

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE
VESELĪBAS ZINĀTŅU MAĢISTRA
MĀSZINĪBU STUDIJU PROGRAMMA

**Komandas darba nozīme aprūpē pacientiem ar garīgās veselības
traucējumiem**

MAĢISTRA DARBS

Autors: **Ilze Balode-Ķieģele**

Stud. apl. ib05044

Darba vadītājs: Dr. Oec., docente **Antra Sakne**

Darba konsultants: Ph. D., māszinību profesore **Zaiga Priede-Kalniņš**

RĪGA 2010

Anotācija

Izvēlētā tēma darbam ir „Komandas darba nozīme aprūpē pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem”. Darba mērķis bija noskaidrot veselības aprūpes komandas izveides un sekmīgas darbības aspektus, un nepieciešamību ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi.

Mērķa sasniegšanai tika izvirzīti uzdevumi – analizēt literatūru par teorijām, kuras pamato komandas darba nepieciešamību un nozīmi aprūpē pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem, kā arī apskatīt un analizēt literatūru par garīgajām saslimšanām un pacientu aprūpi, veiksmīgas darba komandas izveides priekšnosacījumiem, komandas locekļiem un to lomām aprūpes procesā.

Izvirzītā hipotēze, ka veselības aprūpes darbs komandā, pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem, spēj sniegt lielākas atlabšanas iespējas, nekā dažādu speciālistu individuāli veikts darbs, apstiprinājās, gan ar literatūras analīzes palīdzību gan ar veikto pētījumu.

Darba ietvaros tika veikts pētījums, kurā izmantota kvantitatīvā pētniecības metode ar anketēšanu. Rezultātā iegūti dati par aprūpes, ārstēšanas un rehabilitācijas procesā iesaistīto darbinieku uzskatiem, kas ir aprūpes darbs komandā un to veicinošajiem un kavējošajiem, izveides un attīstības, faktoriem, kā arī tika veikts vērtējums par esošo darba procesu pēc vairākiem noteiktiem kritērijiem. Nobeigumā respondenti varēja izteikt priekšlikumus komandas darba attīstībai. Rezultātu apstrādei tika izmantota variāciju statistika Microsoft Office Excel 2007 programmā.

Darbs sastāv no 196 lapaspusēm, 58 attēliem un 23 pielikumiem. Izmantotās literatūras sarakstu sastāda 154 literatūras avoti.

Atslēgas vārdi – garīgā veselība, garīgā slimība - ārstēšana, aprūpe, rehabilitācija, komandas darbs, holistiska pieeja.

Annotation

The theme of this research project is „The role of teamwork in medical care of patients with mental health disorders”. The aim of the project is to describe the aspects and necessity of health care team work in the process of treatment, care, and rehabilitation of patients with mental health disorders. The objectives of the project consisted of analyzing literature that support the need and meaning of teamwork in the care of these patients, mental illness, and care, as well as prerequisites of successful team work creation, team members, and their role in health care practice.

The hypothesis posed that health care teamwork with patients who suffer from mental health disorders can give higher chances on recovery than individual work performed by different specialists, has confirmed with the help of literature analysis as well as this research

This research project was part of a master degree program in nursing using a quantitative research method with a questionnaire. Mental health workers viewpoints in respect to mental care, treatment, teamwork process was analyzed. The current work processes were scrutinized and suggestions were solicited for improvement. Data was analyzed using various statistical formulas of Microsoft Office Excel 2007 program.

The academic work consists of 196 pages, 58 pictures and 23 appendices. The literature source list consists of 154 literary sources.

Keywords – mental health, mental illness - treatment, health care, rehabilitation, teamwork, holistic approach.

SATURS

Ievads.....	7
1.Literatūras analīze.....	10
1.1.H. E. Peplau, A. Maslova, D. Makklelanda teoriju saistība ar komandas darba nozīmi darbā ar pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi.....	10
1.2.Jēdzienu „garīgā veselība” un „garīgā slimība” apskats.....	23
1.3.Garīgās veselības raksturojums Latvijā un pasaulē.....	28
1.3.1.Latvijas psihiatrija pirms neatkarības atgūšanas.....	28
1.3.2.Psihiatrijas dienesta organizācija Latvijā.....	32
1.4.Komandas darba pamatprincipu apskats.....	38
1.4.1.Ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandas galvenās īpašības...	44
1.4.2. Ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas individualizēšana.....	46
1.4.3.Veicinoša komandas darba nosacījumi.....	48
1.4.4.Komandas komunikācija.....	49
1.4.5.Komandas dalībnieku lomas.....	51
1.4.6.Medicīniskais personāls.....	52
1.4.7.Specializētās un vispārīgās ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas veikšanai nepieciešamās zināšanas.....	57
1.4.8.Psihiatru loma ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā.....	58
1.4.9.Psihiatriskās ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas uz pierādījumiem balstītās palīdzības sniegšanas metodes.....	60
1.5.Garīgo slimību grupu apskats.....	63
1.5.1.Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi.....	63
1.5.2.Šizofrēnija, šizotipiski traucējumi un murgi.....	64
1.5.3.Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos.....	65
1.5.4.Garastāvokļa (afektīvi) traucējumi.....	67
1.5.5.Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ.....	68
1.5.6.Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem.....	69
1.5.7.Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākas bērnībā un pusaudžu vecumā.....	71
1.5.8.Garīgā atpalcība.....	72
1.5.9.Psihiskās attīstības traucējumi.....	73
1.6.Rehabilitācijas nozīme atlabšanas procesā pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem.....	75
1.7.Holistiska pieeja komandas darba pamatā pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem.....	85
2.Praktiskais pētījums.....	91
2.1.Pētījuma metodoloģija.....	91
2.2.Pētījuma rezultāti, analīze.....	93
2.2.1. 1.-3. jautājumu grupas datu apskats un analīze.....	93
2.2.2. 4.-6. jautājumu grupas datu apskats un analīze.....	94

2.2.3. 7.-8. jautājumu grupas datu apskats un analīze.....	97
2.2.4 .9. jautājuma datu apskats un analīze.....	98
2.2.5. 10.-11. jautājumu grupas datu apskats un analīze.....	99
2.2.6. 12.-14. jautājumu grupas datu apskats un analīze.....	101
2.2.7. 15.16. jautājumu grupas datu apskats un analīze.....	104
2.2.8. 17. jautājuma datu apskats un analīze.....	105
2.2.9. Komandas darba procesa esošās situācijas vērtējuma datu apskats un analīze.....	106
2.2.9.1. Respondentu grupas „māsas” esošā komandas darba procesa vērtējums.....	107
2.2.9.2. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” esošā komandas darba procesa vērtējums.....	110
2.2.9.3. Respondentu grupas „citi” esošā komandas darba procesa vērtējums.....	113
2.2.9.4. Kopējais esošā komandas darba procesa vērtējums.....	116
Secinājumi.....	122
Ieteikumi.....	124
Izmantotā literatūra.....	125
Pielikumi.....	135
Pielikums Nr.1 Aprūpes sniedzēju un pacientu attiecību fāzes pēc H. E. Peplau.....	136
Pielikums Nr.2 A. Maslova cilvēka vajadzību hierarhijas piramīda.....	138
Pielikums Nr.3 Saistība starp galvenajām H. E. Peplau teorijas koncepcijām.....	139
Pielikums Nr.4 Lineārā komunikācijas modeļa oriģinālā koncepcija.....	143
Pielikums Nr.5 Cirkulārais komunikācijas modelis.....	144
Pielikums Nr.6 Garīgās veselības efektīvas ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandas komunikācijas metodes.....	145
Pielikums Nr.7 Konceptuālais plāns ar dažādām piedalīšanās metodēm multidisciplinārās komandas darbā.....	146
Pielikums Nr.8 Efektīvas ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandas īpašības, kuru nepilnības gadījumā var rasties sadarbības problēmas.....	147
Pielikums Nr.9 Komandas dalībniekiem nepieciešamās zināšanas dažādās jomās.....	149
Pielikums Nr.10 Galvenās atšķirības starp rehabilitāciju un ārstēšanu.....	150
Pielikums Nr.11 Rehabilitācijas darbinieku veiktie pasākumi psihiatriskās rehabilitācijas trīs fāzēs.....	151
Pielikums Nr.12 Sabiedrības atbalsta sistēmas modelis.....	152
Pielikums Nr.13 Pacienta – Veselības aprūpes sniedzēju attiecības: darbības lauki, zināšanas, prasmes un vērtējums.....	153
Pielikums Nr.14 Sabiedrības – Veselības aprūpes sniedzēju attiecības: darbības lauki, zināšanas, prasmes un vērtējums.....	154
Pielikums Nr.15 Veselības aprūpes sniedzēju savstarpējās attiecības: darbības lauki, zināšanas, prasmes un vērtējums.....	156

Pielikums Nr.16 Pētījuma atļauja.....	157
Pielikums Nr.17 Aptaujas anketas paraugs.....	158
Pielikums Nr.18 Respondentu vērtējuma, esošajam komandas darba procesam, datu tabulas.....	162
Pielikums Nr.19 Pētījuma rezultātu attēli.....	171
Pielikums Nr.20 Respondentu grupas „māsas” vērtējuma, esošajam komandas darba procesam, rezultātu tabulas un grafiskie attēlojumi.....	177
Pielikums Nr.21 Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma, esošajam komandas darba procesam, rezultātu tabulas un grafiskie attēlojumi.....	182
Pielikums Nr.22 Respondentu grupas „citi” vērtējuma, esošajam komandas darba procesam, rezultātu tabulas un grafiskie attēlojumi.....	187
Pielikums Nr.23 Respondentu kopējā vērtējuma, esošajam komandas darba procesam, rezultātu tabulas un grafiskie attēlojumi.....	192

Ievads

Sena patiesība vēsta, ka divas galvas gudrākas nekā viena. Lai cik apdāvināts būtu viens spēlētājs, daudz vairāk viņš var paveikt, darbojoties komandā.

Kvalificēta personāla trūkumus, ir šodienas aktualitāte daudzos uzņēmumos. Augstu tiek vērtēti lēmumi, kas veicina uzņēmuma darba efektivitātes kāpināšanu. Viens no efektivitātes paaugstināšanas instrumentiem uzņēmumā ir tehnoloģisko procesu modernizācija, otrs personāla darba efektivitātes paaugstināšana.

Psihiatriskā ārstēšana, aprūpe un rehabilitācija pēc savas būtības ir multidisciplināra, jo, lai to veiktu, ir nepieciešams plašs zināšanu arsenāls. Lai sekmētu pēc iespējas optimālāku garīgu traucējumu ārstēšanu, komandās ir jādarbojas gan profesionāļiem, gan specializētiem ekspertiem, kuri, patiecoties savai pieredzei, precizitātei, koordinācijas un sadarbības spējām, var sniegt visaptverošus uz novērojumiem balstītus pakalpojumus. Dažādu darbu autori analizē multidisciplinārās komandas īpašības un funkcijas un efektīgu komandu galvenās pazīmes. Tiek uzsvērts, cik svarīgi komandām ir iesaistīt pacientus, to radniekus un citus atbalstītājus, personiski svarīgu dzīves mērķu uzstādīšanā. Autori uzskaita arī problēmas, ar kurām jāskaras individualizējot pakalpojumus, un veidus kā komunikācijas un koordinācijas barjeras var tikt pārvarētas. Tiek raksturotas dažādu komandas dalībnieku lomas ārstēšanas procesā. Psihiatriskās ārstēšanas un rehabilitācijas galvenais mērķis ir veicināt sociālo un profesionālo funkciju un labklājības visaugstāko iespējamo līmeni indivīdiem ar smagiem un pastāvīgiem garīgiem traucējumiem, ļaujot viņiem izbaudīt optimālu neatkarību no profesionālās palīdzības, atbrīvojoties no simptomiem un neirokognitīvo spēju pasliktināšanās traucējumiem. Viens no psihiatriskās ārstēšanas un rehabilitācijas svarīgākajiem aspektiem ir likt pacientiem izvirzīt personīgi svarīgus dzīves mērķus. Šajā uzdevumā ir izteikti svarīgi iesaistīt viņu radniekus un citus atbalstītājus.

Lai sasniegtu šos mērķus, ir nepieciešams multidisciplinārās komandas atbalsts, kas tradicionāli tika dēvēti par „ārstēšanas” un „rehabilitācijas” vai „medicīniskajiem” un „psihosociālajiem” ārstēšanas modeļiem. Lai apvienotu šos modeļus, praktizējošajiem veselības aprūpes komandas locekļiem ir jāapvieno zināšanas komandas un individuālajā līmenī. Pilnam visaptverošu, koordinētu un kompetenti sniegtu pakalpojumu arsenālam ir jābūt pieejamam pacientiem, to aprūpētājiem un cilvēkiem to dabīgajā vidē komandas līmenī. Turklāt komandai pacienti un to atbalstītāji ir aktīvi jāiesaista palīdzības sniegšanas plānošanas un tās īstenošanas

procesā. Katram medicīnas darbiniekam ir jābūt vēlmei un spējai strādāt, sadarbojoties un cienot citus komandas dalībniekus, individuālajā līmenī. Kad visi šie faktori darbojas, komandas sniegtie pakalpojumi visticamāk būs individualizēti un saskaņā ar pacientu personīgajiem mērķiem.

Pēdējo gadu laikā parādās tendence veikt pārmaiņas psihiatrijā un izvērtējot pēdējo gadu pieredzi psihiatrijā, var secināt, ka tomēr tajā notikušas pārmaiņas, kas veicina psihiatrijas pakalpojumu lietotāju dzīves kvalitātes uzlabošanu. Taču nepietiekama vērtība tiek pievērsta cilvēkresursu – psihiatrijas jomā strādājošo profesionāļu darba vides uzlabošanai. Komanda, nodaļa un kolēģu loks var būt pārāk mazi vai pārāk lieli. Psihiatriskā aprūpe tiek balstīta uz komandas darbu. Sakarā ar apgrūtinātajiem darba apstākļiem, psihiatriskās slimnīcās atsevišķās nodaļās bieži mainās personāls, kas ietekmē komandas darbu. Turklāt nepietiekamais darbinieku skaits un personāla maiņa rada nedrošību, nepārlicinātību vienam par otru un par komandu kopumā.

Protams, vēl varētu būt daudz un dažādi apstākļi un faktori, kas ietekmē veiksmīgas aprūpes komandas izveidi un sekmīgu tās funkcionēšanu, un tās neatsveramo nozīmi pacientu ar garīgās veselības traucējumiem ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā, tāpēc esmu izvēlējusies tēmu - „Komandas darba nozīme aprūpē pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem”.

Mērķis: Noskaidrot veselības aprūpes komandas izveides un sekmīgas darbības aspektus, un nepieciešamību ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi.

Lai sasniegtu izvirzīto mērķi, tiek noteikti darba uzdevumi:

1. apskatīt un analizēt literatūru par garīgajām saslimšanām un pacientu aprūpi, veiksmīgas darba komandas izveides priekšnosacījumiem, komandas locekļiem un to lomām ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā;
2. noskaidrot sekmīgas aprūpes komandas izveides veicinošos un kavējošos faktorus darbā ar pacientiem, kuriem ir garīga rakstura veselības traucējumi;
3. veikt viena Latvijas psihiatrijas centra, un tā struktūrvienību, garīgās veselības aprūpes darbinieku aptauju;
4. apstrādāt un analizēt pētījumā iegūtos datus;
5. izdarīt secinājumus un izstrādāt priekšlikumus

Pētījuma metode: Darbā tiks pielietota kvantitatīvā pētniecības metode, aptaujai izmantota anketa, kurā ir 17 jautājumi, ar kuru palīdzību tiks noskaidroti sekmīgas aprūpes komandas izveides un darbības principi, kā arī tās nozīme aprūpē pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem.

Hipotēze: Veselības aprūpes darbs komandā, pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem, spēj sniegt lielākas atlabšanas iespējas, nekā dažādu speciālistu individuāli veikts darbs.

Pētniecības objekts: viena Latvijas psihiatrijas centra, un tā struktūrvienību, garīgās veselības aprūpes darbinieki.

Norises vieta: viens no Latvijas psihiatrijas centriem ar tā struktūrvienībām.

Teorētiskais pamatojums: Savā darbā pielietošu H. Peplau starppersonisko aprūpes teoriju, kura identificē veselības aprūpes komandas-pacienta attiecības kā aprūpes būtību. Viņas teorija ir tikusi plaši izmantota aprūpes praksē, it īpaši garīgās veselības un psihiatriskās ārstēšanas jomās. Peplau teorija ļauj aprūpei pāriet no „strādāšanas pacientam” uz „strādāšanu kopā ar pacientu”. Aprūpes komandas locekļu un pacientu attiecību laikā tie uzņemas daudzas lomas, ieskaitot aprūpētāju, skolotāju, vadītāju, koordinatoru un padomdevēju lomu. Daudzkārtīgās lomas ir sastopamas daudzveidīgo pacientu problēmu un vajadzību rezultātā, individuālajās starppersonu attiecībās, komandas funkcijās un sociālajās un profesionālajās iespējās. Profesionālās pacientu kopšanas mērķis ir veikt aprūpes procesu, kas sekmē personības attīstību, palīdzot cilvēkiem pielietot spēkus un pieredzi, lai nodrošinātu vislielāko produktivitāti.

1. LITERATŪRAS ANALĪZE

1.1. H.E.Peplau teorija saistībā ar komandas darba nozīmi darbā ar pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi

Teorija ir kā ceļvedis praksē. Katrai uz veselību attiecināmai disciplīnai ir specifiska teorija, kas pamato tās spēju atbildēt uz jautājumiem, atrisināt problēmas, kā arī raksturot un izskaidrot tās unikalitāti praksē (1). Aprūpes teorijas informē praksi sniedzot zināšanu kopumu, kuru aprūpes darbinieki atzīst kā unikālu savam darbam. Aprūpes teorijas nodrošina sistematizētu pieeju katrai aprūpes situācijai un loģisku veidu kā apkopot un interpretēt datus par pacienta veselību (1). Visu aprūpes teoriju pamatā pacients ir uzmanības centrā un galvenais mērķis ir veicināt un saglabāt veselību un labsajūtu individuālajā, ģimenes un sabiedrības līmenī (1).

Galvenās aprūpes teorijas atklāj profesijas būtību, nosaka profesionālās darbības robežas, nodrošina pamatu pētījumiem un kalpo kā ceļvedis zinātniskajā attīstībā un klīniskajā praksē.

Teorija palīdz nodrošināt struktūru kā izprast aprūpi kā zinātni, kamēr citi zināšanu modeļi paredz metodoloģiju individuālai pacienta aprūpei un formulē aprūpi kā mākslu. Praksē tie ir nedalāmi komponenti, lai spētu sniegt kvalitatīvu aprūpi.

Darba teorētiskajam pamatojumam izvēlēta Hildegardes E. Peplau Starppersonu attiecību teorija. Lai arī Peplau teoriju visbiežāk izmanto garīgās veselības aprūpes māsas, Peplau uzskatīja, ka psihodinamiskā aprūpe pārspēj visas klīniskās aprūpes specialitātes un ka visa aprūpe balstās uz starppersonisko procesu un attiecībām, kas izveidojas starp aprūpes komandas locekļiem un pacientu. Ir bijuši daži pētījumi Amerikā un Kanādā, kuros noskaidrots, ka lielākā daļa aprūpes darbinieku vadās pēc Peplau teorijas (4).

Aprūpes metaparadigma atšķir aprūpes profesiju no citām disciplīnām un padara tās funkcijas par unikālām. Aprūpes profesionālā metaparadigma sastāv no četriem elementiem: cilvēks, vide, veselība un aprūpe. Katrs teorētiķis šos jēdzienus apskata savādāk, bet pamatā visām profesionālajām aprūpes teorijām tie ir vienādi.

Cilvēks. Ar jēdzienu cilvēks tiek definēts, ka tā ir persona, kas saņem aprūpi, kur persona var būt indivīds, ģimene un sabiedrība. Aprūpe sākas ar katra pacienta uztveršanu kā unikālu būtni pirms tiek apskatītas viņa veselības problēmas. Arī ikviens pacients ar garīgās veselības traucējumiem ir unikāls. Praksē nebūs sastopami divi vienādi pacienti, līdz ar to katram no viņiem būs nepieciešama citādāka palīdzība, citādāka saskarsme un pavisam noteikti būs nepieciešama dažādu speciālistu

iejaukšanās, lai savstarpējas sadarbības rezultātā panāktu maksimālu pacienta labsajūtu. Jēdziens „cilvēks” palīdz saprast, kas cilvēku padara par individualitāti neatkarīgi no tā vai viņš ir sabiedrībai noderīgs loceklis, smagi slims jaundzimušais, komatozs pacients vai garīgi slims indivīds. Peplau jēdzienu „cilvēks” definē kā indivīdu, kurš attīstās caur starppersoniskajām attiecībām un dzīvo nestabilā vidē (1).

Vide. Vide tiek iedalīta iekšējā un ārējā, kas ietver fizisko, psihosociālo, kulturālo un attīstības stāvokli, kas, savukārt, ietekmē pacienta uztveri, uzvedību, izaugsmi un attīstību. Cilvēku nav iespējams pilnībā saprast neapskatot apkārtējo vidi, kas ir ar viņu saistīta un ietekmē cilvēka veselību un labsajūtu. Jēdziens „vide” ietver tādus mainīgos aspektus kā reliģiskā piederība, sabiedrība, kurā cilvēks dzīvo un strādā, ģimenes sastāvs un pieeja dažādiem resursiem. Peplau jēdzienu „vide” definē kā fizioloģisku, psiholoģisku un sociālu mainību, kas var uzturēt slimību un veicināt veselību (1). Apkārtējā vide pacientam ar garīgās veselības traucējumiem var būt nomierinoša un dziedinoša, bet var tikt uztverta par stresu izraisošu faktoru. Vides ietekme uz pacientu sākas no stacionēšanas brīža. Stacionēšanas laikā pacientam pēkšņi mainās viņa sociālā vide, kurā viņam ir līdzās daudz citu cilvēku (5). Tāpat slimnīcā ievietošanas laikā mainās indivīda sociālā loma: viņš kļūst par pacientu. Šai jaunajai lomai nepieciešams īpašs sociālās pielāgošanās process un konfrontācija ar vairāk ierobežojošiem noteikumiem.

Veselība. Veselība ir dinamisks, nepārtraukts process, kas ietver optimālu labsajūtu, slimību un mierīgu nāvi. Veselības aprūpe tiek sniegta indivīdiem, ģimenēm un sabiedrībai nepieciešamajos veidos visas veselības – slimības laikā. Sevišķi garīgās veselības aprūpē šis moments ir būtisks, ka ne tikai slimības paasinājuma fāzē ir jāsaņem palīdzība, bet arī laikā, kad pacients jūtas labi. Tieši šajā brīdī parādās cik nozīmīgs ir komandas darbs garīgās veselības aprūpē, katrā no pacienta slimības – veselības posmiem būs nepieciešama cita speciālista piesaiste, lai sasniegtu un saglabātu pacienta labsajūtu. Jēdziens „veselība” ir daudzdimensionāls, kas ietver fizisko, psiholoģisko, sociokulturālo, attīstības un garīgo elementu. Peplau jēdzienu „veselība” definē kā personības un citu procesu virzību uz radošu un konstruktīvu personisko un sabiedrisko dzīvi (1).

Aprūpe. Jēdziens „aprūpe” ir svarīgākais šīs profesijas teoriju attīstībā. Aprūpes mērķis ir dot iespēju pacientam un nodrošināt tam nepieciešamo atbalstu, lai spētu sasniegt maksimāli iespējamo veselības stāvokli un labsajūtu. Peplau jēdzienu „aprūpe” definē kā izglītojošu instrumentu, kā nobriedinošu spēku, kura mērķis ir

veicināt veselību. Tieši Peplau teorija ļāva aprūpei pāriet no „strādāšana pacientam” uz „strādāšana kopā ar pacientu”. Aprūpes procesā būtu vēlams padomāt par darba rutīnu, pacienta – aprūpes darbinieku attiecībām, ārstniecisko režīmu un komandas darba organizāciju (4).

Peplau uzskata, ka aprūpes darbs ir lietderīgs, ja notiek savstarpēja sadarbība starp pacientu un aprūpes veicējiem aprūpes procesā. Peplau izšķir četras fāzes aprūpes sniedzēju un pacienta attiecībās, caur kurām aprūpes veicēji un pacients mācās atrisināt grūtības kopējas sadarbības rezultātā (2) (sk. Pielikumu Nr.1). Sākotnēji ir orientācijas fāze, kurā pacients, aprūpes veicēji un ģimene strādā kopā, lai atpazītu, noskaidrotu un definētu esošo problēmu (2). Kad pirmo reizi satiekam pacientu psihiatriskajā pieņemšanā, jācenšas pēc iespējas ātrāk saprast problēmas būtību. Cilvēks, kas nonācis psihiatra uzmanības centrā, atrodas grūtā atkarības situācijā, bieži vien jūtas pakļauts un ir izmisis. Varbūt tā ir pirmā reize, kad viņš vai viņa runā par sevi pašu. Varbūt pacients atceras kādu psihiski slimu radnieku, ko viņš vienmēr uzskatījis par dīvainu, vai arī atceras nostāstus, kas dzirdēti bērnībā par trakajiem psihiatriskajās slimnīcās. Nereti pacientā uzplaiksna doma, ka arī viņš var kļūt tāds; varbūt baidās, ka ārstam ir iespēja ieslodzīt nebrīvē to, kas liekas traks. Pat tad, ja, objektīvi ņemot, nav ne mazākā iemesla tādām bailēm, pirmās reizes pacientu vidū ir ne mazums tādu, kas ieslīgst šāda veida domās (5).

Peplau uzskata, ka pacients un ikviens no aprūpes komandas locekļiem jeb aprūpes veicējiem sākotnēji tiek kā pilnīgi svešinieki. Abi šajās attiecībās ir kā „neapstrādāts materiāls”, gluži tāpat kā iedzimti bioloģiski elementi, rakstura īpašības, intelektuālo spēju līmenis, kā arī specifiska kultūras vai vides ietekme. Peplau šīs attiecības salīdzina ar jaundzimušā nākšanu pasaulē un viņa vajadzību apmierināšanu. Aprūpes komandai gluži kā mātei ir jāsniedz bezierunu mīlestība un rūpes, un katram šīs vajadzības būs savādākas. Ja šīs pacienta vajadzības netiks apmierinātas, tās izpaužīsies slimībā. Peplau tic, ka veicot šādu bezierunu aprūpi tiks palīdzēts pacientam pilnveidoties, kļūt stiprākam un neatkarīgākam (2).

Nākošais aprūpes veicēju – pacienta attiecību posms ir darba posms, kurš tiek iedalīts identificēšanas un izmantošanas apakšposmos. Izmantošanas apakšposms sākas tad, kad pacients sāk izmantot aprūpes veicēju/komandas pakalpojumus, lai strādātu ar identificētajām problēmām. Bieži pēc sākotnējo problēmu atrisināšanas pacients identificē vēl citas problēmas. Identificēšanas apakšposmā pacients sāk identificēt savas problēmas, ar kurām strādāt šo attiecību ietvaros. Identificēto

problēmu raksturs var būt tikpat dažāds kā aprūpes prakses sfēras. Kad sākotnējais iespaids ir noskaidrojies, pacients var reaģēt dažādi: veidot sadarbību ar aprūpes veicējiem, līdzdarboties ar tiem savu problēmu risināšanā; justies neatkarīgs un izolēts no aprūpes veicējiem; just bezpalīdzību un atkarību no aprūpes veicējiem. Pirmā ierašanās psihiatriskās aprūpes nodaļā gan pacientam, gan piederīgajam – jebkuram indivīdam – saistās ar lielām bailēm. Visos cilvēkos mājo bailes no saprāta traucējumiem un robežu pārkāpšanas. Psihiatriskā nodaļa sabiedrībā ir vieta, kur tas viss koncentrējas. Ja nākas sevi identificēt kā šai grupai piederošu, rodas instinktīva negatīva reakcija (2). Izjūtu iemesli nav tālu jāmeklē – nodaļa parasti piedāvā nodeldētu, neglītu vidi, aizslēgtas durvis, skrapstošas atslēgas, dīvainas smakas un visapkārt pelēki pacienti, kas uzvedas neparasti (5). Ja pacients nav spējis tikt pāri šim posmam, tad Peplau citējot Frommu raksturo dažādas iespējamās pacienta rīcības - viņa uzvedībā iespējams vērojama tāda rīcība kā izmantošana un manipulēšana ar citiem, lai sasniegtu savas vēlmes, jo ar saviem spēkiem to paveikt nespēj; aizdomīgums un skaudība pret citiem, uz apkārtējiem vērsts naidīgums, lai uzlabotu savu paštēlu; skopulība; pārmērīgs kārtīgums un punktualitāte; nespēja saprasties ar citiem paužot jūtas, idejas vai pieredzi; spēja mainīt savas rakstura īpašības uz tādām kādas nepieciešams, lai jebkurā laikā varētu apmierināt savas vajadzības. Kad aprūpes veicēji/komanda pacientā novēro kādu no uzvedības tipiem, ir svarīgi ļaut pacientam pilnībā izpausties un izrādīt bezierunu piekrišanu viņa rīcībai. Kad pacients sāk justies droši un viņa rīcība tiek pieņemta, tad viņš ir daudz piemērotāks, lai mainītu viņa attieksmi un uzvedību un virzītu attiecības tālākā attīstības līmenī.

Identificēšanas apakšposmā pacients ņem pilnīgu dalību viņam piedāvātajos aprūpes pakalpojumos, mācās, kuri no piedāvātajiem pakalpojumiem viņam ir pieejami, ar kuru palīdzību viņš jūtas ērtāk un labāk, kā arī pats aktīvi iesaistās savas veselības aprūpē, izmanto pieejamos pakalpojumus un pēta iespējas, lai mainītu situāciju. Aprūpes veicēji/komanda „neatrisina” pacienta problēmas pilnībā, bet dod pacientam iespēju izpētīt izvēles un iespējas attiecību kontekstā. Piemēram, aprūpes veicēji/komanda var sniegt informāciju par sabiedrības resursiem vai veikt veselības apmācību saistībā ar ārstniecības līdzekļiem, slimībām vai veselības veicināšanu, ja attiecību kontekstā tas ir atbilstoši (2,4). Aprūpes procesā ikvienam aprūpes komandas loceklim ir svarīgi atpazīt norādes kuras liecina kā pacients jūtas un viņa problēmu. Sākotnējā sadarbībā aprūpes komandas locekļiem ir grūti uztvert pacientu kā vienotu veselumu, lai fokusētos uz stāvokli, kas liek viņam meklēt palīdzību. Arī pacientam ir

grūti pieņemt aprūpes komandu kā sev tuvus cilvēkus. Neskatoties uz to kā attiecības attīstās, aprūpes komandai jābūt spējīgai identificēt pacienta uzvedību, kas norādītu uz nepiepildītām vajadzībām.

Ceturtais attiecību posms ir risinājuma posms, kurš ilgst no brīža, kad faktiskās problēmas tiek atrisinātas, līdz brīdim, kad attiecības tiek pārtrauktas. Šajā posmā pacients ir brīvs no problēmu identificēšanas un apkopo spēkus, lai spētu būt neatkarīgs no aprūpes sniedzējiem. Risinājuma posms ir tiešs rezultāts iepriekšējo trīs posmu veiksmīgai noslēgšanai. Taču ir darbības, kuras aprūpes komandas locekļiem vēlams veikt šajā periodā, piemēram, pacienta savienošana ar sabiedrības resursiem, strādāšana pie atkarības problēmām attiecībās, profilakses pasākumu iemācīšana, sabiedriskā atbalsta pastiprināšana un veiktā darba rezumēšana. Aprūpes komandas locekļiem nav pienākums iemācīt pacientam problēmu risinājumus, bet labāk ir palīdzēt pacientam uzlabot viņa prasmes problēmu risināšanā, lai viņš pats spētu nonākt līdz risinājumam. Tas var tikt paveikts pilnveidojot savas zināšanas, pieredzi, sadarbības spējas, spēju būt vienprātīgam kā arī mīlēt sevi un citus. Aprūpes komandas locekļi var palīdzēt pacientam attīstīt vai pilnveidot šīs prasmes palīdzot identificēt problēmu, definējot mērķus un uzņemoties atbildību par veiktajām darbībām, kuras nepieciešamas, lai šos mērķus sasniegtu. Aprūpes komandas locekļiem nepieciešamas zināšanas un spējas izvērtēt savu rīcību, lai attīstītu sevi elastīgumu, kas nepieciešams, lai pieņemtu pacientus tādus kādi tie ir. Efektīvs problēmu risinājums, kas rodas savstarpēju attiecību rezultātā, var būt līdzeklis gan pacientam, gan aprūpes komandas locekļiem, lai stiprinātu savas pozitīvās īpašības un mainītu negatīvās (2,4).

Šajā posmā vēlos atsaukties uz A. Maslova Personības vajadzību teoriju, kuru Maslovs attēlo piramīdas veidā (sk. Pielikumu Nr.2), kur pašā pamatā ir fizioloģiskās vajadzības - Maslovs dēvē arī par pamatvajadzībām. Fizioloģiskās vajadzības ir pirmkārt, vajadzības, kuras cilvēkam jāapmierina, lai viņš varētu izdzīvot kā fizisks organisms. Tās ir organisma vajadzības. Ja fizioloģiskās vajadzības netiek apmierinātas, tad cilvēka dzīve ir lielā mērā traucēta vai arī cilvēkam ir jāiet bojā, viņš nespēj izdzīvot. Otrais vajadzību līmenis - vajadzība pēc drošības. Tas nozīmē cilvēka dabisku tieksmi izvairīties no ciešanām, draudiem, briesmām, pārdzīvojumiem, soda, kritikas, pārmētiem. To nodrošina stabilitāte un informētība. Trešais līmenis - vajadzība pēc piederības un mīlestības. Neraugoties uz to, cik cilvēks būtu liels individuālists, viņam ir nepieciešami savējie, t. i., cilvēki, kas spētu viņu saprast un

pieņemt. Ceturtais līmenis - vajadzība pēc pašcieņas. Tā ir vajadzība pēc cieņas pret sevi. Pašcieņas veidošanās procesā ir svarīgi, kā nozīmīgi cilvēki mūs vērtē, kā viņi par mums atsaucas. Pats augstākais līmenis ir piektais līmenis - vajadzība pēc pašīstenošanās, uz kuru vēlētos likt lielāko uzsvaru. Pašīstenošanās nozīmē, ka cilvēks tiecas būt tas, kas viņš var būt konkrētajos apstākļos. Tā ir savas patības piepildīšana reālā darbībā, saistīta ar tiekšanos pēc panākumiem, sasniegumiem un to cik cilvēks pats jūtas apmierināts ar paveikto (6). Cilvēks vienmēr jūt, ka var izdarīt vēl ko, bez tā, ko jau paveicis. Pašīstenošanās ir cieši saistīta ar radošo potenciālu, kas cilvēkam ir jārealizē. Cilvēks spēj sevi realizēt, ja viņam ir, piemēram, interesants, saistošs darbs, kas atbilst dzīves aicinājumam un var sniegt viņam patiesu gandarījumu un dzīves jēgas piepildījumu. Ne velti Maslovs personības vajadzību struktūru ir atainojis piramīdas veidā. Piramīda var veidoties augstāka un sasniegt virsotni, ja stabili ir tās pamati. Tātad jābūt apmierinātām pamatvajadzībām, lai cilvēks tiektos piepildīt augstākas nepieciešamības. Ja cilvēks ir paēdis un jūtas drošībā, viņš sāk skatīties uz apkārtējiem cilvēkiem, veidot attiecības. Ja apkārt ir jauki un saprotoši cilvēki, rodas vēlme, lai viņi izrādītu cieņu. Ja cilvēku ciena un atzīst, viņš sāk domāt, ko vispār šai dzīvē grib sasniegt. Tikai tad cilvēks var piepildīt savu dzīves aicinājumu.

Pēc Maslova uzskatiem personība ir mainīga atkarībā no vajadzību struktūras. Vadošās vajadzības mainās atkarībā no apstākļiem, kādos cilvēks atrodas. Tikai sasniedzot augstāko – pašīstenošanās līmeni – cilvēks pilnībā spēj sevi realizēt un piepildīt dzīves jēgu (7).

Aprūpes komandas locekļi šo teoriju izmanto, lai sakārtotu prioritāri pacienta vajadzības, un nonākot līdz risinājuma posmam, kuru varam saistīt ar pašrealizācijas vajadzību līmeni, redzam cik tas ir nozīmīgs pacienta turpmākajā veselības saglabāšanā, spējot uztvert sniegto informāciju, iesaistoties veselības aprūpes pasākumos, uzstādot sev mērķus un darīt visu, lai tos sasniegtu (1).

Aprūpes komandas locekļu – pacienta attiecības neattiecas kā vienkāršs lineārs process. Lai arī šīs attiecības var pārsvarā atrasties vienā posmā, katrā mijiedarbībā var saskatīt visu posmu atspoguļojumu. Katrai mijiedarbībai ir sākums (ievirze), vidus (darbs) un beigas (risinājums), kas atspoguļo notiekošo komandas locekļu – pacienta attiecību lielo struktūru.

Komunikācija. Komunikācija ietver gan verbālu komunikāciju, gan neverbālu komunikāciju. Verbāla komunikācija notiek caur valodu, kamēr neverbāla komunikācija notiek caur empātiskām saiknēm, žestiem, pozām un struktūrām.

Verbālā komunikācija jeb valoda ir svarīga, jo tā atspoguļo domu procesus. Tas ir acīmredzams literārajā satura līmenī, kad pacients sniedz informāciju par savām izjūtām. Tomēr papildus literārajam saturam ir arī simboliskas nozīmes, struktūras un pamatpieņēmumi, ko iespējams nodot caur vārdu vai frāžu izvēli. Aprūpes komandas locekļiem nav nekavējoties jāizdara pieņēmumi, bet drīzāk jābūt uzmanīgiem pret struktūrām, kas parādās, un jāpārbauda tās kopā ar pacientu. Peplau uzskata, ka verbālās komunikācijas izmantošana ir būtisks aprūpes komandas locekļu – pacienta attiecību elements. Viņa raksta „Galvenais princips ir tas, ka viss, ko atspoguļo pacienta uzvedība aprūpes komandas locekļu klātbūtnē, visdrīzāk netiks pārrunāts, un to, kas netiek pārrunāts, nav iespējams izprast”.

Peplau ir aprakstījusi bieži sastopamas vārdu lietošanas struktūras, kurām var būt nepieciešama korektīva rīcība no aprūpes komandas locekļu puses, piemēram, pārmērīga vispārināšana, neatbilstoša vietniekvārdu izmantošana, norādījums uz automātisku zināšanu, atkārtojot konkrētu frāzi.

Neverbālā valoda ir vēl smalkāka par verbālo valodu un reizēm var būt pretrunā ar verbālo ziņojumu. Empātiju un rūpes ir iespējams nodot neverbālā līmenī. Lielāko daļu neverbālās komunikācijas ietekmē kultūra, tādēļ ir jābūt uzmanīgam ar citu kultūru pārstāvju izskaidrošanu un žestu izmantošanu. Līdzīgi neverbālās komunikācijas veidi, ko atšķirīgi cilvēki var izskaidrot ļoti dažādi, ir pieskaršanās, apskaušana, smaidīšana, gāzu palaišana, roku kustības, komfortabla sabiedriskā distance, kāju pārkrustošana, žesti, ēdiena piedāvāšana un dāvanu dāvināšana. Dažādām grupām un personām tiem var būt ļoti atšķirīga kulturālā nozīme. Tādēļ aprūpes komandas locekļiem ir jāapzinās jautājumi, kas ir saistīti ar atšķirībām neverbālās komunikācijas izskaidrošanā, sniedzot aprūpi pacientam no citas kultūras grupas. Aprūpes komandas locekļiem caur sevis atspoguļošanu un klīnisko uzraudzību arī jāapzinās savas personīgās un kultūras neverbālās struktūras, kas reizēm var traucēt aprūpes komandas locekļu – pacienta attiecību attīstībai (4).

Struktūru integrācija. Katrai personai un katrai sistēmai ir ierastas struktūras mijiedarbībai ar citiem. Struktūru integrācija ir vairāk kā vienas personas vai sistēmas struktūru mijiedarbības rezultāts. Peplau ir identificējusi četras izplatītas struktūru integrācijas: komplementāro, abpusējo, antagonistisko un jaukto.

Komplementārā struktūru integrācija ietver struktūras, kas ir atšķirīgas, bet sader kopā kā mozaīkas gabaliņi. „Saderība” palīdz nodrošināt atsevišķo struktūru, kas veido integrāciju, nepārtrauktību. Šādas integrācijas piemērs ir aprūpes komandas

locekļu uzstājība „sniegt palīdzību” pacientiem, darot to, ko viņi patiesībā var izdarīt paši.

Komplementāra struktūra izveidojas, kad šādi aprūpes komandas locekļi stādā ar atkarīgu pacientu, kurš vēlas, lai citi izdara visus iespējamus lēmumus. Aprūpes komandas locekļi un pacients izveidos komfortablas attiecības, kuras abiem būs grūti izmainīt.

Abpusēja struktūru integrācija notiek, kad divas vai vairākas personas/sistēmas, kas atrodas mijiedarbībā, parāda līdzīgas struktūras. Ja vairāki izmanto vienu struktūru, tas arī palīdz uzturēt katras līdzīgās struktūras nepārtrauktību (abpusējas atturēšanās struktūra starp specifiskiem pacientiem un personālu stacionārā psihiatriskajā vienībā; pacienti, kuri atstāj iespaidu, ka nav ieinteresēti mijiedarboties ar aprūpes komandas locekļiem, agru izrakstīšanu no slimnīcas, par spīti viņu pastāvošajām personīgajām veselības problēmām).

Antagonistisko struktūru integrācijas ietver dažādu atsevišķu struktūru, kas īsti nesader kopā, kombināciju. Tādēļ šī kombinācija rada diskomfortu vai disharmoniju, ko iespējams izmantot kā motivāciju izmaiņām. Peplau sniedz piemēru, kurā pacientam ir dūsmīga struktūra, savukārt aprūpes komandas locekļi izmanto pētniecisku pieeju („Pastāsti man, kā tev iet”), nevis atbild ar komplementāru (piem., atturēšanās) vai abpusēju (piem., arī reaģējot dūsmīgi) struktūru. Acīmredzami šī ir ideālā integrācija struktūrām, kurām ir nepieciešamas izmaiņas.

Antagonistiskā struktūra var arī izveidoties personas vai lielākas sistēmas līmenī, piemēram, pacients, kurš jūtas visērtāk, ja viņš ir atkarīgs un ļauj pārējiem „parūpēties” par viņu. Antagonistiskā struktūra izveidotos, ja šis pacients atrastos terapeitiskā vidē, kas veicinātu katra indivīda iesaistīšanos un lēmumu pieņemšanu. Pacientam būtu neērti saglabāt atkarīgu uzvedību.

Peplau ir identificējusi arī jauktas un mainīgas struktūru integrācijas. Tās ietver iepriekš identificēto struktūru integrāciju kombināciju (4).

Aprūpes komandas locekļu lomas. Aprūpes komandas locekļi attiecībās ar pacientu var iejusties dažādās lomās. Šīs lomas ir atkarīgas no pacienta vajadzībām un komandas locekļu prasmēm un radošuma. Aprūpes komandas locekļiem ir jāapzinās iespējas un ierobežojumi, lai pacientam var nodot precīzu informāciju. Neatkarīgi no citām pieņemtajām lomām, aprūpes komandas locekļi un pacients vienmēr uzsāk attiecības kā svešinieki. Peplau uzsvēra padomdevēja lomas svarīgumu un paziņoja, ka tā ir primārā loma, kas aprūpes komandas locekļiem jāuzņemas psihiatriskās-

garīgās veselības aprūpē. Tradicionāli garīgas veselības aprūpes komandas locekļi koncentrējas uz aizvietojošām lomām, it īpaši vecākus aizvietojošām lomām, un rezultāts ir uzraudzības aprūpe, kas samazina attīstības un izmaiņu potenciālu. Padomdevēja loma ir uzskatāma par galveno līdzekli aprūpes komandas locekļu - pacienta attiecību attīstībai. Bieži tā ietver individuālo padomu sniegšanu. Citi paņēmieni ir, piemēram, darbs grupās, kopienas attīstība un ģimenes sistēmas aprūpe. Ja pacients tiek skatīts kā indivīds, aprūpes komandas locekļu - pacienta attiecības attīstītās pa posmiem, un ir izmantojamas arī komunikācijas (gan verbālās, gan neverbālās) koncepcijas, struktūru integrācijas un aprūpes komandas locekļu dažādās lomas (4).

Lai arī Peplau teorija galvenokārt koncentrējas uz starppersoniskajiem procesiem, tiek ņemti vērā arī gan pacienta, gan aprūpes komandas locekļu iekšējie procesi. Personas iekšējie procesi ir tie, kas notiek pašā personā, nevis starp cilvēkiem. Pastāv stipra kopsakarība starp starppersonisko attiecību un personas iekšējo attiecību fenomenu: Personas iekšējās struktūras, procesi un izmaiņas attīstās caur starppersonisko darbību. Personas iekšējo procesu koncepciju piemēri Peplau teorijā ietver nemieru, mācīšanos, domāšanu un spējas. Lai arī katra no tām ir novērojama indivīda līmenī, šīm koncepcijām ir starppersoniska saistība.

Nemiers. Nemiers ir enerģija, kas rodas kā reakcija uz uztvertiem draudiem. Draudi var svārstīties no fiziskiem līdz metafiziskiem draudiem. Peplau aprakstīja nemiera attīstības soļu secību sekojoši: gaidu turēšana, gaidu nepiepildīšanās, diskomforta izjušana, atviegljoša uzvedība un atviegljošās uzvedības attaisnošana. Gaidas var ietvert tādas lietas kā uzskatus, vajadzības, mērķus, vēlēšanās un sajūtas. Atviegljoša uzvedība arī ietver plašu iespēju klāstu: agresiju, atturēšanos, nepārvaramu uzvedību, psihosomatiskas sūdzības, halucinācijas, mānijas, seksuālu aktivitāti, riska uzņemšanos, atteikšanos, intelektualizēšanu, narkotisku vielu lietošanu, humoru, sevis atspoguļošanu, debates ar citiem, validēšanu un problēmu risināšanu, lai atrastu grūtību avotus. Tikai daži atviegljošās uzvedības veidi ir izmantojami.

Nemiers bieži ir iemesls, kādēļ pacients meklē palīdzību pie dažādiem garīgās veselības aprūpes komandas locekļiem. Reizēm pacientam meklēt šos pakalpojumus liek problēmas, kas rodas šīs atviegljošās uzvedības rezultātā. Citreiz pacients meklē palīdzību, jo viņam šķiet, ka atviegljošā uzvedība nav piemērota, lai atbrīvotos no nemiera. Peplau apraksta, kā aprūpes komandas locekļi var palīdzēt pacientam

efektīvi novirzīt nemieru. Pirmkārt, pacientam jāapzinās un jāspēj identificēt nemieru. Pēc tam jāparedz saistība starp nemieru un atvieglojošo uzvedību. Visbeidzot pacients formulē un paziņo savas gaidas. Hroniskiem garīgās veselības pacientiem, ir nepieciešami mēneši, lai vispār apzinātos un identificētu nemieru. Peplau raksta, ka nemiers pastāv nepārtrauktībā, tai skaitā mērenā, viduvējā, spēcīgā un paniskā līmenī. Aprūpes komandas locekļiem un pacientam ir jākontrolē nemiera līmeņi un jācenšas to noturēt no mērena līdz viduvējam līmenim. Aprūpes komandas locekļiem arī jāapzinās nemiera ietekme uz pacienta pašreizējām problēmu risināšanas un mācīšanās spējām un atbilstoši jāpielāgojas Nemiera pilni aprūpes komandas locekļi pārnesīs nemieru uz pacientu un otrādi. Nemieru ir iespējams pārnest starp personām, šī iemesla dēļ aprūpes komandas locekļiem ir jākontrolē savs nemiera līmenis.

Mācīšanās. Peplau ir aprakstījusi astoņus mācīšanās procesa posmus: novērošanu, aprakstīšanu, analizēšanu, formulēšanu, validēšanu, pārbaudīšanu, integrēšanu un pielietošanu. Katrs posms mācīšanās procesā ir arī spējas. Tādēļ, pieaugot personas mācīšanās procesam, pieaug arī personas spējas.

Dažādām personām šajos mācīšanās posmos būs dažādi spēju līmeņi. Pat vienā personā ir iespējamās plašas variācijas. Piemēram, personai ar parasti augstām mācīšanās spējām šīs spējas var dramatiski samazināties situācijā, kas izraisa lielu nemiera līmeni.

Ir svarīgi, lai aprūpes komandas locekļi nosaka pacienta pašreizējo mācīšanās posmu, lai varētu sniegt atbilstošas atsauksmes, lai turpinātu attīstību pašreizējā līmenī un palīdzētu pacientam pāriet uz nākošo līmeni.

Domāšana: Aizspriedumi un sevis izprašana. Domāšana ir iekšējs izziņas process. Citas personas domas ir iespējams uzzināt tikai caur valodas un uzvedības novērošanu. Domāšanas koncepcija var būt īpaši nozīmīga aprūpes komandas locekļiem kas strādā ar pacientiem, kuriem ir grūtības ar domāšanas procesiem. Piemēri ietver pacientus ar domāšanas traucējumiem, kas ir saistīti ar hroniskām garīgajām slimībām, piemēram, šizofrēniju, pacientus ar attīstības traucējumiem un pacientus ar organiskiem smadzeņu traucējumiem vai smadzeņu traumām.

Gan aprūpes komandas locekļu, gan pacienta specifiskie domāšanas procesi ietekmēs aprūpes komandas locekļu - pacienta attiecību attīstību. Tie ietver aizspriedumus, kādi aprūpes komandas locekļiem un pacientam ir vienam pret otru un aprūpes komandas locekļu un pacientu sevis izprašanu.

Aizspriedumi ir sākotnējie iespaidi, kādi aprūpes komandas locekļiem un pacientam rodas vienam pret otru, pirms viņi viens otru iepazīst. Aizspriedumi var izveidoties caur stereotipiem, tenkām vai pagātnes pieredzi ar personām, kuras indivīds uzskata par līdzīgām partnerim jaunajā diādē. Gan aprūpes komandas locekļu, gan pacienta aizspriedumi vienam par otru lielā mērā nosaka terapeitisko attiecību attīstības progresu. Sākotnējie iespaidi mēdz būt noturīgi, tāpēc aprūpes komandas locekļiem jāapzinās pacienta aizspriedumi, it īpaši negatīvie iespaidi, kas var kavēt attiecību attīstīšanos.

Sevis izprašana arī ir specifiska domāšanas struktūra, kas var ietekmēt attiecību attīstību. Tomēr Peplau teorijas ietvaros sevis izprašanas koncepcija aprūpes komandas locekļiem un pacientam nav vienādi svarīga. Sevis izprašana aprūpes komandas locekļiem tiek uzskatīta par kritisku atribūtu. **Ar sevis atspoguļošanas un kontroles palīdzību aprūpes komandas locekļiem pastāvīgi jāapzinās, kā viņu personīgās problēmas un uzvedība ietekmē attiecības.** Ir gaidāms, ka aprūpes komandas locekļu sevis izprašana caur terapeitisku darbu ar pacientiem pieaugs. Pacienti arī var pieredzēt sevis izprašanas pieaugšanu caur terapeitiskām attiecībām. Tomēr attiecību mērķis pacientam ir starppersonisko attiecību un problēmu risināšanas spējas, nevis sevis izprašana. Sevis izprašana ir noderīgs blakusefekts šo spēju attīstīšanas procesā (4).

