācijai (interaktīvā veselībasprātība (5 jautājumi) un kritiskā veselībasprātība (4 jautājumi). Noslēgumā iegūtās atbildes (atzīmētie cipari) tiek summēti un izdalīti uz jautājumu skaitu, tā iegūstot vidējo rādītāju, kas norāda uz personas veselībasprātības līmeni (1 – zems veselībasprātības līmenis un 4 – augsts veselībasprātības līmenis) (Heijmans et al., 2015: 44 & Reisi et al., 2016: 6).