Kā jau šajā sadaļā minēju, aprūpes komandas locekļu savstarpējās problēmas un uzvedība ietekmē arī attiecības ar pacientu un vēl vienu ļoti būtisku posmu – komandas locekļu savstarpējo sadarbību, kas ir veiksmīga aprūpes darba pamatā un sekmīgas garīgas veselības aprūpes, ārstēšanas un rehabilitācijas pamatā. Apskatot komandas locekļu galvenās īpašības un to nozīmi pacientu aprūpē vēlos atsaukties uz Deivida Makklelanda vajadzību teoriju, kuras pamatā ir trīs galvenās personības vajadzības:

- 1. Vajadzība pēc sasniegumiem jeb sasniegšanas motivācija.** Tā ir tieksme gūt panākumus, sasniegumus, patstāvīgi izvirzīt mērķus savai darbībai, varētu teikt, ka arī dzīves mērķus, pēc kuriem cilvēks tiecas. Viņš uzņemas atbildību par šo mērķu sasniegšanu. Kaut arī izvirzītie mērķi var būt grūti sasniedzami, cilvēks parasti tos izvēlas ar aprēķinu, lai tie būtu reāli sasniedzami. Cilvēki, kuriem ir izteikta vajadzība pēc sasniegumiem, izvēlas grūti, bet reāli sasniedzamus mērķus. Viņi nav avantūristi, ir gatavi riskēt, bet saprāta robežās. Viņi ir gatavi arī sāncensībai, konkurencei un ļoti

ieinteresēti atgriezeniskajā informācijā, psiholoģijā lieto jēdzienu "atgriezeniskā saite", kas ir ļoti būtiska garīgajā aprūpē. Tā ir informācija par savas darbības rezultātiem. Vai aprūpes komandas loceklis tuvinās mērķim, vai ir jau to sasniedzis, vai no tā novirzījies — par to ir nepieciešama informācija, vērtējums. Ir cilvēki, kas izjūt šādas informācijas deficītu, viņi darbojas, bet neviens nesaka, vai viņi dara pareizi un labi, lai gan viņi vēlas to dzirdēt. Taču ir cilvēki, kas negrib dzirdēt nekādu vērtējumu par savu darbību, viņi no šādas informācijas izvairās, kas var radīt problēmas aprūpes darbā, no kā gala rezultātā var ciest pacienta veselība.

- 2. Vajadzība pēc varas.** Daudzi psihologi runā, ka tas ir viens no cilvēka iekšējiem dzinumiem kopš pastāv cilvēce, Tā ir tieksme pēc varas, ietekmes, pārkuma. Vajadzība pēc varas izpaužas divējādi. Vienā gadījumā tā patiešām var būt tiekšanās pēc varas pašas varas dēļ, kā mēs ikdienā sakām, var redzēt, ka cilvēks burtiski "raujas pēc varas". Viņi ir slikti līderi, savtīgi, egoistiski, bieži vien neadekvāti pašpārliecināti, domā tikai par savu prestižu, ietekmi un varu izmanto, lai citus pazemotu psiholoģiski, parādītu uz katra soļa savu pārkumu utt. Ar šādu veselības aprūpes komandas līderi jeb vadītāju sekmīgs aprūpes darbs nav paredzams, jo viņam svarīgas būs savas ambīcijas nevis kopējie komandas mērķi, kas paredz sekmīgu atveseļošanos pacientam. Taču Makklelands norāda, ka ne vienmēr šī tieksme pēc varas var izpausties tikai negatīvā veidā. Tā var būt arī tiekšanās pēc varas, lai sasniegtu kādu noteiktu mērķi. Mērķis var nebūt šauri personisks. Cilvēks var tiekties pēc varas, lai palīdzētu kādai cilvēku grupai vai organizācijai sasniegt tās mērķus. Tad šiem cilvēkiem ir svarīgi pašiem pieņemt lēmumus, organizēt citus, motivēt citus lēmumu izpildei. Ja vajadzība pēc varas izpaužas šādā veidā, to var uzskatīt par pozitīvu aspektu.
- 3. Vajadzība pēc attiecībām.** Tas sasaucas ar Maslova ideju par vajadzību pēc piederības. Tas saistīts ar citu atzinību, vēlēšanos sadarboties, labu, harmonisku attiecību uzturēšanu ar citiem, izvairīšanos no konfliktiem, kas ir veiksmīgas aprūpes komandas darba pamatā. Makklelands uzskata, ka katram cilvēkam vajadzības ir iegūtas pieredzes ceļā, nevis iedzimtas, taču cilvēki cits no cita atšķiras ar to, kādā kombinācijā šīs vajadzības ir, proti,

kura vajadzība ir pirmajā vietā utt., tas raksturo cilvēka personību individuāli (9,10,11,12,13).

Spējas. Spējas ir prasmes, kas ir attīstījušās caur praksi. Aprūpes komandas locekļiem un pacientam attiecības nodrošina vidi, kurā potenciālās spējas ir iespējams attīstīt par spējām. Piemēram, prasme dalīties ar savu pieredzi verbāli var būt potenciāla spēja, ko pacients vēl nav attīstījis; to ir iespējams attīstīt laikā, ko pacients pavada ar aprūpes komandas locekļiem. Potenciālo/reālo spēju piemēri - viena temata pārrunāšana ilgāku laiku, iemācīšanās uzticēties, savu sajūtu aprakstīšana kādai citai personai, personīgo mērķu identificēšana un stratēģijas izvēle, lai virzītos uz kādu konkrētu mērķi. Sagaidāms, ka aprūpes komandas locekļi arī attīstīs spējas šo attiecību attīstības gaitā. Tās galvenokārt būs problēmu risināšanas vai starppersoniska rakstura. Piemēram, aprūpes komandas locekļi var uzzināt, kā kāda konkrēta persona tiek galā ar halucinācijām, iemācīties nerunāt ilgāku laika periodu, lai dotu pacientam iespēju uzsākt sarunu vai attīstīt lielāku empātiju pret noteiktām dzīves situācijām. Pieaugot aprūpes komandas locekļu spējām, pieaug arī viņu spēja palīdzēt citiem cilvēkiem līdzīgās situācijās. Tomēr prioritāte ir pacienta, nevis aprūpes komandas locekļu spēju attīstīšana. Paralēli aprūpes komandas locekļu sevis izprašanas attīstībai kā noderīgs šo terapeitisko attiecību blakusefekts attīstās arī aprūpes komandas locekļu spējas. Pacienta spējas attīstās kā šo terapeitisko attiecību mērķis. Lai arī ideja, ka prioritāte ir pacienta spējas, var šķist acīmredzama, reizēm praksē tā tiek aizmirsta. Bieži aktivitātes veikšana (piem., barošana, gultas uzklāšana, ambulatoriskās satikšanās ieplānošana, alternatīvu uzskaitīšana, sabiedrības resursu meklēšana, progresā rezumēšana) aprūpes komandas locekļiem ir noderīgāka kā pacientam. Protams, ja tā notiek, spējas attīsta aprūpes komandas locekļi, nevis pacients (4).

Saistība starp galvenajām Peplau teorijas koncepcijām ir apkopota tabulā Nr.1 (sk. Pielikumu Nr.3). Šajā tabulā var redzēt, ka visas koncepcijas ir savstarpēji saistītas un ka izmaiņas vienā koncepcijā parasti atspoguļo tālākas izmaiņas citās koncepcijās. Tomēr būtiskākais ir tas, lai aprūpes komandas locekļu attīstība veicina pacienta attīstību un tādējādi veselību.

Pirms turpinu apskatīt sīkāk garīgas veselības aprūpes komandas sekmīgas izveides un darbības priekšnosacījumus, vēlos aplūkot jēdzienu „garīgā veselība” un „garīgā slimība” nozīmi, kas palīdzēs izprast specifiskās garīgās veselības aprūpes komandas nepieciešamību pacientu atlabšanas procesā.

1.2. Jēdzieni „garīgā veselība” un „garīgā slimība”, apskats

Jēdzieni „garīgā veselība” un „garīgā slimība” dažādās kultūrās tiek definēti dažādi. Veselības un slimības stāvokļi tiek noteikti atbilstoši sabiedrības vērtībām (3). Dažām kultūrām ir brīvāki uzskati attiecībā uz virkni darbībām, un tiek uzskatītas par pieņemamām, tajā pašā laikā citas kultūras ir mazāk tolerantas pret darbībām, kas novirzās no kulturālajām normām (2). Kopumā, kad cilvēka uzvedība ir atbilstoša videi, kurā viņš atrodas, mēs sakām, ka cilvēks ir vesels, bet ja uzvedība neatbilst attiecīgajai videi, tad sakām, ka cilvēks ir slims. Kultūra ļoti ietekmē šos nosacījumus par veselību un slimību. Uzvedība, kas ir pieņemama vienā kultūras grupā, var netikt pieņemta citā un otrādi (3).

Garīgā veselība tiek attiecināta uz plašu aktivitāšu lauku, tieši vai netieši saistīta ar garīgās labsajūtas elementu, kas ir iekļauts Pasaules Veselības organizācijas (PVO) definīcijā par veselību, kur „veselība ir pilnīgs fiziskās, garīgās un sociālās labsajūtas stāvoklis, bet nevis slimības prombūtne”. Tas ir saistīts ar labsajūtas veicināšanu, profilaksi, ārstēšanu un rehabilitāciju cilvēkiem, kuri cieš no garīgajām slimībām. (13) Tātad, garīgā veselība nav tikai garīgo slimību prombūtne, tas ir labsajūtas stāvoklis, kuru katrs individuāli saviem spēkiem spēj sasniegt, tiekot galā ar normālām ikdienas stresa situācijām, produktīvi strādājot un esot pilnvērtīgs sabiedrības loceklis. Būtiski, ka definīcija uzsver pozitīvo, t.i., labsajūtas stāvokli, bet mazāk min slimību vai tās prombūtni. Cilvēks garīgas labsajūtas brīdī jūtas labi un spēj funkcionēt sabiedrībā, kā arī ir apmierināts ar saviem sasniegumiem (3).

Garīgā veselība nozīmē dažādu savu dzīves sfēru pārvaldi, ieskaitot mīlestību, darbu un savas dzīves un sabiedrības lomas. Dažas garīgās veselības definīcijas mēdz iekļaut arī laimes kritēriju. Jēdzieni, kurus ietver garīgā veselība, ir: pašpārvalde – cilvēks demonstrē autonomiju, vēlmi pēc nošķirtības, neatkarību un tendenci meklēt vadošas vērtības un noteikumus pēc kuriem dzīvot; izaugsme – cilvēks ir gatavs mainīt savu pašreizējo stāvokli, progresējot savā izaugsmē, maksimizējot savas iespējas; nenoteiktības pieņemšana – cilvēks stājas pretī dzīves nenoteiktībai un nāves noteiktībai cīnoties un cerot; pašcieņa – cilvēka pašcieņa balstās uz sevis izzināšanu un izpratni par talantiem, spējām un ierobežojumiem; vides pārvaldība – cilvēks ir efektīvs, spējīgs, kompetents un radošs attiecībā uz vidi un tās ietekmi; orientācija realitātē – cilvēks spēj atšķirt faktus no fantāzijas, reālo pasauli no sapņa un attiecīgi rīkojas; stresa pārvaldība – cilvēks piedzīvo depresīvus stāvokļus, nemieru un augstus

stresa līmeņus, zinot, ka šīs izjūtas nav mūžīgas, tiek galā ar krīzes situācijām bez citu palīdzības.

Pierādījumi par garīgas veselības esamību parasti tiek saskatīti cilvēkam nozīmīgajā darbā, spējā izbaudīt dzīvi, humora uztverē, labsajūtas gūšanā no atpūtas un miega, optimismā, spontanitātē, apmierinātībā attiecībās ar citiem, spējā strādāt vienatnē un ar citiem, spējā spriest un pieņemt lēmumus, atbildības uzņemšanā par savu rīcību, spējā dot un ņemt, emociju kontrolē. Arī Maslovs uzskatīja, ja cilvēkam piemīt iepriekš minētās īpašības, tad viņu var uzskatīt par „veselu” vai spējīgu uz pašrealizāciju. Mainīgie apstākļi, kas var ietekmēt garīgo veselību var būt bioloģiskie, sociokulturālie un psiholoģiskie. Bioloģiskie ietver prenatālā un perinatālā perioda ietekmes, fizisko veselību, neuroanatomiju un fizioloģiju. Sociokulturālie faktori ietver ģimenes stabilitāti, bērnu audzināšanas modeļus, ekonomisko stāvokli, mājokli, piederību minoritātēm, kas var būt par iemeslu nepietiekamai veselības resursu pieejamībai un reliģiskajai ietekmei. Psiholoģiskie faktori ietver vecāku un bērnu attiecības, inteligences koeficientu, sevis apzināšanos, prasmes, talantus, spēju radīt un emocionālās attīstības līmeni (3).

Garīgā veselība ir plašs jēdziens, kas ietver daudzus aspektus. Daudzas teorijas un jēdzieni tiek piemēroti šī jēdziena skaidrošanai, un tiek noteikti daudzi indikatori, lai noteiktu garīgās veselības esamību. Šīs teorijas parāda, kas ir garīgā veselība un kādu dzīves kvalitāti iespējams sasniegt tos izprotot, kā arī šie jēdzieni un teorijas var palīdzēt veicināt garīgo veselību. Katra no šīm iespējamajām perspektīvām var tikt lietota lai atrastu pieeju garīgās veselības veicināšanā populācijās visā pasaulē. Izprotot šo pieeju attīstību garīgās veselības veicināšanā, ir iespējams spert nākošos soļus (14).

Lielā daļā valstu, īpaši valstīs ar zemiem un vidējiem ienākumiem, garīgās veselības pakalpojumiem tiek piešķirts izteikti maz resursu - gan cilvēku, gan finansiālie. Attiecībā uz veselības aprūpes resursu pieejamību, lielākā daļa šobrīd tiek tērēta specializētajai garīgo slimību ārstēšanai, bet mazāk vienotai garīgās veselības aprūpes sistēmai. Tā vietā, lai sniegtu aprūpi lielās psihiatriskās slimnīcās, valstīm vajadzētu iekļaut garīgo veselību primārajā veselības aprūpē vispārējās slimnīcās un attīstīt sabiedrības atbalstītu garīgās veselības aprūpi. Garīgās veselības veicināšana prasa multisektorālu darbu, ieskaitot valstiskas organizācijas un nevalstiskas jeb sabiedriskas organizācijas. Galvenajai uzmanībai jābūt vērstai un garīgas veselības veicināšanu visas dzīves garumā, nodrošinot veselīgu dzīves sākumu bērniem un

novēršot garīgās slimības vecumdienās (15). Noslēdzot šo sadaļu, par jēdzienu “garīgā veselība”, secinu, ka ir nepieciešams uzlabot garīgās veselības politiku, lai uzlabotu garīgās veselības veicināšanu dažādos līmeņos tās dažādā konteksta dēļ. Garīgā veselība, kuru pavada daudz neskaidrību un maldīgu uzskatu, ir būtisks cilvēka labsajūtas un funkcionēšanas kritērijs. Laba garīgā veselība ir būtisks apstāklis ģimenei, sabiedrībai un nācijai. Garīgā veselība nav atdalāma no vispārējās veselības, bieži tiek nenovērtēta, kā arī tā veicina sabiedrības funkcionēšanu un vispārējo produktivitāti. Garīgā veselība veicina sociālo, cilvēcisko un ekonomisko sabiedrības kapitālu. Kultūras ietekmes dēļ, uz cilvēka izpratni par garīgo veselību un cieņu pret to, kulturālajam kontekstam vajadzētu tikt izvērtētam pirms tiek izdarīts slēdziens par garīgās veselības stāvokli.

Tālā pagātnē, garīgā slimība tika uzskatīta par dēmonu apsēstību, mirušo senču garu ietekmi, aizliegumu pārkāpuma rezultātu, neizpildītu kultūrālo rituālu rezultātu, kā arī garu nosodīšanas rezultātu. Garīgi slimie tika izsmieti, pamesti novārtā, izstumti no sabiedrības, vajāti un bez brīvības. 19. gs. garīgās slimības tika uzskatītas par neārstējamām. Garīgi slimie tika izrādīti publikai kā izklaide un slēgti dzelzs važās. Ap 1950. gadu farmakoterapija strauji mainīja garīgās veselības situāciju. Neuroleptiķi un vēlāk arī antidepresanti deva jaunu ceļību garīgo slimību ārstēšanā. Psihoaktīvie medikamenti atviegloja simptomus un ļāva pacientam gūt lielāku labumu no terapijas. Neskatoties uz panākumiem, ārstēšanas metodēm bija un ir garš ceļš ejams. Amerikas Savienoto Valstu Garīgās Veselības Institūta direktors reiz teicis:” Viduslaikos garīgi slimie tika sadedzināti uz sārta, Apgaismības laikā tie tika saslēgti važās un turēti cietumos, šodien viņi tiek ārstēti neuzmanīgi un nolaidīgi” (3).

Definēt garīgo slimību ir samērā neiespējami. Daži to definē kā „psihisku slimību”, citi kā „prāta diskomforta izpausmi caur domām, jūtām un uzvedību” vai „klīniski vērā ņemamu uzvedību vai psiholoģisku sindromu, kas norisinās cilvēkā un tiek saistīts ar šī brīža stresu, nespēju kādā dzīves jomā, palielinātu nāves risku, sāpēm vai brīvības zaudēšanu”. Galvenie kritēriji garīgai slimībai ietver: neapmierinātību ar kāda rakstura īpašībām, spējām un sasniegumiem; neefektīvām vai neapmierinātām savstarpējām attiecībām; neapmierinātību ar vietu pasaulē; nespēju tikt galā ar savas dzīves ikdienas situācijām, kā arī personīgās izaugsmes trūkumu (3).

Fiziskā un garīgā veselība ir cieši saistītas. Daudzas mācības atbalsta ideju, ka medicīniski slimus pacientus ar negatīvu attieksmi, gaida sliktāks ārstēšanas rezultāts, nekā tos, kuri ir pozitīvi domājoši. Šodien tiek apgalvots, ka veseliem cilvēkiem, kuri

ir optimisti, ir mazāks risks nomirt no sirds slimībām, nekā tie, kuri ir pesimistiski noskaņoti, ņemot vērā arī citus riska faktoros. Stabils emocionālais stāvoklis ir pamats labai fiziskajai veselībai un pasargā no fiziskas saslimšanas.

Psihiskos un uzvedības traucējumus raksturo traucējumi domāšanā, garastāvokļa traucējumi, vai uzvedība, kas ir ārpus kultūras uzskatiem un normām. Vairumā gadījumu simptomi ir saistīti ar ciešanām un personas funkciju traucējumiem.

Garīgās veselības traucējumi rada simptomus slimniekiem vai tiem tuvu stāvošiem cilvēkiem. Tie var ietvert:

- Fiziskos simptomus (piemēram, sāpes un miega traucējumi)
- Emocionālos simptomus (piemēram, nomāktība, bailes vai nemiers)
- Kognitīvos simptomus (piemēram, apgrūtināta skaidra domāšana, ticība neparastām lietām, atmiņas traucējumi)
- Uzvedības simptomus (piemēram, agresija, nespēja veikt ikdienas funkcijas, pārmērīga vielu lietošana)
- Uztveres simptomus (piemēram, redzēt vai dzirdēt lietas, ko citi nevar).

Agrīnās pazīmes atšķiras viena no otras. Cilvēkiem, kuri cieš no viena vai vairākiem iepriekš minētajiem simptomiem, ir ieteicams meklēt profesionālu palīdzību, ja simptomi saglabājas, tas izraisa būtiskas izmaiņas. Piemēri garīgiem traucējumiem ir depresija, vielu lietošana, šizofrēnija, garīga atpalcība, bērnu autisms, demence un citi. Tie var rasties vīriešiem un sievietēm jebkurā vecumā, un visu rasu un etnisko grupu pārstāvjiem. Lai gan daudzu garīgu traucējumu cēlonis nav pilnībā izprasts, tiek uzskatīts, ka tie rodas bioloģisko, psiholoģisko un sociālo faktoru kombinācijās, piemēram, stresaini dzīves notikumi, grūti ģimenes apstākļi, smadzeņu slimības, iedzimtības un gēnu, un medicīniskās problēmas. Vairumā gadījumu garīgie traucējumi var tikt diagnosticēti un efektīvi ārstēti (16,17).

Garīgās veselības traucējumi neskar tikai īpašas grupas, tie var būt cilvēkiem visos reģionos, visās valstīs un visās sabiedrībās. Aptuveni 450 miljoni cilvēku cieš no garīgiem traucējumiem. Vienam cilvēkam no četriem var attīstīties viens vai vairāki psihiski vai uzvedības traucējumi dzīves laikā. Garīgie un uzvedības traucējumi ir tuvu jebkurā laikā aptuveni 10% no pieaugušajiem iedzīvotājiem visā pasaulē. Viena piektā daļa no pusaudžiem, kas jaunāki par 18 gadiem cieš no attīstības, emocionāliem vai uzvedības problēmām, vienam no astoņiem ir garīga

slimība, tostarp nelabvēlīgākā situācijā ir esošo bērnu līmenis, tas ir viens no pieciem. Psihiskās un neiroloģiskās slimības veido 13% no kopējā invalīdu daudzuma. Pieci no desmit galvenajiem invaliditātes cēloņiem visā pasaulē ir psihiskie stāvokļi, tai skaitā depresija, alkohola lietošana, šizofrēnija un kompulsīvi traucējumi. Prognozes paredz, ka 2020.gadā psihoneiroloģiski traucējumi veidos 15% no invaliditātes visā pasaulē (14).

Lai labāk izprastu esošo situāciju garīgās veselības aprūpē, ārstēšanā un rehabilitācijā, nākošajā nodaļā vēlos aplūkot šo procesu vēsturiskās attīstības gaitu, kas palīdzēs labāk izprast šī brīža situāciju garīgās veselības jomā.

1.3. Garīgās veselības raksturojums Latvijā un pasaulē

1.3.1. Latvijas psihiatrija pirms neatkarības atgūšanas

Lai varētu objektīvi izvērtēt psihiatrijas situāciju mūsdienās, ir būtiski veikt nelielu ieskatu Latvijas psihiatrijas vēsturē.

Nozīmīga psihiatrijas dienesta iezīme Padomju Latvijas laikos bija attieksme pret pacientu. Pacients tika uzskatīts par nespējīgu pilnvērtīgi risināt savas dzīves problēmas.

Ņemot vērā valsts aizbildnieciskumu, arī diagnostika un ārstniecība bieži bija subjektīva, balstījās uz ārsta intuīciju, pieredzi, analogijām, nevis stingri noteiktiem un konstatētiem diagnostiskiem kritērijiem, pārbaudītām ārstēšanas metodēm. Ņemot vērā šo subjektīvismu, reizēm pacientam tika palīdzēts, nosakot t.s. rehabilitācijas diagnozi - vieglāku diagnozi, lai pacientam būtu vieglāk adaptēties, vai arī smagāku diagnozi, lai būtu pamats materiālam pabalstam — pensijai.

Nepietiekami un formāli tika respektētas pacientu cilvēktiesības, kopējie apstākļi slimnīcās un darbinieku attieksme pret slimniekiem bieži bija pazemojoša. Humāna attieksme pret pacientiem nebija vispārpieņemta norma, bet gan katra darbinieka vēlmes, inteliģences un cilvēcīguma jautājums.

Psihiatrijas dienests tika veidots centralizēts, protams, nevarēja būt ne runas par pakalpojumu sniedzēju konkurenci savā starpā, lai gan jāatzīst, ka arī mūsdienu psihiatrijā būtiskāk ir attīstīt dažādus pakalpojumu veidus un saskaņot to darbību, nevis konkurēt.

Laikā, kad Latvija bija Padomju Savienības sastāvā, nozīmīga dienesta sastāvdaļa bija pacientu uzskaitē un dispanserizācija. Dispanserizācijas uzdevums bija nodrošināt regulāru pacientu ārstēšanu, sava veida piespiedu piesaisti psihiatrijai.

Padomju Savienības laikā, tāpat kā mūsdienās, darbojās psihoneiroloģiskie kabineti. Šādā veidā tika mēģināts radīt iespēju pacientiem saņemt ārstēšanu iespējami tuvu viņu dzīvesvietai, kā arī nodrošināt dispanserizācijas principu realizēšanu. Pacientu apmeklējumu skaits gada laikā pie psihiatra 20. gadsimta 80. gados bija līdzīgs mūsdienām, un tas liecina par līdzīgu pakalpojumu ambulatorajiem pacientiem, līdzīgu pacientu kontingentu, ar kādu strādāja psihiatri pirms Latvijas neatkarības atgūšanas un pašlaik.

Padomju Savienības laikā psihiatriskā aprūpe tika balstīta tikai uz psihiatriem. Mūsdienās pastāv tendence personu aprūpi ar psihiskiem traucējumiem balstīt uz citiem speciālistiem, galvenokārt - uz psihiatrijas māsām.

Interesanta iezīme parādās 20. gadsimta 80. gados, kad darbojās uzticības telefons, sociāli psiholoģiskās palīdzības kabinets, pat atsevišķs suicidoloģijas dienests. 1988. un 1989. gadā darbojās pietiekami liels skaits psihoterapeitisko kabinetu gan Rīgas poliklīnikās, gan arī citur Latvijā. Šādā veidā tika mēģināts risināt to pacientu problēmas, kuri slimo ar nosacīti vieglākiem traucējumiem, kuriem ir sadzīves problēmas. Jāpiebilst, ka sniegto pakalpojumu kvalitāte bija zema, vēlme integrēt pacientus sabiedrībā - formāla, vairāk domāta statistiskām atskaitēm.

Analizējot stacionāro aprūpi, redzams, ka šī aprūpes forma bija dominējoša. 20. gadsimta 80. gados pieauga slimnīcu un stacionāra gultu skaits, arī narkoloģiska profila gultu skaits. Ar alkohola patēriņu saistītā situācija bija un saglabājas nelabvēlīga. Liels bija psihiatriska profila gultu skaits, salīdzinot ar 2009. gadu, 1989. gadā tas bija par 30 % lielāks. Jāatzīmē, ka lielais pacientu skaits atradās praktiski tajās pašās telpās, kurās šodien, tādēļ pacientu sadzīves apstākļi bija nožēlojami, palātās atradās pat 20-30 pacientu, nožēlojamās bija koplietošanas telpas.

80. gados novērojama tendence samazināt ārstu slodzi, dinamikā samazinās stacionāra gultu skaits uz vienu psihiatru.

Īpaši nepasliktinās rehospitalizācijas rādītājs, kas parasti tiek ņemts vērā, analizējot dienestu darbības kvalitāti. Rehospitalizācijas rādītājs līdzīgi kā šodien bija apmēram 30 %.

Padomju Latvijas psihiatrijas sistēmā nozīmīga vieta bija specializētām darbnīcām, kuras darbojās pie psihiatriskajām slimnīcām. Darbnīcas tika izmantotas galvenokārt tādēļ, lai pacienti būtu aizņemti, atrastos speciālistu uzmanības lokā. Darbnīcu mērķis bija nodrošināt, lai pacienti nebūtu traucējoši sabiedrībai, reāli šis bija veids, ka izolēt pacientu, nevis sagatavot darba dzīvei un iekļaut sabiedrībā.

Pēc „dzelzs priekškara” krišanas radās iespēja salīdzināt psihiatriju Latvijā un Rietumeiropā. Ļoti būtiska atšķirīgā iezīme bija mūsu psihiatrijas, tāpat kā mūsu medicīnas trūcīgums. Rietumu psihiatriskās iestādes strādāja daudz labākos apstākļos (plašākas, sanitārām normām atbilstošas telpas), nodarbināja vairāk strādājošo, personāls saņēma labāku atalgojumu, bija vairāk pieejami moderni medikamenti. Arī dažāda veida palīdzības iespējas pacientiem, īpaši hroniskos gadījumos, izrādījās plašākas un augstākā līmenī, jo darbs ar pacientiem bija vairāk diferencēts, specializēts un izvērsti. Tas īpaši attiecināms uz rehabilitāciju kopumā, sevišķi ergoterapiju, darba terapiju, slimnieku (invalīdu) dzīvesvietām, sociālo palīdzību, dažāda veida konsultāciju un korekciju iespējām (komandu darbs), iesaistot

dažādus speciālistus. Salīdzinot ar Rietumeiropu, ārpusstacionārais darbs bija neattīstīts, nediferencēts.

Izglītības un kvalifikācijas celšanas jomā ļoti tipiski trūkumi bija 1) pārmērīga psihiatrijas ideoloģizācija, 2) nepietiekama ārstu un pārējo darbinieku psiholoģiskā sagatavotība un psiholoģisko zināšanu izmantošana diagnostiskā, ārstēšanā, rehabilitācijā, kā arī vienkārši kontaktējoties ar pacientu, un 3) psihoterapijas vājums un primitīvisms.

Sociālpsihiatriskas problēmas tika uzlūktas tikai kā kapitālisma problēmas. Izglītības programmas bija centralizēti sagatavotas un nevarēja tikt uz vietas Latvijā mainītas.

Ar Rietumu speciālistu palīdzību tika organizēti lekciju un konsultāciju cikli Rīgā, ap 70 Latvijas psihiatrijā strādājošo pieredzes braucieni uz Baireitu, kā arī saņemts atbalsts un izglītības iespējas (īpaši rehabilitācija, ergoterapijā, pacientu aprūpē) no Zviedrijas, Dānijas un Norvēģijas, pakāpeniski ir veicinātas pozitīvas pārmaiņas izglītībā un praktiskajā darbā - mainījies psiholoģiskais klimats Latvijas psihiatrijā, paplašinājušās ārstu un pārējā personāla profesionālās zināšanas, ļoti sekmēta ir tiesu psihiatriskās un piespiedu ārstēšanas klīnikas izveidošana un deinstitucionalizācija, kā arī ievirzīta ambulatorā darba diferenciācija un specializācija (18).

Pēc valstiskās neatkarības atgūšanas Latvija pēdējo gadu laikā gan politiski, gan ekonomiski ir pakļauta būtiskām pārmaiņām un īsā laika periodā cenšas atrast vispareizāko attīstības ceļu. Šīs pārmaiņas ietekmē visas tautsaimniecības nozares, arī medicīnu un garīgās veselības aprūpi (psihiatriju). Citu medicīnas nozaru izaugsme ir saistīta galvenokārt ar zinātnes attīstību un jaunu tehnoloģiju ieviešanu diagnostikā un ārstēšanā, turpretī psihiatrijā daudz lielāka nozīme ir sociāli ekonomiskajai situācijai, valsts pieejai noteiktām problēmām un viedoklim par to risināšanas veidiem (26).

Kā medicīnas nozare psihiatrija ir pārdzīvojuši grūtus laikus, psihiatrijas dienests ir maksimāli samazināts un sniedz palīdzību minimālā apjomā, tomēr spējot nodrošināt ārstniecību un nepieļaut būtisku pacientu veselības stāvokļa pasliktināšanos vai problēmas sabiedrības funkcionēšanā, kas būtu saistītas ar pacientu likumpārkāpumiem (22).

Pašlaik veselības aprūpes sistēma ir pārbagāta ar reorganizācijas plāniem, optimizāciju, likvidāciju, apvienošanām, un mērķu uzstādījumu labojumiem, korekcijām, finansējuma modeļiem. Šajā pārmaiņu laikā tiek aizmirsts, ka veselības

aprūpes sistēmā nav nekā svarīgāka par pacienta un veselības aprūpes darbinieka tiešo saikni, par iespēju patiešām normālos, prognozējamos apstākļos profesionāli veikt savu darbu. Visas reformas līdz šim ir bijušas ierēdņu reformas un par veselības aprūpes darbiniekiem, kā arī par pacientu ticis domāts vismazāk.

2009. gads reorganizāciju ziņā ir bijis visskarbākais, jo, realizējot pārvaldes samazinājumu, strādājošo atalgojuma samazinājumu par 20 %, iestāžu izdevumu samazinājumu par 10%, kompensējamo zāļu apmaksai paredzētā finansējuma samazināšanu par 3 milj. latu, ārstniecības programmu samazināšana bija jāveic par 42,68 milj. latiem. Lai nesamazinātu pieejamību tieši primārajai veselības aprūpei un neatliekamajai palīdzībai, šajos sektoros samazinājums attiecināts tikai uz darba samaksu mediķiem par 20% un administratīvajām izmaksām par 10%. Līdzīgi finansējums saglabāts arī speciālistu konsultācijām un izmeklējumiem ambulatori. Būtiskākais samazinājums skāra slimnīcas, kurām tika rasta iespēja nodrošināt tikai 43 % no pirmā pusgada finansējuma. Šajā situācijā kā prioritāte ar vismazāko iespējamo samazinājumu tika noteikta bērnu veselības aprūpe, dzemdniecība, psihiatrija un onkoloģija. Tika izveidots to slimnīcu saraksts, kurām ar 2009. gada 1. septembri tiks nodrošināts finansējums slimnīcas darba nodrošināšanai, sniedzot tikai neatliekamo palīdzību. Pārējās slimnīcās tiks apmaksāta ambulatorā un dienas stacionārā tipa ārstēšana (30).

Veicot tik apjomīgu reorganizāciju, rodas bažas par veselības aprūpes pieejamību, jo slimniekiem turpmāk būs jāmēro vairāki desmiti kilometru, lai saņemtu palīdzību, īpaši tas attiecās uz lauku teritorijās dzīvojošajiem. Veselības aprūpei ir ievērojamā sociālā loma. Nereti slimnīcu, jo sevišķi laukos, funkcijas pārklājas ar sociālo centru funkcijām. Slimnīcu slēgšanas un pārprofilēšanas gadījumos satraukumu galvenokārt rada sociālo pakalpojumu trūkums. Sociālā palīdzība tiek sniegta uz jau tā nepietiekamā veselības aprūpes budžeta pamata.

Pēc 2009. gada valsts budžeta grozījumiem finansējums veselības aprūpei Latvijā ir zemākais Eiropā – arī mazāks nekā Rumānijā un Bulgārijā, kuras finansējuma ziņā pirms kāda laika vēl bija aiz Latvijas. Pēc pēdējiem budžeta grozījumiem finansējums veselības aprūpei ir 2,89% no IKP. 2008. gadā Latvijā šī daļa bija 3,5% no IKP, turklāt tā jau tika vērtēta kā pārlietu zema. Eiropas Savienībā kopumā finansējums veselības aprūpei ir vairāk nekā 7% no IKP (23).

Protams, ka Latvijā nevaram saukt par labklājības valsti, ja mēs runājam par garīgās veselības aprūpes jomu - mums ir ļoti augstas zāļu cenas un vairāku iemeslu

dēļ ārsta pieejamība daudzviet Latvijā ir vien formāli garantēta; to ietekmē nauda, attālums līdz mediķim un arī zināšanu trūkums pašiem par sevi un savu veselību. Ne velti speciālisti ir atzinuši, ka, piemēram, novēlota depresijas diagnostika un ārstēšana var paaugstināt pašnāvību rādītāju, kā arī palielināt atkārtotu tīša paškaitējuma mēģinājumu skaitu. Uzreiz jāteic, ka acīmredzot sociālekonomiskie apstākļi un veselības aprūpes problēmas, tāpat arī zināšanu trūkums ir stipri līdzīgs visā Austrumeiropā. Pēc 2005. gada datiem, visaugstākais darbspējīgā vecuma iedzīvotāju pašnāvību rādītājs ir Austrumeiropā: Lietuvā – 36 gadījumi, Latvijā – 21, Igaunijā – 18, Polijā – 15 uz 100 000 iedzīvotāju. Savukārt visā Eiropā katru gadu pašnāvību izdara aptuveni 873 tūkstoši cilvēku (25).

Starptautiskā pieredze liecina, ka, lai attīstītos psihiatriskā veselības aprūpe, akūtās stacionārās garīgās veselības aprūpes pakalpojumus nepieciešams integrēt daudzprofilu slimnīcās, savukārt ilgtermiņa psihiatrisko pacientu ārstēšanu koncentrēt aprūpes slimnīcās. Līdz ar akūtās stacionārās garīgās veselības aprūpes pakalpojumu integrāciju daudzprofilu slimnīcās tiktu uzlabota palīdzība psihiatrijas un narkoloģijas pacientiem, izmantojot daudzprofilu slimnīcas resursus, kā arī panākta efektīvāka slimnīcu infrastruktūras izmantošana un netiktu dublēts slimnīcu palīgdienestu darbs. Vienlaicīgi daudzprofilu slimnīcas spēj nodrošināt plašāku veselības aprūpes pakalpojumu spektru (25).

1.3.2. Psihiatrijas dienesta organizācija Latvijā

Latvijā, tāpat kā daudzās jaunajās ES dalībvalstīs, psihiatriskās slimnīcas un sociālās aprūpes centri psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem pagaidām ir visizplatītākā aprūpes forma. 2005. gada janvārī Latvija kopā ar citām Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Eiropas reģiona valstīm parakstīja Garīgās veselības deklarāciju un Garīgās veselības rīcības plānu Eiropai laikposmam no 2005. līdz 2010. gadam, kas prasa attiecīgajām varas institūcijām katrā dalībvalstī ieviest ar starptautiskajiem standartiem saskaņotu garīgās veselības aprūpes politiku un likumdošanu un attīstīt sabiedrībā balstīto aprūpi personām ar smagiem psihiskās veselības traucējumiem, lai aizstātu aprūpi lielajās institūcijās. Tomēr līdz šim deinstitucionalizācija un sabiedrībā balstītu aprūpes pakalpojumu veidošana noris lēni (29).

Latvijā ambulatoro palīdzību nodrošina ambulatorās psihiatriskās nodaļas jeb ambulances pie psihiatriskām slimnīcām Rīgā, Jelgavā, Daugavpilī, Liepājā, kā arī

rajonu psihiatru kabinetu visā Latvijā. Bērniem ambulatoro psihiatrisko palīdzību sniedz bērnu psihiatri ambulatorajās nodaļās Daugavpilī, Liepājā, Jelgavā, ka arī bērnu nodaļa pie vispārēja profila bērnu slimnīcas Rīgā, ka arī neliels skaits bērnu psihiatru rajonu kabinetos (18).

Šajās iestādēs pacienti var saņemt psihiatra konsultāciju, receptes medikamentu iegādei, nepieciešamības gadījumā izziņu par veselības stāvokli, kā arī psihiatrs sagatavo nepieciešamos dokumentus darba ekspertīzes vai citām komisijām.

Ambulatorajās iestādēs bez psihiatra strādā arī psihiatrijas māsa, kura veic galvenokārt dokumentācijas sakārtošanas darbus, palīdz ārstam, bet patstāvīgi nestrādā ar pacientu. Citi speciālisti (psihologs, sociālais darbinieks, ergoterapeits) darbā iesaistās epizodiski, biežāk ambulatorajās nodaļās pie psihiatriskajām slimnīcām, jo šeit ir lielākas finansiālās iespējas iesaistīt papildu speciālistus, kā arī ir iespēja darbā iesaistīt stacionārā strādājošos speciālistus.

Tomēr labas aprūpes atslēgas vārds ir komandas darbs. Piemēram, vairāku gadu garumā Jelgavas slimnīcā „Ģintermuiža” darbojās mobilā psihiatriskās palīdzības brigāde, kas sākumā tika izveidota ar Sorosa fonda un Kanādas valdības atbalstu, vēlāk finansiālo iniciatīvu pārņēmot slimokasei. Tā kā 2008.gadā valsts finansējums mobilai psihiatriskās aprūpes brigādei vairs netika piešķirts, pašlaik slimnīcas ambulatorais dienests savu resursu ietvaros saglabājis vien dažus brigādes darbības elementus, piemēram, patronāžu mājās. Praksē šāda mobilā brigāde (psihiatrs, māsa, sociālais darbinieks, psihologs, ergoterapeits), kas var izbraukt pie pacienta uz mājām, sevi pierādīja tieši nedēļas nogalēs. Tādējādi tika samazināts rehospitalizāciju skaits (24).

Latvijā šobrīd pacienti ar akūtiem un smagiem hroniskiem psihiskiem traucējumiem tiek ārstēti psihiatriskos stacionāros. Stacionāra apstākļos Latvijā psihiatrisko palīdzību nodrošina psihiatriskās slimnīcas Rīgā, Jelgavā, Liepājā, Daugavpilī, Strenčos. Šīs slimnīcas var uzskatīt par akūtām slimnīcām, jo šeit pacienti nokļūst ne tikai ar psihiatra nosūtījumu plānotai ārstēšanai un izmeklēšanai, bet arī akūtos, neatliekamajos gadījumos ar neatliekamās medicīniskās palīdzības transportu, policijas palīdzību. Vēl Latvijā darbojas tā sauktās hroniskās slimnīcas, kurās pacienti praktiski dzīvo, reti izrakstās no tām. Šobrīd tāda slimnīca atrodas Aknīstē. Stacionāro palīdzību sniedz arī psihiatriskā slimnīca Jūrmalā, kura strādā ar neirotisko, depresīvo pacientu grupu, nodrošinot kūrorta-rehabilitācijas tipa aprūpi (28,18).

Bērniem stacionāro psihiatrisko ārstēšanu nodrošina bērnu psihiatriskā nodaļa vispārējā tipa bērnu slimnīcā Rīgā, kā arī bērnu nodaļas Jelgavas, Liepājas un Daugavpils psihiatriskajās slimnīcās. Hronisku bērnu ārstēšana un aprūpe tiek veikta bērnu slimnīcā Ainažos (28,18).

Gandrīz ceturtdaļa no visām stacionāru gultām ir ilgas uzturēšanās gultas.

Latvijai atšķirībā no citām valstīm raksturīga vājā stacionāra gultu specializācija, kas ietvertu sevī nodaļas specifisku psihisku traucējumu un slimību ārstēšanai - ēšanas traucējumiem, depresijām, šizofrēnijai u.c., bet arī specializācija kā tāda. Piemēram, Amerikas Savienotajās Valstīs šizofrēnijas pacientu aprūpei tiek apmēram 2% no nacionālā ienākuma. Šajos procentos ietilpst ne tikai ārstēšana, bet arī kopšana, sociālie pabalsti, integrācijas programma u. tml. Šizofrēnija ir ļoti smaga slimība, kas prasa milzīgas valsts investīcijas — ne tikai iedodot līdzekļus medikamentiem, bet arī tad, kad cilvēki slimības dēļ kļūst par invalīdiem. Produktīvais vecums saslimšanai ir posmā no pusaudža gadiem līdz 40 gadu vecumam. Un no šizofrēnijas parasti nemirst. Tātad visa mūža garumā šie cilvēki jāaprūpē, jāmaksā pabalsti, jā rūpējas par viņu drošību. Un bieži vien, ja cilvēks netiek adekvāti ārstēts, viņš nonāk specializētā aprūpes iestādē, kas izmaksā ļoti dārgi. Mūsu valstī viena gultas diena stacionārā izmaksā aptuveni 12 latus. Pēc tam pacients jāievieto specializētā pansionātā, par kuru maksā valsts – apmēram 10,- Ls, pie kam dažāda tipa aprūpes iestādēs izmaksas var atšķirties un svārstās no 180 – 350,- Ls (25).

Slimnīcās ārstējas galvenokārt šizofrēnijas un organisku psihisku traucējumu pacienti. Trešdaļa pacientu ārstējas ilgāk par gadu, un tas nozīmē, ka slimnīca ir kļuvusi par pacientu dzīvesvietu. Slimnīcās ārstējas noteikts pacientu kontingents, kuram ir problēmas uzturēties sabiedrībā, tādēļ gada laikā viņi atkārtoti atgriežas stacionārā (51,6 %) (18).

Latvijā garīgās veselības problēmas sastopamas 4,4% iedzīvotāju, vīrieši biežāk slimo ar garīgo atpalcību, personības traucējumiem, bet sievietes – ar depresiju, neirotiskiem un ēšanas traucējumiem. Latvija joprojām ir 5. vietā pasaulē pēc pašnāvību skaita uz 100 tūkstošiem iedzīvotājiem. Citās Eiropas valstīs no dažāda veida psihiskiem traucējumiem cieš apmēram 7-10% iedzīvotāju. Tas nenozīmē, ka mums šo pacientu ir mazāk, puse nav apzināta. Jāņem vērā, ka psihiatrijā pastāv trešdaļu likums – viena trešdaļa regulāri ārstēsies, otra – epizodiski nonāks pie ārsta

un vēl viena trešdaļa pati cīnīsies. Nav arī veikta statistiskā analīze, cik lielu darba daļu paveic privātais sektors (24).

Vērtējot tiesu psihiatrijas un ekspertīžu nodaļas Latvijā, tās atbilst starptautiskiem standartiem. Šādas nodaļas atrodas Rīgā. Pacientu ārstēšana un ekspertīzes ar tiesas lēmumiem uz vispārējiem pamatiem notiek psihiatriskās slimnīcās. Atsevišķs pants Ārstniecības likumā nosaka pacienta stacionēšanu un ārstēšanu bez viņa piekrišanas, un tajā ietvertie pamatprincipi atbilst starptautiskiem cilvēktiesību standartiem un Eiropas Savienības valstu praksei (19).

No padomju gadiem mantojumā saņemtā psihiatriskā aprūpe, kas galvenokārt balstās uz stacionāru aprūpi, ir tā, ko grasās revidēt „Pamatnostādnes iedzīvotāju garīgas veselības uzlabošanai 2009.-2014. gadam”. Izvēlētais virziens – sabiedrībā balstīta garīgās veselības aprūpe (no angļu valodas – community care vai community based services), kas paredz veidot 24 sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes dienestus, tai skaitā sešus garīgās veselības centrus. Savukārt Veselības Ministrijas izstrādātajās „Pamatnostādnēs iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošanā 2006 - 2016” garīgās veselības dienestu darbs raksturots kā nepietiekami koordinēts un atzīts, ka valstī nav attīstīta visaptveroša (pieejama visos reģionos) palīdzības sistēma cilvēkiem, kuri cieš no ilgstoša stresa, ir cietuši smagus zaudējumus vai sirgst ar depresiju. Nav nodrošināta diennakts psiholoģiskā atbalsta pieejamība ikvienam krīzē nonākušajam. Nav garīgās veselības profilakses programmas, kas spētu darboties nacionālā un reģionālā līmenī (21). Jāatzīmē, ka psihiskās veselības traucējumi biežāk sastopami tādās cilvēku grupās, kas izjūt sociālās un ekonomiskās nevienlīdzības sekas. Sociālās, ekonomiskās un materiālās grūtības ietekmē veselību galvenokārt netieši, caur tādām psiho sociālām parādībām kā spriedze jeb stress, nedrošība un dažādas raizes, kas viss kopumā pasliktina cilvēku vispārējo stāvokli (20). Šī brīža sociāli ekonomiskā situācija valstī stāvokli dara vēl smagāku, bet problēmu risinājumi reāli nav saskatāmi.

Gadu no gada ir mēģināts samazināt gultu skaitu, pārceļot slodzi uz ambulatorās aprūpes pleciem un patlaban gultu skaits tiek samazināts uz iekšējo resursu rēķina. Pacientu ātrāk izraksta no stacionāra, un viņš atkal ātrāk atgriežas, jo nav alternatīvu. Runājot par deinstitucionalizāciju, parādās spekulācijas – Sabiedrības veselības aģentūras (SVA) statistikas dati norāda, par cik tiek samazināts gultu skaits, taču neatspoguļo, kā palielinās ambulatoro slodžu skaits, ambulatorā dienesta finansējums (24).

Jā, Rīgā ir Ziepniekkalna ambulatorais aprūpes centrs un Latvijas ambulatorās psihiatrijas lepnums – centrs Veldre. Modelis, kā komandā būtu jāstrādā psihiatram, psihologam, sociālajam darbiniekam, ergoterapeitam. Taču tie ir kolēģi, kas vienu darbavietu ir nomainījuši ar citu. Nepieciešami vairāki šādi centri un dažādi papildu dienesti, kas atslogotu psihiatrus. Ir pacienti, kuri slimnīcā ilgstoši gaida rindā uz sociālajiem aprūpes centriem, un viņu jautājumu risināšana ir ierasta psihiatru ikdiena. Tā ir ilūzija, ka visus varēs ievietot sociālās aprūpes centros, jādomā arī par nodaļām, kurās atradīsies ilgstoši slimojošie (24).

Analizējot situāciju ar cilvēkresursiem, oficiālā statistika nav iepriecinoša – Latvijā ir 1,12 psihiatru uz 10 000 iedzīvotāju. Tas ir minimālais skaits speciālistu, kāds valstij nepieciešams, lai nodrošinātu garīgās veselības aprūpi. Bēdīgāk ir ar nodrošinājumu bērnu psihiatrijā – uz 10 000 iedzīvotāju ir tikai 0,1 psihiatrs, turklāt psihiatra pakalpojumi ambulatori nav pietiekami pieejami. Resursi atjaunojas, ik gadu pieci, seši rezidenti pabeidz studijas, tiesa, daļa jauno ārstu izvēlas privāto jomu (24).

Pieaugušo praksē pēc SVA datiem strādā ap 250 psihiatru, savukārt, Latvijas Psihiatru asociācijā ir ap 400 biedru. Latvijā cilvēkresursu nodrošinājums ir tāls no ideālā. Latvijas stacionāros strādā 12 bērnu psihiatri. Viens psihiatrs uz 25 gultām. Kamēr Eiropas valstīs uz vienu psihiatru un (!) daudzfunkcionālu komandu (psihologu, ergoterapeitu, audzinātājiem, auklēm u.c.) ir tikai desmit gultas. Latvijas ambulatorajā dienestā strādā 17 bērnu psihiatri jeb viens speciālists uz 24 700 bērnu. Savukārt Eiropā viens speciālists ar multidisciplināru komandu ir uz 20 000 bērnu (24).

Analizējot statistiku par garīgās veselības aprūpē strādājošajām ārstniecības personām ar vidējo medicīnas izglītību - skaitļi nav iepriecinoši un redzams, ka māsu nepietiek. Ārstu un māsu skaita attiecības salīdzinājumā ar Eiropu ir zemas, Latvijā - 1:3,5 un Eiropā – 1:5 (27). Pētot māsu un pacientu skaita attiecības psihiatrijā šie skaitļi attiecīgi arī nav iepriecinoši, piem., ASV tās ir 1:6 un Latvijā attiecīgi -1:20 un tas nelabvēlīgi ietekmē darba kvalitāti, pacientu veselības aprūpi (27).

Pēc statistikas datiem Latvijā psihiatrijas stacionāros uz 2005. gada beigām strādāja 847 ārstniecības personas ar vidējo medicīnisko izglītību (2002. – 767; 2003. – 787; 2004. – 814) (19).

Skaitļi rāda, ka tiem ir tendence pieaugt, bet situāciju tas neglābj, jo statistikas dati par pacientiem ar psihiskām slimībām un uzvedības traucējumiem atspoguļo neiepriecinošu ainu. To skaitam nav tieksme īpaši samazināties, bet atsevišķās

saslimšanu grupās pat raksturīgs ir pieaugums, kā, piemēram, šizofrēnijai, garastāvokļa traucējumiem, neirotikajiem, ar stresu saistītajiem traucējumiem.

1.4. Komandas darba pamatprincipu apskats

Pacientu aprūpes nodrošināšanā būtiska loma ir komandas darbam, jo aprūpes procesā liela nozīme ir personāla sadarbībai un saskaņotai rīcībai ne tikai vienas nodaļas ietvaros, bet arī visā iestādē kopumā. Komandas darbs jau sākas slimnīcas uzņemšanas nodaļā, kur pacienta aprūpē iesaistās ne tikai uzņemšanas nodaļas personāls, bet arī diagnostiskās nodaļas, kuru darbībai jābūt vērstai uz pakalpojuma efektīvāku un ātrāku sniegšanu, nesamazinot aprūpes kvalitāti. Tas ir sarežģīts process, kurš prasa no visu iesaistīto struktūrvienību aprūpes personāla darbības saskaņu un jau zināmu procesa kārtību. Komandas darba un kvalitatīva pakalpojuma nodrošināšanai vienas struktūrvienības ietvaros un vairāku struktūrvienību sadarbībā, jāattīsta lineārā un cirkulārā komunikācija (31). Izplatītākie komunikāciju modeļi ir veidoti uz lineārā komunikāciju procesu bāzes. Oriģinālajā koncepcijā tam ir trīs pamatelementi: sūtītājs, ziņa un saņēmējs. Komunikācija tiek definēta, kā starppersonāla aktivitāte, ietverot ziņas pārsūtīšanu no pirmavota saņēmējam, ar nolūku ietekmēt saņēmēja rīcību. Sūtītājs ir ziņas ierosinātājs, kurš šifrē ziņu (t.i., ieliek ziņu verbālos vai neverbālos simbolos, kurus saņēmējs var saprast). Lai atbilstoši kodētu ziņu, ir nepieciešams skaidri zināt pacienta garīgo stāvokli attiecībā uz spēju atsaukties (t.i., jūtas, personīgā dienas kārtība, iepriekšējās pieredzes) un jābūt skaidram vēlamajam mērķim no šīs ziņas. Sūtītājs veido ziņas saturu, lai centrētos un galvenajām idejām, kuras pats sūtītājs vēlas nodot. Ziņa sastāv no verbāliem un neverbāliem domu un sajūtu izpausmēm, kuras tiek nodotas no sūtītāja saņēmējam. Visefektīvākās ziņas ir patiesas un izteiktas valodā, kuru saņēmējs saprot. Saņēmējs ir tas, kurš šo ziņu saņem. To saņemot, saņēmējs ziņu atkodē (t.i., tulko ziņu vārdos un simbolos un iekšēji interpretē tās nozīmi, lai to saprastu). Atvērta klausīšanās un aizturēts nosodījums stiprina iespēju atkodēt ziņu precīzi. Komunikācijas kanāli attiecināmi uz sensorajiem receptoriem, caur kuriem pacients saņem informāciju, tas var notikt caur vienu vai vairākām sajūtām: redzi, dzirdi, garšu, pieskārienu, un smaržu (sk. pielikumu Nr.4).

Cirkulārais attiecību modelis ir sadarbības modelis, kurš paplašina lineāro modeli, ietverot komunikācijas kontekstu, atgriezenisko saiti un apstiprinājumu. Ar šo modeli sūtītājs un saņēmējs konstruē garīgo ainu citiem, ziņu ietekmējošiem, faktoriem. Šī aina ietver citas personas attieksmi un potenciālo reakciju uz ziņu. Cirkulārais modelis ir balstīts uz sistēmas jēdzieniem, kas raksturo, kā cilvēka sistēma ietekmē un tiek ietekmēta caur komunikāciju. Komunikācija ir raksturota ar

jēdzieniem, kuri apzīmē nepārtrauktību, savstarpēji saistītas aktivitātes, kurās sūtītājs un saņēmējs ietekmē viens otru ziņas pārraidīšanā un saņemšanā. Tādējādi, cilvēka sistēmas saņem informāciju no vides, iekšēji to apstrādā un reaģē uz to vadoties pēc savām iekšējā sajūtām, un rada jaunu informāciju vai darbību, kā procesa rezultātu. Atgriezeniskā saite ļauj sistēmai labot vai atbalstīt sākotnējo vidi. Komunikācijas laikā tiek izvēlētas simetriskās vai komplementāras lomas. Simetriskās loma attiecībās nozīmē līdzības ievērošanu savstarpēji komunicējot, bet komplementārā loma – vienas personas augstāku stāvokli attiecībās, nekā otras. Veselības aprūpes procesā aprūpes komandas locekļi ieņem komplementāro lomu, kā klīniskais eksperts, lai palīdzētu sasniegt kopīgi noteiktos veselības mērķus, bet simetrisko lomu darbā ar pacientu, kā partneri, lai attīstītu kopīgi noteiktos mērķus un to sasniegšanas nozīmi (sk. Pielikumu Nr.5).

Atgriezeniskā saite ir verbāla vai neverbāla atbilde, ko saņēmējs dod sūtītājam par saņemto ziņu. Atgriezeniskās saites process notiek vienmēr. Pat bez atbildēšanas, saņēmējs paredz atgriezenisko saiti. Atgriezeniskā saite centrējas uz saturu, attiecībām starp cilvēku un gadījumu, ziņas garantētajām jūtām vai komunikācijas daļām, kas nav skaidras. Vērtējums ir īpaša atgriezeniskās saites forma, kas paredz verbālu vai neverbālu apstiprinājumu, ka abām pusēm ir līdzīgas zināšanas un sapratne par ziņu un atgriezenisko saiti (1).

Komanda ir kaut kas vairāk nekā grupa ar kopīgu mērķi. Tā ir grupa, kurā katra dalībnieka ieguldījums papildina cita dalībnieka ieguldījumu. Komandu raksturo strādāšana kopā, savstarpēji sadarbojoties. Komanda ir: 1) aktīva cilvēku grupa, ko saista kopējs mērķis un atbildība par rezultātu, tā strādā harmoniski, ar prieku un sasniedz izcilu galarezultātu; 2) grupa, kurai raksturīga sadarbības pieredze ar nolūku sasniegt noteiktus mērķus konkrētā laika posmā un ar zināmas kvalitātes standartiem. Tradicionāli komandu veido vadītājs un tieši viņam pakļauti darbinieki. Viens no jaunākajiem grupu veidiem ir daudzprofilu grupa, kurā apvienoti dažādu jomu speciālisti – eksperti (32,33,34). Psihiatrijā Latvijā citu speciālistu iesaistīšana ārstēšanā un aprūpē ir būtiska problēma, tas notiek ļoti lēni. Ārstniecības un aprūpes procesā būtu jāiesaista psihiatrijas māsas, māsu palīgus, ergoterapeitus, sociālos darbiniekus, klīniskos pedagogus u.c.. Pašlaik šo speciālistu darbība psihiatrijā ir niecīga (36). Garīgi slimo pacientu aprūpē mūsu kaimiņos – Lietuvā tiek izmantota komandas pieeja. Tur katrā rajonā līdzās psihiatram strādā arī tādi speciālisti kā psihologs, psihoterapeits, narkologs, sociālais darbinieks. Pieredze liecina, ka šāda

kombinācija sniedz optimālus rezultātus ārstēšanas efektivitātē (37). Jāpārvar arī sabiedrības negatīvā attieksme, ka stacionāros nav vajadzīgi psihoterapeiti un sociālie darbinieki un pietiek tikai ar medikamentozo aprūpi (37). Tieši šis komandu veids tiek uzskatīts par viskreatīvāko, kad dažādu jomu speciālisti papildina viens otru un šajā sadarbībā spēj atklāt jaunus, netradicionālus risinājumus.

Komandas darbs ir vislabākais veids operatīvai informācijas apmaiņai un aprītei. Visefektīvākās būs tās komandas, kur visi darbosies vienā virzienā, kur katrs dalībnieks darbosies viens otram kā „pastiprinājums”. Sekmīga komanda sasniedz lieliskus galarezultātus arī smagi risināmu problēmu un situāciju gadījumos. Komandas locekļi jūtas atbildīgi par komandas darbu un apspriež visas problēmas, kas parādās un kas saistītas ar veicamo uzdevumu. Kā ļoti svarīgu faktoru komandas darbā var minēt spēju pielāgoties. Katram komandas dalībniekam, jāvēlas būt šīs komandas loceklim, pildot savus amata pienākumus, jāzina kopīgie mērķi.

Grupa ir attīstībā augošs organisms, un tai ir noteikti attīstības posmi. Katrā no šiem posmiem ir specifiski uzdevumi, kurus svarīgi risināt gan komandas vadītājam, gan katram tās loceklim. Piemēram, komandas veidošanās sākumstadijā tās vadītāja mērķi ir:

- veicināt grupas normu veidošanos;
- apmācīt darbiniekus strādāt grupā;
- radīt savstarpējas uzticēšanās, drošības atmosfēru;
- noteikt grupas kopīgos mērķus;
- palīdzēt darbiniekiem noteikt viņu individuālos konkrētos mērķus darbam grupā;
- veicināt viedokļu apmaiņu, diskutēšanu;
- sadalīt starp darbiniekiem atbildību par organizācijas/iestādes labklājību;
- strukturēt grupas darbu;
- palīdzēt pārvarēt komandas dalībnieku pretošanos noteiktajām grupas normām(32,33,34).

Savukārt darbinieku mērķi ir:

- nodarboties ar pašanalīzi, t.i., pašam novērot sevi un novērtēt savu uzvedību, emocijas, spējas utt.;
- izmēģināt jaunus uzvedības modeļus, veidojot attiecības ar citiem komandas locekļiem;

- iemācīties pareizi konfrontēt jeb pretstatīt, salīdzināt;
- iemācīties atklāti un konkrēti reaģēt uz citiem „spēlētājiem” un pieņemt grupas reakciju;
- iemācīties risināt konfliktus;
- iemācīties adekvāti paust emocijas un pieņemt citu emociju izpausmes (32,33,34).

Grupa par komandu pārtop laika gaitā:

- Darba grupa – grupa, kura nejūt vajadzību paaugstināt kopīgā darba efektivitāti vai nevar to izdarīt.
- Pseudokomanda – grupa, kurai ir iespējas paaugstināt kopīgā darba efektivitāti, bet kura nav koncentrējusies uz kolektīvu darba izpildi un nestrādā kopīgi.
- Potenciālā komanda – grupa, kurai ir liela vajadzība paaugstināt kopīgā darba efektivitāti un kura mēģina to darīt. Tomēr nav lielas skaidrības par kopīgiem darba mērķiem, virzienu. Vēl nav kolektīvas atbildības par kopīgā darba rezultātiem. Ir jāpaaugstina darba disciplīna,
- Reālā komanda – noteikts cilvēku skaits, kas vienoti darbojas kopīgu mērķu labā, kam ir kopīgs darba virziens, procedūras, daudz savstarpēju norunu, kas tiek ievērotas. Katrs saprot ikviena nepieciešamību komandā, lai efektīvi izpildītu darbu, taču cilvēki vēl nav pilnībā realizējuši sevi.
- Augsti efektīva komanda – reāla komanda, kuras locekļi ir hiperatbildīgi par kopējo mērķu sasniegšanu. Darba metodes sekmē katra cilvēka personīgo izaugsmi un visas komandas darba rezultātus. Šādai komandai ir raksturīga sinerģija, šī komanda sasniedz rezultātu, kurā pārsniedz apkārtējo gaidas (32,33,34).

Jebkuras komandas attīstības mērķis būtu kļūt par augsti efektīvu komandu, taču ne katrai darba grupai to izdodas sasniegt. Komandas veidošana ir nepārtraukts, ciklisks process. Šai procesā svarīga loma ir grupas vadītājam – līderim. Svarīgi, lai katrā komandā būtu tikai viens vadītājs, kurš ir arī līderis grupā. Viņš rāda piemēru, kam seko pārējie komandas locekļi. Vadītājam ir jānopelna komandas dalībnieku cieņa. Ja komandas dalībnieki neciena vadītāju, tad kopīgi veidotais projekts būs neveiksmīgs. Ir ideāli, ja formālais vadītājs (par tādu padara struktūra, amata nosaukums un no tā sekojošā amata vara) vienlaikus ir arī grupas neformālais

(emocionālais) līderis. No šīs lomas tiek gaidītas visas vadības pamata funkcijas: izīkot, koordinēt, motivēt (motivācija ir viens no nozīmīgākajiem jautājumiem; var izveidot ļoti labas iestādes, bet, ja nebūs cilvēku, kuri ir profesionāli, motivēti un ieinteresēti šajā darbā, rezultāta nebūs(36)), kontrolēt un organizēt cilvēku resursus, lai grupa darba uzdevumus paveiktu noteiktajos termiņos un kvalitatīvi.

Komandas darbība tiek veicināta, ja vadītājs:

- ir godīgs, atklāts pret darbiniekiem, un tādu viņu uztver arī padotie;
- izmanto pilnvaru deleģēšanu kā darba mērķa sasniegšanas un darbinieku profesionalitātes attīstīšanas līdzekli;
- nosaka skaidrus vērtēšanas kritērijus;
- grib un var paust un saņemt pretī uzticību;
- ir pietiekoši „spēcīgs”, lai radītu un saglabātu komandu;
- ir spējīgs uztvert padoto gaidas, bažas, vajadzības, izturas ar cieņu pret viņiem;
- neizvairās no problēmām, pieņem faktus tādus, kādi tie ir;
- atbalsta grupas autonomiju, grupas attīstību; nodibina un atbalsta efektīvus darba paņēmienus;
- cenšas panākt, lai darbs grupā kļūtu par iedvesmas un gandarījuma avotu (32,33,34).

Veiksmīgas komandas darbības zelta likums ir, ka vadītājam jāuzklausa katra komandas dalībnieka viedoklis, bet gala lēmums jāpieņem pašam. Labs komandas vadītājs vienmēr dos iespēju saviem padotajiem būt radošiem, ieklausīties priekšlikumos par darba uzlabojumiem, pieņems kritiku. Būt vadītājam un veidot komandu – tas nozīmē vienmēr rūpēties par darba izpildi, darbinieku grupu kopumā un katru atsevišķu darbinieku.

Komandu var raksturot ar tādu fenomenu kā sinerģija. Grupas sinerģija ir divu vai vairāku cilvēku mijiedarbība, kas padara viņu kopīgās darbības iznākumus lielākus par šo cilvēku individuālās darbības iznākumu kopsummu. Sinerģijas efekts parādās kā komandas iespēju pieaugums. To sasniedz, iesaistot grupas locekļus darbā atbilstoši viņu spējām, tieksmēm un gaidām. Grupā nepārtraukti notiek savstarpēja komunikācija, informācijas apmaiņa, diskusijas, līdzdarbošanās, sadarbība un iedarbība citam uz citu. Sarunās, pārrunās, grupu darbā, kur kopā strādā grupa (komanda), kopīgi meklējot problēmu risinājumus, pieņemot lēmumus, notiek

daudzpusēja dalībnieku mijiedarbība. Šajā mijiedarbībā panāktā grupas (komandas) darba efektivitāte pārsniedz atsevišķu dalībnieku darba efektivitātes summu. Komandas kopīgā darbībā parādās mācīšanas efekti – grupas dalībnieki cits citu stimulē pilnveidot un ieguldīt savas spējas un zināšanas komandas izvirzītā mērķa sasniegšanā (32,33,34).

Ar komandu vai darba grupu aprūpē saprot personu grupu, kam ir dažāda pieredze un izglītība un kas strādā kopā ar cilvēku, kam ir garīgās veselības traucējumi. Darbs komandā nozīmē, ka katrs speciālists var piedalīties ar savu ieguldījumu, izdarīt savu novērojumu par pacientu ar garīgiem veselības traucējumiem, ko pēc tam apsver kopā ar pārējiem. Kopā ar personu, uz kuru darbs attiecas, jāizstrādā pasākumu programma, kurā jāparedz laiks, kad tiks apspriesti rezultāti un alternatīvi priekšlikumi.

Darbs komandā prasa no atsevišķiem speciālistiem kopēju ideju un vienādus uzskatus par vērtībām. Dažādos laika posmos darba ievirze var būt dažāda – medicīniska, sociāla, psiholoģiska vai pedagoģiska, tāpēc izvērtēšanai ir īpaša loma attiecībā uz novērtējumu kopumā. Strādāt komandā nozīmē, ka katrs atklāj savu kompetenci un vērtību sistēmu. No vienas puses, tas paaugstina komandas locekļu sapratni citam par cita zināšanām, no otras – atsevišķam speciālistam var likties apgrūtināti motivēt savus priekšlikumus pārējiem. Daudzi no viņiem ir strādājuši vieni un reizēm viņu ietekme bija lielāka nekā komandā. Strādāt komandā nozīmē arī nemitīgi izsvērt dažādas vēlmes un uzskatus. Tas izvirza lielas prasības elastīgumam un gribai sadarboties, tāpēc komandai nepieciešama stipra, profesionāla vadība (38).

Būtisks faktors komandu izveidē ir dalībnieku lielā vecuma atšķirība. Vidējais mediķu kolektīvs Latvijā ir diezgan vecišķs (darbinieki ar piecpadsmit, divdesmit un pat trīsdesmit gadu pieredzi), jaunie nāk klāt haotiski, aizpildot tukšos robus. Vecišķi kolektīvi jaunam cilvēkam varētu saistīties ar padomju laika vadības stilu un domāšanu un teorētiski raisīt paaudžu konfliktus kolektīvā. Ja ienākot slēgtā sistēmā, jauns cilvēks grib manīt kolektīva tradīcijas, viņam jābūt ļoti spēcīgai personībai. Tas ir gandrīz neiespējami. Ticamāk, ka sistēma īsākā vai garākā laika posmā padara ikvienu līdzīgu. Izmaiņas varētu notikt, bet jābūt „kritiskajai masai”, kas ir atšķirīgi domājoša (35).

Psihiatriskajā ārstēšanā, aprūpē un rehabilitācijā pacientam dažādos apstākļos un ar dažādu atbalstītāju palīdzību ir jāsniedz dažāda veida palīdzība vienlaicīgi. Tikai komanda var sniegt efektīvu un produktīvu palīdzību. Diemžēl eksistē tikai daži

renesances tipa cilvēki, kas ir spējīgi apgūt un ārstēšanā pielietot visus jauninājumus, kas nepieciešami garīgās veselības traucējumu ārstēšanai. Tāpēc komandas komplektēšana, kurai ir specializētas zināšanas visās nepieciešamajās jomās, ir visierastākais ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas veids. 21.gadsimtā komandai vajadzētu sastāvēt no locekļiem ar dažāda veida zināšanām uz pierādījumiem balstītu pakalpojumu sniegšanā.

Pagātnē bija ierasts komplektēt palīdzības sniegšanas komandas, balstoties uz to dalībnieku profesionālajām iemaņām. Tā kā agrāk nekad nebija pietiekošs profesionāli sagatavotu psihiatru, psihologu, sociālo darbinieku un māsu skaits, kas varētu sniegt palīdzību lielam skaitam cilvēku ar garīgiem traucējumiem, darbinieks ar vidējo speciālo izglītību pēc vidusskolas vai koledžas beigšanas bija tipisks komandas loceklis (39). Mūsdienā uz pierādījumiem balstītas prakses laikā liels skaits darbinieku ar vidējo speciālo izglītību nevar būt traucējošs faktors, ja šie darbinieki ir spējīgi apgūt nepieciešamās zināšanas.

Multidisciplinārās ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandai vairs nevajadzētu aprobežoties tikai ar biroja vai medicīnas darbiniekiem. Tā vietā jādarbojas mobiliem pedagogiem, personīgiem treneriem, aizstāvjiem un komandas organizatoriem. Komandas dalībnieku sadarbība ar pacienta darba devējiem, ģimenes locekļiem un citiem atbalstītājiem pacientiem ļauj izmantot viņu nesen apgūtās iemaņas sadzīviskā vidē, kā arī nostiprināt šīs iemaņas praksē.

Tabula Nr. 2 (sk. Pielikumu Nr.6) atspoguļo dažas svarīgākās efektīvu ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandu īpašības. Grupu dinamika ir atkarīga no šīm īpašībām un savstarpēji saistītu komandas dalībnieku zināšanām, sniedzot uz pierādījumiem balstītus pakalpojumus.

Grupu dinamiku veicina saliedētība, laba vadība, pienākumu sadale un pārvalde, piedalīšanās problēmu risināšanā un lēmumu pieņemšanā, kā arī iespējas, ko sniedz dalība sapulcēs un profesionālā attīstība (40).

1.4.1. Ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandas galvenās īpašības

Pat tad, ja multidisciplinārā komanda sāk darboties ar augstu motivācijas un kompetences līmeni jau pašā sākumā, pielietojot uz pierādījumiem balstītu praksi, tās centieni cietīs neveiksmi, ja tās vadība neveiksmīgi formulēs ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas tiešo misiju un tās prioritātes (41). Jūtams un nepārtraukts

administratīvais atbalsts komandas vajadzību, resursu, ārstēšanas metožu un mērķu nodrošināšanai, sniedzot psihiatrisko ārstēšanu, aprūpi un rehabilitāciju, ir galvenā veiksmīgas komandas darbības prasība gan slimnīcā, gan kopienā (42). Pie tam, garīgās veselības ārstēšanā, aprūpē un rehabilitācijā praktizējošo ārstu dažādība, tāpat kā līdzsvars starp vidējo tehnisko personālu un profesionāļiem komandai ir mazāk svarīgs par dalībnieku zināšanām.

Kad komandas dalībnieki skaidri zina savas lomas, ir iepazīstināti ar darba instrukciju un tā veikšanas standartiem, tiek lieliski uzraudzīti un ir izgājuši attiecīgās apmācības, labdabīgi pacienti var pat tikt efektīvi iesaistīti komandu darbībā (43,44). Sakarā ar ierobežotiem finansiālajiem resursu pakalpojumiem, ko sniedz cilvēki, un profesionālu darbinieku ierobežotu pieejamību, lielākā daļa medicīnas un sabiedrisko aģentūru darbinieki, kas veic psihiatrisko rehabilitāciju, ir cilvēki ar vidējo specializēto izglītību ar bakalaura grādu vai pat zemāk. Tādēļ ir svarīgi izvēlēties komandas dalībniekus to individuālo prasmju un attieksmes dēļ, kā, piemēram - lieliskas komunikācijas spējas, kulturālās zināšanas, entuziasms un vēlme mācīties – un nodrošināt, lai novērtējuma un palīdzības sniegšanas metodes ir lietotājdraudzīgas un tiek labi definētas (45,46,47).

Visas darba grupas, iekļaujot psihiatriskās ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandas, labāk darbojas gadījumos, kad ir pieļaujama tieša mijiedarbība. Tādēļ ir ieteicams darboties 4 līdz 12 dalībnieku grupā - lielākas grupas lielākoties samazina grupas dalībnieku iespēju mijiedarboties. Palīdzības sniegšanas vadītājs lielākoties ir visu komandu vilcējspēks. Dažiem palīdzības sniegšanas vadītājiem ir profesionālās iemaņas sociālajā darbā vai psiholoģijā, bet lielākajai daļai no tiem ir vidējā specializētā izglītība. Lai palielinātu palīdzības sniegšanas vadītāju ietekmi un pārliecinātu, ka grupai ir pienācīgas zināšanas, lai veiktu ārstēšanu, aprūpi un rehabilitāciju, komandā tiek iesaistīti speciālisti ar zināšanām diagnostikā, psihofarmakoloģijā, funkcionālajā novērtēšanā, iemaņu attīstīšanā, ģimenes un darba atbalsta jomā.

Komandām ir dažādas ietekmes struktūras. To vadības un hierarhijas atšķiras, tāpat kā atšķiras grupas dalībnieku medicīniskie pienākumi (48). Lielo institūciju un aģentūru ārstējošo komandu vadošos amatus nosaka darba stāžs. Tomēr rehabilitācijas jomā personīgās iemaņas un profesionālās zināšanas plānošanā un uzraudzībā ir visnozīmīgākie vadīšanas aspekti (49,50).

Tabulā Nr.2 (sk. Pielikumu Nr. 7) redzamais konceptuālais plāns attēlo, dažas piedalīšanās multidisciplinārās komandas darbā, pazīmes, kas var palīdzēt pacientam sasniegt optimālu neatkarīgas dzīves un tās kvalitātes līmeni. Kad grupas vadība iedrošina komandas dalībniekus iesaistīties komandas darbā un izrāda cieņu viņu izvirzītajiem mērķiem, problēmu risināšanas, uzdevumu noteikšanas un lēmumu pieņemšanas kompetencei, dalībnieki izjūt apmierinātību ar darbu, izaicinājumiem, vadību un produktivitāti, kas bieži iet roku rokā ar panākumiem ārstēšanā, aprūpē un rehabilitācijā. Lai gūtu panākumus ārstēšanā, aprūpē un rehabilitācijā, dalībniekiem ir pareizi jāpielieto empīriski ratificētas palīdzības sniegšanas metodes; šādu metožu pielietošana var tikt pieļauta tikai gadījumos, ja komandas dalībniekiem ir atbilstošas zināšanas.

Lai kompetentās komandas varētu efektīvi sniegt uz pierādījumiem balstītu ārstēšanu, ir jāveic divi uzdevumi. Pirmkārt, komandai ir jāindividualizē tās pakalpojumi atbilstoši katra pacienta vajadzībām, ņemot vērā pacienta specifiskos garīgos traucējumus, to fāzi, pacienta personīgās vērtības, kulturālās normas un ilgtermiņa mērķus. Otrkārt, komandai ir jāizstrādā mehānismi, kas sekmētu komunikāciju, sadarbību, koordināciju un problēmu risināšanu komandas locekļu vidū.

1.4.2. Ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas individualizēšana

Komandām ir jāveic ārstēšana, aprūpe un rehabilitācija, ņemot vērā katra indivīda traucējumu veidu, fāzi, vērtības un dzīves mērķus. Lielākajai daļai garīgo slimību ir četras fāzes – akūtā, stabilizācijas, stabilā un atveseļošanās fāze. Neskatoties uz multidisciplināro komandu centieniem, dažu pacientu kaites ir nepakļāvīgas pat uz pierādījumiem balstītai ārstēšanai. Šādos gadījumos ir jāveic augsti specializēta ārstēšana. Ir jāņem vērā, ka slimību fāzes ne vienmēr seko lineārā secībā. Traucējumu gaitu ietekmē kontinuitāte, visaptverošas iemaņas un sniegtās aprūpes kvalitāte, kā arī atslābuma periodi, atkārtotāšanās, fāžu maiņa un dublēšanās cilpas.

Sniedzot individualizētos ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas pakalpojumus, multidisciplinārās komandas saskaras ar vairākiem traucēkļiem. Pirmkārt, bieži ir jāsaskaras ar laika, līdzekļu un pacienta slimības vēstures datu trūkumu, kas ir nepieciešami, nosakot pacienta slimības fāzi. Otrkārt, kaut arī uz pierādījumiem

balstītu ārstēšanu, aprūpi un rehabilitāciju veic kompetenti sava amata meistari, šāda ārstēšana var būt nepietiekama, lai pacients no akūtās fāzes pārietu stabilajā un atveseļošanās stadijā. Treškārt, komplektēt pilnu individualizēto pakalpojumu klāstu un to sniegt lielam skaitam pacientu, kas ir raksturīgi vairumam komandu, ir smags uzdevums.

Pietiks ar dažiem piemēriem, lai ilustrētu problēmas, individualizējot pakalpojumus un nodrošinot optimālu ārstēšanu un rehabilitāciju. Traucējumu akūtajā fāzē ir jālieto cita veida psihotropiskie medikamenti atšķirībā no tiem, kas tiek lietoti stabilizācijas, stabilās un atveseļošanās fāzes laikā (51). Tāpat kā akūtajā un stabilizācijas fāzē iemaņu apguves apmācības koncentrējas uz slimības ierobežošanu, turpretī stabilajā un atveseļošanās fāzē - uz ģimenes attiecībām, spēku atgūšanu, sarunām, draudzību un intimitāti (52).

Akūtos vai simptomu saasināšanās gadījumos, kā arī sociālo un personīgo krīžu gadījumos, parasti ir nepieciešama intensīvāka uzraudzība, kontaktēšanās un palīdzības sniegšana. Dažreiz pacientam ir nepieciešama hospitalizācija vai krīzes palīdzība. Tomēr administratīvie un loģistiskie šķēršļi rveselības aprūpes komandai bieži vien traucē saglabāt klīnisku kontaktu un atbildību par pacientu ārstēšanu dažādos palīdzības sniegšanas līmeņos un vidēs (53). Viens no uzstājīgas kopienas ārstēšanas šķēršļiem ir multidisciplinārās komandas princips vienpersoniski paturēt pilnīgu un nenoteiktu medicīnisku atbildību, sniedzot dažādu veidu aprūpi. Uzstājīgas kopienas ārstēšana bieži vien ir apgrūtināta kompetenta un rūpīga personāla komplektēšanas, apmācības un nolīgšanas problēmu dēļ, kā arī sakarā ar aģentūru, administratoru un mediķu, kas ir tradicionālāko ārstēšanas metožu piekritēji, pretošanos (54).

Sabiedrības ietekmes komandām ir jāspēj sniegt augsta līmeņa aprūpes nepārtrauktība. Tomēr loģistiska un administratīva rakstura problēmu dēļ, atsevišķām stacionāro un ambulatoro slimnieku multidisciplinārajām komandām tuvākajā nākotnē iespējams vajadzēs apvienot dažādos ārstēšanas veidus, kas pastāv starp akūto un īslaicīgu medicīnisko aprūpi un profilaksi. Viens no veidiem kā uzlabot aprūpes nepārtrauktību ir stacionārajiem slimniekiem sniegt zināšanas un iemaņas, kas viņiem ir nepieciešamas, lai turpinātu kontaktēties ar ambulatoro slimnieku apkalpojošo personālu; šādā veidā pacienti darbojas kā personīgie palīdzības

sniegšanas vadītāji. Tas ir noticis, pateicoties sabiedrības atkārtotas integrēšanās moduļa izmantošanai privātajās, valsts un veterānu slimnīcās (55).

Lai individualizētās psihiatriskās ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandas dalībnieki spētu vadīt sociālo un neatkarīgas dzīves prasmju apmācības, problēmu risināšanas un novēršanas iemaņu apguves apmācības un sniegt palīdzību atbalsta nodarbinātības jautājumos - pakalpojumi, kas galvenokārt ir vissvarīgākie traucējumu stabilajā fāzē - viņiem ir nepieciešamas specializētās zināšanas šajās jomās. Komandām ir jāsniedz atbildes uz neskaitāmiem jautājumiem. Vai tikai atsevišķiem komandas dalībniekiem ir jāspecializējas šajās palīdzības sniegšanas metodēs, vai arī visiem komandas dalībniekiem ir jābūt nepieciešamajām zināšanām, lai darbotos kā pusslodzes speciālisti? Kā komanda var pārliecināt, ka šie apmācītie speciālisti atbilst stingrajiem zināšanu standartiem, kas nepieciešami, lai pielietotu šīs palīdzības sniegšanas metodes? Kāds ir labākais veids kā iedrošināt mediķus papildināt savas terapeita zināšanas ar pedagoģiskajām? Kāds ir labākais veids, kā iedrošināt mediķus koncentrēties uz pacientu potenciālu nevis simptomiem un trūkumiem? Kādus pasākumus vajadzētu veikt, lai tiktu galā ar pacientu krīzi tā, lai speciālisti, kuri atbild par iemaņu apguves apmācīšanu vai atbalstu nodarbinātībā, nesamulstu no šiem pienākumiem? Kā iemaņu apguves pasniegējiem un nodarbinātības speciālistiem vislabāk komunicēt ar psihiatriem un palīdzības sniegšanas vadītājiem, lai nodrošinātu gludu un abpusēju medicīniskās informācijas apmaiņu komandas dalībnieku starpā?

1.4.3. Veicinoša komandas darba nosacījumi

Visaptverošu, koordinētu, uz patērētājiem orientētu un uz pierādījumiem balstītu pakalpojumu sniegšana paplašina komandas darba iespējas, kas sniedzas aiz ierastajām profesionāļu un darbinieku ar vidējo speciālo izglītību disciplīnām. Paplašinātas komandas darba iespējas iekļauj pacientu, viņu ģimeņu un citu pacienta sociālā atbalsta tīkla dalībnieku iesaisti. Kad pacientiem tiek izskaidrots loģiskais pamatojums, kāpēc ir nepieciešama paplašinātas komandas iesaistīšanās, nākas saskarties ar dažiem medicīniskās informācijas dalīšanās šķēršļiem.

Komandas darbu sekmēs vairāki multidisciplinārai komandai svarīgi faktori. Pirmkārt, komanda ir jākomplektē no cilvēkiem, kuriem ir nepieciešamās speciālās zināšanas; komandas dalībnieku disciplinētība var veicināt noteiktu specializēto

zināšanu apguvi. Piemēram, darba terapeitiem darba prakse un pieredze var palīdzēt kļūt par īpaši efektīgiem iemaņu apguves pasniedzējiem. Otrkārt, komandai ir jāapvieno dažādas zināšanu jomas, lai sniegtu pakalpojumus. Treškārt, ir jāizstrādā mehānismi, pacientiem vēlamos rezultātu sasniegšanai. Visbeidzot, ir jākomplektē daudzpusīga komanda, lai tā var apmierināt individualizētās pacientu vajadzības.

Efektīvām veselības aprūpes komandām ir kopīgas pazīmes - piemēram, tās atzīst uz patērētājiem orientētas palīdzības sniegšanas svarīgumu un ģimenes locekļu un citu cilvēku iesaisti pacientu dabīgajā atbalsta sistēmā. Efektīvas garīgās veselības komandām ir arī kopīga palīdzības sniegšanas filozofija – piemēram, tās augstu vērtē iemaņu apguvi un atbalsta sniegšanu. Efektīvas garīgās veselības komandas dalās arī saistībās, sniedzot uz pierādījumiem balstītus pakalpojumus un tos izvērtējot. Kā arī aģentūru vadītājiem un medicīnas politikas noteicējiem komandām ir jāļauj pieņemt savus medicīniskos un personāla algošanas, tā apmācīšanas, programmu izstrādes un organizatorisko struktūru lēmumus. Tikai pateicoties decentralizētai atbildībai un pašārvībai, komandas var veiksmīgi attīstīties nepārtraukti mainīgajā un ar izaicinājumiem pilnajā laikmetā - tikt galā ar finansējuma un pakalpojumu sniegšanas izmaiņu jautājumiem, medicīniskā personāla rotāciju, kā arī atrisināt problēmas un noteikt prioritātes.

1.4.4. Komandas komunikācija

Kā Keisijs Stengels (Casey Stengel) kādreiz ir teicis: „Ir viegli dabūt labus spēlētājus, bet panākt to labu saspēli, ir smags uzdevums.” Multidisciplinārās komandas darbības koncepcija balstās uz praktisku instrumentu meklēšanu. Komandas darbā ir nepieciešami efektīgi diskusiju veidi, lai apspriestu pacientu mērķus, progresēšanu un problēmas. Komandu līderiem ir jāpiemīt vadītāja spējām, lai produktīvi organizētu un vadītu komandas sapulces, kā arī saglabātu saliedētību un saskaņu komandas dalībnieku vidū. Līderiem ir jāpalīdz apmierināt komandas dalībnieku personīgās un profesionālās vajadzības, gan pieņemot lēmumus par medicīniskajiem uzdevumiem, gan sastādot darba un brīvdienu grafikus, kā arī palīdzot komandas dalībniekiem izvairīties no pārpūles. Līderiem ir jāieieš mehānismi kā komandas dalībnieki var diskutēt par savu uzskatu un viedokļu atšķirībām, risinot problēmas un daloties slēdzienos. Ir jāieieš arī savi noteikti mehānismi, lai sekmētu informācijas apmaiņu ar sabiedriskajām aģentūrām, dzīves apstākļu uzlabošanas programmu nodrošinātājiem, patērētājiem un viņu ģimeņu

locekļiem. Visbeidzot, vadītājiem ir jāspēj risināt ekonomiska un sociāli politiska rakstura problēmas un sniegt visaptverošus un koordinētus pakalpojumus (56). Komandas dalībnieku vajadzība pēc sasniegumiem, varas un attiecībām sasaucas ar Maklelenda aprakstītajām vadītāju/līderu īpašībām, kas uzsver komandas dalībnieku savstarpējo attiecību nozīmi darbā, pieredzes ceļā gūtām vajadzībām un iegūtās varas motivāciju komandas darba un pacienta atlabšanas procesā.

Tabula Nr.4 (sk. Pielikumu Nr.8) atspoguļo piemērus kādā veidā ir radušās komunikācijas problēmas. Šie piemēri var palīdzēt izstrādāt radošus problēmu risinājumus, ar kuriem ir jāsaskaras, veicot un uzlabojot multidisciplināro komandu darbu.

Organizacionālās psiholoģijas un vadības teorētiskie un empīriskie pētījumi var palīdzēt multidisciplinārajām komandām tikt galā ar vadības, vienotības un komunikācijas problēmām. Piemēram, organizacionālās teorijas pētījumi liecina, ka komandas profesionālie darbinieki izmanto savu laiku efektīvāk, apmācot un uzraugot palīdzības sniegšanas vadītājus, nekā, apmeklējot neskaitāmās administratīvās tikšanās, individuāli kontaktējoties ar pacientiem, aizpildot medicīniskos ierakstus un gatavojot pārskatus. Šāda veida profesionālo darbinieku lomu atkārtotai formulēšanai ir trīs priekšrocības: tā paplašina ierobežotu profesionālo darbinieku resursu klīnisko efektivitāti; tā attīsta personāla, kam ir liels kontakts ar pacientiem, tiešu iemaņu veidošanu un atgriezenisko saiti; un tā atbrīvo laiku pakalpojumu sniegšanai – laiku, kas varētu tikt patērēts garajām personāla sapulcēm.

Informācija par pacientu progresu psihiatriskās ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandas darba modelī tiek iegūta, veicot regulāru monitoringu, ideālajā gadījumā vidē, kurā pacienti dzīvo, strādā un socializējas. Kad novērtējumu un sniegtās palīdzības kvalitātes pārbaudes procedūras ir strukturētas un labi definētas, kā arī pozitīvi uzlabotas, un kad komandas vadītāji ir iedrošinājuši mediķus uzņemties iniciatīvu, risināt problēmas un pieņemt lēmumus, komandas iesaistīšanās un noskaņojums var tikt paaugstināts. Lai gan profesionāļi, kas tiek iecelti par uzraugiem un komandas līderiem, atbild par pakalpojumu sniegšanu, katram komandas loceklim ir jāuzņemas atbildība par sasniegtajiem rezultātiem.

Kontroles pārbaudes un atgriezeniskā saite neaizstāj nepieciešamību organizēt sistemātiskas personāla sapulces, kuras ir jāapmeklē visiem komandas dalībniekiem. Šo sapulču vadīšanas veids noteiks komunikēšanas ražīgumu, nozīmību un efektivitāti starp komandas dalībniekiem. Personāla tikšanās vadītājs - komandas līderis sapulces

laikā koncentrējas uz pacientu vajadzībām, uz to, cik lielā mērā patreizējie pakalpojumi apmierina šīs vajadzības un uz palīdzības sniegšanas plānu izmaiņām nepieciešamības gadījumā; garantējot, ka komandas dalībnieki, izvērtējot pacientu ārstēšanas progresu un plānojot palīdzības sniegšanu, pacientu mērķus izvirza visam par pamatu; sagaidot, ka komandas dalībnieku ziņojumi, kas ir prezentēti sapulces laikā, būs konkrēti un pārliecinoši; iesaistot personālu aktuālo jautājumu prioritāšu noteikšanā un pacientus, kurus nepieciešams iesaistīt diskusijā, kā arī problēmu risināšanā, lēmumu pieņemšanā un palīdzības sniegšanas plānošanā; un īstenojot lēmumus, kas pieņemti tikšanās laikā, medicīnisko ierakstu veidā.

Par uzstājīgas kopienas palīdzības sniegšanas komandu komunikācijas balstu ir kļuvušas rīta instruktāžas, kurās tiek apspriesta aktuālā informācija par pacientu. Sabiedrības atbalsta programmas sniedz vēl vienu komandas komunikācijas un koordinācijas piemēru, kurā pacients, palīdzības sniegšanas vadītājs un ģimenes loceklis vai cits atbalstītājs periodiski tiekas. Šajās tikšanās reizēs psihiatrijas komandas vadītājs sastāda oficiālu vienošanos par pacienta palīdzības sniegšanas režīmu, vienošanās izmaiņas tiek veiktas informatīvu papildinājumu veidā, vadoties no turpmākajām tikšanās reizēm.

Pēdējā laikā pasaulē izmantotā komunikācijas starp komandas dalībniekiem un pacientiem uzlabošanas inovatīvā metode ietver personīgo digitālo asistentu izmantošanu psihiatru darbā (57). Rokas datoru izmantošana tandēmā ar darba virsmu ikonām ļauj ātrā un drošā veidā sniegt informāciju par palīdzības sniegšanas plānošanu un novērtējumu viesiem darbiniekiem.

Kāda uzstājīgas kopienas palīdzības sniegšanas komanda ģeogrāfiski izplestā lauku rajonā izmantoja mobilos telefonus, lai informētu visus komandas locekļus vienkopus par ikdienas pacientu medicīnisko stāvokli un patērētāju psihosociālajām vajadzībām (58). Šī prakse komandai ļāva brīvi izvietot personālu tādā veidā, lai krīzes gadījumos pacienti varētu tikt intensīvāk uzraudzīti un atbalstīti, kā arī lai lielākā daļa komandas pacientu varētu socializēties.

1.4.5. Komandas dalībnieku lomas

Labi funkcionējošā komandā darbojas speciālisti ar specializētajām zināšanām medicīnisku traucējumu un psihofarmakoloģijas noteikšanā un ārstēšanā, smagu garīgu slimību psihopatoloģijas drošā diagnostikā un izvērtēšanā, pacientu funkcionālā

stāvokļa noteikšanā, atkarību no apreibinošajām vielām ārstēšanā, iemaņu apguves apmācībā, nodarbinātības palīdzības pakalpojumu sniegšanā, sadzīvīsku un ģimenisku iemaņu psihoizglītošanā, kā arī tiesību un pabalstu pieejamības jautājumos. Uzsvars uz noteiktām zināšanu jomām var atšķirties atkarībā no pacientu grupas vajadzībām. Piemēram, komandā, kas apkalpo bezpajumtniekus, ir jābūt darbiniekiem ar specializētajām zināšanām motivācijas stiprināšanā, nepakļāvīgu pacientu un pacientu ar problemātiskiem simptomiem piesaistē, sociālās drošības nodrošinātājiem, pilnvarotajiem naudas līdzekļu saņēmējiem, sadzīves apstākļu uzlabošanas un atkarību no apreibinošajām vielām palīdzības sniegšanas konsultantiem.

Tabula Nr. 5 (sk. Pielikumu Nr.9) apkopo zināšanas, kuras nepieciešamas garīgās veselības aprūpes komandas dalībniekiem dažādās jomās. Dažādo komandas locekļu zināšanas un iemaņas var dublēt. Katrs komandas loceklis dalās savas attiecīgās jomas zināšanās apmācību, medicīniskās pieredzes, konsultāciju, ikdienas savstarpējās saskarsmes un abpusējās medicīniskās atbildības saistību veidā.

Komandas dalībnieku lomas nosaka atsevišķu gadījumu komplikētības līmenis, ar kuru jāsaskaras daudzos multidisciplinārās komandas darbības gadījumos. Ir nepieciešamas minimālas specializētās zināšanas un iemaņas, lai pacientu asistētu iepirkšanās un medikamentu lietošanas uzdevumos. Toties ir nepieciešamas augstāka līmeņa zināšanas, lai nodrošinātu sociālo iemaņu un atteikšanās no apreibinošajām vielām iemaņu apguves apmācības. Vēl augstāks zināšanu līmenis ir nepieciešams, lai veiktu dialektisko uzvedības terapiju un kognitīvo uzvedības terapiju klientiem ar postraumatiskā stresa traucējumiem vai ārstēšanai nepakļāvīgiem psihiskajiem simptomiem (59). Turpretī tikai tie komandas locekļi, kam ir augsti specializētas zināšanas un iemaņas, var ārstēt kompleksos traucējumus (60).

1.4.6. Medicīniskais personāls

Dažādās zināšanas noteiktā jomā, kas nepieciešamas efektīvas psihiatriskās ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas veikšanai, ne vienmēr atbilst noteiktai disciplīnai. Tomēr atsevišķas zināšanas noteiktā jomā ir vairāk viena komandas dalībnieka kompetencē, nekā otra. Piemēram, tādiem medicīnisko izglītību ieguvušiem ekspertiem kā psihiatrs, māsa, slimnīcas farmaceits vai terapeita asistents ir nepieciešamas zināšanas un iemaņas diagnostikā, ārstniecībā un farmakoloģijā. Tā kā māsām lielākoties ir lielākas iespējas kontaktēties ar pacientiem, kas lieto medikamentus, un tos novērot, ir sevišķi svarīgi, lai viņām būtu specializētās

zināšanas medikamentu terapeitisko efektu un to blakusefektu noteikšanā un kontrolē. Māsas var veicināt ilgtermiņa ārstēšanas režīma stingru ievērošanu, ja viņām ir specializētās zināšanas izglītojošo programmu pielietošanā, kas veicina sadarbību ar pacientiem nevis viņu pasīvu pakļaušanos (61).

Tomēr būtu kļūdaini pietiekami nenovērtēt psihiatra lomu pacientu un viņu ģimeņu izglītošanā. Pacienti, viņu ģimenes locekļi un atbalstītāji, kā arī ārstējošās komandas dalībnieki augstu vērtē psihiatru zināšanas un to statusu. Kad psihiatri piedalās izglītošanas procesā, pacienti labprātāk apmeklē apmācības un iepazīstas ar informāciju par ārstēšanas procesu. Psihiatri var daudz ko paveikt, protot sadarboties ar pacientiem, tos informējot par to, kā tiek izvēlēts ārstēšanas modelis un kā tiek izprast un kontrolēts ārstēšanas profilaktiskais un terapeitiskais efekts.

Sadarbības empīrisms var tikt izveidots, ja psihiatri iedrošina pacientus dalīties iespaidos, kā ārstēšanas process viņiem palīdz vai traucē personīgo mērķu sasniegšanā. Psihiatru īpašās lomas rehabilitācijas procesā un to pieaugošās klātbūtnes sabiedriskajās garīgās veselības programmās (62) dēļ, vienā no nākamajām sadaļām ties aprakstīts to ieguldījums multidisciplinārās komandas darbā.

Psihologi un sociālie darbinieki. Psihologiem un sociālajiem darbiniekiem ir organizācijas, atbalsta programmu attīstības, starppersonu sadarbības veicināšanas, sabiedrības koordinēšanas un konsultēšanas iemaņas. Psihologiem un sociālajiem darbiniekiem, kuru aspirantūras prakse ir bijusi saistīta ar konsultēšanas, garīgās veselības un sabiedrības organizēšanas darbu, visticamāk jau ir šīs iemaņas. Kopumā psihologiem, it sevišķi tiem, kuri ir ieguvuši zināšanas empīriski apstiprinātajā psihosociālajā ārstēšanā, ir vislabākās zināšanas un iemaņas ģimenes locekļu iesaistīšanā pacientu palīdzības sniegšanas procesā, iemaņu apguves apmācīšanās un kognitīvās uzvedības terapijas strukturētā pielietošanā. Komandas dalībnieku vidū viņiem visticamāk ir vislabākās zināšanas pacientu stāvokļa izvērtēšanā. Mijiedarbībā ar pacientu par galveno uzdevumu kļūst problēmas noteikšana. Kopīga darba laikā psihologs palīdz cilvēkam paplašināt skatījumu uz pastāvošo lietu kārtību, noticēt sev un saviem spēkiem, atrast un aktivizēt esošos resursus krīzes vai problēmsituācijas risināšanai (63). Sociālā darbinieka profesijas attīstības īsajā laikā ir radusies sociālā darba teorētiskā izpratne. Sociālais darbs tiek definēts kā specifiska profesionāla aktivitāte, kuras mērķis ir sniegt labāku savstarpēju indivīdu, ģimeņu, grupu un viņu apdzīvotās sociālās vides adaptāciju, kā arī pašcieņas un atbildības sajūtas paaugstināšanos indivīdiem, kas spētu izmantot savas spējas, starppersonu attiecības

un resursus, ko sniedz kopiena. Sociālā darbinieka profesionālais mērķis ir ieviest sociālās pārmaiņas sabiedrībā un nodrošināt, lai tās attīstītos individuālās formās (64). Sociālais darbinieks analizē sociālās attiecības un strādā ar pacientiem, lai atrastu risinājumu tām problēmām, kas kavē pacienta sociālo funkcionēšanu. Sociālie darbinieki parasti vairāk nodarbojas ar ģimenes vajadzību apmierināšanu un vislabāk var palīdzēt iegūt pajumti un finansiālu atbalstu.

Rehabilitācijas konsultanti. Rehabilitācijas konsultēšanas jomai ir vairāk kā 75 gadi. Tomēr šie profesionāļi ir izmantojuši savas specializētās zināšanas darba nespējīgiem cilvēkiem piemītošo spēju un trūkumu pieskaņošanai darba prasībām gandrīz tikai attiecībā uz cilvēkiem ar fiziskiem trūkumiem. Piemēram, katrā ASV štatā ir sava rehabilitācijas nodaļa, kurai valsts piešķir līdzekļus. Diemžēl reti kuram rehabilitācijas konsultantam ir zināšanas, lai palīdzētu pacientiem ar garīgiem traucējumiem. Turklāt tikai nesen pēc ASV Nacionālās Alianses palīdzībai garīgi slimajiem (the National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)) Rehabilitācijas Pakalpojumu Administrācijas ieteikuma, valsts rehabilitācijas aģentūras sāka sadarboties ar garīgās veselības atbalsta komandām (65).

Ar tādu atbalsta organizāciju kā Nacionālā Alianse palīdzībai garīgi slimajiem iedrošināšanu, tiek īstenotas demonstratīvas programmas saiknes starp profesionālo rehabilitāciju un garīgās veselības atbalsta sistēmu nostiprināšanu (66). Tā kā lielākā daļa rehabilitācijas konsultantu pārsvarā ir snieguši pakalpojumus no garīgās veselības atbalsta komandām ģeogrāfiski atdalītos birojos, jauno un efektīgāka rakstura atbalstu nodarbinātības programmu darbam vispirms tika noalgoti nodarbinātības speciālisti un darba sagatavotāji, kurus algo un koordinē garīgās veselības atbalsta komandas, kuru pacientus tie apkalpo.

Darba terapeiti. Darba terapijas joma nostiprinājās ar konceptuālas struktūras izveidošanos un slimnīcās veikto novirzīšanas pasākumu prakses ieviešanu, kas bija veiksmīga pacientu iesaistē, bet reti kad palīdzēja atrast un iekārtoties darbā. Ja darba terapijas jomas mērķis ir sasniegt pacientus ar garīga rakstura traucējumiem, tāpat kā tā ir sasniegusi cilvēkus ar fiziskiem traucējumiem, tad tai ir jāsniedz studentiem un praktizējošajiem ārstiem speciālās zināšanas uz pierādījumiem balstītu tehnoloģiju izmantošanā, lai palīdzētu attīstīt prasmes un sniegtu atbalstu nodarbinātības jautājumos (67).

Mākslas terapeiti. Vizuāli plastiskās mākslas terapija (turpmāk tekstā – mākslas terapija, angl. *art therapy*) Latvijā ir viena no četrām mākslu terapijas

specializācijām, kurā pacienti daudzveidīgo veselības un sociālo problēmu risināšanai un pārvarēšanai individuāli vai grupā terapeitiskās vides un terapeitisko attiecību kontekstā izmanto dažādus vizuāli plastiskās mākslas materiālus, izteiksmes līdzekļus, tehnikas un darbības (zīmēšanu, grafiku, gleznošanu, kolāžu un mozaīku, veidošanu no māla un plastilīna, skulptūru veidošanu, instalāciju utt.) pašizpaušmei un refleksijai profesionāla mākslas terapeita klātbūtnē. Mākslas terapija ir process, kas pacientam palīdz izpaust savu pieredzi, izmantojot līniju, formu, krāsu, izmēru, tekstūru u.c. mākslas līdzekļus. Uzmanība tiek pievērsta ne tikai mākslas procesa rezultātā tapušajam darbam, bet arī pašam procesam.

Tēlu radīšanas procesā, transformējot reālus objektus, pacientam var mainīties attieksme pret kādu notikumu vai pieredzi, kas savukārt rada izmaiņas uzvedībā, emocionālā stāvoklī un domāšanas veidā, ļaujot nonākt pie pilnīgākas fiziskas, emocionālas, sociālas integrācijas, un veicinot personības izaugsmi. Mākslas terapija var palīdzēt ārstēšanas procesa atvieglošanai, starppersonu kompetences pilnveidošanai, savas iekšējās pasaules labākai izpratnei, pašvērtējuma paaugstināšanai, apspiesto jūtu un domu izpaušanai un izstrādāšanai, "Ego" spēka un iekšējās kontroles izjūtas attīstīšanai, savu resursu un potenciāla atklāšanai, māksliniecisko spēju (radošuma, spontanitātes) attīstīšanai u.c. Mākslas terapija var sniegt radošās brīvības izjūtu un savu resursu apzināšanos. Radot mākslu un domājot par mākslas darbu un procesu, cilvēki var tikt rosināti labāk apzināties sevi un citus, tikt galā ar simptomiem, stresu un traumatisku pieredzi, vairot izziņas spējas, kā arī piedzīvot pozitīvas emocijas, ko var sniegt mākslas radīšana. Pacientam nav nepieciešama iepriekšējā pieredze vai prasmes mākslā, uzdevums nav radīt, pirmkārt, estētisku darbu (68).

Ergoterapeiti. Ergoterapija ir viena no rehabilitācijas nozarēm. To definē kā „veselības aprūpes zinātni, kas pamatojas uz zināšanām par mērķtiecīgu aktivitāti”. Ergoterapijas galvenais uzdevums ir veicināt indivīda veselību un neatkarību jebkuros dzīves apstākļos.

Attiecīgi, ergoterapeits ir ārstniecības profesionālis, kas lieto mērķtiecīgu aktivitāti, lai aizkavētu mazspējas vai nespējas rašanos un attīstītu indivīda neatkarību ikdienā. Ergoterapeits arī rosina cilvēku adaptēties jaunos apstākļos, un, izmantojot aktivitāti kā terapeitisku aģentu, samazina cilvēka fizisko vai garīgo disfunkciju (69).

Ģimenes terapeiti. Ārējai pasaulei ir liels iespaids uz cilvēku. Ir grūti izmainīt cilvēku, ja netiek panāktas pārmaiņas vidē, kurā viņš dzīvo. Ģimene ir primārā vide,

kur cilvēks dzīvo, veidojas viņa personība un viņš iemācās dažādus uzvedības veidus. Ģimenes terapija lielā mērā ir veidojusies saistībā tieši ar šizofrēnijas pētījumiem. Tika uzskatīts, ka šizofrēnijas gadījumā tiek pilnībā zaudēta saikne ar realitāti, tomēr tika novērots, ka ģimenes locekļu apmeklējums ietekmē slimnieku emocionālo stāvokli. Ja pacientam tiek panākts uzlabojums viņa psihiskajā stāvoklī, bet atgriežoties mājās viņš nokļūst atpakaļ ģimenes sistēmā, kur ģimenes attiecības ir tādas pašas kā iepriekš, terapeitiskais efekts zūd. Ģimenes terapiju izmanto ģimenes sistēmas iekšienē esošo problēmu diagnostikai un korekcijai. Tā palīdz ģimenes locekļiem mainīt disfunkcionālos mijiedarbības veidus ģimenē uz adekvātiem. Ģimenes terapija atšķiras ar to, ka ģimenes terapeits strādā ne tikai ar to ģimenes locekli, kam ir „problēma”, bet ar visu ģimeni. Ģimene tiek aplūkota kā viens veselums, un viena cilvēka problēma tiek apskatīta ģimenes kontekstā, jo katrs indivīds ir ģimenes sistēmas daļa. Svarīgākie ģimenes terapijas mērķi ir: palīdzēt uzlabot komunikāciju starp ģimenes locekļiem; stiprināt ģimeni kā sistēmu; stiprināt laulību; palīdzēt mainīt iesīkstējušās lomas un uzvedības noteikumus; palīdzēt ģimenei pārvarēt krīzes situācijas (70).

Palīdzības sniegšanas vadītāji. Ideālā gadījumā palīdzības sniegšanas vadītājiem ir jāpiemīt trīs noteikta rakstura zināšanām: medicīniskajām, attiecību veidošanas, koordinācijas un atbalsta. Medicīniskās iemaņas iekļauj ārstēšanas plānošanu, simptomu un funkcionālo novērtējumu, kā arī iemaņu apguves apmācīšanu. Attiecību veidošanas iemaņas iekļauj spēju attīstīt un saglabāt veiksmīgas sadarbības, atbalsta un abpusējas cieņas terapeitisku vidi ar visu veidu pacientiem. Koordinācijas un atbalsta spējas ir nepieciešamas, lai attīstītu un uzturētu produktīvus starpresoru kontaktus dzīves apstākļu, finansiālā atbalsta un profesionālās rehabilitācijas jautājumos. Visaptveroša rakstura zināšanas palīdzības sniegšanas vadītājiem var palīdzēt paaugstināt sava darba efektivitāti. Efektīvi palīdzības sniegšanas vadītāji jūtas atbildīgi par savām darbības jomām, viņi uzticas un paļaujas viens otra klīniskajiem atzinumiem un lūdz citu komandas locekļu tehnisku palīdzību un uzraudzību ar zināšanām specifiskāka rakstura jomās un lielāku palīdzības sniegšanas pieredzi. Viņi vienmēr ir gatavi savstarpējam atbalstam un viņi cenšas mācīties no citiem palīdzības sniegšanas vadītājiem un profesionāliem kolēģiem visas karjeras laikā. Šāda veida palīdzības sniegšanas vadītāji palīdz komandas pacientiem sasniegt veiksmīgus rezultātus.

1.4.7. Specializētās un vispārīgās ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas veikšanai nepieciešamās zināšanas

Tradicionālo garīgās veselības jomu pārstāvji var sniegt kompleksos un individualizētos pakalpojumus. Tomēr, lai to darītu, viņiem ir nepieciešamas īpašas specializētās zināšanas un pieredze, lai varētu garantēt komandas pozitīvu medicīnisko rezultātu sasniegšanu. Šobrīd nepieciešamās zināšanas reti kad tika sniegtas, tagad nodarbinātajiem garīgās veselības profesionāļiem, iegūstot savu specialitāti. Turklāt šobrīd nodarbinātajiem garīgās veselības darbiniekiem nav bijusi vai ir bijusi maza pieredze šeit aprakstītajā komandas darbā.

Zināšanas, kas nepieciešamas, lai sniegtu uz pierādījumiem balstītu aprūpi, iedalās četrās sfērās: attieksme un emocijas; medicīniskās zināšanas un pieredze; iedzimtas terapeitiskās un savstarpējo attiecību iemaņas; zināšanas un spējas diagnostikā, psihopatoloģijā, psihofarmakoloģijā, ģimenes un sociālajās sistēmās, kulturālajā kompetencē, psihosociālajā palīdzības sniegšanas terapijā un citos novērtēšanas un palīdzības sniegšanas tehniskajos aspektos.

Pirmās trīs sfēras var tikt apskatītas kā vispārīgās zināšanas, kas atšķiras no specializētajām zināšanām, kuras nepieciešamas uz pierādījumiem balstītu palīdzības sniegšanas metožu veikšanai. Vispārīgās zināšanas iekļauj personas attieksmi un savstarpējo attiecību iemaņas, kuras nav vienkāršā viedā apgūstamas, bet kas veido pamatu specifiskāka rakstura zināšanu balstīšanai. Savstarpējo attiecību iemaņas iekļauj empātiju, toleranci pret citu personu nenoteiktību un individuālām atšķirībām, patiesas rūpes, siltumu un entuziasmu, neviltotu optimisms par izredzēm uz uzlabošanos un cieņu klienta izturībai, unikālajām īpašībām un mērķiem.

Lai sniegtu tādus pakalpojumus, kā sociālo iemaņu apguves apmācības, ir nepieciešamas sekojošas uz pierādījumiem balstītās specializētas zināšanas: spēt noskaidrot informāciju par pacientu mērķiem iemaņu apguves attīstīšanai, palīdzēt pacientiem uzstādīt reālus mērķus, balstoties uz viņu spējām, trūkumiem un iepriekšējiem sasniegumiem, spēt motivējoši iedrošināt pacientus iesaistīties apmācībās; spēt izmantot sociālos mācīšanas principus iemaņu apguves apmācīšanai, kā arī spēt kontrolēt ietekmi ar dabīgu atbalstītāju palīdzību, lai veicinātu iemaņu apguvi. Iespējams, ka dažiem komandas pārstāvjiem piemīt visas augstāk minētās zināšanas; tomēr visiem komandas dalībniekiem ir svarīgi vismaz labi zināt lielāko daļu no tām un cienīt vienam otra specializēšanos noteiktā jomā. Atsaucoties uz Maslova teoriju, tieši sevis pilnveidošanas spēja dod cilvēkam motivāciju augt un

mainīties, strādāt pie nākotnes mērķu īstenošanas un aprūpes komandas locekļiem ir jāievēro, ko pacients saka par sevi un saviem sasniegumiem (71).

1.4.8. Psihiatru loma ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā

Tā kā nopietni garīga rakstura traucējumi ir biomedicīnisks stāvoklis, kuram ir nepieciešama rūpīga diagnostika, tiesu medicīniskās ekspertīzes slēdzieni un farmakoloģiska ārstēšana, garīgās veselības atbalsta komandā psihiatram ir īpaša loma. Pēdējos gados psihiatri un to profesionālās grupas ir spējuši pierādīt savu unikālo lomu multidisciplināro komandu darbībā medicīniskajās, organizatoriskajās, administratīvajās un juridiskajās jomās. Piemēram, Amerikas psihiatru asociācijas (American Association of Community Psychiatrists) dibināšana lielā mērā bija veids, kā cīnīties pret sabiedrības garīgās veselības psihiatru izstumšanu. Veselības aizsardzības organizācijas un valsts garīgās veselības varas orgāni ir tikuši kritizēti par to, ka svarīgos medicīniskos procesos netiek iesaistīti psihiatri.

Tomēr psihiatru pilnīgas piedalīšanās trūkums rehabilitācijas komandās ir noticis daļējas saistību nepildīšanas dēļ. Tā kā psihosociālos pakalpojumus sniedz un ilglaicīgas atbalsta attiecības ar klientiem uztur personāls, kam nav medicīniskā izglītība, lielākajai daļai psihiatru nav zināšanu šajās jomās vai viņu iemaņas ir „ierūsējušas”. Turklāt daudziem psihietriem nav starppersniska rakstura iemaņu vai viņi nevēlas darboties multidisciplinārajās komandās.

Tā kā psihiatri ir ieviesuši novatoriska rakstura pakalpojumus, kā arī ārstēšanas un rehabilitācijas jomās ir devuši vērā ņemamu ieguldījumu (72), ir skaidrs, ka psihiatri var būt aktīvi multidisciplināro komandu dalībnieki vai pat to vadītāji. Šajā jomā ir nepieciešams liels skaits psihiatru. Tomēr, ja psihiatri vēlas iegūt cieņu un vadošo lomu, uz kuru organizētā psihiatrija tiecas, lai varētu aktīvi iesaistīties multidisciplināro komandu darbā, aktīvas profesionālās darbības uzsākšanai viņiem būs jāapgūst vispārēja un specializēta rakstura zināšanas.

Tādas vispārēja rakstura zināšanas kā neatlaidība, reālistisks optimisms, spēja sadarboties, mācīt, strādāt komandā un koordinēt ir īpaši nozīmīgas psihiatriem multidisciplināro komandu vadīšanai. Psihiatri var arī kalpot par paraugu komandām, demonstrējot, ka nepastāv dalījums starp „medicīnisku” un „psihosociālu” un ka šīs specializētās zināšanas palīdz rūpēties par pacientiem.

Psihiatriem, kas strādā ar smagu garīgu traucējumu gadījumiem un kas vēlas darboties kā komandu kodoli vai līderi, ir jābūt tālredzīgiem un jāapgūst

nepieciešamās zināšanas, attieksmi un iemaņas, kas atbilst mūsdienu psihiatriskās prakses direktīvām, jāciena un jāatbalsta multidisciplinārās komandas dalībnieki, saņemot pretī viņu cieņu un atbalstu, jāiztur liela slodze; jāsadarbojas ar aģentūrām un jāīsteno programmas, lai garantētu nepārtrauktu, pastāvīgu un koordinētu aprūpi, jānovērtē darbinieku - kas nodrošina palīdzības sniegšanas vadīšanu, atbalstu nodarbinātībā, iemaņu apguves apmācības, kā arī ģimenes un mājokļa atbalstu - nozīmību un specializētās zināšanas. Psihiatriem apgūstot šīs iemaņas un spējas, uzlabosies kontakts un saliedētība ar citiem komandas locekļiem, kuras rezultātā ieguvēji būs pacienti.

Psihiatri saņem nepilnīgas uz pieredzi balstītas zināšanas un nepietiekamu pieredzi komandas darbā, psihiatriskajā rehabilitācijā un sabiedrības garīgās veselības jomā. Tādēļ organizatorisko un komunikācijas spēju attīstīšana, kas nepieciešamas efektīgam komandas darbam, psihiatriem var būt apgrūtināošs šķērslis. Darbaudzināšana, apmācības un klīniskā pieredze var stiprināt psihiatru vispārīgās zināšanas šajā jomā. Daudzas iemaņas var viegli apgūt, kā, piemēram, efektīgus veidus, kā vadīt multidisciplinārās komandas sapulces, veidus kā ar pacientiem un viņu ģimenēm izveidot terapeitiskas sadarbības attiecības.

Psihiatriem, kuri vēlas sniegt patstāvīgu ieguldījumu komandu darbā, ir jāseko līdzī nepārtraukti mainīgajai uz pierādījumiem balstītās aprūpes ainai. Pat ja psihiatri, kuri vēlas kļūt par komandu līderiem, regulāri neveda iemaņu apguves apmācības vai ģimeņu psihoizglītošanu vai nesniedz atbalsta nodarbinātības pakalpojumus, viņiem ir jābūt zināšanām un iemaņām šajās jomās. Tā kā komandas vadīšana ietver lomu veidošanu, psihiatram vadītājam ir jāprot spējīgi un pašapzinīgi demonstrēt (un uzraudzīt) pacientiem, to ģimenēm un kolēģiem noteiktu psihosociālo palīdzības sniegšanu.

Kaut arī psihiatru zināšanu profils koncentrējas uz biheiviorāla novērtējuma un palīdzības sniegšanas „bio” komponentu, vienaldzība pret citām rehabilitācijas palīdzības sniegšanas metodēm kalpos par komandas psihiatriskās vadības kapa zvanu. Triju veidu zināšanas, kuras tika iepriekš aprakstītas, runājot par palīdzības sniegšanas vadītājiem - medicīniskās, attiecību veidošanas, koordinācijas un atbalsta - ir lielisks pamats psihiatra profesionālās daudzpusības un gandarījuma sasniegšanai. Publiskajā sektorā strādājošo psihiatru aptaujas liecina, ka psihiatri ar vairāk pienākumiem un zināšanām pauž vislielāko apmierinātību ar savu darbu. Piemēram, klīnisku, konsultatīvu, uzraudzības, izglītošanas un administratīvo pienākumu

pildīšana ir visoptimālākais salikums (73). Starp pienākumiem, kas visciešāk ir saistīti ar gandarījuma izjūtu, ir mācīšana, uzraudzība un konsultēšanās ar pacientiem, viņu ģimenēm, kolēģiem, aģentūrām un citām aprūpes sistēmas ieinteresētajām pusēm.

1.4.9. Psihiatriskās ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas uz pierādījumiem balstītās palīdzības sniegšanas metodes

Zinātnisko pierādījumu uzkrāšanās ir veicinājusi multidisciplināro komandu individualizētu pakalpojumu sniegšanas vadlīniju un ārstēšanas metožu attīstību (74). Visu garīgās veselības sfēru profesionāļiem ir jāiegūst zināšanas, kas ir nepieciešamas, lai sniegtu uz pierādījumiem balstītu ārstēšanu, to pielāgojot katra indivīda garīgo traucējumu veidam un fāzei. Šīs zināšanas var apgūt turpinot tālākizglītību, kvalifikācijas celšanas pasākumos darba vietā, darbu vadīšanā, kvalitātes uzlabošanas pasākumos un pārstrādātās aspirantūras mācību programmās.

Netipiska vai jauna veida antipsihotisko medikamentu lietošana šobrīd tiek uzskatīta par labāko dažādu formu un fāžu šizofrēnijas ārstēšanas līdzekli. Šo medikamentu ieviešana izaicina psihiatrus un citus garīgas veselības jomā nodarbinātos profesionāļus izmantot multidisciplināro komandu pakalpojumus, izvēloties un titrējot medikamentus ar dažādiem blakus efektiem, pozitīvas un negatīvas iedarbības simptomiem un neirokognitīvo pasliktināšanos. Palīdzības sniegšanas vadītājiem un citiem komandas dalībniekiem bez medicīniskās izglītības, kuriem ir lielākas iespējas novērot pacientus nekā psihiatriem, ir nepieciešams izstrādāt mehānismus kā tālāk izplatīt informāciju, par to, kādu iedarbību farmakoterapija atstāj uz pacientiem un to neirokognitīvajām un psihosociālajām funkcijām, ļaujot psihiatriem pieņemt pareizus lēmumus par medikamentu tipa un dozācijas izrakstīšanu noteiktam pacientam. Turklāt komandas var lietderīgi izmantot jaunus antipsihotiskus līdzekļus tikai tad, ja psihiatri var regulāri izglītot darbiniekus, kam nav medicīniskā izglītība, par medikamentu iedarbību un to blakus efektiem.

Kaut arī medikamentu lietošana ir nepieciešama, ar to nepietiek labu rezultātu sasniegšanai. Klienti neapgūst sociālās un neatkarīgas dzīves iemaņas, lietojot medikamentus, kā arī tie nevar kļūt uzticami un zinoši medikamentu lietotāji bez izglītojošām programmām. Tāpēc multidisciplinārajām komandām ir jāpielieto empīriski apstiprinātas slimību palīdzības sniegšanas programmas, kā Ārstēšanas un simptomu novēršanas metodes (Medication and Symptom Management Modules) (75). Lai atvieglotu ārstēšanu un garantētu aprūpes nepārtrauktību, ir pieejamas

dažāda veida izglītojošas metodes, to realizēšanai papildus komandu ierobežotajam profesionāļu skaitam piesaistot rentablu personālu bez specializētās izglītības un ar vidējo specializēto izglītību (76).

Komandām kombinējot saprātīgu un dozētu medikamentu lietošanu ar ģimeņu psihisko izglītošanu un iemaņu apguves apmācībām, rezultātā tiek sasniegta labāka aprūpes nepārtrauktība, izvairīšanās no stāvokļa pasliktināšanās un augstāki sociālās funkcionēšanas rezultāti (77), kas palīdz pacientiem virzīties uz stabilo un atveseļošanās fāzi. Šādai ārstēšanai ir nepieciešama laba sadarbība komandas psihiatru un komandas locekļu, kuri sniedz izglītošanas pakalpojumus, starpā. Izvērtējot pacientu, ir svarīgi individualizēt pacienta izglītošanu un saskaņot apmācības ar pacienta vajadzībām. Psihologi, psihiatri, sociālie darbinieki, profesionālie terapeiti un psihiatrijas māsas ir tie komandas locekļi, kuri ir vislabāk sagatavoti psihoizglītošanas un iemaņu attīstīšanas zināšanu papildus apguvei.

Dažas uz pierādījumiem balstītās programmas tika speciāli izstrādātas multidiscilināro komandu augsti kvalificētiem ekspertiem, kā, piemēram, Optimālās palīdzības sniegšanas programma, robežlīnijas personības traucējumu ārstēšanas dialektiskās uzvedības terapija, integrētā programma pacientiem ar divkāršu diagnozi – psihiatriskiem traucējumiem un apreibinošo vielu lietošanas atkarību (56,60,78), Programma uzstājīgas kopienas ārstēšanai (the Program for Assertive Community Treatment (PACT)) (53,74,79)(ASV) un individuāla loma un atbalsts nodarbinātībai. Kaut arī Programma uzstājīgas kopienas ārstēšanai, dialektiskā uzvedības terapija un individuāla loma un atbalsts nosaka komandas locekļu lomas un apraksta starpdisciplīnu procesu, kas ir nepieciešams šo programmu īstenošanu, cita veida uz pierādījumiem balstītas palīdzības sniegšanas programmas komandas locekļiem dod lielāku brīvību.

Brīvāka rakstura programmas iekļauj psihoizglītošanu, ģimenes iesaisti un dažādas iemaņu apguves programmas, ieskaitot video izglītošanu, mācot cīnīties pret apreibinošo vielu lietošanu, galveno komunikācijas prasmju apgūšanu, atpūtu brīvajā laikā, darba pamatprincipus, draudzību, intimitāti un atgriešanos sabiedrībā (80). Taču brīvāka rakstura programmām ir arī savi mīnusi. Kaut arī multidisciplinārajām komandām tās ļauj „ievieš jaunās” palīdzības sniegšanas metodes, kas atbilst komandas dabai, tajā pat laikā tās komandai rada papildus apgrūtinājumu, liekot izlemt, ko kurš darīs, ar ko, kad un kur.

Palīdzības sniegšanas direktīvu, instrukciju un metožu pieejamība paredz jaunas, augsti kvalificētas aprūpes ēras sākumu. Tomēr komandām ir jāspēj pielāgot ārstēšanu katra indivīda īpašajām vajadzībām. Tā kā indivīda vajadzības mainās palīdzības sniegšanas laikā, atkarībā no traucējumu fāzes, stresa izraisītajiem faktoriem, situācijām, atbalsta, individuālajām spējām un sabiedrības resursiem, komandas spēš saglabāt pakalpojumu kvalitāti, periodiski pārbaudot un izvērtējot pacienta stāvokli, vajadzības un funkcionālās spējas (45,81). Līdz ar to multidiscilinārajām komandām, kura vēlas izmantot uz pierādījumiem balstītu ārstēšanu, ir jātiek galā ar izaicinājumu, apvienot novērtējuma metodes ar palīdzības sniegšanas izvēli un ilgumu.

Lai labāk izprastu, kādas ir garīgās saslimšanas, to simptomi, kā arī piemērotākā aprūpe un ārstēšana, nākošajā nodaļā sniegšu ieskatu kādas garīgās saslimšanas mēdz būt un kādu aprūpi un ārstēšanu uzskata par piemērotu mūsdienu veselības aprūpes speciālisti.

1.5. Garīgo slimību grupu apskats

Mūsdienas, ejot pa ielu, grūti identificēt personas, kas ir garīgi slimas, bet tiklīdz mēs par to uzzinām tā sākam baidīties un izvairīties no kontakta ar šo cilvēku, bet kāpēc tas tā notiek, un, ko nozīmē šīs psihiskās slimības. Psihiskās (latīņu val.-psychosis) slimības ir augstākās nervu darbības traucējumi, kuru rezultātā zūd smadzeņu spēja pareizi atspoguļot ārpasauli, analizēt un sintezēt saņemtos kairinājumus un uz tiem pareizi reaģēt, mainās slimnieka pašsajūta un savas personības apziņa. Psihiskās slimības izcelsmē ir nozīmīgi vairāki faktori: iedzimtība; organiski galvas smadzeņu bojājumi, kas radušies sakarā ar grūtniecības problēmām un augļa nepareizu attīstību, galvas traumu (sevišķi, ja tā gūta agrā bērnībā), kā arī audzēju, akūta un hroniska infekcija, intoksikācija (saindēšanās ar alkoholu, narkotiskām vielām); smagi psihiski pārdzīvojumi — psihotraumas, nepietiekams uzturs, ilgstoša fiziska un psiholoģiska pārslodze, nehigiēniski dzīves apstākļi.

Garīgās slimības ietekmē cilvēka funkcionēšanas un domāšanas procesus, tādējādi neļaujot pilnvērtīgi iekļauties sabiedrībā. Garīgās slimības bieži ilgst gadiem ilgi vai pat visu mūžu, tādējādi radot milzīgu slodzi un sociāli-ekonomiskas problēmas slimnieku radniekiem, kas parasti uzņemas slimnieku aprūpi, īpaši valstīs, kur veselības aprūpes sistēma nav spējīga nodrošināt atbilstošu ārstēšanu un atbalstu slimības agrīnās stadijās. Garīgās slimības var sākties pusaudža vecumā un neārstētas var turpināties visa mūža garumā. Starptautiski pētījumi psihiatrijā rāda, ka gandrīz puse no tiem, kas ir slimi, negriežas pēc palīdzības, liela daļa nesaņem nekādu ārstēšanu, bet ja saņem, tad bieži tā ir neadekvāta.

Saslimstībai ar garīgām slimībām Latvijā ir mainīga tendence. Palielinājies gan jaunatklāto slimnieku skaits, gan kopējais uzskaitē esošo pacientu skaits. Lielāko īpatsvaru pieaugušo vidū ieņem šizofrēnija un šizotipiski traucējumi – 28,3%, tad seko organiski psihiski traucējumi – 24,1%. Par būtisku problēmu tiek uzskatītas alkohola izraisītās alkohola psihozes. Saslimstības līmenis ar alkohola psihozēm saglabājas augsts – 41,2 gadījumi uz 100000 iedzīvotājiem. Šos un citus būtiskākos garīgās veselības traucējumus apskatīšu turpmākajā darba gaitā.

1.5.1. Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi

Noteicošais jeb centrālais simptoms šo traucējumu gadījumā ir subjektīva vai objektīva trauksme. Trauksme ir nepatīkamu nojautu, bažu un spriedzes subjektīva izjūta, kas izraisa psihofizioloģiskas reakcijas un virkni noteiktu izturēšanās izmaiņu.

Patoloģiski augsts trauksmes līmenis var traucēt pilnvērtīgi dzīvot, strādāt un darboties sociālajā sfērā, kā arī tas var radīt psiholoģiskas un somatiskas dabas problēmas. Pie traucējumiem, kas saistīti ar trauksmi pieder panika – pēkšņa pārņemtība ar intensīvām, drūmām nojautām un šausmām; fobijas – iracionālas noturīgas bailes no kāda objekta vai noteiktām situācijām; obesīvi kompulsīvie traucējumi – pārņemtība ar uzmācīgām domām, rituālu darbību veikšana, kas vērsta uz to, lai pasargātu no kāda reāli iespējama notikuma; uzmācīgās domas (obsesijas), kas mēdz būt ar agresīvu saturu, piemēram, ieģrūst nazi bērnam vai partnerim mugurā; psihoaktīvu vielu izraisīti traucējumi; akūtas stresa reakcijas, trauksmes. Šo traucējumu izcelsme ir grūti nosakāma, tos var izraisīt bioķīmiski, ģenētiski, psihosociāli un sociokulturāli faktori.

Lai ārstētu šos traucējumus, nepieciešams noteikt palīdzības sniegšanas veidu: vai pacients ir stacionējams, vai pakļaujams ambulatorai aprūpei, varbūt viņam ir vēlama mājas aprūpe. Var būt nepieciešama psiholoģiskā apmācība, psihoterapija vai somātiskā terapija. Neārstēti šie traucējumi var radīt fiziskā stāvokļa pasliktināšanos, pieaugošu sociālu izvairīšanos un izolāciju, agresīvu izturēšanos pret sevi un citiem, izraisīt dažādu psihoaktīvu vielu lietošanu un atkarību no tām, agresīvu uzvedību un iespējams suicīdu, tā var izpausties pat kā uzbrukumi un izvarošana (82,83,84,85,86).

Šādi traucējumi var rasties mums visiem, bet ja tie kļūst par valdošajiem mūsu dzīvē, tad tie darbojas destruktīvi, radot bailes un bezpalīdzību. Šo traucējumu fizioloģiskajai un psiholoģiskajai dabai nepieciešama skaidra izpratne par tās izcelsmi un ietekmi, izrietošajām problēmām un vajadzībām.

1.5.2. Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi

Šiem traucējumiem noteicošā iezīme ir psihotiski simptomi. Psihotiskus simptomus izraisa ego robežu zudums un/vai nopietni realitātes traucējumi; šie simptomi izpaužas ar spilgtām halucinācijām vai murgiem, dezorganizētu runu, izteikti dezorganizētu vai katatonisku izturēšanos. Etioloģiskie faktori šizofrēnijai un šizotipiskajiem traucējumiem var būt iedzimtība, ir vairākas neirobioloģiskas un attīstības hipotēzes par šo traucējumu rašanos, kā arī faktori, kas saistīti ar nervu sistēmas attīstību. Savukārt murgu etioloģija ir neskaidra, iedzimtības loma nav konstatēta, dažiem cilvēkiem nav izslēdzama psihosociālu stresoru ietekmes loma. Halucināciju gadījumā slimnieks īstenībā esošus priekšmetus un parādības neuztver izmainīti, bet gan „uztver” vispār neesošus priekšmetus un parādības. Halucināciju

tēli neatšķiras no īstiem, reāliem priekšmetiem. Pacienti halucinācijās redz cilvēkus, suņus, kaķus, mašīnas, nažus, diegus, dzird savu kaimiņu, priekšnieku, bērnu balsis, saoz gāzes, etiķa smaku tā, it kā tās būtu īstenībā. Murgi ir viens no visbiežāk sastopamajiem un visraksturīgākajiem garīgo slimību simptomiem. Tās ir īstenībai neatbilstošas domas, pie tam ar vispilnīgākajiem motivētākajiem iebildumiem slimnieks par savu maldīšanos nav pārliecināms. Vērojami arī izturēšanās traucējumi, kas izpaužas kā uzbudinājums vai impulsīva izturēšanās.

Šizofrēnijas un šizotipisko traucējumu gadījumā nepieciešama psihofarmakoloģiskā terapija, psihosociāla ārstēšana un darba un sociālo prasmju apmācība. Liela nozīme ir rehabilitācijas procesam un ģimenei. Murgu gadījumā nepieciešama medikamentoza terapija, individuāla psihoterapija un vispusīga izmeklēšana, lai noteiktu diagnozi vai arī hospitalizācija, ja pacients ir bīstams sev vai apkārtējiem.

Strādājot ar šādiem pacientiem, īpaši svarīgas ir pirmās tikšanās reizes. Svarīgi iegūt uzticēšanos un saprast viņus, veidojot empātiskas attiecības. Ikviens komandas loceklis ir terapijas līdzeklis, kas palīdz atveseļoties. Ikvienam komandas loceklim ir nozīmīga loma efektīvas ārstēšanas procesā, un ikviena prasmīgā līdzdalība ir absolūti nepieciešama.

Nediagnosticētas un neārstētas vai arī neefektīvi ārstētas šizofrēnijas rezultātā var rasties agresīva/vardarbīga uzvedība pret apkārtējiem cilvēkiem. Vardarbības risks ir saistīts ar murgu satura un halucināciju kontekstu, var attīstīties katatona uzvedība, kas personu padara pilnīgi nespējīgu sevi apkopt, depresija un suicīds, psihoaktīvu vielu lietošana, pārmērīga alkohola lietošana vai atkarība (82,83,84,85,86).

1.5.3. Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos

Kognitīvie traucējumi ietver īpašus traucējumus, kurus izraisa īslaicīgs vai pastāvīgs neironu bojājums, kurš izpaužas kā psiholoģiska vai izturēšanās disfunkcija. Kognitīvie traucējumi ietver delīriju, demenci un amnestiskos traucējumus. Delīrijs ir apziņas un kognitīvo procesu traucējumi, kas parādās samērā neilgā laika periodā. Demence ir traucējumi, kas ietver dažādus kognitīvus defektus, kā arī atmiņas pavājināšanos. Amnestiskā tipa traucējumiem ir raksturīga atmiņas pavājināšanās, taču citu nozīmīgu kognitīvu traucējumu nav. Delīrijs var rasties dažādu psihofizioloģisku traucējumu rezultātā (CNS patoloģija, endokrīnā patoloģija, hipoksēmija, intoksikācijas, metabolisma traucējumi, medikamenti, pēcooperācijas

stāvokļi, psihosociāli stresori). Bieži delīrijs ir nepamanīts stāvoklis, sevišķi, ja runa ir par bērniem vai veciem cilvēkiem. To var nosaukt par akūtu atbildi uz funkcionējoša „Es” organiskiem traucējumiem. Skartās „Es” funkcijas ir identitātes funkcija, apkārtējās pasaules iespaidu tulkojums, orientēšanās laikā, telpā, citos cilvēkos un atmiņa. Uz apkārtējo mēģinājumiem pateikt patiesību, pacients atbild ar lielu agresivitāti. Lai indivīds pieņemtu izskaidrojumu savām slimīgajām fantāzijām, viņam būtu jāakceptē fakts, ka viņš tiešām ir slimis. Raksturīgs ir motorisks nemiers, apjukums un redzes halucinācijas. Bailēs pacients var mesties ārā no gultas vai palātas, lai paglābtos. Noturēt pacientu nav viegli. Nepieredzējušam personālam grūti tikt galā ar agresivitātes izvirdumiem. Nekādā gadījumā stipras trauksmes gadījumā nedrīkst pacientu atstāt vienu. Demence ir smadzeņu bojājumi, kas progresē, ir neatgriezeniski un nav saistāmi ar kādu citu slimību. Tiem pieskaitāma Alcheimera slimība un vaskulāra demence. To var izraisīt iedzimtība, infekcijas, traumas, samazināta galvas smadzeņu asinsrite, neiropatoloģiskas izmaiņas, toksiski stāvokļi, metabolisma traucējumi. Demences pacients ir zaudējis agrākās spējas un prasmes attiecībā uz intelektu, zināšanām, atmiņu, valodu un jūtām. Dementi pacienti juzdamies apdraudēti, var burtiski palaist rokas – kniebt, skrāpēt u.tml.. Šo traucējumu komplikācija var būt vardarbība pret sevi vai citiem, kas saistīta ar aizdomīgumu un nespēju pazīt cilvēkus un apkārtni. Šādās situācijās nozīmīga ir personāla grupas izjūta – savstarpēja palīdzība izturēt, atrast alternatīvus risinājumus, novērst pacienta uzmanību un tml.. Aprūpes komandas locekļiem jābūt iespējai savstarpēji dalīties savās izjūtās, pārrunāt nepatiku, izmisumu vai dusmas, kādas pārņem, aprūpējot dementus pacientus.

Amnestiskajiem jeb atmiņas traucējumiem var būt vairāki cēloņi; posttraumatiskā amnēzija ir biežākais cēlonis, pēcinsulta amnēzija, jaunveidojumi, skābekļa trūkums, hipoglikēmiski stāvokļi, epilepsijas lēkmes, psihoaktīvu vielu izraisīti.

Delīrija ārstēšanas pamatā ir cēloņu noteikšana, kam seko psihofarmakoterapija un terapeitiskas vides izveidošana, tajā skaitā ģimenes iesaistīšana. Demences gadījumā ārstēšana balstās uz diagnostiku un izmeklēšanu, kognitīvo traucējumu izteiktības, veida un tālākas attīstības iespēju noteikšanu, pašaprūpes spēju izvērtēšanu, ģimenes un sociālās vides izpēti, apkārtējās vides uzlabošanas metožu izvēli, psihofarmakoterapiju.

Neveicot korektu diagnostiku un ārstēšanu, šie traucējumi var kļūt pastāvīgi un neatgriezeniski, iespējama savainošāns, agresija pret sevi, apkārtējiem vai īpašumu, aizklāšana. (82,83,84,85,86).

1.5.4. Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi

Pie garastāvokļa traucējumiem pieskaita depresīvos stāvokļus. Garastāvokli veido emocijas, kuras iekrāso personas pasaules uztveri. Depresija ir patoloģisks, sāpīgs, psihofizioloģiski novārdzinošs process. Depresija ir vairāk nekā tikai skumjas, tā ietekmē mūsu priekšstatus par nākotni un var pašos pamatos izmainīt mūsu pašuztveri un pašattieksmi. Depresīvs cilvēks var būt tik izmisis, ka pauž pilnīgu bezcerību. Par garastāvokļa traucējumiem runā tad, ja noskaņojuma pacēlumi vai kritumi ieilgst vai kļūst tik smagi, ka traucē savstarpējās attiecības vai profesionālo darbību. Kā izraisošos faktoros var minēt bioloģiskos, bioķīmiskos, neuroendokrīnos un psihosociālos faktoros, miega traucējumus.

Depresijas terapijas mērķi ir simptomu atvieglošana/mazināšana, funkciju uzlabošana un profilakse (depresijas atkārtotāns novēršana). Svarīgi ir noteikt vai pacients ir ārstējams ambulatori vai stacionējams. Stacionēt pacientu nepieciešams, ja ir suicidālas tieksmes, dekompensācija, krīzes stāvoklis, nepieciešama kompleksa diagnostiska izmeklēšana, ar augstu risku saistīta ārstēšana. Vēl ārstēšanas procesā var būt nepieciešama psihoterapija un antidepresīvā psihofarmakoloģiskā terapija.

Nediagnosticētas un neārstētas depresijas epizodes pasliktina vispārējo fizisko veselības stāvokli un rada adekvātas terapijas sākšanas novilcināšanu, suicīda iespēju.

Vēl pie garastāvokļa traucējumiem tiek pieskaitīti bipolārie traucējumi, kad depresijas epizodes mijas ar vienu vai vairākām pacilāta noskaņojuma epizodēm. Pacilātais noskaņojums var ietvert afektu variācijas, sākot no parastām emociju izpausmēm līdz pat hipomānijai un mānijai. Izteiktu bipolāro traucējumu gadījumā ir vērojamas domāšanas izmaiņas, kas var radīt savdabīgus, dīvainus murgus. Šo traucējumu cēloņi ir ģenētiski un psihosociāli.

Ārstēšanas pamatā ir psihoterapija, kuras pamatā svarīga loma ir kontakta izveidošanai ar pacientu, tā attīstīšanā un uzturēšanā visā ārstēšanas un aprūpes gaitā. Jo labāks kontakts ar pacientu – respekts pret viņu pārdzīvojumiem un jūtīgumu, jo drīzāk pacients atgriezīsies pie speciālistiem, sajuzdams stāvokļa paasinājumu. Tādējādi bieži vien iespējams simptomus atvieglot bez ievietošanas slimnīcā. Akūtu stāvokļu gadījumos psihofarmakoloģiska ārstēšana.

Neārstēti bipolārie traucējumi var radīt fizisku izsīkumu, apgrūtinātas spriešanas spējas, kam seko finansiāla rakstura problēmas, var attīstīties pārmērīga alkohola un psihoaktīvu vielu lietošana, kas savukārt var novest pie ģimenes attiecību sairšanas, var paasināties jau esošās fiziskās slimības (82,83,84,85,86).

1.5.5. Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ

Atkarība ir primāra, hroniska un progresējoša slimība, kas grauj ne tikai cilvēka fizisko un psihisko veselību, bet arī personību kopumā, ietekmē viņa sociālo statusu un palielina mirstības risku. Atkarību izraisa gan psihoaktīvo vielu lietošana, gan arī aizraušanās ar azartspēlēm un jaunajām tehnoloģijām (datoratkarība).

Psihoaktīvās, vielas, kas rada atkarību, iedala: legālās (alkohols, tabaka, daži medikamenti, inhalanti u.c.) un nelegālās, kuru lietošana, glabāšana un pārdošana ir aizliegta (heroīns, efedrons, ekstāzi, marihuāna u.c.).

Psihoaktīvās vielas iedarbojas uz centrālo nervu sistēmu un pat pēc vienreizējas lietošanas var mainīt garastāvokli, fizisko pašsajūtu, apkārtnes uztveri un uzvedību. Sajūtas ir tik spēcīgas un neparastas, ka rodas vēlme vēl un vēl izbaudīt to iedarbību, kas īsā laikā noved pie nepieciešamības lietot aizvien lielākās devās un nespējas justies labi bez vielas lietošanas.

Azartspēles (spēļu automāti, bingo, kāršu spēles, loterijas, derības, sporta spēles u.c.) no nevainīga vaļas prieka var kļūt par atkarību, kad nepārvaramā tieksmē spēlēt cilvēks nospēlē visu, kas viņam pieder. Azartspēļu atkarības rašanās procesā iesaistās visi tie paši neiroķīmiskie mehānismi, kas organismā darbojas narkotiku, alkohola, seksuālo izjūtu, mīlestības un citu ļoti spēcīgu emociju ietekmē.

Datoratkarība (internets, datorspēles) ir jauns atkarības veids, kas parādījās līdz ar jauno tehnoloģiju attīstību. Ir pieaugušie, pusaudži un bērni, kas zaudē kontroli pār laiku, kas pavadīts pie datora un kam darbošanās virtuālajā pasaulē aizstāj reālo dzīvi.

Atkarība var veidoties jebkuram cilvēkam neatkarīgi no vecuma, dzimuma, izglītības, profesijas un mantiskā stāvokļa. Atkarība rada apkārtējo cilvēku līdzatkarību ģimenē, darbavietā, jebkurā sociālā vidē.

Atkarības sindromu nosaka dažādu faktoru kopums, turklāt katrā atsevišķā gadījumā atrast iespējamo cēloņu sakarību ir grūti. To var veicināt līdzekļu pieejamība, sociālie un sabiedriskie apstākļi, personības iezīmes.

Sekas savlaicīgi nenovērstai atkarībai var būt pastiprināta iesaistīšanās kriminālnoziedzumos, kas veicina izstumšanu no sabiedrības, stigmatizāciju un citas negatīvas sekas, kas tālāk sekmē atkarību attīstību.

Atkarību izraisošu vielu lietošana var radīt arī somatiskas saslimšanas, alkohola pārmērīga lietošana var izraisīt kuņģa čūlas, aizkuņģa dziedzera iekaisumus, aknu cirozi, centrālās nervu sistēmas bojājumus u.c., savukārt narkomānijas somatiskās sekas var būt vēnu iekaisumi, asinsrites traucējumi, infekcijas (87).

Tāpat kā visā slimību aizkavēšanas darbā, aprūpes komandas locekļu mēreni pozitīvā attieksme ir galvenais pamatnosacījums. Autoritāra izturēšanās atbaida vairumu pacientu un ir līdzvērtīgi neiedarbīga kā pārlicība, ka alkohola problēma neietilpst aprūpes komandas locekļu kompetencē, līdz pacients palīdzību lūdz pats. Aprūpes komandas locekļiem jāpauž pārlicība, ka tie vēlas palīdzēt un atbalstīt. Ja izdodas nodibināt savstarpējas uzticības pilnu sadarbību, ir labas izredzes samazināt negatīvās tieksmes, jeb tas, kurš sāk apzināties, ka posta savu veselību, ģimenes dzīvi un ekonomisko stāvokli, jāuzņem labvēlīgi un ar sapratni. Ir svarīgi, lai aprūpes komandas locekļu attieksme būtu reālistiska. Mērķim jāsaistās ar uzticības viešanu pacientā, lai nākamajā krīzes periodā viņā agrīni grieztos pēc palīdzības. Ir jāpalīdz risināt šo problēmu, vienkārši atrodoties pacienta pusē, bet neuzņemoties atbildību.

Atkarības slimnieks nav spējīgs atgriezties pie epizodiskas tās vai citas atkarību izraisošas vielas lietošanas. Atkarības procesu nevar kontrolēt tikai ar gribasspēku un raksturu. Atkarība ir slimība, kas nav ārstējama, bet, izprotot tās dabu un attīstības likumsakarības, atkarīgais var visu atlikušo mūžu nodzīvot skaidrā (82,83,84,85,86).

1.5.6. Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem

Pie šīs traucējumu grupas pieder Anorexia nervoza, kas ir apzināta ķermeņa masas samazināšana, ko izraisījis un turpina uzturēt pats pacients. Visbiežāk to novēro pusaugu meitenēm un jaunām sievietēm, bet traucējumi var rasties arī pusaudžiem un jauniem vīriešiem, kā arī bērniem, kam tuvojas pubertāte un vecākām sievietēm līdz pat menopauzei. Traucējumi saistās ar specifisku psihopatoloģiju, kam raksturīga uzmācīga pārspīlēta doma par iespējamu resnumu vai izplūdušu ķermeņa formu, pie kam pats pacients mazu ķermeņa masu uzskata par mērķi. Parasti ir dažāda smaguma malnutrīcija ar sekundārām endokrīnām un metaboliskām pārmaiņām un ķermeņa funkciju traucējumiem. No simptomiem jāmin diētas ierobežojumi,

pārmērīgi fiziski vingrinājumi, vemšanas un caurejas līdzekļu lietošana, kā arī ēstgribas samazinātāju medikamentu un diurētisku līdzekļu lietošana.

Bulimia nervoza raksturīgas atkārtotas pārēšanās lēkmes un pārmērīgas rūpes par ķermeņa masu, kas noved pie tā, ka pēc pārēšanās arvien seko vemšana vai caurejas līdzekļu lietošana. Šim traucējumam ir daudz kopīgu psiholoģisku iezīmju ar anorexia nervosa, ieskaitot pārmērīgas rūpes par ķermeņa formu un masu. Atkārtota vemšana pacientam var izraisīt elektrolītu līdzsvara traucējumus un somatiskus sarežģījumus. Bieži, bet ne vienmēr, anamnēzē ir anorexia nervosa epizodes, kas ilgušas dažus mēnešus vai vairākus gadus.

Neorganiski miega traucējumi arī ir pieskaitāmi šai traucējumu grupai. Daudzos gadījumos miega traucējumi ir viens no citas somatiskas vai psihiskas slimības simptomiem.

Seksuāla disfunkcija bez organiskiem traucējumiem vai slimības seksuāla disfunkcija izpaužas dažādos veidos, kuru gadījumos cilvēks nespēj iesaistīties tādās seksuālās attiecībās, kādas vēlētos. Seksuāla atbilde ir psihosomatisks process un kā psihiski, tā somatiski procesi ir iesaistīti seksuālas disfunkcijas radīšanā.

Citur neklasificēti psihiski un uzvedības traucējumi pēcdzemdību periodā (citur neklasificēti) Šī grupa ietver tikai tos psihiskos traucējumus, kas saistīti ar pēcdzemdību periodu (sākas sešu nedēļu laikā pēc dzemdībām) un neatbilst citur šajā nodaļā klasificēto traucējumu kritērijiem vai nu tāpēc, ka nav pieejama pietiekoša informācija, vai tāpēc, ka esošā klīniskā aina neatbilst citur klasificējamiem stāvokļiem.

Psihiski un uzvedības faktori, kas saistīti ar citur klasificētiem traucējumiem vai slimībām jālieto, lai noteiktu psihiskās vai uzvedības ietekmes kam, domājams, ir svarīga loma to somatisko traucējumu etioloģijā, kas klasificējami citās klasifikatora nodaļās. Psihiskie traucējumi parasti ir viegli, bieži ilgstoši (bažas, emocionāls konflikts, drūmas nojautas) un nav kodējami ne ar vienu citu no šīs nodaļas kodiem, piemēri ir : astma, dermatīts, kuņģa čūla, gļotains kolīts, čūlains kolīts, nātrene (urticaria).

Vielu, kas nerada atkarību, pārmērīga lietošana nozīmē, ka medikamenti un tautas līdzekļi var tikt lietoti šādā veidā. Svarīgākās grupas ir a) psihotropie līdzekļi, kas nerada atkarību, piem., antidepresanti, b) caurejas līdzekļi un c) analgētiski medikamenti, kums pārdod bez receptēm, kā aspirīns un paracetamols. Ilgstoša šo vielu lietošana nereti rada nevajadzīgus kontaktus ar medicīnas personālu vai

palīgpersonālu. Dažreiz vērojama vielu bīstama somatiska ietekme. Mēģinājumi atrunāt vai vielu lietošanu aizliegt bieži sastop pretestību. Caurejas līdzekļu un analgētisku vielu lietošana turpinās par spīti brīdinājumiem par iespējamu kaitīgumu (vai pat tam rodoties) (nieru funkciju vai elektrolītu maiņas traucējumi). Kaut arī pacientam parasti ir spēcīga motivācija vielu lietot, atkarības vai abstinences simptomi nerodas (82,83,84,85,86).

1.5.7. Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudžu vecumā:

Klīniski izvērtējot un novērojot slimīgos traucējumus, ir precīzi noskaidrotas tās pazīmes, kuras raksturīgas šai diagnozei:

- ilgstoša asociāla vai antisociāla uzvedība;
- izaicinoša, opozicionāra uzvedība un manieres;
- atkārtota vispārpieņemto normu un likumu pārkāpšana;
- cietsirdība, agresivitāte, impulsivitāte.

Obligāta prasība diagnozes uzstādīšanai ir t.s. laika kritērijs. Objektīvās anamnēzes dati (vecāku novērojumi, pedagogu raksturojums) vai klīniska dinamiska pusaudža novērošana pierāda, ka 4 aprakstītās pazīmes pastāv ilgāk par 6 mēnešiem. Bērnu psihiatri, psihologi un psihoterapeiti uzsver sekojošās 3 galvenās diagnostiskās pazīmes: agresīva izturēšanās pret cilvēkiem un dzīvniekiem; demolē īpašumus, iznīcina citiem cilvēkiem piederošo mantu vai lietas; likumu un noteikumu ignorēšana. Parasti tie sākas ar **uzvedības traucējumiem ģimenē**: tādās situācijās var palīdzēt psihoterapeiti un psihologi, kuri nodarbojas ar ģimenes terapiju, ļaujot gan vecākiem, gan bērniem paskatīties uz radušos situāciju no malas, palīdzot katram ģimenes loceklim atrast savu vietu, lomu, pašcieņu un cieņu vienam pret otru.

Ja palīdzība netiek meklēta, vecākiem pietrūkst tolerances un pacietības pusaudža uzvedības traucējumi sāk parādīties ārpus ģimenes kā **socializēti uzvedības traucējumi**: ja pusaudzis izprot un kaut par desmito daļu spēj paškritiski novērtēt savus uzvedības traucējumus, viņam var palīdzēt medikamentozā terapijas ar "uzvedības korektoriem".

Depresīvie uzvedības traucējumi: laikus diagnosticēti depresīvie traucējumi ir pilnīgi izārstējami. Ģimenes ārsts vai nu pats nozīmēs nepieciešamo ārstēšanu, vai arī nosūtīs pacientu pie bērnu psihiatra vai psihoterapeita.

Bērnu un pusaudžu uzvedības traucējumu ārstēšanai jābūt kompleksai. Tā ietver ne tikai medicīnisko, bet arī psiholoģisko, sociālo un profesionālo palīdzību.

- Vecāku, pedagogu un audzinātāju izglītošana
- Ģimenes psihoterapija
- Individuālā psihoterapija: spēļu terapija, atbalsta terapija
- Jaunu interešu, jaunas motivācijas iespējas
- Medikamentoza palīdzība (82,83,84,85,86)

1.5.8. Garīga atpalcība

Bērns ar garīgu atpalcību var piedzimt jebkurā ģimenē. Sabiedrība ir sākusi pieņemt, ka garīgi atpalcis bērns var piedzimt ne tikai dzērājiem un citādi degradētiem vecākiem. Cilvēkiem ar garīgās attīstības traucējumiem ir paliekoši intelektuālās darbības traucējumi, ko izraisa galvas smadzeņu bojājumi vai nepietiekams CNS struktūru anatomiskais un funkcionālais briedums.

Garīgās attīstības traucējumu cēloņi var būt ļoti dažādi, tomēr visos gadījumos noteicošie ir nelabvēlīgie faktori, kas iedarbojas uz bērnu gan embrionālajā periodā, gan vecumā līdz trīs gadiem. Vainīgas var būt gan mātes grūtniecības laikā pārslimotās infekcijas slimības, vīrusu saslimšanas, gan arī infekcijas un saindēšanās, ko jaundzimušā vecumā pārcietis pats bērns. Pie cēloņiem var minēt arī toksoplazmozi, dzemdību un pēcdzemdību smadzeņu traumas, hromosomu anomālijas, vecāku asins rēzus faktora nesaderību, veneriskās slimības, kā arī alkoholismu un narkomāniju u.c.

Garīgās attīstības traucējumus cilvēks galvenokārt iegūst jau piedzimstot. Tas ir pastāvīgs stāvoklis, ko raksturo intelektuālā attīstība, kas ir ievērojami zemāka par vidusmēra intelektuālo attīstību un kā sekas ir ievērojami traucējumi intelektuālajā funkcionēšanā un adaptīvā uzvedībā. Sabiedrība bieži jauc garīgās attīstības traucējumus ar psihisko saslimšanu, taču tie ir divi pavisam atšķirīgi invaliditātes veidi. Garīgi atpalikušu personu attīstība notiek zem vidējā līmeņa, problēmas sagādā mācīšanās un sociālā pielāgošanās. Daudzi speciālisti uzskata, ka garīgi atpalikušas personas attīstās tāpat kā viņu vienaudži, kuri nav garīgi atpalikuši, tikai šo personu attīstība norisinās lēnākā tempā. Citi speciālisti turpretī uzskata, ka garīgi atpalikušām personām rodas grūtības atsevišķās domāšanas un mācīšanās jomās, piemēram, viņiem sagādā grūtības uzmanības noturība, uztvere un/vai atmiņa. Atkarībā no

traucējuma pakāpes viegla, mērena, smaga vai pilnīga – garīgi atpalikuši indivīdi dažādā pakāpē apgūs akadēmiskās, sociālās un darba iemaņas. Garīgā atpalcība nav kādu atsevišķu smadzeņu šūnu vai darbības traucējumu sekas. Tā aptver visu psihi kopumā un ir saistīta ar vispārēju, galvenokārt jaunāko galvas smadzeņu nodaļījumu nepietiekamu attīstību. Garīgā atpalcība ir viens no smagākajiem cilvēka attīstības traucējumiem, raugoties no sociālā aspekta. Svarīgi izprast, ka parasti personām ar garīgās attīstības traucējumiem ir daudzi funkciju traucējumi kā blakus parādības – kustību traucējumi, epilepsija, redzes traucējumi, dzirdes, runas un valodas traucējumi (82,83,84,85,86).

1.5.9. Psihiskās attīstības traucējumi:

Šie psihiskie traucējumi sākas zīdaiņa vecumā vai bērnībā. Funkciju attīstības nepilnības saistītas ar nervu sistēmas bioloģiskās nobriešanas problēmām. Bojājumi var būt stabili. Runas un valodas attīstības traucējumi (bērnā ir apgrūtināta valodas iemaņu apgūšana, kas var būt saistīts ar uztveres traucējumiem, spēju izteikties, kas noved pie garīgas atpalcības un apgrūtinātas kontaktēšanās ar līdzcilvēkiem); artikulācijas traucējumi (bērns izmanto skaņas, kas neatbilst viņa garīgajam vecumam vai arī vēlāk sāk runāt, nespēj izrunāt atsevišķus burtus vai vārdus), var būt arī smagāki valodas traucējumi; ekspresīvās valodas traucējumi (valodas saprašana ir normālā līmenī, grūtības izteikties vienzilbīga, neattīstīta valoda); receptīvās valodas traucējumi (nepietiekoša spēja saprast valodu, spēja izteikties nav būtiski traucēta). Runa var būt situācijai neatbilstoša, haotiska. Pacients var reaģēt uz jautājumu, bet tēmai neatbilstoši.

Personām ar garīgās attīstības traucējumiem ir ļoti negatīva tieksme pret darbu un pret mācībām.

Specifiskos mācīšanās traucējumus definē kā izteiktas atšķirības jeb neatbilstību starp bērna patiesajām intelektuālajām spējām un pazeminātiem mācību sasniegumiem vienā vai vairākās mācību jomās. Specifiski mācīšanās traucējumi būtiski ietekmē valodas uztveri – klausīšanos un lasīšanu, lasītā izpratni, valodas apstrādi – informācijas izpratni, domāšanu, valodas lietošanu – runāšanu, lasīšanu, rakstīšanu, matemātisko iemaņu apguvi – rēķināšanas prasmes.

Motorisko funkciju attīstības traucējumi – grūtības rakstītprasmes apguvē, neveiklība, kustību koordinācijas un līdzsvara traucējumi

Viņi labprāt sēdētu vai gulētu un vērtos debesīs, dzīvotu savā pasaulē, kurā neviens viņus netraucētu un neaiztiktu. Mājās šie bērni ar karotīti tiek pabaroti, apģērbti, ucināti, vai otrādāk, neviens neliekas ne zinīs par viņiem, un viņi dzīvo savā pasaulē nevienu neaiztikti. Šāda dzīve viņiem ir vispatīkamākā. Speciālistiem, kuri strādā ar šiem bērniem ir jāatrod pareiza pieeja, lai spētu ieinteresēt šo bērnu kaut ko paveikt vai iemācīties. Bērns visu laiku ir jāstimulē. Bet galvenais, jāļauj viņam darīt pašam visu un justies kā pieaugušam, jo tas raisa viņos ieinteresētību, un mēs varam pievērst viņu darbam. Ļoti labi praksē ir pierādīts pašvērtējums. Bērniem ir jāļauj vērtēt savu darbu, kā arī jāvērtē cita veikums. Ļoti bieži audzēkņi savu darbu, ka to paveikuši noniecina, bet šis pašvērtējums, un kolēģu vērtējums ļaus atraisīties un saprast, ka ikviena darbs ir smuks un vienlīdzīgs. Galvenais ir ieinteresētība un motivācija (82,83,84,85,86).

Garīgās saskaršanās prasa ne tikai ārstēšanu un aprūpi akūtos slimības periodos, bet nepārtrauktu kontaktu un darbu ar pacientu pēc slimības akūtā posma pārvarēšanas, lai līdzīgi brīži neatkārtotos vai arī tādi būtu pēc iespējas retāk. Lai to nodrošinātu ir nepieciešams rehabilitācijas process, tāpēc nākošajā nodaļā vēlos sniegt ieskatu par to, kas ir psihiatriskā rehabilitācija un tās nozīmi garīgās veselības nodrošināšanā.

1.6. Rehabilitācijas nozīme atlabšanas procesā pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem

Jau vairāk kā gadsimtu tiek runāts par psihiatriskās rehabilitācijas virziena pamatelementiem. Psihiskās veselības nozares attīstības gaitā dažādi psihiatriskās rehabilitācijas virziena elementi pēkšņi un negaidīti, gluži kā jaunatklājumi, periodiski ir nokļuvuši uzmanības centrā, te gūstot, te atkal zaudējot labvēlīgu atbalstu. Pagājušā gadsimta astoņdesmitie gadi bija pārejas laiks no iepriekšējās – deinstitucionalizācijas ēras, kuras uzmanības centrā bija slēgtas iestādes funkcionēšana, stacionāru slēgšana, pacienta brīvības ierobežojumu likvidēšana, uz nākotnes – rehabilitācijas ēru, kuras uzmanības centrā ir cilvēka funkcionēšana, jaunu iespēju pavēršanas dzīvē, personiska atbalsta saņemšana. Deviņdesmitos gadu var uzlūkot par desmitgadi, kad psihiatriskā rehabilitācija ieņem savu likumīgo vietu galveno psihiatrijas darba virzienu trijotnē līdzās profilaksei un ārstēšanai.

Būtiskākie vēsturiskie notikumi, kas veicinājuši psihiatriskās rehabilitācijas attīstību ir morālās terapijas ēra, kas pasvītvoja psihiski invalidizētas personas vispusīgu izmeklēšanu, izvērtējot darbu, vaļaspriekus, sociālo darbību. Veicot psihiatrisko rehabilitāciju, novērtē un attīsta profesionālo un sociālo darbību, kā arī vaļaspriekus. Morālajā ārstēšanā tika atzīts, ka strukturētai rīcībai var būt lielāka terapeitiskā nozīme nekā verbālajai terapijai. Kā otru būtisku notikumu var minēt psihiski invalidizētu personu iekļaušanu valsts profesionālās rehabilitācijas programmā, kas deva tiesības šīm personām saņemt finansiālu pabalstu un profesionālās rehabilitācijas pakalpojumus. Kā trešais punkts tiek minēts sabiedrības psihiskās veselības centru attīstība un kustība, kuru koncepcija ir ārstēšanas un atbalsta sniegšana dzīves un darba vietas tuvumā, kas saskan ar psihiatriskās rehabilitācijas praksi. Psihiatriskās rehabilitācijas praksē izmanto arī sabiedrības psihisko veselības centru ideju par tūlītēju iejaukšanos krīzes situācijā bez pacienta ilgstošas atrautības no viņu parastās vides.

Psihiatriskās rehabilitācijas vispārējā misija ir palīdzēt cilvēkiem, kam ir ilgstoša psihiska invaliditāte, labāk funkcionēt, lai viņi gūtu panākumus un justos apmierināti viņu pašu izvēlētajā vidē, visu to sasniedzot ar iespējami mazāku profesionālo iejaukšanos. Nozīmīgākās metodes, ar kuru palīdzību šī misija tiek īstenota, paredz pacienta veiksmīgai funkcionēšanai nepieciešamo prasmju attīstīšanu un/vai resursu attīstīšanu, kas ir nepieciešami, lai uzturētu vai nostiprinātu pacienta pašreizējo funkcionēšanas līmeni. Vārds „psihiatrisk” izvēlēts, lai aprakstītu

invaliditāti, kura atrodas rehabilitācijas uzmanības centrā. Tas nenozīmē, ka ārstēšana jāveic psihiatriem vai lietojot psihiatriskās ārstēšanas metodes. Termins „rehabilitācija” atspoguļo to, ka uzmanības centrā ir uzlabota funkcionēšana noteiktā vidē. Neskatoties uz to, ka psihiatriskā rehabilitācija izmanto dažādas metodes un darbības vietas, visai rehabilitācijai ir kopīga filozofija. Rehabilitācija cenšas atvērt durvis uz sabiedrību un palīdzēt cilvēkiem izstrādāt programmu viņu turpmākajai dzīvei, jo ir virzīta uz dzīves kvalitātes uzlabošanu. Tā dod iespēju vispusīgi apmācīt rehabilitācijas darbiniekus, kā arī pētīt un izvērtēt praktiskā darba rezultātus, izveidot programmas un tās reproducēt, empīriski pētīt psihiatriskās rehabilitācijas būtiskus elementus, un integrēt vispārīgo psihiatriskās rehabilitācijas pieeju psihiskās veselības dienestu sistēmā (89).

Pirmā misijas definīcijā atspoguļotā pamatvērtība ir tā, ka programmas pasākumi ir vērsti uz funkcionēšanas uzlabošanu. Rehabilitācija liek uzsvaru uz funkcionēšanas uzlabošanu, nevis uz simptomu reducēšanu. Tādēļ psihiatriskās rehabilitācijas programmās galvenā uzmanība tiek veltīta darbībām, kas veicina pozitīvu uzvedību, nevis ierobežo negatīvu uzvedību. Pasākumi, kas uzlabo personas prasmju repertuāru un vides atbalstus, ir galvenais līdzeklis funkcionēšanas uzlabošanai. No pirmās pamatvērtības arī izriet, ka psihiatriskās rehabilitācijas programmas nav vērstas uz izārstēšanu vai arī visiem vienāda funkcionēšanas līmeņa nodrošināšanu. Uzsvars tiek likts uz to, lai panāktu uzlabotu funkcionēšanu salīdzinājumā ar konkrētas personas iepriekšējo funkcionēšanas līmeni.

Otrā pamatvērtība ir panākumi. Rehabilitācijā panākumus definē kā spēju pieskaņoties vides prasībām. Lai gan citu cilvēku prasību apmierināšana pacienta izvēlētajā vidē ir būtiska, tomēr pacienta apmierinātība ir noteicošā. Ja pacients noteiktajā vidē nejutīsies laimīgs, viņš nevēlēsies tur palikt, kas ir trešā pamatvērtība – apmierinātība ar vidi.

Ceturtnā vērtība ir vides specifiskums. Psihiatriskajā rehabilitācijā uzsvars tiek likts uz personas stāvokļa novērtēšanu, ņemot vērā to, kādas prasības izvirza viņu pašu izvēlētajā vidē. Psihiatriskās rehabilitācijas programmas rūpējas par to, lai palīdzētu cilvēkiem uzlabot viņu funkcionēšanu konkrētā prezidentālajā, mācību, sociālajā un/vai darba vidē.

Piektā pamatvērtība ir izvēle. Psihiatriskās rehabilitācijas programmas balstās uz uzskatu, ka pacientiem ir tiesības pašiem izvēlēties, nevis tikt ievietotiem kādā

noteiktā vidē. No praktiskā viedokļa ir lietderīgi, lai paši pacienti atklāti paziņotu, kur viņi vēlētos dzīvot, mācīties, socializēt un/vai strādāt.

Sestā misijas definīcijā atspoguļotā pamatvērtība ir orientācija uz iznākumu. Psihiatriskās rehabilitācijas programmas ir orientētas uz noteiktu iznākumu, nevis vienkārši uz pakalpojumu sniegšanu. Programmu mērķis ir nevis nodrošināt pacientam tādas pakalpojumu veidus kā konsultācijas un atbalsts, bet gan uzlabot pacientu funkcionēšanu un palielināt apmierinātību viņu pašu izvēlētajā vidē.

Septītā pamatvērtība ir atbalsta nodrošināšana. Psihiatriskās rehabilitācijas programmas palīdzību sniedz tik ilgi, kamēr tā nepieciešama vai arī to vēlas saņemt pacients. Atbalstu nedrīkst sajaukt ar patoloģiskās atkarības jēdzienu. Palīdzības intensitāte un laika posms, kurā palīdzība tiek uztverta kā atbalstu sniedzēja, vairumā gadījumu ir atkarīga no katra indivīda paša izvēles.

Pēdējā pamatvērtība, kas atspoguļota misijas definīcijā, ir ticība cilvēka izaugsmes potenciālam. Rehabilitācijas misija ir palīdzēt pacientiem uzlabot savu funkcionēšanu, vienlaikus pēc iespējas samazinot profesionālās iejaukšanās apjomu. Tiek uzskatīts, ka izaugsme, tāpat kā citas pamatvērtības, veicina pašaušanos uz dabiskajā, atbalsta sistēmām, uzlabo spēju apmierināt sadzīves vajadzības un samazina atkarību no speciālistiem (88).

Psihiatriskā rehabilitācija pievēršas personām ar smagu psihisku invaliditāti, nevis nodarbojas ar cilvēkiem, kuri ir tikai neapmierināti, nelaimīgi vai arī atrodas „sociāli neizdevīgā situācijā”. Psihiski smagi invalidizētām personām ir diagnosticētas psihiskas saslimšanas, kas ierobežo viņu spēju veikt noteiktas funkcijas un pildīt noteiktas lomas.

Psihiatriskās rehabilitācijas un psihiatriskās ārstēšanas lomas daļēji sakrīt. Psihiatriskās ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas darbības ideālajā variantā tiek veiktas secīgi vai pat vienlaicīgi. Tāpat ārstēšanas metodes un rehabilitācijas metodes izmanto vai nu vienas un tās pašas programmas ietvaros, vai arī atsevišķu vienas iestādes vadītu programmu ietvaros. Turklāt dažreiz psihiatrisko ārstēšanu un rehabilitāciju veic viens un tas pats darbinieks. Tas nozīmē to, ka psihiatriskās rehabilitācijas darbinieki un ārsti nenodala ārstēšanu un rehabilitācijas procesu. Pacients tiek skatīts kā vienots veselums, ņemot vērā visus viņa dzīves aspektus, kurus šis process ietekmē. Jēdziens „ārstēšana” parasti tiek attiecināts uz simptomu atvieglošanu, kamēr rehabilitācija tiek attiecināta uz barjeru pārvarēšanu un tiekšanos pēc mērķiem. Mūsdienu psihiatriskās rehabilitācijas speciālisti šos jēdzienus skata kā

viens otru papildinošus. Apskatot smagu un ilgstošu garīgu traucējumu ārstēšanas būtiskākos komponentus, redzam, ka būtiska loma ir psihotropajiem medikamentiem, kurus paraksta ārsts, psihotisku simptomu ārstēšanai. Rehabilitācijas loma šajā procesā ir nozīmīga, jo pacientam ir nepieciešamas zināšanas un prasmes, lai pakļautos šim medikamentu režīmam. Pacienti ir nepieciešams vērot simptomus un blakusefektus, lai informētu par tiem ārstu. Šajā ziņā rehabilitācija var būt kā papildinājums ārstēšanai. Pacienta spēja vērot un atbilstoši dalīt informāciju par simptomiem, medikamentiem un blakusefektiem, var tikt uzlaboti ar izglītošanas palīdzību. Vēl viens būtisks punkts ir šāds – rehabilitācijas mērķi var traucēt, ja ārstēšanas pasākumi nav bijuši veiksmīgi, turpretī, veiksmīga ārstēšana var veicināt rehabilitācijas mērķus (88).

No psihiatriskās rehabilitācijas darbiniekiem nevar gaidīt maksimālu atdevi, ja arī turpmāk attieksme pret psihiatrisko rehabilitāciju būs kā pret psihiatriskās ārstēšanas nabaga radnieci. Pagātnē itin bieži psihiatriskās rehabilitācijas iespēja nemaz netika ņemta vērā. Par rehabilitāciju sāka domāt tikai pēc ārstēšanas pabeigšanas vai arī tad, kad ārstēšana bija izrādījusies neveiksmīga (89).

Terminam „ārstēšana” joprojām ir augstāks statuss nekā terminam „rehabilitācija”. Visai bieži rehabilitācijas speciālisti jūtas spiesti norādīt, ka līdztekus savam parastajam darbam viņi nodarbojas arī ar terapiju (sk. Pielikumu Nr.11). Rehabilitācijas speciālistam, neatkarīgi no tā, vai viņš ir psihiatrs, rehabilitācijas konsultants, psihologs, sociālais darbinieks, medicīnas māsa, darba terapeits vai psihiskās veselības konsultants, jāspēj atbildēt uz jautājumu: ”Kādus citus paņēmienus bez noteikta veida medikamentozās terapijas un psihoterapijas es varu izmantot, lai palīdzētu psihiski invalidizētām personām?”.

Psihiatriskās rehabilitācijas pārstāvji vienoti tic, ka personas ar smagiem un ilgstošiem garīgajiem traucējumiem, var sasniegt lielāku neatkarību un labāku dzīves kvalitāti ar psihiatriskās rehabilitācijas palīdzību. Šis pieņēmums, ka personas ar garīgiem veselības traucējumiem var piedalīties veiksmīgā rehabilitācijas procesā, ir izteiktā pretstatā ar garīgās veselības speciālistu uzskatiem nesenā pagātnē un pat šodien. Līdz vēliem 1970-tajiem - agriem 1980-tajiem gadiem vispārpieņemts uzskats bija, ka smagas garīgas slimības ir ar nemanāmu lejupejošu kursu, ar ļoti mazām cerībām, vai vispār bez cerības atlabt. Pretēji šim pesimistiskajam uzskatam, neseni pētījumi parāda, ka pat priekš smagi slimiem pacientiem, kurus uzskata par „norakstītiem”, ilgtermiņa prognoze ir pozitīva. Cits pozitīvs attīstības punkts ir

psihiatriskās rehabilitācijas darba pētnieku, praktizētāju un patērētāju darbs, lai attīstītu atlabšanu no garīgajām slimībām. Kaut arī dažas slimības un simptomi var ilgt visas dzīves garumā, psihiatriskās rehabilitācijas lauks ir spējīgs ātri mācīties un noteikt, ko nozīmē „atlabt” no smagas garīgas slimības (88).

Psihiatriskās rehabilitācijas procesa virzība nozīmē, ka invalidizētām personām ir nepieciešamas prasmes un atbalsts, lai viņas varētu funkcionēt pašu izvēlētajā rezidentālajā, izglītības, sociālajā un profesionālajā vidē. Psihiatriskās rehabilitācijas process sastāv no trim fāzēm, kas ir vērstas uz gribēto un nepieciešamo prasmju attīstīšanu un atbalstu radīšanu: diagnostiskā fāze, kurā rehabilitācijas darbinieks palīdz pacientam izvērtēt savas iemaņas un atbalstus, to stiprās un vājās puses. Atšķirībā no tradicionālās psihiatriskās diagnozes, kas apraksta simptomātiku, rehabilitācijas diagnoze sniedz personas pašreizējā prasmju pielietojuma līmeņa un uzvedības aprakstu, kā arī operatīvu vides atbalsta definīciju izvēlētajā rezidentālajā, izglītības, sociālajā un profesionālajā vidē; plānošanas fāze, kurā izmantojot diagnostisko informāciju, rehabilitācijas darbinieks palīdz pacientam izstrādāt rehabilitācijas plānu, kurš nosaka, kā konkrēti attīstīt prasmes un/vai radīt atbalstus, lai sasniegtu pacienta rehabilitācijas mērķus (šis plāns ir līdzīgs individualizētam pakalpojumu sniegšanas plānam, būtiska atšķirība ir tā, ka tas definē prioritāros prasmju attīstīšanas un resursu radīšanas mērķus un katra mērķa sasniegšanai nepieciešamo ieviešanu, nevis pakalpojumu sniedzējus); ieviešanas fāze, kuras laikā plāns tiek īstenots, lai attīstītu pacienta prasmes un/vai veidotu vidi, kas pacienta funkcionēšanā sniegtu lielāku atbalstu (sk. Pielikumu Nr.12).

Psihiatriskajā rehabilitācijā valda uzskats, ka mainot pacienta prasmes un/vai vides atbalstu, pieaugs pacientu un sabiedrības guvums. Veicot sociālo prasmju mācīšanu, tiek mēģināts noteikt pacienta interpersonālo disfunkciju, konstatēt konkrētu prasmju trūkumu, noteikt kādos apstākļos disfunkcijas izpaužas, un noskaidrot prasmju deficīta būtību. Sociālo prasmju attīstīšanai izmanto sīki izstrādātas apmācības metodes. Rehabilitācijas darbības ir vērstas un nelieliem uzvedības elementiem, liekot uzsvaru uz pakāpenisku vēlamās uzvedības tuvināšanu ar daudzkārt atkārtotu vingrinājumu palīdzību. Liela daļa pētījumu rāda, ka sociālo prasmju mācīšana pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem, palīdz samazināt sociālo prasmju deficītu.

Ģimenei ir liela ietekme uz pacienta rehabilitācijas iznākumu. Sakarā ar ģimenes un mājas apstākļu lielo nozīmi psihiski invalidizētu personu rehabilitācijas

procesā, ir jāpievērš uzmanība iespējām palielināt to pozitīvo ietekmi. Ģimenē ir jāapgūst zināšanas un prasmes, kas palīdz sadzīvot ar psihiski invalidizētiem ģimenes locekļiem, kamēr notiek pakāpenisks pielāgošanās process. Lai nodrošinātu to, ka ģimenes apgūst nepieciešamo zināšanu apjomu un tām tiek sniegta atbilstoša palīdzība, pakalpojumu sniedzējus ir jāapmāca, kā palīdzēt ģimenēm veiksmīgi tikt galā ar šo situāciju. Psihiatriskajā rehabilitācijā ģimenēm jānodrošina informācijas saņemšanu un jāpalielina to spēju risināt problēmsituācijas. Ģimenes norāda, ka tām nepieciešami īpaša veida pakalpojumi, kas palīdzētu saskarsmē ar viņu invalidizētajiem radniekiem. Ir nepieciešams apmācīt darbiniekus, kā vislabāk sniegt palīdzību un atbalstu ģimenes locekļiem. Ģimenēm ir jānodrošina atbalsts, lai tad, kad kāds no ģimenes locekļiem atgriežas no slimnīcas, tās varētu optimāli funkcionēt. Šāda veida pakalpojumi var ietvert praktisku zināšanu sniegšanu par garīgo saslimšanu, praktisku uzvedības virzīšanas paņēmieni mācīšanu, informāciju par resursiem (89).

Personāls ir tas, kurš ļauj konceptuāli spriest par to, kas ir nepieciešams rehabilitācijas rezultāta sasniegšanai. Pēc būtība, psihiski invalidizētu personu rehabilitācijas iznākumu ietekmē ar pacientu mijiedarbībā esošā personāla, programmu un dienestu efektivitāte. Analizējot to darbību, rehabilitācijas procesu var daudz efektīvāk pētīt, izmantot un mainīt.

Psihiski invalidizētas personas atrodas mijiedarbībā ar daudziem cilvēkiem, kuri var būtiski ietekmēt viņu rehabilitācijas iznākumu. Rehabilitācijas darbiniekiem, ģimenes locekļiem un citiem pakalpojumu izmantotājiem parasti ir vislielākā ietekme. Visbūtiskākais faktors ir nevis personāla ieņemamais amats, bet gan tā spēja būt izpalīdzīgam diagnozes uzstādīšanas, plānošanas un rehabilitācijas darbību veikšanas procesā, pildot noteiktas funkcijas. Neatkarīgi no titula, diploma vai amata, personālam ir jābūt nepieciešamajām zināšanām, iemaņām un attieksmei, lai varētu veikt šādus pasākumus:

1. Nodibināt kontaktu ar pacientiem ciešas saiknes izveidošanai;
2. Palīdzēt pacientiem izvirzīt pašu izvēlētos rehabilitācijas mērķus;
3. Palīdzēt pacientiem pašiem novērtēt savas prasmes un vides atbalstus to saistībā ar vispārīgo rehabilitācijas mērķi;
4. Palīdzēt pacientiem sastādīt plānu nepieciešamo prasmju un resursu attīstīšanai;

5. Palīdzēt pacientiem iemācīties tās prasmes, kuras viņiem nepieciešams apgūt;
6. Palīdzēt pacientiem pielietot tās prasmes, kuras viņiem jau ir;
7. Palīdzēt pacientiem saistīties ar nepieciešamajiem resursiem;
8. Palīdzēt pacientiem modificēt resursus, lai uzlabotu atbalsta sniegšanas līmeni;
9. Pastāvīgi sniegt pacientiem viņiem nepieciešamo personisko atbalstu.

Šie pasākumi ir jāveic diagnosticēšanas, plānošanas un rehabilitācijas ieviešanas procesā. Šie pasākumi nodrošina to, ka pacienti iegūst tās prasmes un resursus, kas nepieciešami viņu mērķu sasniegšanai.

Diplomētajiem speciālistiem, kas strādā šajā nozarē, ir jāveic daudzi tādi pasākumi, kuriem tradicionālās profesionālas apmācības programmas nav viņus sagatavojušas, kā arī tādi, kuros viņi ir maz ieinteresēti. Tas, ka diplomētie speciālisti nav apguvuši tehnoloģiju, kas ir nepieciešama darbā ar garīgi slimām un invalidizētām personām, izpaužas brīdi, kad jāveic funkcionālais vai resursu novērtējums, jāizstrādā rehabilitācijas plāns, jānāca prasmes, jāastāda prasmju pielietošanas programma, jākoordinē resursi un/vai jāmodificē resursi. Psihiatriskās rehabilitācijas darbiniekiem šī tehnoloģija jāapgūst, lai varētu vadīt pacientus cauri psihiatriskās rehabilitācijas procesam. Tā vietā, lai censtos noskaidrot atšķirības starp aprūpes koordinatoru, terapeitu, konsultantu utt., daudz saprātīgāk ir šķirot speciālistus pēc tā, ko viņi spēj veikt labi, un nodrošināt, lai komanda tiktu komplektēta tā, ka tā kopumā pārvalda visas prasmes, kas nepieciešamas pacienta vadīšanai cauri rehabilitācijas procesam.

Līdztekus to disciplīnu pārstāvjiem, ko parasti apzīmē par profesionāliem, strādā arī funkcionālie profesionāļi. Šīs personas bieži vien sauc par neprofesionāliem, paraprofesionāliem, kompanjoniem, voluntieriem, subprofesionāliem. Funkcionālos profesionāļus var definēt, kā personas, kuras, trūkstot formālam diplomam, pilda tās funkcijas, kas parasti ietilpst diplomāta speciālista pienākumos. Funkcionālie profesionāļi var sekmēt pacientos nozīmīgas konstruktīvas pārmaiņas un ka viņus var apmācīt relatīvi īsā laikā. Lai pēc iespējas labāk izmantotu funkcionālo profesionāļu palīdzību, ir jāņem vērā šādas atziņas:

1. Ja nediplomētais personāls netiek īpaši atlasīts un apmācīts, tā darbība parasti nav efektīva.

2. Tikai tad, ja funkcionālie profesionāļi ir papildus apmācīti un viņiem ir jāuzņemas noteikta atbildība, viņi spēj labvēlīgi ietekmēt pacientus, kam ir garīgas saslimšanas.
3. Funkcionālie profesionāļi ir vislielākie lietpratēji tādu rehabilitācijas pasākumu veikšanā kā kontakta nodibināšana ar pacientu, personiskā atbalsta sniegšana un veiksmīgākai funkcionēšanai sabiedrībā nepieciešamo prasmju mācīšana.

Ir skaidrs, ka pacienti var viens otru ietekmēt, un no rehabilitācijas iznākuma viedokļa tam var būt pozitīva nozīme. Pakāpeniski tiek atzīts, ka bijušo pacientu grupas, kā arī apmeklētājiem vienmēr atvērti centri ietekmē psihiatriskās rehabilitācijas iznākumu.

Vēl viens psihiatriskās rehabilitācijas „dalībnieks” ir Sabiedrības atbalsta sistēma, lai gan Latvijā tā nav attīstīta, dažas no tās funkcijām pilda dažādi garīgās veselības aprūpes komandas locekļi. Tā tiek definēta kā ieinteresētu un atbildīgu personu tīkls, kuras ir apņēmušās palīdzēt viegli ievainojamai iedzīvotāju grupai apmierināt tās vajadzības un attīstīt savu potenciālu, nodrošinot, lai šie cilvēki nebūtu izolēti vai izstumti no sabiedrības. Sabiedrības atbalsta sistēmas koncepcija tika radīta domājot par ilgstoši psihiski slimo pacientu daudzveidīgajām vajadzībām, dzīvojot sabiedrībā. Sabiedrības atbalsta sistēmas funkcijās ietilpst to pacientu noteikšana, kam šie pakalpojumi ir nepieciešami; palīdzība viņu pamatvajadzību apmierināšanā; psihiskās veselības aprūpes nodrošināšana, iekļaušanās krīzes gadījumā, visaptveroši psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumi, aprūpes koordinēšana, atbalsts dzīvokļa jautājumu risināšanā, ģimenes atbalsts un juridiska palīdzība; kā arī formālu un neformālu palīdzības sistēmu izmantošanas veicināšana. Sabiedrības atbalsta sistēmai ir kopīga filozofija un pamatprincipi ar psihiatrisko rehabilitāciju, kas nepieciešami sniedzot palīdzību personām ar psihisku invaliditāti (89) (sk. Pielikumu Nr.13).

Lai psihiatriskā rehabilitācija arī turpmāk saglabātu labvēlīgu atbalstu, ir jāuzlabo personāla apmācības veids, programmu izstrādāšanas un pakalpojumu sistēmu izveides process. Psihiatriskās rehabilitācijas praksē darbiniekiem ir nepieciešamas specifiskas prasmes, zināšanas un attieksme, ir nepieciešamas arī novatoriskas programmas un pakalpojumu sistēma, kas sniedz atbalstu psihiatriskajai rehabilitācijai.

Ir jāatturas no diskusijām par slimnīcas priekšrocībām pretstatā ārpus slimnīcas aprūpei un ir jādefinē tās funkcijas, kuras katrs no šiem aprūpes veidiem spēj īstenot

labāk. Garīgās veselības pakalpojumu izmantotāji, gluži tāpat kā jebkuru citu pakalpojumu izmantotāji, labprātāk vēlas dzīvot sabiedrībā. Slimnīca ir sabiedrības daļa un tai ir jāpilda noteikta loma palīdzot cilvēkiem dzīvot sabiedrībā, nevis viņus tur nelaižot. Ārpus slimnīcas praktizējošiem speciālistiem ir jāseko saviem pacientiem slimnīcā, un slimnīcai ir jākoncentrē uzmanība uz to, lai veiksmīgāk palīdzētu cilvēkiem atgriezties sabiedrībā. Gan vienām, gan otrām jādod pacientiem iespēju dzīvot, mācīties, socializēties un strādāt tur, kur viņi vēlas. Psihiatrisko ārstēšanu un rehabilitāciju ir jāuzlūko nevis par konkurējošiem, bet gan par komplementāriem viens otru papildinošiem modeļiem. Ir jāredz garīgās veselības sistēmu, kas uzskata, ka pacientu ar garīgas veselības traucējumiem centieni un mērķi ir tādi paši kā jebkurai citam cilvēkam. Garīgās veselības pakalpojumu izmantotāji spēj formulēt savus mērķus, lai gan sistēmas plānotāji reti kad viņiem to lūdz darīt. Izskanējušas bažas, ka personas ar garīgās veselības traucējumiem nav spējīgas izvirzīt mērķus, vai arī viņu izvirzītie mērķi būs destruktīvi vai nereāli. Tomēr vairums šo personu spēj izvirzīt saprātīgus mērķus, ja vien viņiem šādu iespēju dod un nodrošina atbilstošu palīdzību. Protams, nav noliedzams, ka reizēm personas, kam ir garīgās veselības traucējumi, var izvirzīt nereālus vai destruktīvus mērķus. Tomēr, pacientiem iesaistoties procesā, kas ir vērsts uz to, lai noskaidrotu, ko viņi vēlas dzīvē sasniegt, nevis to, kā patoloģija ir izmainījusi viņu dzīvi, patoloģiskie simptomi pakāpeniski mazinās. Vairumu šo personu ir iespējams iesaistīt tādu mērķu izvirzīšanā, kas ir saistīti ar dzīves iekārtošanu, izglītību, socializāciju un darbu. Ja rehabilitācijas ikviens no aprūpes komandas locekļiem veltīs pietiekami daudz laika tuvu attiecību nodibināšanai ar pacientiem, viņi var vieglāk noskaidrot, ko pacienti vēlas. Garīgās veselības aprūpes komandas locekļiem ir jāuzklausā pacientu mērķi ar tādu pašu uzmanību, ar kādu tiek novērtēti viņu simptomi.

Viens no lielākajiem šķēršļiem, kas traucē pacientiem īstenot izvirzītos mērķus, ir tā sabiedrība, kurā šie mērķi jāsasniedz. Bieži vien piemērota darba vai pieklājīgas dzīvesvietas iegūšanu kavē nevis nepieejama celtnē, bet gan nepieejama persona. Darba devēji, namīpašnieki, skolotāji un kaimiņi spēj atraisīt personu ar garīgās veselības traucējumiem dotības, tikai vispirms viņiem jāatbrīvojas no aizspriedumu gūsta. Ja mainītos sabiedrības attieksme, pieaugtu to pacientu skaits, kuri spēj strādāt, atsākt mācības, dzīvot daudz patstāvīgāk, pie tam pašiem pacientiem pat nemainoties.

Bieži vien pacientiem rehabilitācijas ieviešanā atbalsta komponents ir nepieciešams ilgstoši. Psihiatriskajā rehabilitācijā atbalsta komponentam ir jābūt

pieejamam pēc pacienta brīvas izvēles tik ilgi, cik tas ir nepieciešams, arī palīdzētu viņiem funkcionēt. Personām, kam ir garīgās veselības traucējumi, ir jāzina, ka vajadzības gadījumā viņas varēs saņemt atbalstu. Psihiatriskās rehabilitācijas atbalstītājiem ir jānodrošina, ka personas, kam ir nepieciešama psihiatriskā rehabilitācija, saņem tāda veida palīdzību, kāda ir nepieciešama, tik bieži un tik ilgi, cik viņas to vēlas un cik tas ir nepieciešams.

Psihiatriskās rehabilitācijas vīzijas īstenošana ir atkarīga no pieaugošās zināšanu bāzes, filozofijas un izcilas tehnoloģijas, kā arī no psihiatriskās rehabilitācijas nozarē strādājošiem cilvēkiem, viņu realizētajām programmām un atbalstu sniedošajām sistēmām.

Apskatot garīgās saslimšanas un rehabilitācijas procesu, redzam, ka tas ir samērā komplekss process, tāpēc ir nepieciešama vispusīga pieeja ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas gaitā jeb holistiska pieeja. Tāpēc nākošajā nodaļā vēlos apskatīt jēdzienu „holistiska pieeja” un tās nozīmi pacienta ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā.

1.7. Holistiska pieeja - komandas darba pamats pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem

20. gs. 60. Gados, kad cilvēki kļuva neapmierināti ar pastāvošo veselības aprūpes sistēmu, parādījās 2 populāri termini, „holistiska veselība” un „holistiska veselības aprūpe”. Tulkojumā no grieķu valodas vārds „holistisks” nozīmē – veselums. Holistiskajā teorijā teikts, ka cilvēks ir veselums, kas veidots no fizioloģiskās, garīgās, psihiskās un sociālās dimensijas (90) P, kas, savukārt, nozīmē, ka aprūpe ir jāveic visu šo dimensiju ietvaros – holistiski. Aprūpes komandas locekļiem ir nepieciešamas zināšanas visās šajās teorijās, lai spētu sekmīgi aprūpēt pacientus. Nav iespējams iepazīt pacientus aplūkojot šīs sastāvdaļas šķirti vienu no otras. Tieši visu šo daļu mijiedarbība padara cilvēkus tik neatkārtojamus un atšķirīgus citu no cita. Aprūpes komandas locekļiem ir nepieciešama labi attīstīta izpratne par visām šīm lietām un arī par to kā visas dimensijas mijiedarbojas (90).

Mūsdienās Pasaules Veselības organizācija veselību ir definējusi kā fizisku, garīgu un sociālu labsajūtu, tā akcentējot veselības ciešo saistību ar sociālajiem faktoriem, kas būtiski ietekmē veselības saglabāšanu, veidošanu, veselīga dzīvesveida ievērošanu. Biopsihosociālais modelis medicīnā nozīmē to, ka jebkuras slimības ģenēzē darbojas daudzi komponenti. Katrā individuālā gadījumā slimības attīstībā būs dažāds šo komponentu īpatsvars, un šī iemesla dēļ arī ārstēšanas plāna akcenti katrā gadījumā būs atšķirīgi. Šis skaidrojums daļēji balstās uz holismu, kas notiekošo cenšas izprast visaptveroši. Šis modelis ir radies kā pretstats valdošajam biomedicīniskajam modelim, kurā slimības psiholoģiskās un sociālās saknes netiek analizētas. Epidemioloģiskie pētījumi Rietumeiropā liecina, ka ģimenes ārsta praksē ir 60 – 80% tādu pacientu, kuru slimības izcelsmes pamatā ir psiholoģiskie faktori, šī tendence turpina saglabāties. Situācija Latvijā būtiski neatšķiras, turklāt ekonomiskās situācijas, veselības aprūpes, kā arī manāmi sociālie uzlabojumi vēl ilgu laiku nav gaidāmi (91).

Mūsdienās vairs nevar turēties pie uzskata, ka slimība ir katra cilvēka personiska lieta. Slimību seku likvidēšanā un rehabilitācijas procesā ir iesaistīti ne vien ārsti, aprūpes personāls, psihologi, sociālie darbinieki, bet arī apdrošināšanas sabiedrības, dažādas citas organizācijas, reliģiskas un pat politiskas apvienības(91).

Šodien garīgas veselības aprūpes sistēma bieži tiek aplūkota caur problēmām. Garīgas veselības ārstēšana ir dārga un daudzas apdrošināšanas sabiedrības nesedz vai sedz daļēji garīgās veselības ārstēšanu. Pacienti tiek stacionēti valsts klīnikās tādējādi

izrauti no savām atbalsta sistēmām un nereti saņem ierobežotus aprūpes pakalpojumus (3).

Lai pacients gūtu maksimālu labsajūtu savā veselības – slimības gaitā, ir nepieciešama vispusīga pieeja jeb holistiska pieeja. Holistisks aprūpes process ir nepārtraukts, kas ietver sešus galvenos soļus, kurus jāveic vienlaikus. Šīs daļas ir novērtēšana, plāni/izaicinājumi/vajadzības, gaidāmais rezultāts, terapeitiskais aprūpes plāns, tā īstenošana un novērtējums (92). Novērtēšanas posms ietver konkrētus parametrus, kurus aprūpes komandas locekļiem jānovērtē: pacienta sociālā atbalsta sistēma un sociālais tīkls; kādā kvalitātē pacients uztver šīs attiecības un vai gūst apmierinājumu no tām; pacienta spēju skaidri komunicēt un stāstījuma struktūra; dominējošo attiecību stilu; aizsardzības mehānismus; robežu izpēti; atkarību attiecībās. Plānu/izaicinājumu/vajadzību posms saistāms ar attiecībām, kur var tikt vērojama atturība, noliegums, jūtu apspiešana, racionalizācija, regresija, izmaiņas ģimenes struktūrā, seksuālā disfunkcija, sociālo saistību trūkums, garīgs nepiepildījums, mainīts ģimenes stāvoklis, nespēja tikt galā ar kaut ko, pašaprūpes deficīts, pašaprūpes disfunkcija, bailes, skumjas, nemiers, reakcija uz traumu. Terapeitiskā aprūpes plāna posmā aprūpes veicēji rūpīgi plāno kā efektīvāk uzlabot attiecību ietekmi, attiecīgi nākošajos posmos tas tiek īstenots un izvērtēts (93).

Holistiskā aprūpes pieejā, kas reizē ir uz attiecībām centrēta aprūpe, kas tiek parādīta kā aprūpes sniegšanas modelis, kurš balstīts uz sabiedrības vīziju, kurā tiek identificēti trīs attiecību tipi: pacienta – aprūpes sniedzēju attiecības, sabiedrības – aprūpes sniedzēju attiecības, aprūpes sniedzēju savstarpējās attiecības. Uz attiecībām balstīts aprūpe ir tikpat svarīga kā plānu izstrāde, lai sniegtu pacientam un ģimenei augstāko aprūpes līmeni.

Pacienta – aprūpes sniedzēju attiecībās, aprūpes sniedzēji iekļauj visaptverošu biotehnoloģisko aprūpi ar psihiskās, sociālās, garīgās aprūpes elementiem. Aktīva sadarbība ar pacientu un viņa ģimeni lēmumu pieņemšanā, veselības veicināšanā, stresa un slimības novēršanā iesaistot ģimeni, arī ir daļa no attiecībām. Sekmīgu attiecību pamatā ir aktīva klausīšanās un efektīva komunikācija, aprūpes, ārstēšanas un vērtības elementu sabalansēšana, ētikas principu ievērošana, lai saglabātu pacienta un ģimenes cieņu un vienotību, kā arī nevienlīdzības sajūtas mazināšana attiecībās ņemot vērā rasi, dzimumu, izglītības līmeni, nodarbošanos un socioekonomisko stāvokli. Efektīvu aprūpes veicēju- pacienta attiecībās, aprūpes sniedzējiem ir jāattīsta specifiskas zināšanas, prasmes un vērtības (sk. Pielikumu Nr.14), ieskaitot sevis

izzināšanu, spēju pieņemt pacienta zināšanas un pieredzi par veselību un slimību, attīstot un saglabājot aprūpes attiecības ar pacientu, kā arī skaidru un efektīvu komunikāciju.

Sabiedrības – aprūpes sniedzēju attiecībās pacients un viņa ģimene vienlaikus pieder vairākām sabiedrības grupām, tādām kā, maza ģimene, piederīgie, draugi, kolēģi, kaimiņi, reliģiskās un sabiedrības organizāciju grupas un slimnīcas personāls. Aprūpes sniedzējiem jābūt iejūtīgiem sadarbībā ar šīm dažādajām grupām, kurām pieder pacients, un jāveicina aktivitātes, kas veicina sadarbību starp šīm grupām un pacieniem un ģimeni. Šķēršļi un barjeras katrā sabiedrības grupā, kas kavē pacienta atlabšanu ir jāatpazīst un jāuzlabo veselības veicināšanas un labsajūtas radīšanas process. Zināšanas, prasmes un vērtības, kas nepieciešamas aprūpes veicējiem, lai efektīvi iesaistītos attiecībās ar dažādām sabiedrības grupām ir apkopotas pielikumā Nr. 15, ieskaitot izpratni par sabiedrības grupu nozīmi, spēju atpazīt daudzus un dažādos veselības un slimības atbalstītājus sabiedrībā attīstot un saglabājot attiecības ar sabiedrību, darba kolēģiem un citiem indivīdiem un organizācijām, lai vairotu sabiedrībā balstītu aprūpi.

Attiecībās starp aprūpes sniedzējiem ir jāparedz holistiskas aprūpes sniegšana pacientam un ģimenei, kas ietver daudz un dažādus aprūpes sniedzēju savstarpējos attiecību veidus. Sadarbība attiecībās paredz un rada kopēju plānošanu un darbību, lai sasniegtu kopīgi noteiktos mērķus, ar kopīgu atbildību par rezultātu. Pastāv atšķirība starp multidisciplināru un interdisciplināru aprūpes darbu. Multidisciplināra aprūpe ietver secīgu, vienu otrai sekojošu specifisku disciplīnu veselības aprūpē, caur dažādiem indivīdiem. Interdisciplināra aprūpe arī ietver koordinēšanu, kopīgu lēmumu pieņemšanu, komunikāciju, kopīgu atbildību un vadību, bet šo speciālistu pamatkomanda ir cita, garīgās veselības aprūpē viņi iesaistās brīdī, kad nepieciešama konkrēta palīdzība, pēc kuras saņemšanas tikai, ir iespējams darbu sākt vai turpināt garīgas veselības multidisciplinārajai komandai. Visu terapiju un ārstēšanas mēģinājumu pamatā ir kvalitatīvas attiecības aprūpes sniedzēju un pacienta starpā, un aprūpes sniedzējiem ir nepieciešams cienīt vienu otru. Tradicionālajiem un alternatīvajiem aprūpes sniedzējiem ir jāpārdomā par dažādajām terapeitiskajām un ārstēšanas modalitātēm, ko katrs no aprūpes sniedzējiem pielieto. Turklāt, tradicionālajiem aprūpes sniedzējiem jābūt gataviem pieņemt komplementāros un alternatīvos aprūpes sniedzējus, viņu terapijas un praksi (akupunktūru, augus, aromterapijas, pieskārierterapijas, mūzikas terapijas, dziedniekus). Šāda veida

pieņemšana prasa citādo ārstēšanas metožu apgūšanu un iepazīšanu, būt atvērtiem potenciālajam labumam no šīm metodēm un novērtēt kultūru dažādību. Efektivitāte no savstarpējās sadarbības starp aprūpes sniedzējiem atkarīga no viņu spējas kopīgi risināt problēmas, uzstādīt mērķus un lēmumus pieņemt caur uzticēšanos, koleģialitāti un vidi. Aprūpes sniedzējiem būtu vēlām strādāt savstarpēji atkarīgi nevis autonomi ar augstprātību un pārākumu pār pacientu. Lai izveidotu veiksmīgas aprūpes sniedzēju savstarpējās attiecības nepieciešamas zināšanas, prasmes un vērtības, kas parādītas pielikumā Nr. 16, ieskaitot sevis izprašanas attīstīšanu, sapratni par dažādo zināšanu bāzi un prasmēm, kuras piemīt cietiem aprūpes sniedzējiem, komandas un sabiedrības attīstību, sapratni par darbu dinamiskā grupā, komandā un organizācijā, kas paredz dažādo resursu pieejamību pacientam un ģimenei. Šajos attiecību modeļos iespējams saskatīt ciešu saistību ar Peplau teorijā teikto par komunikācijas, attiecību struktūru un iekšējo personu procesu nozīmi aprūpes, ārstēšanas un rehabilitācijas procesā. Katru no Peplau minētajiem procesiem var pielīdzināt šajā nodaļā minētajiem attiecību modeļiem un to attīstīšanai.

Holisms ietver uzskatu, ka indivīds/pacients ir vienots veselums, kurš jāskata un jāvērtē kopumā nevis pa atsevišķām daļām. Dabas sistēmu teorijas paredz izpratni par visu dabisko struktūru vienoto saistību visumā, kamēr bioloģiskais, psihiskais, sociālais un garīgais modelis kalpo par ceļvedi praksē. Ar šīm struktūrām holistiskas aprūpes mērķi tiek izvirzīti, lai panāktu ārstēšanu cilvēkam, kā vienotam veselumam no dzimšanas līdz nāvei.

Aprūpes komandas locekļi, kuri ievēro holistiskas aprūpes galvenos principus, centrējas uz vienotu personas aprūpi, cienot un aizstāvot pacienta tiesības un izvēli. Balstoties uz holistisko pieeju un pacienta veselības modeļu identificēšanu, tiek pieņemti lēmumi par aprūpes gaitu sadarbojoties ar pacientu un citiem aprūpes veicējiem. Pacients vairo savu aktīvo lomu aprūpes procesa plānošanā un lēmumu pieņemšanā, meklējot zināšanas profesionālajā aprūpes sniedzēju pieredzē, caur aprūpes sniedzēju – pacienta savstarpējām iedarbībām. Pacients tiek mudināts piedalīties aprūpes procesā cik vien aktīvi iespējams, uzņemties atbildību par saviem lēmumiem un izvēlēm attiecībā uz pašaprūpi. Taču aprūpes sniedzējiem ir jāatceras, ka holistisks aprūpes process ir tikai instruments, struktūra kārtībai, dokumentācijai un diskusijai aprūpes sniedzēju – pacienta savstarpējā iedarbībā. Pārmērīga paļaušanās uz struktūru un objektīvismu, var padarīt cilvēku/pacientu par bērnu (92). Arī Peplau, pie ceturtnā attiecību posma – risinājuma posma, apgalvo, ka aprūpes

komandas locekļiem nav pienākums iemācīt pacientam problēmu risinājumus, bet labāk ir palīdzēt pacientam uzlabot viņa prasmes problēmu risināšanā, lai viņš pats spētu nonākt līdz risinājumam, un pēc Maslova, pats spētu uzstādīt sev mērķus, tādējādi, realizējot savas spējas un sevi pašu.

Pozitīva garīgā veselība ir daudzu sfēru kopums, tā ietver labsajūtu un pozitīvu prāta stāvokli. Tā ir neatņemama veselības daļa, ietverot pozitīvu fizisko veselību. Tā var sakrist ar garīgās un fiziskās slimības sākumu, raksturu un rezultātu, kā arī ietekmēt tos. Līdzīgi, arī pozitīva fiziskā veselība var ietekmēt sākumu, raksturu un rezultātu garīgajai un fiziskajai slimībai. Šīs savstarpējās attiecības ir ietvertas veselības holistiskajos jēdzienos, tāpat, tās ir dažādu populāciju ietekmētas.

Attiecības starp fizisko un garīgo veselību, un starp sociālo, bioloģisko un psiholoģisko šo faktoru stāvokli, ir sarežģītas. Fiziskās un garīgās slimības apstākļi ir noteikti un sarežģīti pēc sava attiecību rakstura, kas tiek arvien vairāk pētīts. Dažādie psiholoģiskie, sociālie un fizioloģiskie procesi ir ietverti slimības sākuma posmā un attīstības gaitā, kas var tikt mainīti ar iejaukšanos, kuras mērķis ir garīgās veselības uzlabošana. Kā nosaka pētījumi, pozitīvs garīgās un fiziskās veselības stāvoklis ir ierobežots. Pierādījumi par garīgās veselības veicināšanu, tāpat kā apstākļi, ka pozitīva garīgā veselība, ietekmē fizisko un garīgo slimību, ir kļuvuši visiem zināmi un bieži tiek balstīti uz secinājumiem. Tas nozīmē, ka daudzi no esošajiem pierādījumiem ir balstīti uz mācībām par attiecībām starp slimības un veselības stāvokļiem un tos noteicošajiem faktoriem. Holistiskas veselības aprūpes jēdzieni ir balstīti uz daudzu pamatiedzīvotāju ticībām par veselības raksturu un labsajūtu (14,94). Tam par piemēru der veselības definīcija, kas tika pieņemta Austrālijas seno pamatiedzīvotāju kultūrā, kur veselība ir „ne tikai indivīda fiziska labsajūta, bet sociāla, emocionāla un kulturāla labsajūta visā sabiedrībā. Tas ir dzīves veseluma skatījums un tas ietver „dzīve-nāve-dzīve” ciklisko jēdzienu (95).

Garīgais, vides, fiziskais, sociālais un emocionālais faktors tiek apskatīts kā mijiedarbība un ietekme vienam uz otru dažādos veidos”. Jaunākie pētījumi attīstītajās valstīs ir nākuši klajā ar atzinumu par līdzīgām ietekmēm, tādām kā, sociālo faktoru efekts (96), ieskaitot sociālo priekšrocību un saistību (97) ietekmi uz veselību kopumā, un pozitīva prāta stāvokļa ietekmi uz veselību (98,99)

Šādas ietekmes ir hipotētiskas, tādēļ, ir nepieciešams izcelt holistiskas pieejas vērtību ietekmi uz veselību. Kā dabiskas sekas šiem pieņēmumiem var būt apstākļi, ka pozitīvas garīgās veselības veicināšana var tikt uzskatīta par nozīmīgu nosacījumu

veselībai globālā mērā, un kā potenciāla rezultātu uzlabošana gan fiziskās, gan garīgās slimības gadījumā (14).

2. PRAKTISKAIS PĒTĪJUMS

2.1. Pētījuma metodoloģija

Pētījuma aktualitāte pamatota ar nepieciešamību noteikt faktorus, kas ietekmē veiksmīgas aprūpes komandas izveidi un sekmīgu tās funkcionēšanu, kā arī tās neatsveramo nozīmi pacientu ar garīgās veselības traucējumiem ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā. Darba pieredze ļāva izvirzīt pētniecības darba hipotēzi, kas pamatota uz novēroto darbā attiecībā uz ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesa veikšanu pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi. Pētījuma veikšanai tika izvēlēts viens no Latvijas psihiatrijas centriem – stacionāro vīriešu un sieviešu nodaļu personāls, uzņemšanas nodaļas personāls un ambulatori konsultatīvo nodaļu personāls. Pētījumā piedalījās minēto nodaļu personāls, kas saistīts ar pacientu aprūpes, ārstēšanas un rehabilitācijas procesu. Pētījuma grupu veidoja 154 dalībnieki. Datu iegūšanai izmantota kvantitatīvā pētniecības metode ar anketēšanu. Šī metode ļauj sniegt visiem pētījuma respondentiem vienādus jautājumus un vienādus atbilžu variantus.

Pētījums tika veikts laikā no 2010. gada 11. februāra līdz 2010. gada 15. martam. Personāla anketēšanai tika saņemta administrācijas atļauja (sk. pielikumu Nr. 16). Tika veikts pilotpētījums, kura ietvaros piecas anketas tika izdalītas pieciem iestādes darbiniekiem, rezultāti parādīja, ka respondenti anketu aizpildījuši pareizi.

Anketa sastāv no 17 jautājumiem un komandas darba procesa vērtējuma skalām 10 baļļu sistēmā (sk. pielikumu Nr. 17), kas ļaus iegūt informāciju par esošo situāciju komandas darba attīstībā, veicinošos un kavējošos apstākļus komandas izveidē, kā arī ieteikumus komandas darba attīstīšanai un veicināšanai.

1. – 3. jautājums sniedz informāciju par darba pieredzi garīgās veselības aprūpē, specialitāti un ikdienā aprūpējamo pacientu skaitu.

4. – 6. jautājums vērsts uz esošo zināšanu noteikšanu garīgās veselības aprūpē un zināšanu papildināšanas veidiem.

7. – 8. jautājumā respondenti sniedz informāciju par savu personīgo strādāšanas stilu un vai viņi jūtas kā komandas locekļi, kas ļauj izvērtēt, vai viņi kā darbinieki spēj strādāt komandā un attīstīt šāda veida darbu.

9. jautājumā tiks noskaidrots, kas ir konkrēto respondentu komandas dalībnieki, kas parādīs to, cik kvalitatīvi tiek veikts ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas process pacientiem un holisma principa īstenošanu, kas savukārt nosaka pacienta turpmāko slimības – veselības gaitu un iespējamo atgriešanos/neatgriešanos stacionārā.

10. - 11. jautājums sniedz informāciju par komandas vadības procesu un lēmumu pieņemšanu ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā, kas ļauj noteikt komandas stabilitāti un saliedētību, no kā lielā mērā ir atkarīga lēmumu pieņemšana, kas attiecas uz pacienta slimības - veselības gaitu.

12. – 14. jautājums paredzēts, lai noteiktu, kā pacients tiek uztverts kā komandas loceklis, rehospitalizācijas iemeslus un komandas darba nozīmīgumu pacienta atveseļošanās procesā.

15. - 16. jautājumā respondentiem tiek piedāvāts izteikt viedokli par to, kas varētu būt veicinošie un kavējošie apstākļi sekmīgas aprūpes komandas izveidē un darbībā.

17. jautājumā brīvā formā respondenti var paust ieteikumus komandas darba attīstībai un veicināšanai.

Anketas noslēgumā lūgts novērtēt esošo komandas darba procesu 10 baļļu sistēmā, pēc T. Dembo – S. Rubenšteinas pašnovērtējuma skalas. Procesa vērtējumā ietvertas šādas pozīcijas – kārtība - nosaka vienotību komandas darba attīstībā un darbības virzību; iesaistīšanās - parāda komandas locekļu līdzdarbošanos un iesaistīšanās vienmērību; saskarsme - ļauj noteikt cik lielā mērā notiek komandas locekļu savstarpējā profesionālā sazināšanās un informācijas apmaiņa; vadība - atspoguļo vadības iesaistīšanos komandas darba nodrošināšanā un virzībā; lēmumi - parāda to cik vienoti tiek pieņemti lēmumi, kas lielā mērā arī nosaka to kvalitāti. Katra komandas darba procesa pozīcija jāvērtē 10 baļļu sistēmā, kur 1 – 4 balles apzīmē zemu konkrētās pozīcijas vērtējumu, 5 – 7 balles vidēju un 8 – 10 balles apzīmē augstu konkrētās pozīcijas vērtējumu.

Iegūto datu apstrādei tika izmantota iegūto vērtību biežumu sadalījuma izveidošana, ka arī variāciju statistika un Microsoft Office Excel 2007 programma.

2.2. Pētījuma rezultāti, analīze

Pētījumā piedalījās 154 respondenti, kur katram dalībniekam tika piešķirts šifra numurs no 1 – 154 un pētījuma gaitā iegūtie dati tika apkopoti tabulās (18. pielikuma tab. Nr. 8).

Līdzšinējā darba gaitā, ar literatūras apskata palīdzību, tika noskaidroti veselības aprūpes komandas izveides un sekmīgas darbības aspekti un nepieciešamība ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesā, pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi, kā arī veicinošie un kavējošie faktori šādam darbam. Turpmākajā darba gaitā, apskatot pētījumā iegūtos datus, tiks veikta analīze par pašreizējo veselības aprūpes darbinieku darbu komandā ar pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi, un to ietekmi uz rehabilitācijas procesu šiem pacientiem, tādējādi gūstot vai negūstot atbalstu izvirzītajai hipotēzei, ka darbs komandā spēj sniegt lielākas iespējas atlabt, pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem, nekā dažādu speciālistu individuāli veikts darbs.

2.2.1. 1. – 3. jautājumu grupas datu apskats un analīze

Liela nozīme aprūpes, ārstēšanas un rehabilitācijas procesā ar pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi, ir darba pieredze, kas ir arī viens no pozitīvajiem aspektiem lai attīstītu komandas darbu, jo ir iespējams vērtēt un analizēt līdzšinējo darba stilu un salīdzināt ar jaunākajām metodēm. Taču lielāko tiesu šie darbinieki ir pensijas vecumā, kas, savukārt, ir mīnuss, jo mēdz pieturēties pie vecajām metodēm, neatzīstot nekādus jaunievedumus.

Kā liecina iegūtie dati par darba pieredzi psihiatrijā, lielākā daļa respondentu, kas sastāda 63%, sevi identificē grupai, kurā tiek praktizēts psihiatrijā 11 un vairāk gadu (c). 21% aptaujāto atzīmējuši, ka psihiatrijā praktizē intervālā no 6 līdz 10 gadiem (b), savukārt 16% darba stāžs psihiatrijā ir līdz 5 gadiem (a) (sk. pielikuma Nr.19 1. attēlu).

Analizējot literatūru bija redzams, ka būtiska nozīme sekmīgā komandas darbā ir speciālistu dažādība, jeb dažādo zināšanu nepieciešamība, lai spētu apmierināt dažādās pacienta vajadzības, kas attiecas uz ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesu. Lai noskaidrotu kādi speciālisti darbojas konkrētajā garīgās veselības iestādē un struktūrvienībās, respondentiem tika piedāvāts jautājums, kurā jānorāda sava specialitāte. Apkopojot iegūto informāciju, redzams, ka lielākā daļa no garīgās

veselības aprūpes speciālistiem ir māsas, kas sastāda 61% no kopējā respondentu skaita (b). 14% aptaujāto ir ārsti – psihiatri (a), bet 25% respondentu minējuši citas specialitātes (c), no kurām lielākā daļa jeb 69% ir māsu palīgi, 13% - sociālie darbinieki, 10% psihologi un 8% aptaujāto ir ārsti – rezidenti (sk. pielikuma Nr.19 2. attēlu).

Lai noskaidrotu darbinieku noslogotību savā ikdienas darbā, respondentiem bija jānorāda ikdienā aprūpējamo pacientu skaits. Iegūtā informācija parāda, ka vairums respondentu jeb 88% norāda, ka ikdienā aprūpē vairāk nekā 11 pacientu (c), 3% aptaujāto savā ikdienas darbā aprūpē no 6 – 10 pacientiem (b), bet 9% respondentu aprūpē līdz 5 pacientiem (a) (sk. pielikuma Nr.19 3. attēlu).

2.2.2. 4. – 6. jautājumu grupas datu apskats un analīze

Nākošā jautājumu grupa tika sastādīta, lai noskaidrotu respondentu zināšanas par komandas darbu un tā nozīmi garīgās veselības aprūpē. Respondentiem bija nepieciešams norādīt savus zināšanu papildināšanas veidus par darbu ar pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi. Kā parāda pētījumā iegūtie dati, vairums respondentu jeb 36% no kopējā respondentu skaita savas zināšanas papildina regulāri apmeklējot kursus (b), 24% aptaujāto savas zināšanas papildina iepazīstoties ar jaunāko informāciju literatūrā un periodiskajos izdevumos (c), 20% respondentu regulāri apmeklē seminārus un kongresus (a), 16% par savu zināšanu papildināšanas veidu izvēlas internetā piedāvāto informāciju (d), tikai 2% aptaujāto dodas pieredzes apmaiņā uz citām valstīm, lai papildinātu savas zināšanas (e), savukārt 1% respondentu neuzskata par vajadzīgu papildināt savas zināšanas (f). Šajā jautājumā tika piedāvāts variants, kurā norādīt kādu citu zināšanu papildināšanas veidu, izņemot jau piedāvātos, šo variantu izvēlējās 1% aptaujāto (g), kurā tika minēti tādi varianti kā studijas universitātē – garīgās veselības aprūpes māsas specialitātē, zināšanu iegūšana no vecākajiem kolēģiem, paša personīgā pieredze un mācīšanās no pacientiem arī tika minēta, kā zināšanu papildināšanas veids (sk. pielikuma Nr.19 4. attēlu).

World Health Organisation (1998), Department of Health (2000, 2001b), Reeves (2001), Barr (2005) pētījumos noskaidrots, ka to dalībnieki novērtē atzinīgi starpdisciplinārās izglītības iespēju un pieredzi, kā arī atzīst, ka tās palīdz vairot izpratni par sadarbības nozīmi, turklāt kāda no komandām atzīst, ka šādi semināri palīdzējuši uzlabot savstarpējo komunikāciju vienam ar otru. Taču pieredze rāda arī to, ka ierobežotais apmeklētāju skaits kavē šo semināru darbu. Starpprofesionālā

izglītība tiek aplūkota kā iespēja uzlabot sadarbības pasākumus veselības un sociālo darbinieku starpā visā pasaulē. Kopīgi strādājot starpdisciplinārās izglītības politika ir viesusi ticību, ka šāda veida izglītošana var attīstīt nepieciešamās zināšanas un prasmes, lai veicinātu efektīvas starpdisciplinārās un starpaģentūru aprūpes nodrošināšanu. Sistemātisku pētījumu atklājumi par starpprofesionālo izglītību rāda, ka tā ir spējīga sniegt pozitīvu devumu zināšanās un prasmēs par sadarbības nozīmi pacienta aprūpes uzlabošanā (100,101,102).

Tālāk sekojošais jautājums liek norādīt respondentiem, vai viņi savas zināšanas par darbu ar pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi, uzskata par pietiekošām. Šeit iegūtā informācija parāda, ka 10% aptaujāto savas zināšanas uzskata par pilnīgi pietiekamām (a), 78%, tās uzskata par pietiekamām, bet vēlas padziļināt (b), savukārt 12% savas zināšanas par darbu ar pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi, uzskata par nepietiekamām (c) (sk. pielikuma Nr.19 5. attēlu).

Appleby (2000) pētījumā noskaidrots, ka deinstitucionalizācijas procesā darbinieki ir pārcelti no institūcijas uz sabiedrībā balstītu aprūpes sniegšanu, bez pienācīgas apmācības un sagatavošanas, arī Duggan (1997) un Brooker (1994) pētījumu rezultātā guvuši atbalstu pieņemumam, ka nepieciešamas atbilstošas apmācības un treniņu programmas. Minimālais pamatzināšanu standarts, kas ietver spēju identificēt garīgās saslimšanas, novērtēt un pārzināt riska iespējas, pamatzināšanas par psihotropajiem medikamentiem un to blakusefektiem, pedagoģisku pieeju izmantošana darbā ar pacientiem un aprūpētājiem un prasmes, kas palīdzētu uzlabot pacienta iekļaušanos sabiedrībā, vajadzētu būt katram komandas loceklim (103,104,105).

Mērķtiecīgi komandu semināri un radošu ideju sesijas var dot iespēju izteikt savas idejas, aplūkot strīdīgus jautājumus, kurus, dažkārt atstājot neskartus, var radīt dažādas problēmsituācijas un ilgstošu aizvainojumu starp komandas locekļiem. Pēc Swaran (2000) pieredzes, dalīšanās ar idejām, risku novērtēšana, atbildību noteikšana, neveiksmīgas individuālās situācijas var uzlabot komandas vienotību un palīdz radīt labākus aprūpes pakalpojumu sniegšanas modeļus. Komandu semināri ir ideāli, lai novērstu starpprofesionālo mērķu atšķirības, metodes un vērtības, kā arī palīdz pārvērst potenciālos destruktīvos konfliktus par konstruktīviem, strādāt kopā un mācīties to pielietot praksē (106).

Literatūrā tiek minēti neskaitāmi piemēri tam, kāpēc bieži šī organizacionālā mācīšanās cieš neveiksmes. Kā galvenos iemeslus var minēt birokrātiju, mērķu

neskaidrību, atgriezeniskās saites trūkumu, vāju komunikāciju, kultūras ietekmi, atvērtības trūkumu, centralizētu autoritāti un pārmetumus, kur kļūdas tiek uzskatītas par nekompetenci (107).

Noslēdzot sadaļu par respondentu zināšanām, tiek piedāvāts jautājums, kurā respondentiem jānorāda, kas, viņuprāt, ir aprūpes darbs komandā. Iegūtie dati parāda, ka 94% aptaujāto par aprūpes darbu komandā uzskata veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, kuru veic profesionāļi, speciālisti un eksperti ar dažāda veida zināšanām un pieredzi, savstarpēji sadarbojoties un cienot viens otru (a), bet 6% aptaujāto par aprūpes darbu komandā uzskata dažādu veselības aprūpes speciālistu, profesionāļu un ekspertu individuālu darbu, kur nav nepieciešama savstarpēja sadarbība (b), savukārt, variantu, kurā respondenti var minēt citu versiju par to, kas ir aprūpes darbs komandā, nav izvēlēties neviens no aptaujātajiem jeb 0% (c) (sk. pielikuma Nr.19 6. attēlu). Šī pētījuma daļa sniedz atbalstu Peplau teorijas daļai par to, cik ļoti dažādas zināšanas ir nepieciešamas katram no komandas locekļiem, lai spētu ieņemt dažādās lomas attiecībās ar pacientu.

Jau Anantraman (1984) savos pētījumos noskaidrojis un atzinis, ka efektīvas komandas pamatā ir skaidri un kopīgi mērķi, kurus ikviens komandas loceklis ievēro, akurāta un efektīva komunikēšana par savām idejām un sajūtām, dalīta iesaistīšanās un vadība, atbilstošs un efektīvs lēmumu pieņemšanas process, produktīvas domstarpības, augsts uzticēšanās līmenis, savstarpējs akcepts un atbalsts starp komandas locekļiem, augsts saliedētības līmenis, konstruktīva spēju un konfliktu vadība, kā arī spēja adekvāti risināt problēmas. Thorne (1992) izdalīja septiņus efektīvas komandas pamatnosacījumus: pastāvēšanas iemesls, likumi, lomas, attiecības, rituāli, atalgojumi un rezultāti. Komandas uzskats noliedz individuālu darbību, īpaši, ja to veikšanai nepieciešamas dažādas prasmes. Veiksmīgas komandas liek kopā daudz un dažādas prasmes un pieredzes, tādējādi nodrošinot komandai veiksmīgākus rezultātus, nekā summējot katra individuālo darbu komandas robežās. Belbin (1993) savā pētījumā guvis pierādījumu tam, ka komandas kopējais skatījums par pastāvēšanas noteiktību un skaidrību, prioritātēm, riska novērtējumu, resursu sadali un atbildības nozīmēšanu ir svarīgi, lai sasniegtu maksimālo efektivitāti. Komandas, kuras veidotas no augsti izglītotiem cilvēkiem, ne vienmēr spēj uzvarēt konkurējošās situācijās, jo katrs komandas loceklis individuāli var meklēt iespējas kā pārlicināt citus par savas pieejas pareizību, salīdzinot ar kopējo komandas mērķi. Šādām komandām ir tieksme uz destruktīvām debatēm, ir grūtības ar lēmumu

pieņemšanu un tiek pavadīts daudz vairāk laika dažādās analīzēs, kas visbiežāk situāciju paralizē (paralysis by analysis), nevis rada jaunas idejas. Labas komandas ir veidotas no indivīdiem, kuri spēj piemēroties dažādām lomām, pienācīgi sadalīt laiku katrai no tām, radīt lomas priekš citiem un pildīt tās, kuras kāds no komandas nespēj. Kvalifikācijas un pieredzes atbilstība kādai no specifiskajām lomām ne vienmēr norāda uz piemērotību tai. Savstarpējās nesaskaņas darbā bieži nozīmē arī sadursmi starp lomām, no kurām labas komandas izvairās, nodrošinot saskaņu katram komandas loceklim ar savu lomu un novērtēt citu lomas (108,109,110).

Arī Firth-Cozens (1998), Carter (1999), Guzzo (1992) un Tjosvold (1991) ir noskaidrojuši vairākus faktorus, kas ietekmē komandas darba efektivitāti: komandas locekļiem nepieciešams vērot vienam otra darbību un palīdzēt, ja nepieciešams, kas ietver arī savstarpēju uzticēšanos; atgriezeniskās saites nodrošināšana, citu komandas locekļu lomu izprašana arī ir būtiska komandas darba daļa, kas visai bieži netika ievērota; komunikācija, kas nodrošina skaidrību par to vai gaidītais rezultāts ir sasniegts. Lai vairotu komandas darba efektivitāti nepieciešamas regulāras komandas locekļu tikšanās (111,112,113,114).

2.2.3. 7. – 8. jautājumu grupas datu apskats un analīze

Jautājumu grupā par personīgo strādāšanas stilu un šī brīža situācijas vērtējumu attiecībā uz komandas darba esamību, iegūtie rezultāti parāda, ka 14% respondentu labprātāk strādā individuāli, traucē citu iejaukšanās viņu darbā (a), bet 86% labprātāk strādā komandā, kontaktējoties ar citiem aprūpes darbiniekiem un lūdzot padomu un palīdzību, ja nepieciešams, kā arī neliedzot savējo padomu un palīdzību (b) (sk. pielikuma Nr.19 7. attēlu).

Jautājumā par uzskatu, vai tiek strādāts komandā, 77% aptaujāto apgalvo, ka viņi šobrīd ir profesionālas aprūpes komandas locekļi (a), taču 26% aptaujāto uzskata, ka viņi šobrīd nestrādā komandā, lai gan aprūpes darbu veic dažādi speciālisti, tomēr savstarpējas sadarbības nav (b) (sk. pielikuma Nr.19 8. attēlu).

Kā rāda arī Burns & Guest (1999) pētījums, tad visi garīgās veselības aprūpes sniedzēji nav dedzīgi un prasmīgi, lai būtu efektīvas komandas dalībnieki. Lai veidotu un saglabātu efektīvu komandu, nepieciešama apņemšanās un skaidri mērķi, kopīgs skatījums un bieža komandas darba izvērtēšana (115).

2.2.4. 9. jautājuma datu apskats un analīze

Literatūras apskatā plaši tika apskatīta holistiskas pieejas nozīme garīgās veselības aprūpē, ārstēšanā un rehabilitācijā, tieši tāpēc nākošajā jautājumā respondentiem tika vaicāts, kas ir viņu šī brīža komandas dalībnieki jeb speciālisti, ar kuriem tiek veikta sadarbība aprūpes darba ietvaros. Iegūtā informācija parāda, ka 29% aptaujāto par savas komandas dalībniekiem šobrīd atzīst ārstu-psihiatru, māsu un māsu palīgu (a), 30% aptaujāto atzīmē, ka viņu komandas locekļi ir ne tikai ārsts-psihiatrs, māsa, māsu palīgs, bet arī pacients un pacienta ģimene (b), savukārt, 37% respondentu par savas komandas locekļiem min ārstu-psihiatru, māsu, māsu palīgus, pacientu, pacienta ģimeni, komandas vadītāju, psihologu, sociālos darbiniekus, ergoterapeitus (c). Jautājumā tika piedāvāts arī variants, kurā var minēt citus sadarbības speciālistus, šo atbildes variantu izvēlējušies 4% respondentu (d), kuri minējuši, ka viņu komandas locekļi ir visi iepriekš minētie un vēl dažādi konsultanti, vienīgais sadarbības partneris ir māsa vai ārsts un pacients, izskan arī viedoklis, ka vispār nav nekādas komandas un sadarbības (sk. pielikuma Nr.19 9. attēlu).

Teorētisko apmācību pamatā ir sniegt zināšanas par holistiskas aprūpes nodrošināšanu caur terapeitiskām pacienta – komandas locekļu attiecībām. Efektīva komunikācija un terapeitisko iemaņu pielietošana ir centrālais nosacījums kvalitatīvai aprūpei (116).

Department of Health (2001a, 2003) un Health Canada (2003) uzskata, ka laba starpprofesionālā sadarbība ir būtiska saskarsmes uzlabošanā, kļūdu mazināšanā un sniegto aprūpes pakalpojumu uzlabošanā. Curley (1998), Schmitt (2001) un Thylefors (2005) pētījumu rezultātā atzīst, ka labus panākumus pacienta aprūpē var panākt ar kopīgu starpprofesionālo pasākumu plānošanu un saskaņošanu ar visiem iesaistītajiem komandas locekļiem. Wofford (2004) starpprofesionālo darbu aplūko kā potenciālu spēju saskatīt trūkumus veselības aprūpes profesionāļu saskarsmē ar pacientiem. Roland & Edgren (2001), Cortvriend (2004) un Reeve & Lewin (2004) atzīst, ka ar esošo resursu izmantošanu un sadarbību ir iespējams uzlabot klīnisko pakalpojumu kvalitāti. Ir noskaidrots, ka pasākumi, kuri tiek veikti, lai uzlabotu sadarbības praksi, saskaras ar daudzām problēmām, t.i., trūcīgas zināšanas par darbu komandā, vāja komandu vadība, smagi darba apstākļi, profesionālā sociālisma ietekme, statusu dažādība un organizacionālo pārmaiņu ietekme (117-126).

ASV un Rietumeiropa salīdzinājumā ar Latviju. Ik gadus 30% pieaugušo un 20% bērnu un pusaudžu ASV cieš no nopietniem psihiskiem traucējumiem, un viņiem

ir vajadzīga palīdzība. Turklāt vairumam cilvēku ir grūtības dažādos dzīves aspektos un viņi laiku pa laikam izjūt stipru spriedzi, depresiju un citas psiholoģiskā diskomforta pazīmes. ASV šiem cilvēkiem palīdzību sniedz 40000 psihiatru, 80 000 psihoterapeitu, 225 000 klīnisko psihologu, klīnisko sociālo darbinieku – kopā 345 000 speciālistu. ASV izvēlētas par piemēru tāpēc, ka tur ir 100 reižu vairāk iedzīvotāju. Latvijā pie psihiatriem, kuru ir nedaudz vairāk par 200, vēršas aptuveni 3% iedzīvotāju, t. i., 72 000. Turklāt medicīnisko psihoterapiju nodrošina 32 Latvijas Psihoterapeitu asociācijas (LPTA) sertificēti psihoterapeiti, psihoterapeitisko palīdzību sniedz arī 137 Latvijas Psihoterapeitisko asociāciju apvienības (LPTAA) biedri, skolās psiholoģisko palīdzību sniedz vairāk nekā 200 Latvijas skolu psihologu asociācijas biedru, ar psiholoģisko konsultēšanu nodarbojas Latvijas Klīnisko psihologu asociācijas biedri. Rietumeiropas vadošajās valstīs uz 500–900 iedzīvotājiem ir 1 speciālists garīgās veselības laukā (1 psihiatrs, 5–8 citi speciālisti). Piemēram, Zviedrijā ik gadus 2% valsts iedzīvotāju (apmēram 8 miljoniem) psihoterapeitisko palīdzību nodrošina 3000 licenzētu psihoterapeitu un aptuveni 10 000 speciālistu (psihiatru, klīnisko psihologu, sociālo darbinieku), kam ir pamatizglītība psihoterapijā. Lai Latvijā psihoterapeitisko palīdzību nodrošinātu 2% iedzīvotāju (kaut gan nepieciešamība pēc tās ir lielāka), būtu vajadzīgi vismaz 1500 psihoterapeiti. Jau šis nelielais salīdzinājums vien skaidri parāda, ka vajadzība pēc psiholoģiskās palīdzības daudzkārt pārsniedz piedāvājumu. Turklāt Latvijā gandrīz nemaz nav iespējams saņemt šādu palīdzību par brīvu, līdz ar to vismaz 60% Latvijas iedzīvotāju, kas dzīvo iztikas minimuma līmenī, tā nav pieejama un vēl 20%, kas dzīvo iztikas minimuma līmenī, labākajā gadījumā var atļauties krīžu vai īsveida terapiju. Tas nozīmē, ka Latvijā psihoterapeitiski psiholoģiskā palīdzība ir orientēta uz turīgu un bagātu cilvēku slāni. Tepat kaimiņos, Lietuvā, jau vairāk nekā 10 gadus īsveida psihoterapiju (24–30) sesijas apmaksā slimokase. Psihoterapeitiskā izglītība ir ilgstoša (vismaz 4 gadi), dārga, tāpēc diez vai tuvākā laikā būs iespējams sagatavot daudz kvalificētu psihoterapeitu (8).

2.2.5. 10. – 11. jautājumu grupas datu apskats un analīze

Nākošā jautājumu grupa paredzēta, lai noskaidrotu komandas vadības procesu un lēmumu pieņemšanas kārtību, kas attiecas uz pacienta ārstēšanu jeb pacienta aprūpes plānu. Sākotnēji tika noskaidrots uzskats par to kā vadībā respondenti strādā, no kuriem 58% atbildēja, ka strādā ārsta – nodaļas vadītāja vadībā (a), 27% par savu

vadītāju minēja nodaļas vecāko māsu (c), 7% par savu vadītāju uzskata veselības aprūpes iestādes direktoru (b), bet vēl 7% izvēlējušies variantu, kurā iespējams minēt citas versijas par vadītāju (d), t.i., kā vadītāju min māsu, māsu un vecāko māsu, nodaļas vadītāju un vecāko māsu, nodaļas vadītāju un iestādes vadītāju, bet 1% aptaujāto nezin kā vadībā īsti strādā (e). Vadība ir spēks, kas liek citiem tam sekot (sk. pielikuma Nr.19 10. attēlu).

Pamatojoties uz vadības stiliem, komandu vadītāji var tikt iedalīti solo līderos un komandu līderos, uzskata Belbin (1993). Solo līderi ir direktīvi, nosaka uzdevumus, cenšas būt atbilstoši savai lomai un pulcē ap sevi palīgus.. Šāds vadītājs uzskata citus par traucējošiem un viņa autoritatīvais vadības stils var negatīvi ietekmēt komandas funkcionēšanu. Pretstats ir komandas līderi izvēlas deleģēt lomas, vairot dažādību darbā metodēs, attīsta talantus, ir atklāts pret kolēģiem un veido kopēju skatījumu uz situācijām. Garīgās veselības komandas līderis prot efektīvi vadīt savu komandu, ir skaidri mērķi, pārzina grupas dinamiku, un ir informēts par katra komandas locekļa stiprajām un vājajām pusēm (109). Komandas neattīstās pašas par sevi, ja komandas pieredze ir trūcīga, individuālā konkurētspēja ir reāla alternatīva, atzīst Tjosvold (1991). Medicīniskajam personālam komandas vadība ir vāji attīstīta, ir pierādījis Firth-Cozens (1999). Hogan (1990; 1994) savos pētījumos noskaidrojis, ka 60 – 75% darbinieku dažāda veida organizācijās, par saviem lielākajiem stresoriem atzīst savus tiešos vadītājus. Komandām ir vajadzīgi vadītāji, kas viņus vienotu, nodrošinātu kopējus mērķus, attīstītu viņu prasmes, cerības un mācīšanās veidus. Vadītāja prasmes ietver uzdevumu viešanu ar citu palīdzību, spēju adaptēties, saglabājot pastāvību un stabilitāti, barjeru nojaukšanu, iedvesmot un palīdzēt komandas locekļiem gūt sekmes, atzinuši Hogan (1990; 1994), Firth-Cozens (2001) un Chidester (1991) (114,127,128,129,130,131).

Tālāk seko jautājums par to, kurš apspriež, izvērtē un pieņem lēmumus par pacienta ārstēšanu jeb pacienta aprūpes plānu. Iegūtie dati rāda, ka 15% gadījumu lēmumus pieņem vadītājs vienpersoniski (a), 40% gadījumos lēmumi par pacienta ārstēšanu un aprūpi tiek pieņemti savstarpēji sadarbojoties visiem aprūpes komandas locekļiem (b), 31% aptaujāto atbild, ka lēmumus par pacienta ārstēšanu un aprūpi tiek pieņemti savstarpēji sadarbojoties visiem aprūpes komandas locekļiem un pacientam (c), bet 14% gadījumos katrs speciālists pieņem individuālus lēmumus neinformējot un neapspriežoties par to ar pārējiem iesaistītajiem komandas locekļiem (d) (sk. pielikuma Nr.19 11. attēlu).

Jones (1988), Collighan (1993) un Snowden (1997) atzīst, ka komandas pieeja lēmumu pieņemšanā prasa plašākas zināšanas, tādējādi palielinot komandas spēju veikt uzdevumus labāk, tik ilgi, cik visi komandas locekļi jūtas spējīgi to darīt ar pilnu atdevi (132,133,134). Demokrātisms un vienprātība lēmumu pieņemšanā, kur tiek respektēti un apsvērti visi viedokļi, kurus piedāvā katrs no komandas locekļiem, tiek uzskatīti par piemērotāko multidisciplinārās komandas modeļiem. Komandās, ar katra komandas locekļa pilnīgu brīvību lēmumu pieņemšanā, tiek veikts daudz mazāka apjoma darbs un tas ir zemākas kvalitātes. No otras puses ir autokrātija, kas var radīt naidīgumu un agresiju, kā arī padevīgu rīcību. Demokrātiskas komandas veicina radošu pieeju darbā, motivē komandas locekļus darbam un uzlabo komandas morāli, uzskata Lang (1982) (135). Pēc Makklelanda teorijas redzam, ka vadībai ir liela loma komandas darba procesā un tās ietekme uz komandas locekļu savstarpējām attiecībām, un līdz ar to pacienta atlabšanas gaitu, var būt gan pozitīva, gan negatīva.

2.2.6. 12. – 14. jautājumu grupas datu apskats un analīze

Veiksmīgā komandas darba norisē un pacienta atlabšanas procesā svarīgs ir apstākļi, lai pacients tiktu uztverts kā daļa no komandas, tāpēc nākamais jautājums tika sagatavots, lai noteiktu vai pacients tiek uztverts kā pilnvērtīgs komandas loceklis un cik lielā mērā ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas procesu speciālisti ir ieinteresēti pacienta sūdzībās un viedoklī. Iegūtie rezultāti parāda, ka 44% respondentu uztver pacientu kā līdzvērtīgu aprūpes komandas locekli, kur tiek strādāts kopā, lai noskaidrotu esošās problēmas (a). 38% aptaujāto ir ieinteresēti pacienta sūdzībās savas darbības jomas ietvaros, jo nepietiek laika un citu resursu, lai interesētos un risinātu citas problēmas (b), bet 18 % aptaujāto uzskata, ka pacients ir pilnībā atkarīgs no aprūpes un ārstējošā personāla un nav spējīgs piedalīties problēmu identificēšanā un risināšanā (c) (sk. pielikuma Nr.19 12. attēlu). Pie šī jautājuma datiem vēlos atsaukties uz Peplau teorijas galveno koncepciju par pacientu un aprūpes veicēju savstarpējām attiecībām, kur tiek izšķirtas četras fāzes, kuru laikā pacients un aprūpes veicēji strādā kopā, lai risinātu problēmas.

Lai padarītu lēmumu pieņemšanu sekmīgāku, Kelson (1999) uzskata, ka aprūpes komandām ir nepieciešams to sastāvā iekļaut tos cilvēkus, kuri var sniegt noderīgu informāciju par pacientu. Vai par tādu tiek uzskatīts pacients? Protams, nav nepieciešams šīs attiecības pielīdzināt tām, kādas pārējiem komandas locekļiem ir savā starpā, bet ir nepieciešams ieklausīties pacienta viedoklī un uzskatos, kas ir

svarīgi, lai gan konkrētajā brīdī tam var nebūt liela nozīme. Aitken (1984) noskaidrojis, ka realitātē pacienti atrodas ārpus jebkurām aliansēm jeb komandām un pat tiek uzskatīti par „traucējošiem”. Menzies-Lyth (1988) kā iemeslu tam min uzskatu, ka pacients nav spējīgs identificēt savas problēmas, slimības, pazemojumus utt.. Tas ir arī iemesls, kāpēc pacienti un aprūpes komandas locekļi pienācīgi neieklausās viens otrā, cits iemesls var būt slikto ziņu iespējamība un fakts, ka veselības aprūpes personālam ir pārāk maz laika, ko veltīt pacientam, jo ir jādara vēl daudz citu lietu, atzīst Senge (1990) un Murphy (1993) (136-140).

Nākamais jautājums šajā jautājumu grupā ir domātas, lai noskaidrotu respondentu domas par to, kāpēc pacienti bieži atgriežas stacionāra nodaļās. Pētījuma rezultāti parāda, ka 6% respondentu par iemeslu uzskata pacienta nepietiekami attīstītos nākotnes plānus pirms slimnīcas atstāšanas (a), 5% respondentu domā, ka iemesls ir pacienta izvirzīto mērķu, attiecībā uz turpmāko slimības – veselības gaitu, nesakritība ar aprūpes komandas locekļu izvirzītajiem mērķiem (b), savukārt 32% aptaujāto ir pārliecināti, ka iemesls ir ārpusstacionāra aprūpes un sadarbības iestāžu un darbinieku trūkums, pie kuriem vērsties pēc padoma vai palīdzības (c). Nākošajā atbildes variantā tiek piedāvāts visu iepriekš minēto atbilžu variantu kopums, kā iemesli pacienta atgriešanās stacionārā un šo variantu izvēlējas 51% aptaujāto (d), kas nozīmē, ka gan nepietiekami attīstītie pacienta nākotnes plāni, gan personāla un pacienta mērķu nesakritība, gan ārpusstacionāra aprūpes un sadarbības iestāžu trūkums ir iemesli pacienta biežai rehospitalizācijai. Pēdējā atbildes variantā respondentiem tiek dota iespēja izteikt citu iemeslu tam, kāpēc pacients tiek bieži rehospitalizēts un šo variantu ir izmantojuši 6% respondentu. Vairumā versiju tiek minēts a un c variantu apvienojums, t.i., nepietiekami attīstītie nākotnes plāni pacientam atstājot slimnīcu un ārpusstacionāra aprūpes iestāžu un darbinieku trūkums, tam seko a, b un c varianta apvienojums ar sekojošiem viedokļiem, ka tuvinieki nav pietiekami informēti par sava piederīgā slimības nopietnību un savu lomu šajā procesā, kā arī apstākļi, ka stacionārā pacienti satiek savus draugus un domubiedrus, tiek uzklausīti no viņu puses un saprasti. Vēl izskan viedokļi, ka rehospitalizācijas iemesli ir nozīmētās terapijas neievērošana, kā arī a un b varianta apvienojums, t.i., nepietiekami attīstītie nākotnes plāni pacientam atstājot slimnīcu un pacienta un personāla izvirzīto mērķu nesakritība attiecībā uz turpmāko pacienta veselības – slimības gaitu, un viedoklis, ka garīgo slimību neizārstējamība ir iemesls rehospitalizācijai (sk. pielikuma Nr.19 13. attēlu). Peplau savā teorijā atzīst, ka

komandai ir jāstrādā pie profilakses pasākumu mācīšanas, sabiedriskā atbalsta stiprināšanas, kā arī jāpalīdz pacientam definēt mērķus un sasniegt tos, tādējādi panākot maksimāli ilgu pacienta atrašanos savā ierastajā vidē. Arī Maslovs uzsver pašrealizācijas nozīmi, uzstādot sev mērķus un sasniedzot tos.

Patmore & Weaver (1991) un Sayce (1991) pētījumi rāda, ka sabiedrībā balstītās garīgās veselības komandas tiek kritizētas dēļ viņu neskaidrajiem mērķiem un nolaidīgo attieksmi pret pacientiem ar vislielākajām veselības un sociālajām problēmām (141,142). Deegan (1996) veiktā pētījuma dalībnieki bija vienprātīgi uzskatā, ka ceļš uz atlabšanu nevar tikt veikts vienatnē, bet attiecībās pacients – aprūpes komandas locekļi, caur kurā pacients ir spējīgs stāties pretī savām bailēm, nedrošībai un šaubām. Šādās attiecībās, kur valda savstarpēja cieņa un uzticēšanās, komandas locekļi ir sagatavoti, lai ietu pa priekšu pacientam, kad viņš ir vājš, būt par viņa vadoni. Līdz ko pacients sāk atlabt, komanda savu ceļu turpina blakus pacientam, līdz pacients ies pa priekšu uz jaunām iespējām ar reālām cerībām un sapņiem par labāku rītdienu. Atlabšanā, kurā veselības aprūpes komandas locekļi sadarbojas ar pacientu, tiek radītas iespējas personīgai izaugsmei virzībā uz pašīstenošanos (143).

Noslēdzot šo jautājumu sadaļu, izvirzīts tika jautājums, par to cik svarīgs ir aprūpes darbs komandā pacientam, atveseļošanās procesā. 3% aptaujāto uzskata, ka pacienta atveseļošanās procesā tas nav būtiski vai speciālisti savstarpēji sadarbojas vai strādā individuāli (a), bet 93% aptaujāto domā, ka tikai aprūpes darbs komandā spēj panākt maksimālu pacienta fizisko, psihisko un sociālo labsajūtu (b), savukārt 4% respondentu domā, ka pacienti paši labāk zinās kādu speciālistu palīdzību viņiem vajadzēs un paši arī pie viņiem aizies (c) (sk. pielikuma Nr.19 14. attēlu).

Kā rāda Tyrer (1999) un Marshall (1995) pētījumi, garīgās veselības aprūpes komandas ir neatņemama garīgās veselības pakalpojumu sniegšanas daļa. Šāda veida komandas darba attīstīšana ļauj pacienta aprūpes veikšanu pārnest no iestādes sabiedrībā. Pētījumi par sabiedrībā balstītām aprūpes programmām rāda, ka šāda veida pakalpojumu sniegšana samazina suicīdu skaitu, un palielina pacienta spēju iesaistīties sabiedriskajā dzīvē, turklāt ir vairāk pieņemami pacientam. Sabiedrībā balstīta aprūpe arī samazina stacionāro dienu skaitu pacientam, taču ne rehospitalizācijas reizes (144,145).

2.2.7. 15. – 16. jautājumu grupas datu apskats un analīze

Lai noskaidrotu, kādi ir veicinošie un kādi kavējošie apstākļi sekmīgas aprūpes komandas izveidei un darbībai, tika sagatavota attiecīga jautājumu grupā, kurā šos apstākļus noteikt. Sākotnēji tika noteikti veicinošie apstākļi, kur 23% aptaujāto par tādiem atzina lielāka valsts finansējuma nepieciešamību veselības aprūpei (a), 3% uzskatīja, ka sekmīgas aprūpes komandas izveidei un darbībai nepieciešams lielāks attiecīgās veselības aprūpes iestādes vadības veikts kontroles darbs, kura rezultātā tiktu veiktas nepieciešamās izmaiņas aprūpes darba uzlabošanā (b), bet 13% respondentu, kā veicinošu apstākli minēja, aprūpes speciālistu ieinteresētības un motivācijas vairošanu (c), savukārt 59% aptaujāto atzina, ka sekmīgas aprūpes komandas darba izveidei un darbībai nepieciešami visi iepriekš minētie apstākļi (d), t.i., lielāks valsts finansiālais atbalsts veselības aprūpei, veselības aprūpes iestādes vadības kontroles darba attīstīšana, kura rezultātā tiktu veiktas nepieciešamās izmaiņas aprūpes darba uzlabošanā un aprūpes speciālistu motivēšana. Variantu, kurā jānosaka cits veicinošais apstāklis, izvēlējās 2% aptaujāto (e), kurā bija minēti a un c variantu apvienojumi, t.i., lielāks valsts finansiālais atbalsts un speciālistu motivēšana darbam (sk. pielikuma Nr.19 15. attēlu).

Kavējošo apstākļu noteikšanā 23% aptaujāto par tādiem atzina nepietiekamu valsts finansiālo atbalstu veselības aprūpei (a), 5% uzskatīja, ka veselības aprūpes iestādes vadības kontaktēšanās ar dažādu līmeņu vadītājiem, nevis aprūpes veicējiem vai pacientiem ir kavējošs apstāklis (b), bet 10% par tādu atzina aprūpes speciālistu ieinteresētības un motivācijas trūkumu darbā (c). Savukārt 59% respondentu izvēlējās atbildes variantu, kurā apvienoti visi iepriekš minētie atbilžu varianti (d), t.i., nepietiekams valsts finansiālais atbalsts veselības aprūpei, veselības aprūpes iestādes vadības kontaktēšanās ar dažādu līmeņu vadītājiem, nevis aprūpes veicējiem vai pacientiem un aprūpes speciālistu ieinteresētības un motivācijas trūkums darbā. Pēdējo variantu, kurā iespējams minēt citu kavējošo apstākli, izvēlējās 3% aptaujāto (e), kur tika apvienoti a un b varianti, t.i., nepietiekams valsts finansiālais atbalsts veselības aprūpei un vadības kontaktēšanās ar vadību nevis ar pacientiem un aprūpes veicējiem, kā arī a un c variantu apvienojums, t.i., nepietiekams valsts finansiālais atbalsts veselības aprūpei un aprūpes speciālistu ieinteresētības un motivācijas trūkums darbā (sk. pielikuma Nr.19 16. attēlu).

2.2.8. 17. jautājuma datu apskats un analīze

Noslēdzot šo pētījuma daļu respondentiem tika piedāvāts jautājums, kurā minēt savus ieteikumus komandas darba attīstībai un veicināšanai. Uz šo jautājumu atbildēja jeb ieteikumus sniedza 21% aptaujāto. Visbiežāk (8 reizes jeb 25%) tika ieteikts algu palielinājums, kas reizē būtu arī motivācija darbam. Tam seko (5 reizes jeb 17%) ieteikums par valsts finansējuma palielināšanu, kas palīdzētu atbalstīt jaunas un radošas idejas komandas darba attīstībā. Nākošais vairākkārt minētais ieteikums (5 reizes jeb 17%) bija nepieciešamība uzlabot savstarpējo saskarsmi. Arī Ritchie (1994) un Davies (1995) pētījumu rezultātā atzinuši, ka efektīvas komunikācijas trūkums ir viens no būtiskākajiem cēloņiem komandu darba neveiksmēs (146,147). Nākamais biežāk minētais ieteikums (3 reizes jeb 11%) bija nepieciešamo aprūpes, ārstēšanas un rehabilitācijas procesa speciālistu skaita palielināšana, jo ar nepietiekamiem cilvēkresursiem nevar cerēt uz efektīvu komandas darbu garīgās veselības aprūpē, uzskata Glover (1996) (148). Tikai tad, kad personāla – pacientu skaits ir proporcionāls, ir pietiekami pārstāvētas visas nepieciešamās disciplīnas, nodrošināta akūto gultu pieejamība, ārpustacionāra iestādes un speciālisti, kuri sniedz nepieciešamos pakalpojumus, komandas var sākt attīstīt savus darbības plānus, lai uzlabotu darba efektivitāti. Kā arī (3 reizes jeb 11%) tika minēta birokrātijas mazināšana, tam seko (2 reizes jeb 8%) spriedzes mazināšana darba vietā jeb personāla izdegšanas novēršana/profilakse (sk. pielikuma Nr.19 17. attēlu).

Arī Maslach & Jackson (1986) uzskata, ka personāla izdegšana ir viens no negatīvajiem aspektiem, kas ietekmē komandas darbu. Šāda veida darbs paredz augstu intensitāti un nevar ilgi pastāvēt, jo ikviens no komandas locekļiem tiek pakļauts ilgstoša stresa ietekmei (149). Kā rāda Zepas (2009) pētījums, nepietiekamas zināšanas par stresu un profesionālās izdegšanas iespējamību veicina negatīvas izmaiņas profesionālo prasmju un kompetences līmeņos, kā arī profesionālās izdegšanas iespējamais riska faktors ir neatbilstošu prasību izvirzīšana darbiniekiem, neņemot vērā viņu iespējas, zināšanas, kompetenci un prasmes (150).

Profesionālā izdegšanas sindroma veidošanās priekšnosacījums ir ilgās darba stundas, darba apjoms un struktūrvienību specifika, jo rada emocionālu un fizisku spriedzi, nav redzams tūlītējs rezultāts, līdz ar to ir bezspēcības apziņa (150). Arī Calnan (2001) min iemeslus stresam darbā un personāla izdegšanai, un tie ir augstās darba prasības, maza līdzdalība lēmumu pieņemšanā, niecīga atgriezeniskā saite darba procesā un augsts konfliktu līmenis (151).

Citi minētie ieteikumi ir pozitīvas gaisotnes radīšana un savstarpējas uzticēšanās nepieciešamība; negaidīt, kad komandas darbs sāksies visā slimnīcā uzreiz, bet sākt to ar sevi, savu ikdienas darbu un nodaļu; lielāka sociālo darbinieku un ambulatoro māsu sadarbība ar pacientu un piederīgajiem; vēlami dienas centri katrā mikrorajonā, kur pacientam būtu pieejami visi aprūpes komandas locekļi ambulatori, kas veicinātu pacienta rehabilitācijas procesu un pagarinātu slimības remisijas fāzi; motivēt personālu novērtējot viņa darba rezultātus, ko atbalsta arī West (1995) un Bloor (1998) pētījumu rezultāti, ka liela nozīme ir tam, kā šis komandas darbs tiek novērtēts, ne tikai katra locekļa individuālais veikums, bet visas komandas kopumā (152,153); vadībai nepieciešams nodrošināt vienmērīgu komandas locekļu iesaisti darbā; vadībai vairāk uz klausīt aprūpes darbinieku viedokļus; racionāli izmantot esošos finansiālos un cilvēkresursus; doties pieredzes apmaiņā uz citām valstīm un piedalīties komandas darbā; nepieciešama personāla maiņa, no pensionāriem uz jauniem cilvēkiem, tad būs jaunas ieceres un aprūpes paņēmieni.

2.2.9. Komandas darba procesa esošās situācijas vērtējuma datu apskats un analīze

Pētījuma otrajā sadaļā, izmantojot T. Dembo – S. Rubinšteinas pašvērtējuma noteikšanas skalu, respondentiem tika lūgts novērtēt komandas darba procesu savā ikdienas darbā ar ballēm no 0 – 10. Komandas darba procesa vērtējumā ietilpa piecas pozīcijas -kārtība - nosaka vienotību komandas darba attīstībā un darbības virzību (0 balles nozīmē, ka nav vienotības par komandas darba attīstīšanu; nav neviena, kas tai sekotu; 10 balles nozīmē, ka ir izstrādāta vienota kārtība komandas darbam; nav nekādu noviržu darbībā); iesaistīšanās - parāda komandas locekļu līdzdarbošanos un iesaistīšanās vienmērību (0 balles nozīmē, ka daži komandas locekļi dominē, daži vispār neiesaistās, bet 10 balles nozīmē, ka visi līdzdarbojas un ir iesaistīti komandas darbā); saskarsme - ļauj noteikt cik lielā mērā notiek komandas locekļu savstarpējā profesionālā sazināšanās un informācijas apmaiņa (0 balles nozīmē, ka savstarpēja komandas locekļu sazināšanās/apsprīde nenotiek, bet 10 balles nozīmē, ka notiek savstarpēja komandas locekļu sazināšanās, informācijas apmaiņa); vadība - atspoguļo vadības iesaistīšanos komandas darba nodrošināšanā un virzībā (0 balles nozīmē, ka nav nekādu vadības mēģinājumu virzīt komandu pa pareizo ceļu, bet 10 balles nozīmē, ka vadība iesaistās, lai komanda nenovirzītos no mērķa, nodrošina vienmērīgu komandas locekļu iesaisti); lēmumi - parāda to cik vienoti tiek pieņemti

lēmumi, kas lielā mērā arī nosaka to kvalitāti (0 balles nozīmē, ka lēmumus pieņem katrs komandas loceklis atsevišķi, kas var nozīmēt nekvalitatīvu lēmumu pieņemšanas iespējamību, bet 10 balles nozīmē, ka komanda pieņem lēmumus vienoti, kas palielina iespēju pieņemt kvalitatīvus lēmumus), tātad intervālā 1 – 4 balles apzīmē zemu vērtējuma līmeni, 5 – 7 baļļu intervālā vidējs komandas darba vērtējuma līmenis un 8 – 10 balles ir augsts vērtējuma līmenis.

Šajā pētījuma daļā iegūtie dati ir apkopoti tabulās (18. pielikums tab. Nr. 8).

Balstoties uz šajā pētījumā iegūtajiem rezultātiem par aprūpes, ārstēšanas un rehabilitācijas procesā iesaistīto speciālistu dažādību (sk. pielikumu Nr. 19 att. Nr. 2), respondenti tika iedalīti trīs lielās grupās – māšas, ārsti – psihiatri un citi speciālisti, kuru individuālais īpatsvars salīdzinoši ar abām pārējām grupām ir neliels, tāpēc apvienoti vienā grupā.

Visu grupu kopējie rezultāti un katras grupas atsevišķie rezultāti, katram no pieciem vērtēšanas kritērijiem, tika analizēti nosakot to vidējo aritmētisko rādītāju, modu, mediānu, minimālo un maksimālo vērtību, absolūto un relatīvo biežumu, kas parādīti grafiski, histogrammu un poligonu veidā. Lai varētu noteikt rezultātu absolūtos biežumus katrai vērtējuma skalai, visi vērtējuma rindas skaitļi tika sadalīti intervālos, kuru garums aprēķināts pēc Stredžersa formulas (154). Relatīvais biežums tika noteikts, dalot tā absolūto biežumu ar konkrētās grupas apjomu un izteikts procentos.

2.2.9.1. Respondentu grupas „māšas” esošā komandas darba procesa vērtējums

Vadoties pēc iegūtajiem datiem, lielākā grupa, kas sastāda 61% no kopējā respondentu skaita ir māšas. Apkopojot datus par māšu izdarīto vērtējumu par komandas darbu, redzam, ka vērtējuma kritērija „kārtība” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 4, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 2, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 5, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 9, kura biežums procentos ir 9%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 10, kura biežums procentos ir 11%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 8, kura biežums procentos ir 9%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 8, kura biežums procentos ir 9%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 16, kura biežums procentos ir 17%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 15, kura biežums procentos ir 16%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 10,

kura biežums procentos ir 11%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 7, kura biežums procentos ir 7% (pielikums Nr.20, tab. Nr.9, att. Nr.17-18). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=7$, kas parāda, ka kritērijs „kārtība” tiek vērtēts ar 7 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8a).

Apkopojot datus par māsu izdarīto vērtējumu kritērijam „iesaistīšanās” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 4, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 6, kura biežums procentos ir 7%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 5, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 15, kura biežums procentos ir 16%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 8, kura biežums procentos ir 9%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 12, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 16, kura biežums procentos ir 17%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 12, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 7, kura biežums procentos ir 7%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 9, kura biežums procentos ir 9% (pielikums Nr.20, tab. Nr.10, att. Nr.19-20). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=6$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=7$, kas parāda, ka kritērijs „iesaistīšanās” tiek vērtēts ar 7 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8a).

Apkopojot datus par māsu izdarīto vērtējumu kritērijam „saskarsme” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 5, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 1, kura biežums procentos ir 1%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 4, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 4, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 7, kura biežums procentos ir 7%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 11, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 8, kura biežums procentos ir 9%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 9, kura biežums procentos ir 9%; absolūtais biežums

intervālā [8;9] ir 23, kura biežums procentos ir 25%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 13, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 9, kura biežums procentos ir 9% (pielikums Nr.20, tab. Nr.11, att. Nr.21-22). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu daļa divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=8$, kas parāda, ka kritērijs „iesaistīšanās” tiek vērtēts ar 8 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8a).

Apkopojot datus par māsu izdarīto vērtējumu kritērijam „vadība” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 3, kura biežums procentos ir 3%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 4, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 6, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 1, kura biežums procentos ir 1%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 9, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 11, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 7, kura biežums procentos ir 7%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 17, kura biežums procentos ir 18%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 16, kura biežums procentos ir 17%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 12, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 8, kura biežums procentos ir 9% (pielikums Nr.20, tab. Nr.12, att. Nr.23-24). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu daļa divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=7$, kas parāda, ka kritērijs „iesaistīšanās” tiek vērtēts ar 7 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8a).

Apkopojot datus par māsu izdarīto vērtējumu kritērijam „lēmumi” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 3, kura biežums procentos ir 3%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 5, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 4, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 6, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 4, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 12, kura biežums procentos ir

13%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 6, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 16, kura biežums procentos ir 17%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 18, kura biežums procentos ir 19%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 11, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 9, kura biežums procentos ir 10% (pielikums Nr.20, tab. Nr.13, att. Nr.25-26). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=8$, kas parāda, ka kritērijs „iesaistīšanās” tiek vērtēts ar 8 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8a).

2.2.9.2. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” esošā komandas darba procesa vērtējums

Nākošā grupa, kas sastāda 14% no kopējā respondentu skaita, ir ārsti – psihiatri. Šīs grupas pārstāvju vērtēšanas kritērija „kārtība” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 1, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 5, kura biežums procentos ir 23%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 4, kura biežums procentos ir 19%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 3, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 0, kura biežums procentos ir 0% (pielikums Nr.21, tab. Nr.14, att. Nr.27-28). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=6$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=6$, kas parāda, ka kritērijs „iesaistīšanās” tiek vērtēts ar 6 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 5. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 9 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8b).

Vērtēšanas kritērija „iesaistīšanās” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 5, kura biežums procentos ir 23%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 4, kura biežums procentos ir 19%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 4, kura biežums procentos ir 19%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 3, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 0, kura biežums procentos ir 0% (pielikums Nr.21, tab. Nr.15, att. Nr.29-30). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu daļa divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=6$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=4$, kas parāda, ka kritērijs „iesaistīšanās” tiek vērtēts ar 4 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 5. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 9 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8b).

Vērtēšanas kritērija „saskarsme” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 4, kura biežums procentos ir 18%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 3, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 3, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 3, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 2, kura biežums procentos ir 10% (pielikums Nr.21, tab. Nr.16, att. Nr.31-32). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu daļa divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=6$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=5$, kas parāda, ka kritērijs „saskarsme” tiek vērtēts ar 5 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 5. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8b).

Vērtēšanas kritērija „vadība” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 3, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 3, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 3, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 4, kura biežums procentos ir 19%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 4, kura biežums procentos ir 19%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 0, kura biežums procentos ir 0% (pielikums Nr.21, tab. Nr.17, att. Nr.33-34). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu daļa divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=8$, kas parāda, ka kritērijs „vadība” tiek vērtēts ar 8 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 9 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8b).

Ārstu – psihiatru vērtējuma, kritērijam „lēmumi”, absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 1, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 3, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 7, kura biežums procentos ir 32%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 2, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 0, kura biežums procentos ir 0% (pielikums Nr.21, tab. Nr.18, att. Nr.35-36). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu daļa divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=8$, kas parāda, ka kritērijs „lēmumi” tiek vērtēts ar 8 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 9 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8b).

2.2.9.3. Respondentu grupas „citi” esošā komandas darba procesa vērtējums

Trešās grupas, kurā ir ietverti visi pārējie aprūpes darbinieki (psihologi, māsu palīgi, sociālie darbinieki), kas sastāda 25% no kopējā respondentu skaita, vērtējuma, kritērijam „kārtība”, absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 1, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 1, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 5, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 6, kura biežums procentos ir 16%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 5, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 5, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 5, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 4, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 7, kura biežums procentos ir 18% (pielikums Nr.22, tab. Nr.19, att. Nr.37-38). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=10$, kas parāda, ka kritērijs „kārtība” tiek vērtēts ar 10 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 1 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8c).

Vērtēšanas kritērija „iesaistīšanās” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 1, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 4, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 3, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 3, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 6, kura biežums procentos ir 16%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 8, kura biežums procentos ir 20%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 6, kura biežums procentos ir 16%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 1, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 7, kura biežums procentos ir 18% (pielikums Nr.22, tab. Nr.20, att. Nr.39-40). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās

pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=7$, kas parāda, ka kritērijs „iesaistīšanās” tiek vērtēts ar 7 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8c).

Vērtēšanas kritērija „saskarsme” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 1, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 4, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 2, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 7, kura biežums procentos ir 18%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 3, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 5, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 5, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 4, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 8, kura biežums procentos ir 20% (pielikums Nr.22, tab. Nr.21, att. Nr.41-42). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=10$, kas parāda, ka kritērijs „saskarsme” tiek vērtēts ar 10 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8c).

Vērtēšanas kritērija „vadība” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 2, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 3, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 1, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 5, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 3, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 6, kura biežums procentos ir 15%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 8, kura biežums procentos ir 20%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 3, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 8, kura biežums procentos ir 20% (pielikums Nr.22, tab. Nr.22, att. Nr.43-44). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās

pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=10$, kas parāda, ka kritērijs „vadība” tiek vērtēts ar 10 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 7. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 2 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8c).

Vērtēšanas kritērija „lēmumi” absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 0, kura biežums procentos ir 0%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 1, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 1, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 1, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 3, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 6, kura biežums procentos ir 16%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 3, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 3, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 9, kura biežums procentos ir 23%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 5, kura biežums procentos ir 13%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 7, kura biežums procentos ir 18% (pielikums Nr.22, tab. Nr.23, att. Nr.45-46). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=8$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=8$, kas parāda, ka kritērijs „lēmumi” tiek vērtēts ar 8 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 7. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 1 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8c).

Apskatot katras grupas vērtējumu izvērztajiem kritērijiem, varu secināt, ka vienotību komandas darba attīstībā un darbības virzībā jeb „kārtību” visaugstāk novērtējusi respondentu grupa, kurā ietverti psihologi, sociālie darbinieki, māsu palīgi u.c., kas savu vērtējumu visbiežāk atzīmējuši intervālā [10;], ko apstiprina arī moda $Mo=10$. Savukārt viszemāko vērtējumu devuši ārsti – psihiatri, kuri savu vērtējumu visbiežāk atzīmējuši intervālā [6;7], ko apstiprina moda $Mo=6$. Komandas locekļu līdzdarbošanos un iesaistīšanās vienmērību jeb „iesaistīšanos” vienlīdz augstu vērtē gan māsas, gan respondentu grupa, kurā ietverti psihologi, sociālie darbinieki, māsu palīgi u.c., kas savu vērtējumu visbiežāk atzīmējuši intervālā [7;8], ko apstiprina moda $Mo=7$, bet ārsti visbiežāk savu vērtējumu atzīmējuši intervālā [4;5], ko apstiprina moda $Mo=4$. „Saskarsmi”, kas ļauj noteikt cik lielā mērā notiek komandas locekļu savstarpējā profesionālā sazināšanās un informācijas apmaiņa, visaugstāk

vērtējusi respondentu grupa, kurā ietverti psihologi, sociālie darbinieki, māsu palīgi u.c., kuri visbiežāk savu vērtējumu atzīmējuši intervālā [10;], ko apstiprina moda $M_o=10$, bet zemāko vērtējumu devušas māsas, kuras visbiežāk savu vērtējumu atzīmējušas intervālā [5;6], ko apstiprina moda $M_o=5$. Vadības iesaistīšanos komandas darba nodrošināšanā un virzībā jeb „vadību” visaugstāk vērtējusi respondentu grupa, kurā ietverti psihologi, sociālie darbinieki, māsu palīgi u.c., kuri visbiežāk savu vērtējumu atzīmējuši intervālā [10;], ko apstiprina moda $M_o=10$, bet zemāko vērtējumu devušas māsas, kuras visbiežāk savu vērtējumu atzīmējušas intervālā [7;8], ko apstiprina moda $M_o=7$. Kritēriju „lēmumi”, kas parāda to cik vienoti tiek pieņemti lēmumi, visas grupas ir novērtējušas vienādi, visbiežāk savu vērtējumu atzīmējot intervālā [8;9], ko apstiprina arī moda $M_o=8$.

Salīdzinot katras grupas vērtējumu visiem kritērijiem, redzam, ka māsas komandas darba attīstību un darbības virzību jeb „kārtību”, „iesaistīšanos” jeb komandas locekļu līdzdarbošanos un iesaistīšanās vienmērību un „vadību” jeb vadības iesaistīšanos komandas darba nodrošināšanā un virzībā, vērtē vienlīdzīgi, jeb intervālā [7;8], bet „saskarsmi”, kas ļauj noteikt cik lielā mērā notiek komandas locekļu savstarpējā profesionālā sazināšanās un informācijas apmaiņa un „lēmumus”, kas parāda to cik vienoti tiek pieņemti lēmumi, nedaudz augstāk, jeb intervālā [8;9]. Bet ārsti – psihiatri viszemāk vērtē „iesaistīšanos” jeb komandas locekļu līdzdarbošanos un iesaistīšanās vienmērību – intervālā [4;5], taču visaugstāk vērtē vadības darbu jeb „vadību” un lēmumu pieņemšanas procesu jeb „lēmumus” – intervālā [8;9]. Savukārt grupa, kurā ietverti psihologi, sociālie darbinieki, māsu palīgi u.c., visaugstāko novērtējumu devuši „kārtībai” jeb komandas darba attīstībai un darbības virzībai, „saskarsmei”, kas ļauj noteikt cik lielā mērā notiek komandas locekļu savstarpējā profesionālā sazināšanās un informācijas apmaiņa un „vadībai” jeb vadības iesaistīšanās komandas darba nodrošināšanā un virzībā – intervāls [10;], bet viszemāko vērtējumu izteikuši „iesaistīšanās” jeb komandas locekļu līdzdarbošanās un iesaistīšanās vienmērībai – intervāls [7;8].

2.2.9.4. Kopējais esošā komandas darba procesa vērtējums

Visu grupu jeb kopējais respondentu vērtējums katram vērtēšanas kritērijam tiks apskatīts turpmākajā darba gaitā. Kopējā vērtējuma, kritērijam „kārtība”, absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 6, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 3, kura biežums procentos ir 2%; absolūtais biežums intervālā [2;3]

ir 6, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 12, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 15, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 16, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 18, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 25, kura biežums procentos ir 16%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 23, kura biežums procentos ir 15%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 16, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 14, kura biežums procentos ir 9% (pielikums Nr.23, tab. Nr.24, att. Nr.47-48). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=7$, kas parāda, ka kritērijs „kārtība” tiek vērtēts ar 7 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8).

Kopējā vērtējuma, kritērijam „iesaistīšanās”, absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 7, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 1, kura biežums procentos ir 1%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 10, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 8, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 23, kura biežums procentos ir 15%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 15, kura biežums procentos ir 10%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 16, kura biežums procentos ir 11%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 28, kura biežums procentos ir 18%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 19, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 11, kura biežums procentos ir 7%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 16, kura biežums procentos ir 11% (pielikums Nr.23, tab. Nr.25, att. Nr.49-50). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu dala divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=6$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=7$, kas parāda, ka kritērijs „iesaistīšanās” tiek vērtēts ar 7 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8).

Kopējā vērtējuma, kritērijam „saskarsme”, absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 8, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 2, kura biežums procentos ir 1%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 4, kura biežums procentos ir 3%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 9, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 9, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 22, kura biežums procentos ir 15%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 14, kura biežums procentos ir 9%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 17, kura biežums procentos ir 11%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 31, kura biežums procentos ir 20%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 19, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 19, kura biežums procentos ir 12% (pielikums Nr.23, tab. Nr.26, att. Nr.51-52). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu daļa divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=8$, kas parāda, ka kritērijs „saskarsme” tiek vērtēts ar 8 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8).

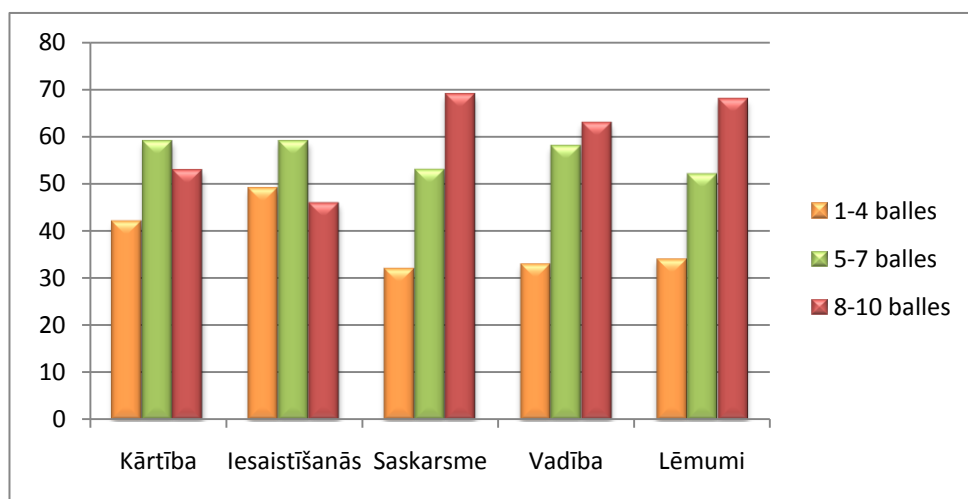
Kopējā vērtējuma, kritērijam „vadība”, absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 5, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 5, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 8, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 4, kura biežums procentos ir 3%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 11, kura biežums procentos ir 7%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 19, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 13, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 26, kura biežums procentos ir 17%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 28, kura biežums procentos ir 18%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 19, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 16, kura biežums procentos ir 10% (pielikums Nr.23, tab. Nr.27, att. Nr.53-54). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu daļa divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=8$, kas parāda, ka kritērijs „vadība” tiek vērtēts ar 8 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8).

Kopējā vērtējuma, kritērijam „lēmumi”, absolūtais biežums intervālā [0;1] ir 4, kura biežums procentos ir 3%; absolūtais biežums intervālā [1;2] ir 7, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [2;3] ir 6, kura biežums procentos ir 4%; absolūtais biežums intervālā [3;4] ir 8, kura biežums procentos ir 5%; absolūtais biežums intervālā [4;5] ir 9, kura biežums procentos ir 6%; absolūtais biežums intervālā [5;6] ir 19, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [6;7] ir 12, kura biežums procentos ir 8%; absolūtais biežums intervālā [7;8] ir 21, kura biežums procentos ir 14%; absolūtais biežums intervālā [8;9] ir 34, kura biežums procentos ir 22%; absolūtais biežums intervālā [9;10] ir 18, kura biežums procentos ir 12%; absolūtais biežums intervālā [10;] ir 16, kura biežums procentos ir 10% (pielikums Nr.23, tab. Nr.28, att. Nr.55-56). Nosakot kritērija vidējos lielumus, gan struktūras, kas ir, mediāna un moda, gan summāro, kas ir, aritmētiskais, iegūstam, ka pētāmās pazīmes vērtība, kas varianšu skaitu daļa divās vienādās daļās, t.i., mediāna $Me=7$ un pētāmās pazīmes vērtība, kurai ir vislielākā frekvence, t.i., moda $Mo=8$, kas parāda, ka kritērijs „lēmumi” tiek vērtēts ar 8 ballēm. Vidējais aritmētiskais šim kritērijam ir 6. Minimālais vērtējums šim kritērijam ir 0 balles, maksimālais vērtējums izlases grupā ir 10 balles (pielikums Nr.18, tab. Nr.8).

Apskatot kopējo vērtējumu, redzam, ka respondenti vienlīdz augstu vērtē „saskarsmi”, kas ļauj noteikt cik lielā mērā notiek komandas locekļu savstarpējā profesionālā sazināšanās un informācijas apmaiņa, „vadību” jeb vadības iesaistīšanos komandas darba nodrošināšanā un virzībā un „lēmumus”, kas parāda to cik vienoti tiek pieņemti lēmumi, kur vērtējums visbiežāk tiek atzīmēts intervālā [8;9], bet tikai nedaudz zemāk „kārtību” jeb komandas darba attīstību un darbības virzību un „iesaistīšanos” jeb komandas locekļu līdzdarbošanos un iesaistīšanās vienmērību – intervāls [7;8].

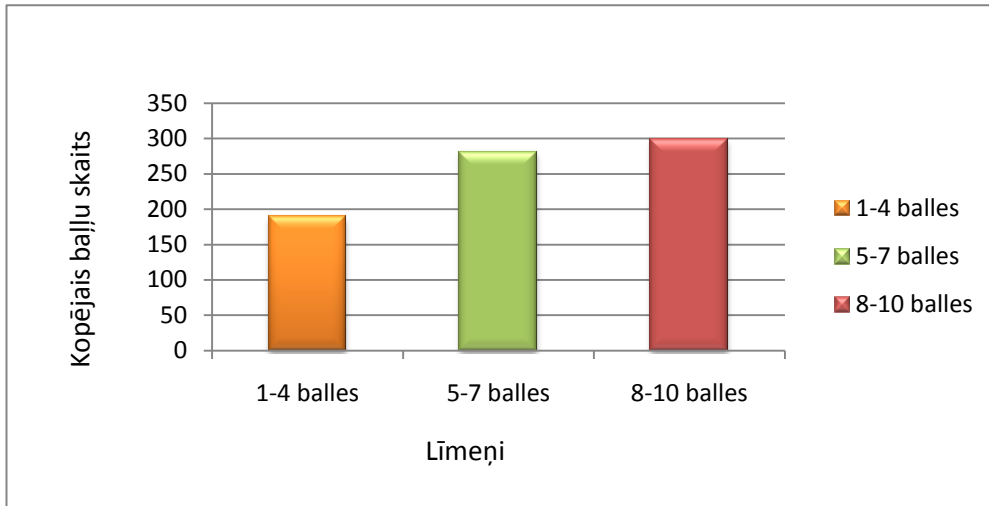
Analizējot šos datus, pa iepriekš minētajiem līmeņiem, kur 1 – 4 balles apzīmē zemu konkrētās pozīcijas vērtējumu, 5 – 7 balles vidēju un 8 – 10 balles apzīmē augstu konkrētās pozīcijas vērtējumu, redzam, ka 27% respondentu „kārtību” vērtē zemu, kas atbilst 1 – 4 baļļu intervālam, 38% aptaujāto to vērtē kā vidēju, kas atbilst 5 – 7 baļļu intervālam, bet 35% aptaujāto atzīst, ka viņu ikdienas darbā komandas darba attīstība un darbības virzība notiek augstā līmenī, kas atbilst 8 – 10 baļļu intervālam. Komandas locekļu līdzdarbošanos un iesaistīšanās vienmērību, kā zemu vērtē 32% aptaujāto, kas atbilst 1 – 4 baļļu intervālam, kā vidēju 38% aptaujāto, kas atbilst 5 – 7 baļļu intervālam, bet kā augstu to vērtē 30% respondentu, kas atbilst 8 – 10 baļļu

intervālam. „Saskarsmi”, kas ļauj noteikt cik lielā mērā notiek komandas locekļu savstarpējā profesionālā sazināšanās un informācijas apmaiņa, 21% aptaujāto uzskata par zemu attīstītu, kas atbilst 1 – 4 baļļu intervālam, 34% respondentu to vērtē kā vidēju, kas atbilst 5 – 7 baļļu intervālam, bet 45% aptaujāto uzskata, ka saskarsme viņu ikdienas darbā ir augstā līmenī, kas atbilst 8 – 10 baļļu intervālam. „Vadību” jeb vadības iesaistīšanos komandas darba nodrošināšanā un virzībā 21% aptaujāto uzskata kā zemu, kas atbilst 1 – 4 baļļu intervālam, 38% aptaujāto to vērtē kā vidēju, kas atbilst 5 – 7 baļļu intervālam, bet 41% respondentu atzīst, ka vadības darbs tiek veikts augstā līmenī, kas atbilst 8 – 10 baļļu intervālam. „Lēmumus”, kas parāda to cik vienoti tiek pieņemti lēmumi, 22% aptaujāto uzskata par zemu attīstītu procesu, kas atbilst 1 – 4 baļļu intervālam, 34% aptaujāto lēmumu pieņemšanas procesu uzskata par vidēju, kas atbilst 5 – 7 baļļu intervālam, bet 44% aptaujāto domā, ka lēmumi tiek pieņemti augstā līmenī, kas atbilst 8 – 10 baļļu intervālam (sk. attēlu Nr.57).



57.att. Komandas darba kritēriju vērtējums pa baļļu līmeņiem

Izvērtējot kopējo baļļu skaitu katram baļļu intervālam, kas parāda to kāds ir kopējais baļļu skaits, ko respondenti ir devuši visiem vērtējuma kritērijiem kopā, attiecīgajā baļļu līmenī (no 0 – 10 baļļu skalā), redzam, ka vismazākais baļļu skaits ir zemākajam līmenim, kas atbilst 1 – 4 baļļu intervālam, t.i., 190 balles, vidējam līmenim, kas atbilst 5 – 7 baļļu intervālam ir 281 balle, bet augstākajam līmenim, kas atbilst 8 – 10 baļļu intervālam, kopējais baļļu skaits sasniedz 299 balles (sk. attēlu Nr.58).



58.att. Esošā komandas darba procesa novērtējuma, katra balļu līmeņa kopējais balļu skaits

Secinājumi

1. Pētījumā noskaidrots, ka veselības aprūpes komandas izveides un sekmīgas darbības svarīgākie aspekti ir personīgā vēlme strādāt šādā veidā (86%), kopīga lēmumu pieņemšana attiecībā uz pacienta ārstēšanu, aprūpi un rehabilitāciju, kas nozīmē arī līdzvērtību starp komandas locekļiem (40%), kā arī par vienlīdz svarīgiem aspektiem tiek uzskatīti valsts finansiālais atbalsts veselības aprūpei, aprūpes speciālistu ieinteresētība un motivācija darbā un vadības profesionālākie pieeja šī darba attīstībā (59%).

2. Tā kā vienam palīdzības sniedzējam ir praktiski gandrīz neiespējami apgūt pilnīgi visas palīdzības sniegšanai nepieciešamās zināšanas, multidisciplinārā komanda ir optimālais veids kā apvienot un pielāgot dažādas palīdzības sniegšanas metodes. Tikai tādā gadījumā multidisciplinārās komandas varēs garantēt nepārtrauktu un visaptverošu aprūpi, pat mainoties individuāliem pakalpojumu sniedzējiem, ko apstiprina iegūtie dati – 93% aptaujāto uzskata, ka tikai darbs komandā spēj panākt maksimālu pacienta labsajūtu visās dimensijās.

3. Tā kā atveseļošanās iespējas no smagām garīga rakstura slimībām pieaug, garīgās veselības komandām jāiegūst plašāka rakstura zināšanas. Arī pētījumā iegūtie dati parāda, ka lielākā daļa respondentu izprot komandas darba būtību un nozīmi garīgās veselības aprūpē un izrāda vēlmi turpināt pilnveidot savas zināšanas, lai spētu sniegt optimālu labumu pacientam (78%).

4. Tā kā katram pacientam ir jāizvēlas individuāls palīdzības sniegšanas modelis, standartveida psihosociālā un farmakoloģiskā ārstēšana ne tikai jāpielāgo katram individuālajam pacientam atsevišķi, bet tai ir jābūt saskaņotai arī ar citiem pakalpojumiem, kas mainās atkarībā no traucējumu fāzes, pacienta mērķiem un palīdzības sniegšanas attīstības, veidojot kopā vienotu veselu.

5. Lai sasniegtu vēlamos rezultātus, palīdzības plānošanas, sniegšanas un novērtēšanas procesā, ir aktīvi jāiesaista pacienti (44%), viņu ģimenes un citi atbalstītāji. Lai motivētu pacientus iesaistīties palīdzības sniegšanas procesā un stingri ievērot visaptverošu palīdzības sniegšanas režīmu, multidisciplinārajai komandai ir jāpalīdz pacientiem noteikt personiski svarīgus mērķus un demonstrēt, ka, sadarbība ar palīdzības sniegšanas speciālistiem viņiem var palīdzēt tos sasniegt – 51% aptaujāto to atzīst par šī brīža lielāko trūkumu.

6. Saprātīgu medikamentozās terapijas lietošanu, kombinējot ar sociālo iemaņu apguves apmācībām, ģimenes psihoizglītošanu un atbalsta nodarbinātību, var sasniegt optimālus rezultātus pacienta atlabšanas procesā.

7. Darba ietvaros veiktais literatūras apskats un pētījumā iegūtie dati pārliecinoši apstiprina izvirzīto hipotēzi, ka veselības aprūpes darbs komandā, pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem, spēj sniegt lielākas atlabšanas iespējas, nekā dažādu speciālistu individuāli veikts darbs. Pētījums parāda, ka šobrīd komandas darba iestrādes ir notikušas, taču ir pārāk daudz kavējošu faktoru, kas neļauj tam turpināt attīstīties. Vienlīdzīgi tiek uzsvērts, ka finansiālā atbalsta trūkums, saskarsmes iemaņu trūkums, kā arī intereses un motivācijas trūkums kavē šāda darba attīstību, bet pretēja situācija šo darbu veicinātu.

Ieteikumi

1. Stacionārajās iestādēs maksimāli jāattīsta rehabilitācijas pakalpojumi, kā arī jāveido nodarbinātības iespējas - ergoterapija un specializētās darbnīcas.

2. Sociālo darbinieku, ergoterapeitu skaits valstī ir nepietiekams, tāpēc būtu jāpievērš lielāka uzmanība šo darbinieku skaita palielināšanai, jo tieši viņu loma ir neatsverama, lai pacients varētu pēc iespējas ilgāk atrasties ārpus stacionāra.

3. Būtu jāizveido akūtās psihiatriskās nodaļas pie vispārējā tipa daudzprofilu stacionāriem, tādējādi nodrošinot tādus pašus ārstēšanas standartus, kā pacientiem ar citām slimībām, mazinot aizspriedumus pret psihiski slimiem cilvēkiem.

4. Būtiski izvērtēt nepieciešamību atjaunot sociālās kategorijas, kurām pienākas bezmaksas medikamenti, lai nodrošinātu kaut minimālu palīdzību sociāli neaizsargātām personām. Iespējams, daļa pacientu nonāk slimnīcā tikai tādēļ, lai saņemtu medikamentus, kuru iegādei trūkst līdzekļu.

5. Būtiskākais aspekts, kas nodrošina jebkuras jomas sekmīgu darbību, attīstību, it sevišķi reorganizējot vai uzsākot jauna veida darbību, ir personāla motivācija. Šis ir lielu pārmaiņu laiks arī veselības aprūpes jomā, tiesa, pārsvarā negatīvā virzienā, tādēļ šī motivācija zūd. Reāla motivācija personāla darbam ir pienācīgs atalgojums un apmierinoša darba vide.

6. Jautājumi par finanšu līdzekļiem vienmēr ir ļoti sarežģīti. Naudas nepietiek nekad, arī valstīs, kurās ir bijis pietiekami daudz līdzekļu, periodiski tiek analizēta naudas līdzekļu izmantošana, efektivitāte. Latvijā lielākā daļa psihiatrijas finansējuma tiek novirzīti stacionārai aprūpei, bet būtu nepieciešams veicināt ārpusstacionāro jeb sabiedrībā balstīto aprūpi. Tomēr jāreķinās, ka kvalitatīvas ārpusstacionārās palīdzības attīstībai nepieciešami līdzekļi ne tikai infrastruktūras izveidei, bet arī personāla atalgojumam. Šajā variantā nepieciešams piedāvāt pacientiem plašākus pakalpojumus - sociālā darbinieka palīdzību, ergoterapiju, psihologa konsultācijas vai vismaz apstākļus saturīga laika pavadīšanai. Šādu psihiatrisko centru darbību būtu vēlams ciešāk sasaistīt ar primārās aprūpes speciālistiem, tādējādi piesaistot citas pacientu grupas, kuras pie psihiatra sūtītu ģimenes ārsti.

7. Sabiedrībā balstītas aprūpes modeļa izmantošana darbā (89) (sk. pielikumu Nr. 12).

Izmantotā literatūra

1. **Arnold E., Underman Boggs K.** „*Interpersonal relationships*”. - USA: Elsevier Science, 2003.
2. **C. Townsend M.** „*Essentials of Psychiatric/mental health nursing*”. - Philadelphia: F.A. Davis Company, 1999.
3. **Schoen Johnson B.** „*Psychiatric health nursing*”. - Philadelphia: I.B. Lippincott Company, 1993.
4. **Forchuk C.** “*Foundations of Nursing Theory*”. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 1995, p 465-514.
5. **Kulbergs J.** *Dinamiskā psihiatrija*. – Rīga: SIA „I.L.V.”, 2001.
6. **Reņģe V.** *Psihologija. Personības psiholoģiskās teorijas*. – Rīga: Zvaigzne ABC, 1999, 158-165. lpp.
7. *Personības vajadzību struktūra*. <http://www.liis.lv/vesels/Veseliba/1/1cit.html> (12.01.10.)
8. **Batņa J.** *Vai Latvijā ir vajadzīga psihodinamiskā konsultēšana?* // Psiholoģijas pasaule. - 2003. Nr6.
9. **Reņģe V.** „*Personības psiholoģija*”. – Rīga: Zvaigzne ABC, 2000
10. *David McClelland's achievement motivation needs theory*. <http://hdzsroi.wordpress.com/2009/04/06/achievement-motivation-needs-theory/> (15.01.2010).
11. *David McClelland's – Human Motivation Theory Continued*. <http://www.learnmanagement2.com/davidMcClelland2.htm> (15.01.2010.).
12. *David McClelland's motivational needs theory*. <http://www.businessballs.com/davidmcclelland.htm> (15.01.2010.).
13. *McClelland's Theory of Needs*. <http://www.netmba.com/mgmt/ob/motivation/mcclelland/> (15.01.2010.).
14. *Mental Health*. http://www.who.int/topics/mental_health/en/ (13.02.2010.).
15. **Herrman H., Saxena S., Moodie R.** “*Promoting mental health*”. World Health Organization, 2005.
16. *What is mental health?* <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html> (13.02.2010.).
17. *What are the early signs of mental disorders?* <http://www.who.int/features/qa/38/en/> (13.02.2010.).

18. **Taube M.** *Latvijas psihiatrija un tās attīstības perspektīvas.* Promocijas darbs, Rīga: 2005.
19. *Ārstniecības likums.* <http://www.likumi.lv/doc.php?id=44108>(07.06.2009.).
20. *Garīgās veselības aprūpe Latvijā 2005.* Statistikas Gadagrāmata, 6. izdevums. Garīgās veselības valsts aģentūras 2005. gada darbības pārskats, Rīga: 2006. 129 lpp.
21. **Lūse A.** *Saredzēt krīzē alternatīvas.* // Psiholoģijas pasaule. - 2009. Nr9.-17 – 23 lpp.
22. **Mālniece D.** *Psiholoģiskais atbalsts ārkārtējo situāciju gadījumā Latvijā.* // Psiholoģijas pasaule. - 2005. Nr11-54 – 56 lpp.
23. **Чеканова М.М.** *Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии.* Москва: Эскмо, 2006. стр. 272.
24. *Atvērtāki garīgās veselības aprūpei.* <http://www.iaptieka.lv/?lapa=doctus2&id=909> (20.10.2009.).
25. **Benfelde S.** *Latvijas garīgā veselība: fakti, problēmas un risinājumi.* <http://www.tvnet.lv/zinas/latvija/article.php?id=589195> (19.10.2009.).
26. <http://www.lm.gov.lv/text/165> (28.10.2009.).
27. <http://www.masas.lv/page.php?id=93> (25.11.2009.).
28. <http://www.vm.gov.lv/index.php?top=92&id=114> (05.05.2009.).
29. **Leimane-Veldmeijere I., Veits U.** *Psihiatrijas pakalpojumu lietotāju vajadzību izvērtējums.* http://www.humanrights.org.lv/upload_file/Psihiatrijas_pakalpojumu_lietotaju_vajadzibu_izvertejums.pdf (05.05.2009.).
30. *Reformas veselības nozarē.* <http://www.vm.gov.lv/index.php?id=121&top=121> (18.11.2009.).
31. **Sakne A.** *Veselības aprūpes organizāciju vadības sistēmas pārmaiņas Rīgā.* Promocijas darbs, Rīga, 2007.
32. **Ešenvalde I.** *Personāla praktiskā vadība.* – Rīga: SIA „Merkūrijs LAT”.
33. **Kehre M.** *Personālmenedžments uzņēmumā.* – Rīga: Biznesa augstskola Turība, 2004.
34. **Forands I.** *Vadītājs un vadīšana.* – Rīga: Kamene, 1999.
35. **Dāvidsone G.** *Komandas simptoms.* // Doctus. – 2006.-Nr10-49.-53.lpp.
36. **Taube M.** *Latvijas psihiatrija un tās nākotne.* // Latvijas Ārsts. - 2005.-Nr2-6.-7.lpp.

37. **Burčika R.** *Garīgā veselība gadsimtu mijā.* // Latvijas ārstu žurnāls. – 2000.-Nr7-47.-49.lpp.
38. **Baka A., Grunevalds K.** *Grāmata par aprūpi.* – Rīga: Preses Nams, 1998.
39. **Redick R. W., Witkin M. J., Atay J. E.** *Staffing of Mental Health Organizations in the United States.* Mental Health Statistical Note 196. DHHS pub ADM 91-1759. Rockville, Md, National Institute of Mental Health, Apr 1991.
40. **Bales R.F.** *Interaction process analysis, in International Encyclopedia of the Social Sciences.* Edited by Sills D. New York, Macmillan, 1968.
41. **Brown R.I.** *Management and administration in rehabilitation, in Management and Administration of Rehabilitation Programs.* Edited by Brown RI. San Diego, College-Hill, 1986.
42. **Greenblatt M.** *Some principles guiding institutional change.* Analysis and Intervention in Developmental Disabilities 1983, p 257-259.
43. **Tauber R, Wallace C.J., Lecomte T.** *Enlisting indigenous community supporters in skills training programs for persons with severe mental illness.* Psychiatric Services, 2000, p 1428-1432.
44. **Felton C.J., Stastny P, Shern D.L.** *Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes.* Psychiatric Services, 1995, p 1037-1044.
45. **Wallace C.J., Liberman R.P., Tauber R.** *The Independent Living Skills Survey: a comprehensive measure of community functioning of severely and persistently mentally ill individuals.* Schizophrenia Bulletin, 2000, p 631-658.
46. **Lecomte T, Wilde J.B., Wallace C.J.** *Mental health consumers as peer interviewers.* Psychiatric Services, 1999, p 693-695.
47. **Wallace C.J., Lecomte T, Wilde J.** *CASIG: a consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes.* Schizophrenia Research, 2001, p 105-119.
48. **Diamond R.J.** *Multidisciplinary teamwork, in Practicing Psychiatry in the Community.* Edited by Vaccaro JV, Clark GH. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996.
49. **Austin N., Peters T.** *Passion for Excellence.* New York, Norton, 1994.
50. **Smith R.C.** *Implementing psychosocial rehabilitation with long-term patients in a public psychiatric hospital.* Psychiatric Services, 1998, p 593-595.

51. **American Psychiatric Association:** *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia.* American Journal of Psychiatry, Apr 1997.
52. **Lieberman R.P., Kopelowicz A, Smith T.E.** *Psychiatric rehabilitation, in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed.* Edited by Sadock BJ, Sadock V. Baltimore, Lippincott, Williams & Wilkins, 1999.
53. **Stein L.I., Santos A.B.** *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness.* New York, Norton, 1998.
54. **Phillips S.D., Burns B.J., Edgar E.R.** *Moving assertive community treatment into standard practice.* Psychiatric Services, 2001, p 771-779.
55. **Mackain S.J., Wallace C.J., Smith T.E.** *Evaluation of a community re-entry program.* International Review of Psychiatry, 1998, p 76-83.
56. **Drake R.E., Mercer-McFadden C., Mueser K.T.** *Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders.* Schizophrenia Bulletin, 1998, p 589-608.
57. **Luo J, Hales R.E., Hilty D.** *Electronic sign-out using a personal digital assistant.* Psychiatric Services, 2001, p 173-174.
58. **Santos A.B., Deci P.A., Lachance K.R.** *Providing assertive community treatment for severely ill patients in a rural area.* Hospital and Community Psychiatry, 1993, p 34-39.
59. **Lieberman R.P., Wallace C.J., Blackwell R.N.** *Skills training vs psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia.* American Journal of Psychiatry, 1998, p 1087-1091.
60. **Ho A.P., Tsuang J.W., Lieberman R.P.** *Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence.* American Journal of Psychiatry, 1999, p 1765-1770.
61. **Corrigan P.W., Lieberman R.P., Engel J.** *From noncompliance to collaboration in psychiatric treatment.* Hospital and Community Psychiatry, 1990, p 1203-1211.
62. **Suarez A.P., Marcus S.C., Tanielian T.L.** *Trends in psychiatric practice, 1988-1998: activities and work settings.* Psychiatric Services, 2001.
63. **Volkova O.** *Psihologs, psihoterapeits, psihiatrs – kas viņi ir? // Psiholoģija ģimenei un skolai. – 2009.- Nr2- 25-27 lpp*
64. **Zemīte Ē.** *Sociālā darba pamati. Mācību grāmata. – Rīga: SDSPA „Attīstība”, 2006, 27.lp.*

65. **Finch J.R., Wheaton J.E.** *Patterns of services to vocational rehabilitation consumers with serious mental illness.* Rehabilitation Counseling Bulletin, 1998, p 214-227.
66. **Noble J.H.** *Policy reform dilemmas in promoting employment of persons with severe mental illness.* Psychiatric Services, 1998, p 775-781.
67. **Tsang H.W.H.** *Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation for people with schizophrenia.* Journal of Nervous and Mental Disease, 2001, p 90-98 .
68. **Mārtinsone K.** *Mākslas terapija. Teorija un prakse.* – Rīga: Drukātava, 2009.
69. **Rubene I.** *Īsumā par ergoterapiju.* <http://www.bikernieki.lv/lv/ergoterapija> (15.01.2010.).
70. **Ratnieks S.** *Ģimenes terapija.* // Psiholoģijas pasaule. – 2004.- Nr3- 2-6lpp.
71. **Priede-Kalniņa Z.** *Māsas Prakse Pamatota Teorijā.* - USA: Heratige Printing/Graphics, Milwaukee, 1998.
72. **Herz M.I., Lamberti J.S., Mintz J.** *A program for relapse prevention in schizophrenia.* Archives of General Psychiatry, 2000, p 277-283.
73. **Ranz J., Eilenberg J., Rosenheck S.** *The psychiatrist's role as medical director: task distributions and job satisfaction.* Psychiatric Services, 1997, p 915-920.
74. **Drake R.E., Goldman H.H., Leff H.S.** *Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings.* Psychiatric Services, 2001, p 179-182.
75. **Eckman T.A., Wirshing W.C., Marder S.R.** *Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial.* American Journal of Psychiatry, 1992, p 1549-1555.
76. **McPhillips M., Sensky T.** *Coercion, adherence, or collaboration? Influences on compliance with medication, in Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia.* Edited by Wykes T, Tarrier N, Lewis S. London, Wiley, 1998.
77. **Heinssen R.K., Liberman R.P., Kopelowicz A.** *Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory.* Schizophrenia Bulletin, 2000, p 21-46.
78. **Drake R.E., Essock S.M., Shaner A.** *Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness.* Psychiatric Services, 2001, p 469-476.

79. **Dixon L.** *Assertive community treatment: twenty-five years of gold.* Psychiatric Services, 2000, p 759-765.
80. **Wallace C.J., Tauber R., Wilde J.** *Teaching fundamental workplace skills to persons with serious mental illness.* Psychiatric Services, 1999, p 1147-1153.
81. **Kazdin A.E.** *Evaluation in clinical practice: clinically sensitive and systematic methods of treatment delivery.* Behavior Therapy, 1993, p 11-45.
82. *Medicīnas aprūpes rokasgrāmata.* – Rīga: Jumava, 2001.
83. **Eglītis I.** *Psihiatrija.* – Rīga: Zvaigzne, 1974.
84. *Psihiatriskā aprūpe.* – Rīga: Latvijas Sarkanā Krusta Rīgas māsu skola, 1995.
85. **Halles R. E., Yudofsky S. G.** *Essentials of Clinical Psychiatry.* – Washington, DC London, England, 2005.
86. *Diseases.* Springhouse Corporation, Springhouse, Pennsylvania, 2000.
87. **Kulbergs J.** *Dinamiskā psihiatrija.* – Rīga: SIA „I.L.V.”, 2001.
88. **W. Pratt C., J. Gill K., M. Barrett N., M. Roberts M.** *Psychiatric Rehabilitation.* Elsevier, Boston, 2007.
89. **Anthony W., Cohen M., Farkas M.** *Psihiatriskā rehabilitācija.* - Boston, Massachusetts, USA: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1998.
90. **Šiliņa M., Dāboliņa D.** *Ievads aprūpē.* – Rīga: LPASKCI, 1998.
91. **Lapiņa K.** *Psihosomātiskās sakarības un mūsdienu cilvēks.* – Rīga: Librum, 2006.
92. **Montgomery Dossey B., Keegan L., E.Guzzetta C.** *Holoistic nursing. A Handbook for Practice.* Iones and Bartlett Publishers, Canada, 2005.
93. **Montgomery Dossey B., Keegan L.** *Holoistic nursing. A Handbook for Practic.* Iones and Bartlett Publishers, Canada, 2008.
94. **Herrman H., Saxena S., Moodie R.** *Prevention of Mental Disorders.* World Health Organization, Geneva, 2004.
95. **Swan P., Raphael B.** *Ways forward. National consultancy report on Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health.* Canberra, Australian Government Publication Services, 1995.
96. **Marmot M., Wilkinson R.G.** *Social determinants of health.* Oxford, Oxford University Press 1999.
97. **Turrell G., Mathers C.** *Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985–1987 and 1995–1997.* International Journal of Epidemiology, 2001, 30(2), p 231–239.

98. **Kelly B.** *Suicidal ideation, suicide attempts, and HIV infection.* Psychosomatics, 1998, p 405–415.
99. **Nordin K., Glimelius B.** *Psychological reactions in newly diagnosed gastrointestinal cancer patients.* Acta Oncologica. 1997, p 803–810.
100. **Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., Freeth, D.** *Effective Interprofessional Education: Assumption, Argument and Evidence.* Blackwell, London, 2005.
101. **Department of Health** *The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform.* DoH, London, 2000.
102. **Department of Health** *Working Together – Learning Together: A Framework for Lifelong learning for the NHS.* DoH, London, 2001b.
103. **Appleby L.** *Safer services: conclusions from the report of the National Confidential Inquiry.* Advances in Psychiatric Treatment 6. 2000, p 5–15.
104. **Brooker C., Falloon, I., Butterworth, A.** *The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention.* British Journal of Psychiatry, 165, 1994, p 222–230.
105. **Duggan M.** *Pulling Together.* London: Sainsbury Centre for Mental Health. 1997.
106. **Swaran P. Singh,** *Running an effective community mental health team.* Advances in Psychiatric Treatment, 6, 2000, p 414-422.
107. **Michael D.N.** *On learning to plan and planning to learn.* San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
108. **Anantraman V.** *Teambuilding.* In *Human Resource Management: Concepts and Perspectives* (eds V. Anantraman, L. Chong, S. Richardson, et al). Singapore: Singapore University Press, 1984.
109. **Belbin R. M.** *Team Roles at Work.* Oxford: Butterworth-Heinemann. 1993.
110. **Thorne P.** *Hit Squads.* International Management, 47, 1992.
111. **Firth-Cozens J.** *Celebrating teamwork.* Quality in Health Care 7, 1998.
112. **Carter A.J., West M.A.** *Sharing the burden: team work in health care setting.* *Stress in health professionals.* Chichester: John Wiley, 1999, p 191– 202.
113. **Guzzo R.A., Shea G.P.** *Group performance and intergroup relations.* *Handbook of industrial and organisational psychology.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1992.

114. **Tjosvold D.** *Team organization. An enduring competitive advantage.* Chichester: John Wiley, 1991.
115. **Burns T., Guest L.** *Running an assertive community treatment team.* *Advances in Psychiatric Treatment*, 5, 1999, p 348– 356.
116. **Peplau H. E.** *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.* re-issued. New York: Springer Publishing Company, 1991.
117. **Department of Health** *The Inquiry into the Management of Care of Children Receiving Complex Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary.* DoH, London, 2001a.
118. **Department of Health** *The Victoria Climbié' Inquiry.* DoH, London, 2003.
119. **Health Canada** *First Minister's Accord on Health Care Renewal.* Health Canada, Ottawa, 2003.
120. **Curley C., McEachern J., Speroff T.,** *A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards.* *Medical Care* 36 (Supplement), 1998.
121. **Schmitt M.** *Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research.* *Journal of Interprofessional Care* 15, 2001, p 47–66.
122. **Thylefors I., Persson, O., Hellstrom, D.** *Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork.* *Journal of Interprofessional Care* 19, 2005, p 102–114.
123. **Wofford M., Wofford J., Bothra, J., Kendrick S., Smith, A., Lichstein P.** *Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study.* *Academic Medicine* 79, 2004, p 134–138.
124. **Roald J., Edgren L.** *Employee experience of structural change in two Norwegian hospitals.* *International Journal of Health Planning Management* 16, 2001, p 311–324.
125. **Cortvriend P.** *Change management of mergers: the impact on NHS staff their psychological contracts.* *Health Service Management Research* 17, 2004, p 177–187.
126. **Reeves S., Lewin S.** *Hospital-based interprofessional collaboration: strategies and meanings.* *Journal of Health Services Research and Policy* 9, 2004, p 218–225.

127. **Firth-Cozens J.** *Clinical governance training needs in health service staV.* Durham: NHS Executive Northern & York-shire, 1999.
128. **Hogan R., Curphy G.J, Hogan J.** *What we know about leadership.* Am Psychologist 49, 1994, p 493–504.
129. **Hogan R., Raskin R., Fazzini D.** *The dark side of charisma.* In: Clark KE, Clark MB, eds. *Measures of leadership.* West Orange: Leadership Library of America, 1990, p 343–354.
130. **Firth-Cozens J., Mowbray D.** *Leadership and the quality of care.* Quality in Health Care, 10, 2001, p ii3–ii7.
131. **Chidester T.R., Helmreich R.L., Gregorich S.E.** *Pilot personality and crew co-ordination.* Int J Aviation Psychol, 1, 1991, p 25–44.
132. **Jones J.W., Barge B.N., Stevy B.D.** *Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention.* J Appl Psychol 1988,4, p 727–735.
133. **Collighan G., Macdonald A., Herzberg J.** *An evaluation of the multidisciplinary approach to psychiatric diagnosis in elderly people.* BMJ, 306, 1993.
134. **Snowden P.** *Practical aspects of clinical risk assessment and management.* Br J Psychiatry 170, 1997, p 4-32.
135. **Lang C. L.** *The resolution of status and ideological conflicts in a community mental health setting.* Psychiatry, 45, 1982, p 159–171.
136. **Kelson M.** *Patient-defined outcomes.* London: College of Health, 1999.
137. **Aitken S.** *The patient as enemy. Notes from a fifth columnist.* Changes 1984, p 5-54.
138. **Menzies-Lyth I.** *Containing anxiety in institutions.* London: Free Associations Press, 1988.
139. **Senge P.** *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization.* New York: Doubleday, 1990.
140. **Murphy E.C., DeJoy S.** *Cost-driven downsizing in hospitals: implications for mortality.* New York: Amherst, 1993.
141. **Patmore C., Weaver T.** *Community Mental Health Teams: Lessons for Planners and Managers.* London: Good Practices in Mental Health, 1991.

142. **Sayce L., Craig T. K. J., Boardman A. P.** *The development of community mental health centres in the UK.* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 26, 1991, p 14–20.
143. **Deegan P.** *Recovery as a journey of the heart.* Psychiatric Rehabilitation Journal, 19(3), 1996, p 91–97.
144. **Tyrer P., Evans K., Gandhi N.** *Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients.* British Medical Journal, 316, 1998, p 106–109.
145. **Marshall M., Lockwood, A., Gath, D.** *Social services case management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial.* Lancet, 345, 1995, p 409–412.
146. **Davies N.** *Report of the Inquiry into the Circumstances Leading to the Death of Jonathan Newby.* Presented to the Chairman of Oxford Regional Health Authority. London: HMSO, 1995.
147. **Ritchie J. H.** *The Report of the Inquiry into the Care and Treatment of Christopher Clunis.* London: HMSO, 1994.
148. **Glover G.R.** *Using the Mental Illness Needs Index Programme.* London: Department of Public Health and Primary Care, Charing Cross and Westminster Medical School, 1996.
149. **Maslach C., Jackson S.** *Maslach Burnout Inventory (2nd edn).* Oxford: Oxford Psychologists Press, 1986.
150. **Zepa I.** *Profesionālās izdegšanas riski garīgās veselības aprūpes darbiniekiem.* Maģistra darbs, Rīga, 2009.
151. **Calnan M.** *Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK.* Social Science and Medicine 52, 2001, p 499-507.
152. **West M., Field D.** *Teamwork in primary health care. Perspectives from organisational psychology.* J Interprofessional Care 9, 1995, p 117–22.
153. **Bloor K., Maynard A.** *Rewarding healthcare teams: a way of aligning pay to performance and outcomes.* BMJ, 316, 1998, p 569.
154. **Kristapsone S., Rašcevska M.** *Statistika psiholoģijas pētījumos.* - Rīga: Izglītības sōji, 2000, lpp. 46-62.

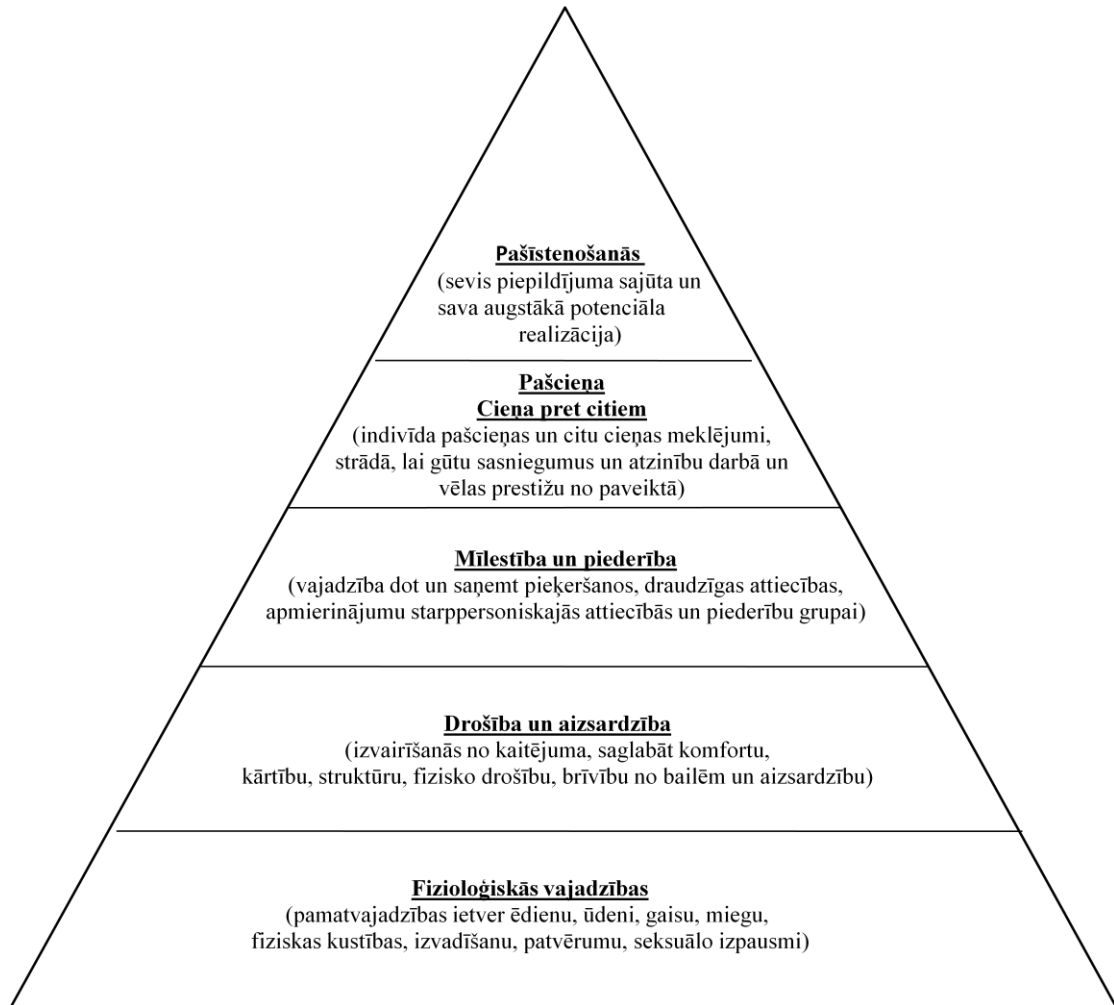
Pielikumi

Aprūpes sniedzēju un pacienta attiecību fāzes pēc H.E. Peplau (2).

Ievirzes posms	Darba posms		Risinājuma posms
	Identificēšana	Izmantošana	
Pacients:			
<p>Meklē palīdzību</p> <p>Izsaka izglītības vajadzības</p> <p>Uzdod jautājumus</p> <p>Pārbauda parametrus</p> <p>Dalās aizspriedumos un tajā, ko sagaida no aprūpes komandas locekļiem</p> <p>pagātnes pieredzes rezultātā</p>	<p>Piedalās problēmu identificēšanā</p> <p>Sāk apzināties laiku</p> <p>Reaģē uz palīdzību</p> <p>Identificē sevi ar aprūpes komandas locekļiem</p> <p>Atpazīst aprūpes komandas locekļus kā personu</p> <p>Pēta sajūtas</p> <p>Svārstās pacienta atkarība, neatkarība un savstarpēja atkarība attiecībās ar aprūpes komandas locekļiem</p> <p>Palielina uzmanības koncentrēšanu</p> <p>Izmaina izskatu (uz labāku vai sliktāku)</p> <p>Izprot nepārtrauktību starp sesijām (process un saturs)</p>	<p>Pilnībā izmanto pakalpojumus</p> <p>Identificē jaunus mērķus</p> <p>Cenšas sasniegt jaunus mērķus</p> <p>Straujas uzvedības izmaiņas:</p> <p>atkarīga</p> <p>neatkarīga</p> <p>Izmantojoša uzvedība</p> <p>Reālistiska izmantošana</p> <p>Virza sevi</p> <p>Attīsta starppersonisko attiecību un problēmu risināšanas prasmes</p> <p>Parāda izmaiņas komunikācijas veidā (atvērtāks, elastīgāks)</p>	<p>Atbrīvojas no vecajām vajadzībām</p> <p>Tiecas pēc jauniem mērķiem</p> <p>Kļūst neatkarīgs no palīdzošās personas</p> <p>Pielieto jaunās problēmu risināšanas prasmes</p> <p>Saglabā izmaiņas komunikācijas un mijiedarbības veidā</p> <p>Pozitīvas izmaiņas skatā uz sevi</p> <p>Sabalansē slimību</p> <p>Parāda spēju pastāvēt par sevi</p>

Aprūpes komandas locekļi:			
<p>Reaģē uz kritisku stāvokli</p> <p>Sniedz satikšanās parametrus</p> <p>Izskaidro lomas</p> <p>Ievāc informāciju</p> <p>Palīdz pacientam identificēt problēmu</p> <p>Palīdz pacientam plānot sabiedrības resursu un pakalpojumu izmantošanu</p> <p>Samazina nemieru un spriedzi</p> <p>Izmanto nevirzošu klausīšanos</p> <p>Koncentrē pacienta enerģiju</p> <p>Izskaidro aizspriedumus un to, ko pacients var sagaidīt no aprūpes komandas locekļiem</p>	<p>Uztur atsevišķu identitāti</p> <p>Izrāda spēju izmainīt balsi vai kontrolēt uzmanības koncentrēšanu</p> <p>Samazinās pārbaudes manevri</p> <p>Bezierunu piekrišana</p> <p>Palīdz izteikt vajadzības, sajūtas</p> <p>Novērtē un pielāgojas vajadzībām</p> <p>Sniedz informāciju</p> <p>Sniedz pieredzi, kas samazina bezpalīdzības sajūtu</p> <p>Neļauj pacientu pārņemt nemieram</p> <p>Palīdz pacientam koncentrēties uz norādījumiem</p> <p>Palīdz pacientam izstrādāt reakciju uz norādījumiem</p> <p>Izmanto vārdu stimulus</p>	<p>Turpina novērtēšanu</p> <p>Piemērojas vajadzībām, kad tās rodas</p> <p>Izprot uzvedības izmaiņu iemeslu</p> <p>Uzsāk rehabilitācijas plānus</p> <p>Samazina nemieru</p> <p>Identificē pozitīvos faktorus</p> <p>Palīdz plānot kopējās vajadzības</p> <p>Veicina personības virzību uz priekšu</p> <p>Strādā ar terapeitiskas bezizejas gadījumiem</p>	<p>Uztur attiecības tik ilgi, cik tas ir nepieciešams pēc pacienta domām</p> <p>Veicina mijiedarbību ar ģimeni</p> <p>Palīdz nospraust mērķus</p> <p>Iemāca profilakses pasākumus</p> <p>Izmanto sabiedrības aģentūras</p> <p>Iemāca rūpēties par sevi</p> <p>Pārtrauc aprūpes komandas locekļu - pacienta attiecības</p>

A. Maslova cilvēka vajadzību hierarhijas piramīda (6).



(Pēc A. Maslova)

Saistība starp galvenajām H. E. Peplau teorijas koncepcijām (4).

APRŪPE ir saistīta ar: PERSONA ir saistīta ar: VESELĪBA ir saistīta ar: VIDE ir saistīta ar: STARPPERSONISKĀS ATTIECĪBAS (SPA) ir saistītas ar:

PERSONA	Aprūpe ir process starp personām (aprūpes komandas locekļiem un pacientu).				
VESELĪBA	Veselība ir aprūpes mērķis.	Veselība atrodas personā.			
VIDE	Vide veido aprūpes kontekstu.	Persona atrodas vidē.	Veselība atrodas personā, kas savukārt atrodas vidē. Vide var būt veselību veicinoša vai slimību uzturoša.		
STARPPERSONISKĀS ATTIECĪBAS (SPA)	SPA ir aprūpes būtība jeb būtiskie procesi (kritisks atribūts).	SPA iesaistās personas.	SPA veicina personas veselību (iepriekšējs notikums) un personas veselība savukārt ietekmē notiekošās SPA (sekas).	Vide veido SPA kontekstu (kritisks atribūts).	
KOMUNIKĀCIJA	Komunikācija notiek aprūpē (kritisks atribūts).	Komunikācija notiek starp personām.	Komunikācija veicina veselību, SPA (iesaistās).	Komunikācija notiek vides kontekstā un ir daļa no vides.	Komunikācija notiek starppersoniskajās attiecībās (kritisks atribūts).

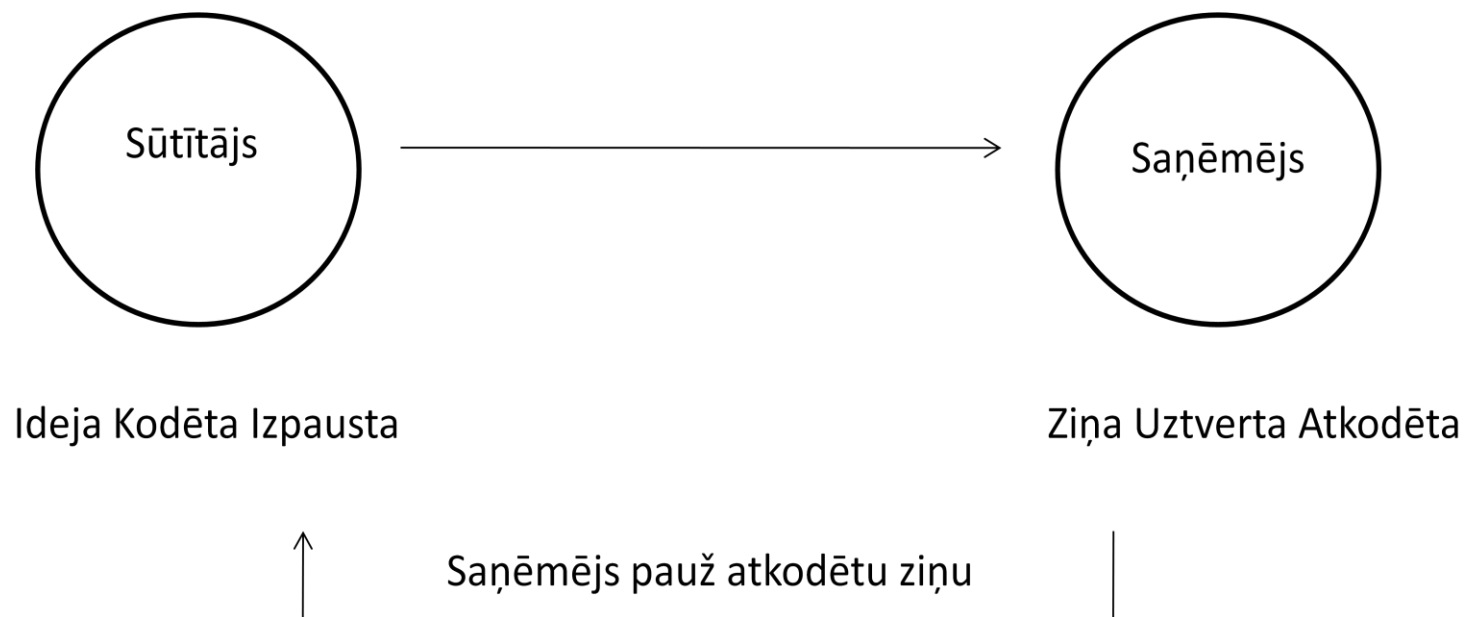
STRUKTŪRU INTEGRĀCIJA	Struktūru integrācija notiek aprūpē (kritisks atribūts).	Struktūru integrācija notiek starp personām.	Struktūru integrācija var veicināt veselību, sekmējot pastāvošās SPA (iesaistās).	Struktūru integrācija ir daļa no vides (kritisks atribūts).	Struktūru integrācija notiek starppersoniskajās attiecībās (kritisks atribūts).
LOMAS	Lomas ir aprūpes veikšanas veidi.	Aprūpes komandas locekļi izmanto lomas, lai veicinātu veselību pacientā.	Aprūpes komandas locekļi izmanto lomas, lai veicinātu veselību.	Lomas tiek izmantotas vides kontekstā.	Lomas tiek izmantotas starppersoniskajās attiecībās (kritisks atribūts).
DOMĀŠANA	Domāšana aprūpē ir priekšnoteikums un kritisks atribūts.	Domāšana notiek personās (kritisks atribūts).	Sevis izprašana var veicināt veselību. Aizspriedumi var kavēt vai veicināt veselību, atkarībā no to ietekmes uz starppersoniskajām attiecībām (iesaistās).	Domāšana ir personas iekšējs fenomens, tās kontekstu veido šīs personas atrašanās vidē.	Sevis izprašana var veicināt SPA. Aizspriedumi var veicināt vai traucēt SPA un otrādi.
MĀCĪŠANĀS	Mācīšanās aprūpē notiek kā sekas.	Mācīšanās notiek personās (kritisks atribūts).	Mācīšanās veicina veselību.	Mācīšanās ir personas iekšējs fenomens, tās kontekstu veido šīs personas atrašanās vidē.	Mācīšanās notiek SPA kontekstā. Mācīšanās un SPA mijiedarbība var tās veicināt vai traucēt.
SPĒJAS	Spējas attīstās kā aprūpes sekas (veselības veicināšanas starpprodukts).	Spējas attīstās personās.	Spēju attīstība veicina veselību.	Spējas ir personas iekšējs fenomens, to kontekstu veido šīs personas atrašanās vidē.	Spējas rodas SPA kontekstā un var palīdzēt SPA attīstībā.
NEMIERS	Nemiers rodas aprūpē (kritisks atribūts).	Nemiers rodas personās un starp personām (kritisks atribūts).	Nemiers spēcīgā vai paniskā līmenī kavē veselību.	Nemiers ir personas iekšējs fenomens, tā kontekstu veido šīs personas atrašanās vidē.	Nemiers spēcīgā vai paniskā līmenī kavē attiecību attīstību.

KOMUNIKĀCIJA ir saistīta ar: STRUKTŪRU INTEGRĀCIJA ir saistīta ar: LOMAS ir saistītas ar: DOMĀŠANA ir saistīta ar: MĀCĪŠANĀS ir saistīta ar: SPĒJAS ir saistītas ar:

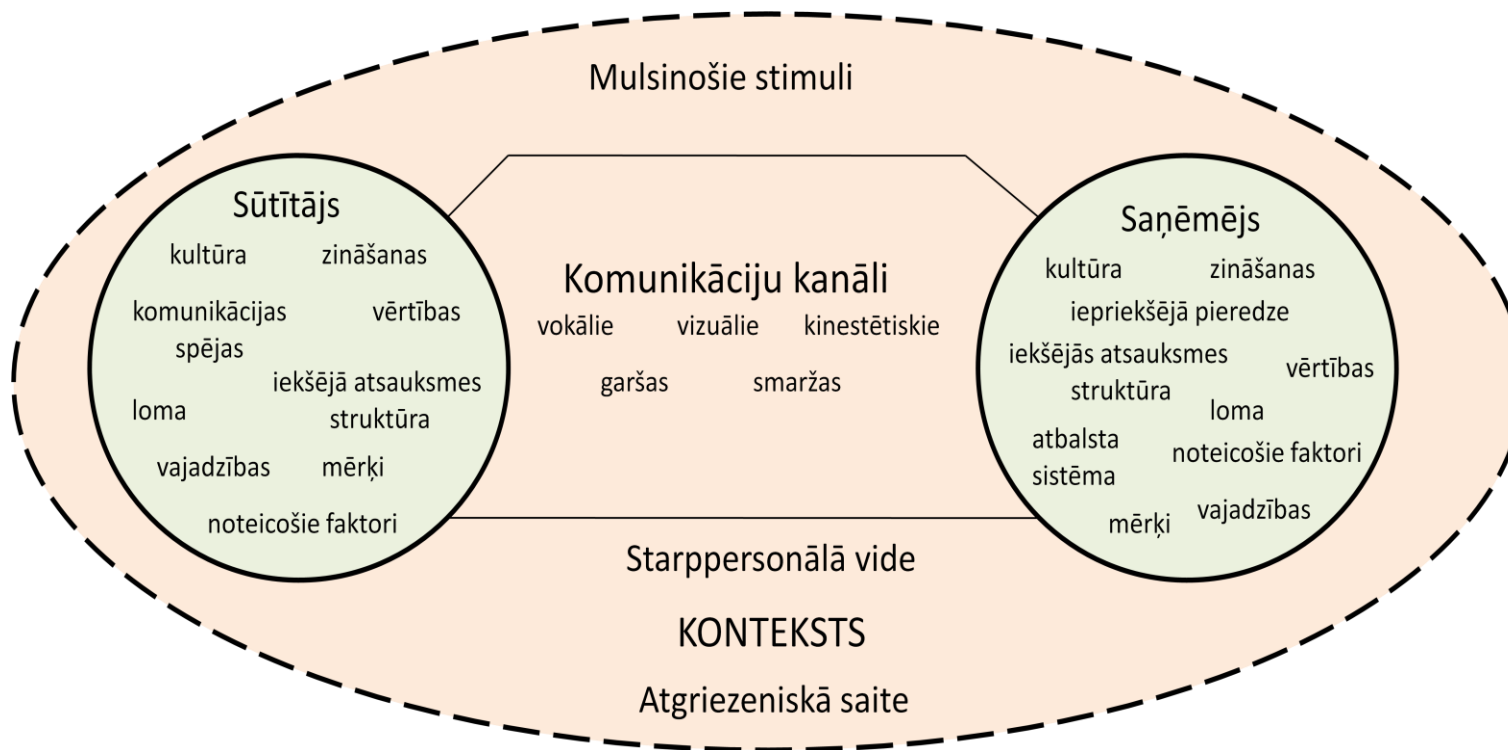
PERSONA					
VESELĪBA					
VIDE					
STARPPERSONISKĀS ATTIECĪBAS (SPA)					
KOMUNIKĀCIJA					
STRUKTŪRU INTEGRĀCIJA	Struktūru integrācija un komunikācija starppersoniskajās attiecībās notiek vienlaicīgi.				
LOMAS	Lomām ir nepieciešama komunikācija (priekšnoteikums).	Aprūpes komandas locekļi izmanto lomas kā daļu no struktūru integrācijas.			
DOMĀŠANA	Domāšana atspoguļojas caur simboliem (valodu). Izmaiņas verbālajā komunikācijā	Domāšana notiek personā un tādēļ netieši mijiedarbojas ar struktūru	Domāšana ir nepieciešama, lai aprūpes komandas locekļi izvēlētos un		

	atspoguļo izmaiņas domāšanā un otrādi.	integrāciju.	uzturētu atbilstošas lomas.			
MĀCĪŠANĀS	Komunikācija veicina mācīšanos un mācīšanās savukārt var veicināt turpmāku komunikāciju.	Mācīšanās notiek personā un tādēļ netieši mijiedarbojas ar struktūru integrāciju.	Mācīšanās notiek caur veiksmīgām aprūpes komandas locekļu lomām, it īpaši padomdevēja un skolotāja lomu, īstenošanu.	Domāšana ir mācīšanās priekšnoteikums, savukārt mācīšanās palīdz domāt.		
SPĒJAS	Komunikācija veicina spēju attīstību.	Spējas rodas personā un tādēļ netieši mijiedarbojas ar struktūru integrāciju.	Spējas tiek attīstītas caur veiksmīgām aprūpes komandas locekļu lomām, it īpaši padomdevēja un skolotāja lomu, īstenošanu.	Spējas ir domāšanas priekšnoteikums un tās attīstās caur domāšanu.	Spējas var iemācīties, attīstot prasmes un potenciālās spējas.	
NEMIERS	Nemiers spēcīgā vai paniskā līmenī traucē komunikāciju.	Nemiers rodas personā un tādēļ netieši mijiedarbojas ar struktūru integrāciju.	Nemiers spēcīgā vai paniskā līmenī ierobežo piemērotas lomas, ko iespējams izmantot.	Nemiers spēcīgā vai paniskā līmenī traucē domāšanu.	Nemiers spēcīgā vai paniskā līmenī traucē domāšanu.	Nemiers spēcīgā vai paniskā līmenī kavē spēju attīstību.

Lineārā komunikācijas modeļa oriģinālā koncepcija (1).



Cirkulārais komunikācijas modelis (1).

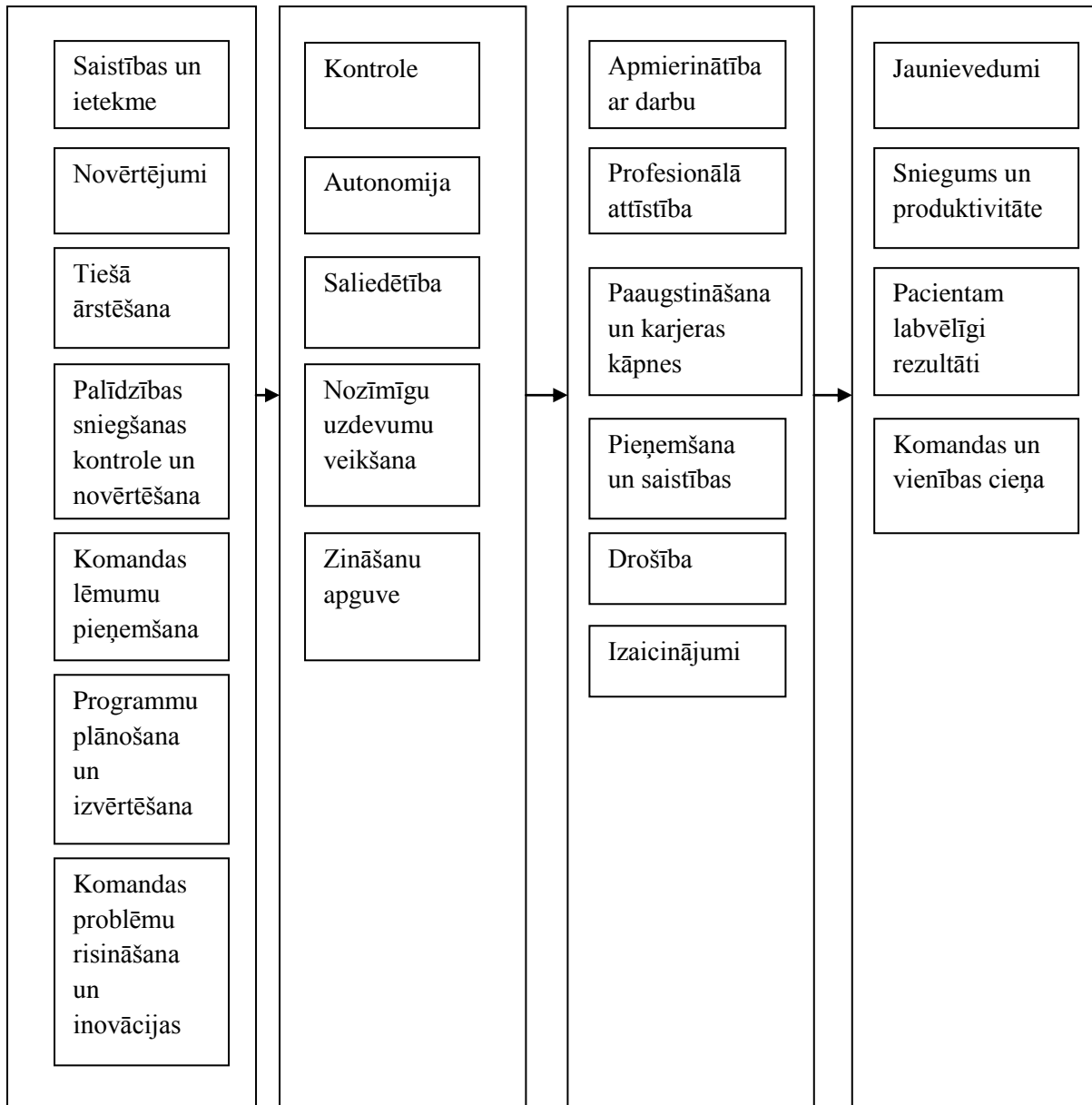


Garīgās veselības efektīvas ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandas komunikācijas metodes (40).

- Ikdienas vai maiņas īsas apspriedes, kurās komandas locekļi dalās jaunākajā informācijā par palīdzības sniegšanas plānošanu, ārstēšanas progresu, problēmām, to novēršanu un pacientu īpašajām vajadzībām.
- Iknedēļas komandas sapulces, kuras var izmantot programmas izvērtēšanai kopumā, uzdevumu noteikšanai, kvalifikācijas celšanai darba vietā, kvalitātes uzlabošanas aktivitātēm un programmu atjaunošanai.
- Komunikācijas reģistrācijas žurnāli ar gatavām veidnēm galveno jautājumu koncentrētai, bet aptverošai apskatei.
- Interneta vai faksa izmantošana, palīdzības sniegšanas plānu un progresu piezīmju nosūtīšanai visiem iesaistītajiem darbiniekiem, kā arī pacientiem un viņu ģimenēm viņu iesaistīšanās sekmēšanai.
- Mobilo telefonu izmantošana komunikācijai komandas locekļu starpā, it īpaši gadījumos, ja tie neatrodas vienuviet, kā, piemēram, lauku rajonos. Balss pasta, uz telefona zvaniem atbildēšanas dienestu, e-pasta un faksa aparātu izmantošana arī var atvieglot komunikēšanu komandas dalībnieku un pacientu starpā.
- Sociālo iemaņu apguves un problēmu risināšanas apmācību nodrošināšana pacientiem, lai viņi paši var kļūt par saviem personīgajiem atbalstītājiem un palīdzības sniegšanas koordinatori, apmierinot savas ārstēšanas, rehabilitācijas, tiesību zināšanas un sadzīviskās vajadzības, un saņemtu sociālo atbalstu.
- Atlabušu vai labi funkcionējošu pacientu izmantošana citu pacientu atbalstam un motivēšanai, lai atbalstītu viņus palīdzības sniegšanas uzsākšanas un ārstēšanas procesā, kā arī veicinātu komunikāciju pacientu un garīgās veselības komandas locekļu starpā.
- Komunikācija un sazināšanās komandas locekļu vidū, kas nodrošina atbalstu nodarbinātības jautājumos, palīdzību ģimenei un iemaņu apguves apmācības, un to starpā, kas ir, pirmkārt, atbildīgi par pacientu progresu un vispārējo palīdzības sniegšanas plānu.

Konceptuālais plāns ar dažām piedalīšanās metodēm multidisciplinārās komandas darbā (49,50).

Klīniskā darba līdzdalības veids → **Tiešais labums** → **Papildus labums** → **Gala rezultāta labums**



Efektīvas ārstēšanas, aprūpes un rehabilitācijas komandas īpašības, kuru nepilnības gadījumā var rasties sadarbības problēmas (56).

- Pakalpojumu pieejamība vēlama 24 stundas diennaktī 7 dienas nedēļā, darbojoties kā atsevišķai komandai vai savienībā ar citām organizācijām vai praktizējošajiem komandas dalībniekiem.
- Konsultēšanās par pakalpojumu sniegšanu un to saskaņošana ar ārpus komandas aģentūrām un praktizējošajiem komandas locekļiem, īpaši ar kopienas atbalsta programmu sniedzējiem, mājokļa jautājumu aģentūrām, darba devējiem, skolām, dzīvojamo vietu nodrošinātājiem, sociālās drošības pārvaldēm un valsts profesionālajām aģentūrām.
- Prioritāte tiek dota cilvēku ar smagiem un darba nespēju izraisošiem garīgiem traucējumiem ārstēšanai.
- Uzsvars tiek likts uz simptomu novēršanas, nodarbinātības un izglītošanas, pāru un ģimenes attiecību, sabiedrības atkārtotu integrēšanas, personīgās higiēnas, garīgās dzīves, atveseļošanās un dzīves apstākļu uzlabošanu.
- Uzsvars tiek likts uz sabiedrības atkārtotu integrēšanu normālos darba, izglītošanās, sadzīves, atveseļošanās, reliģisko aktivitāšu, pilsoņa un politiskās dzīves apstākļos.
- Pacientu dabīgā atbalsta un pašpalīdzības maksimalizēšana, iedrošinot viņus aktīvi piedalīties savu personīgi svarīgo mērķu noteikšanā un izvēlēties palīdzības sniegšanas plānus, sadarbojoties ar ārstējošo komandu, risinot problēmas ar ģimenes locekļu un draugu atbalstu, aizstāvot savas individuālās vajadzības.
- Elastīgi palīdzības sniegšanas līmeņi, sākot no krīzes pakalpojumu sniegšanas līdz pat ilgtermiņa stabilitātes un atveseļošanās nodrošināšanai un saglabāšanai, uzsverot pacienta spēju tikt galā ar savu dzīvi, lai adaptētos sabiedrībā un integrētos.
- Pakalpojumu individualizēšana, lai uz pierādījumiem balstītie pakalpojumi atbilstu pacienta garīgo traucējumu fāzei, veidam un smaguma pakāpei un ļautu pacientiem pakāpeniski sasniegt viņiem personīgi svarīgos mērķus.
- Pacientu virzības uz ārstēšanas un rehabilitācijas mērķiem izvērtēšana, aplūkojot vai primārie mērķi aprūpes plānu kvalitātes uzlabošanai - optimāla simptomu mazināšanās, psihosociālas funkcionēšanas atgūšana un dzīves kvalitātes uzlabošanās - tiek sasniegti.

- Neatlaidīgas darbs ar katru pacientu, ticot pakāpeniskiem simptomu mazināšanās, funkcionēšanas un dzīves kvalitātes uzlabojumiem.
- Komandas atbildība pret tās administrāciju, finansētājiem, komandas locekļiem, pacientiem, viņu ģimenēm, atbalstītājiem un citām ieinteresētajām sabiedrības pusēm.
- Zināšanas, kas ir pieejamas kolektīvi visiem komandas locekļiem, kas veicina augstas kvalitātes uz pierādījumiem balstītās aprūpes sniegšanu.

Komandas dalībniekiem nepieciešamās zināšanas dažādās jomās (60).

Zināšanu jomas	Psihiātrs	Psihologs	Sociālais darbinieks	Māsa	Darba terapeits	Rehabilitācijas konsultants	Palīdzības sniegšanas vadītājs	Patērētāju komandas loceklis	Ģimenes konsultants	Nodarbinātības speciālists	Sagatavotājs darbam
Diagnostika	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Psihopatoloģija	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Krīzes palīdzības sniegšana	●	●	◐	●	◐	◐	●	◐	◐	◐	◐
Iesaistīšanās ārstēšanā	◐	◐	◐	◐	◐	◐	●	●	◐	●	●
Motivējošas pārrunas	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	●	◐
Funkcionālā novērtēšana	◐	●	◐	◐	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Psihofarmotoloģija	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Ģimenes psihoizglītošana	◐	◐	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Pacientu psihoizglītošana	◐	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Prasmju apguves apmācības	◐	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Kognitīvā uzvedības terapija	◐	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Atbalsta nodarbinātība	◐	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	●	●
Uzstājīgas kopienas ārstēšana	◐	◐	◐	◐	◐	◐	●	●	◐	◐	◐
Komandas vadīšana	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Programmu attīstīšana	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Kulturālā pieredze	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	●	●	◐	◐

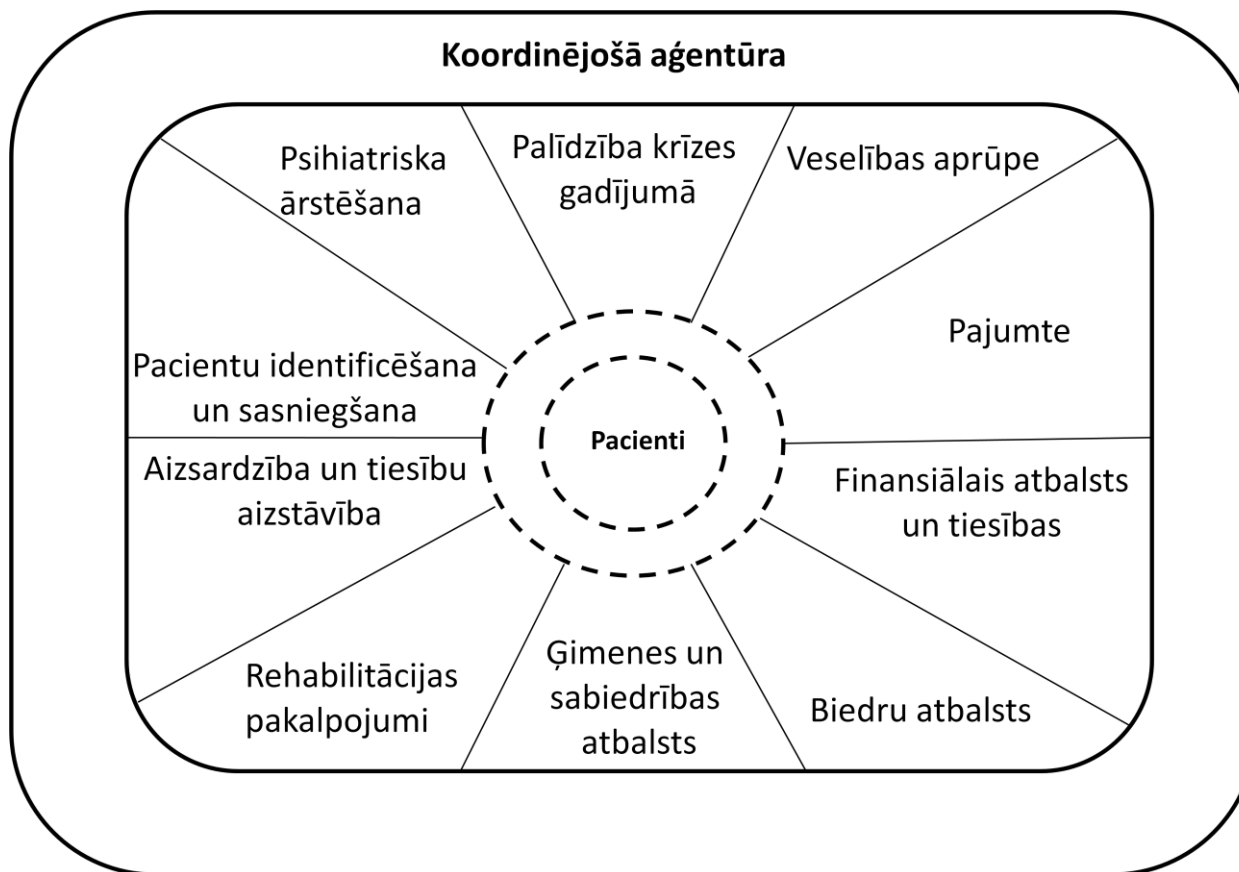
Galvenās atšķirības starp rehabilitāciju un ārstēšanu (88).

	Rehabilitācija	Ārstēšana
Misija:	Uzlabota funkcionēšana un apmierinātība noteikta veida vidē	„Izārstēšana”, simptomu reducēšana vai arī terapeitiskās iejaukšanās izveidošanās
Pamatā esošā cēloņu teorija:	Nav cēloņa teorijas	Balstās uz daudzām cēloņu teorijām, tās nosaka iejaukšanās veidu
Uzmanības centrā:	Tagadne un nākotne	Pagātne, tagadne un nākotne
Diagnostiskais saturs:	Novērtēt esošās un nepieciešamās prasmes un atbalstus	Novērtēt simptomus un iespējamus cēloņus
Galvenās metodes:	Prasmju mācīšana, prasmju programmēšana, resursu koordinēšana, resursu modificēšana	Psihoterapija, medikamentozā terapija
Vēsturiskās saknes:	Cilvēka resursu attīstīšana, profesionālā rehabilitācija, fiziskā rehabilitācija, uz pacientu centrēta terapija, īpašas izglītošanas un apmācības metodes	Psihodinamiskā teorija, somatiskā medicīna

**Rehabilitācijas darbinieku veiktie pasākumi psihiatriskās rehabilitācijas procesa trīs fāzēs
(88)**

Fāzes:	Diagnosticēšana	Plānošana	Iejaukšanās
Pasākumi:	<i>Vispārīgā rehabilitācijas mērķa izvirzīšana</i>	<i>Prasmju attīstības plānošana</i>	<i>Tiešā prasmju mācīšana</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitācijas gatavības izvērtējums • Saiknes nodibināšana ar pacientu • Personisko kritēriju identificēšana • Vides alternatīvu apraksts • Mērķa izvēle 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritāšu izvēle • Mērķu nospraušana • Iejaukšanās veida izvēle • Plāna sastādīšana 	<ul style="list-style-type: none"> • Prasmes īss apraksts • Nodarbības plānošana • Prasmes pielietojuma programmēšana • Pacienta apmācība
	<i>Funkcionālais novērtējums</i>	<i>Resursu attīstības plānošana</i>	<i>Prasmju programmēšana</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Vissvarīgāko prasmju uzskaitījums • Prasmju pielietojuma apraksts • Prasmju funkcionālais novērtējums • Pacienta apmācība 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritāšu izvēle • Mērķu nospraušana • Iejaukšanās veida izvēle • Plāna sastādīšana 	<ul style="list-style-type: none"> • Šķēršļu identificēšana • Programmas izstrādāšana • Pacienta darbību atbalstīšana
	<i>Resursu novērtējums</i>		<i>Resursu koordinēšana</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Vissvarīgāko resursu uzskaitījums • Resursu izmantošanas apraksts • Resursu izmantošanas novērtējums • Pacienta apmācība 		<ul style="list-style-type: none"> • Pacienta un resursu sasaiste • Problēmu risināšana • Resursu lietošanas programmēšana
			<i>Resursu modificēšana</i>
			<ul style="list-style-type: none"> • Izvērtē gatavību izmaiņām • Resursu novērtējums • Izmaiņu ierosināšana • Resursu konsultēšana • Resursu apmācība

Sabiedrības atbalsta sistēmas modelis (88,89).



**Pacienta – veselības aprūpes sniedzēju attiecības: darbības lauki, zināšanas, prasmes
un vērtējums (92,93).**

Darbības lauks	Zināšanas	Prasmes	Vērtējums
Sevis apzināšana	Zināšanas par sevi Pieņemt sevi kā iespēju citiem	Izvērtēt sevi un darbu	Pašnovērtēšanas, pašaprūpes un pašizaugsmes novērtējums
Pacienta pieredze par veselību un slimību	Ģimenes, kultūras un sabiedrības loma attīstībā Veselības dažādās daļas Dažādie ārstēšanas un atbalstīšanas veidi veselībai realitātes dimensijā	Pārzināt pacienta dzīves stāstu un tā nozīmi Skatīt veselību un slimību kā daļu no cilvēka attīstības	Novērtēt pacientu kā vienotu veselumu Novērtēt pacienta dzīvesstāstu un tā nozīmi veselības-slimības stāvoklī
Attīstīt un nostiprināt aprūpes attiecības	Izprast ārstēšanu ņemot vērā attiecību viengabalainību Izprast konfliktu un neveiksmju potenciālu	Pilnībā aprūpēt un ārstēt pacientu Pieņemt un atbildēt uz stresu pacientā un sevī Atbildēt uz morālo un ētisko izaicinājumu Veicināt cerību, ticību un cīņas spar	Ievērot pacienta personību, viņa neatkārtojamību un viengabalainību Ievērot pašnoteikšanos Ievērot pacienta iekšējo spēku un pašārstēšanās procesus
Efektīva komunikācija	Efektīvas komunikācijas elementi	Klausīties Sniegt informāciju Mācīties Mudināt citus uz mācīšanos Veicināt un pieņemt pacienta emocijas	Atvērtības un aizspriedumu mainības nozīme

**Sabiedrības – veselības aprūpes sniedzēju attiecības: darbības jomas, zināšanas,
prasmes un vērtējums (92,93).**

Darbības lauks	Zināšanas	Prasmes	Vērtējums
Sabiedrības nozīme	<p>Sabiedrības dažādie modeļi</p> <p>Mīti un aizspriedumi par sabiedrību</p> <p>Perspektīvas no sociālajām zinātnēm, cilvēces un sistēmu teorijām</p> <p>Dinamiskas izmaiņas – demogrāfiskas, politiskas, industriālas</p>	<p>Nepārtraukta mācīšanās</p> <p>Aktīva dalība sabiedrības attīstībā un dialogs ar to</p>	Respektēt sabiedrības viengabalainību un kultūru dažādību
Dažādie atbalstītāji sabiedrībā	<p>Sabiedrības vēsture, zemes izmantošana, migrācija, nodarbošanās un to ietekme uz veselību</p> <p>Fiziskās, sociālās un profesionālas vides un to ietekme uz veselību</p> <p>Ārējie un iekšējie spēki, kas ietekmē sabiedrības veselību</p>	<p>Kritiska pieeja veselības aprūpes nodrošinātājiem attiecībā uz sabiedrības veselību</p> <p>Novērtēt sabiedrības un vides veselību</p> <p>Novērtēt kopienas politikas ietekmi uz veselību</p>	<p>Pieņemt visu veselības faktoru saistību</p> <p>Pieņemt kopienas politikas un sabiedrības organizāciju nozīmi veselības aprūpē</p> <p>Destruktīvo vērtību atzīšana</p>
Attīstīt un nostiprināt attiecības sabiedrībā	<p>Aprūpes sniedzēju-sabiedrības attiecību vēsture</p> <p>Sabiedrības veselības aprūpes izolācija no sabiedrības kopumā</p>	<p>Pārrunāt idejas</p> <p>Klausīties atvērti</p> <p>Iedvesmot citus</p> <p>Mācīties</p> <p>Veicināt citu mācīšanos</p> <p>Atbilstoša dalība sabiedriskajās aktivitātēs un attīstībā</p>	<p>Atvērtības nozīme</p> <p>Veselības zinātnes robežu pieņemšana</p> <p>Atbildība par veselības veicināšanu</p>

<p>Efektīva, sabiedrības balstīta aprūpe</p>	<p>Aprūpes dažādie tipi, formālie un neformālie</p> <p>Organizāciju vērtību ietekme uz aprūpi</p> <p>Aprūpes procesa nepārtrauktības pozitīvie efekti</p>	<p>Sadarbība ar citiem indivīdiem un organizācijām</p> <p>Būt komandas loceklim</p> <p>Īstenot jaunas stratēģijas</p>	<p>Respektēt sabiedrības līderus</p> <p>Iesaistīties pārmaiņu darbos</p>
--	---	---	--

**Veselības aprūpes sniedzēju savstarpējās attiecības: darbības jomas, zināšanas,
prasmes un vērtējums (92,93).**

Darbības lauks	Zināšanas	Prasmes	Vērtējums
Sevis apzināšana	Zināšanas par sevi	Pārdomāt zināmo par sevi, un savas vajadzības Nepārtraukta mācīšanās	Sevis apzināšanas nozīme
Tradicionālās zināšanas veselības aprūpes profesijās	Dažādo profesiju ārstēšanas pieejas Dažādo kultūru ārstēšanas pieejas Vēsturiskā ietekme uz profesiju nevienlīdzību	Pieņemt citu darba nozīmi Mācīties no pieredze	Dažādo vērtību pieņemšana
Komandu un sabiedrību veidošana	Komandu veidošanas perspektīvas no sociālo zinātņu puses	Efektīva komunikācija Atvērta klausīšanās Kopīga mācīšanās	Uzdevumu un dažādības pieņemšana
Komandu, grupu, un organizāciju darba dinamika	Komandas darba dinamikas perspektīvas no sociālo zinātņu puses	Atbildības dalīšana atbildīgi Sadarbošanās ar citiem Kopīgs darbs Konfliktu risināšana	Atvērtība pret citu idejām Pazemība Savstarpēja uzticība, empātija un atbalsts Žēlsirdība

Valdes priekšsēdētājs

Iesnieguma iesniedzējs

IESNIEGUMS

Rīgā

Es, Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības zinātņu maģistra māszinībās studiju programmas 2. kursa studente, lūdzu atļaut veikt pētījumu Jūsu vadītajā iestādē, sakarā ar maģistra darba izstrādi par tēmu „Komandas darba nozīme aprūpē pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem”.

Pētniecības darba rezultāti tiks izmantoti tikai manā maģistra darbā, būs konfidenciāli un anonīmi.

Datums:

Paraksts:

P.S. Oriģinālais apstiprinājums ir pētnieka rīcībā.

Aptaujas anketa

Es, Ilze Balode – Ķieģele, Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības zinātņu maģistra māszinībās studiju programmas 2. kursa studente, maģistra darba „Komandas darba nozīme aprūpē pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem” ietvaros veicu pētījumu. Pētniecības darbā vēlos noskaidrot veselības aprūpes komandas izveides un sekmīgas darbības aspektus, un nepieciešamību ārstēšanas un rehabilitācijas procesā pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi.

Jūsu sniegtā informācija būs anonīma un konfidenciāla, rezultāti tiks izmantoti tikai manā maģistra darbā apkopotā veidā.

Atbildes uz jautājumiem lūdzu apvilkt vai ierakstīt tam paredzētajās vietās. Apvilkt **tikai vienu**, Jums visatbilstošāko, variantu.

1. Jūsu darba pieredze garīgās veselības aprūpē:
 - a) līdz 5 gadiem
 - b) no 6 -10 gadiem
 - c) 11 un vairāk gadu
2. Jūsu profesija/specialitāte:
 - a) Ārsts-psihiatrs
 - b) Māsa
 - c) Cits _____
3. Aprūpējamo pacientu skaits ikdienas darbā:
 - a) Līdz 5 pacientiem
 - b) No 6 -10 pacientiem
 - c) Vairāk nekā 11 pacientu
4. Kā Jūs papildināt savas zināšanas par aprūpes darbu pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem: **(iespējams atzīmēt vairākus variantus)**
 - a) Regulāri apmeklēju seminārus un kongresus
 - b) Regulāri apmeklēju kursus
 - c) Iepazīstos ar jaunāko informāciju literatūrā, periodiskajos izdevumos
 - d) Iepazīstos ar jaunāko informāciju internetā
 - e) Dodos pieredzes apmaiņā uz citām valstīm
 - f) Neuzskatu par vajadzīgu papildināt zināšanas
 - g) Cits _____
5. Vai uzskatāt, ka Jums ir pietiekošas zināšanas par aprūpi pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem:
 - a) Jā, pilnīgi pietiekamas
 - b) Pietiekamas, bet vēlētos tās padziļināt
 - c) Nepietiekamas zināšanas
6. Kas, Jūsaprāt, ir aprūpes darbs komandā:
 - a) Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana, kuru veic profesionāļi, speciālisti un eksperti ar dažāda veida zināšanām un pieredzi, savstarpēji sadarbojoties un cienot viens otru
 - b) Dažādu veselības aprūpes profesionāļu, speciālistu un ekspertu individuāls darbs, kur nav nepieciešama savstarpēja sadarbība

c) Cits_____

7. Kā Jūs labprātāk strādājat:
- Individuāli, nepatīk, ja kāds jaucas manā darbā
 - Komandā, labprāt kontaktējos ar citiem aprūpes darbiniekiem, lūdzu padomu un palīdzību, kā arī piedāvāju savējo
8. Vai uzskatāt, ka strādājat komandā:
- Jā, uzskatu, ka esmu profesionālas aprūpes komandas loceklis
 - Nē, aprūpes darbu veic dažādi speciālisti, bet nav savstarpējas sadarbības
9. Kas ir Jūsu komandas dalībnieki - speciālisti ar kuriem sadarbojaties aprūpes darba ietvaros:
- Ārsts-psihiatrs, māsa, māsu palīgs
 - Ārsts-psihiatrs, māsa, māsu palīgs, pacients, pacienta ģimene
 - Ārsts-psihiatrs, māsa, māsu palīgs, pacients, pacienta ģimene, vadītājs, psihologs, sociālais darbinieks, ergoterapeits
 - Cits_____
10. Kā vadībā Jūs strādājat:
- Ārsta-nodaļas vadītāja
 - Veselības aprūpes iestādes direktora
 - Vecākā māsa
 - Cits_____
 - Nezinu
11. Kas apspriež, izvērtē un pieņem lēmumus par pacienta ārstēšanu jeb pacienta aprūpes plānu:
- Vadītājs vienpersoniski
 - Lēmumi par pacienta ārstēšanu un aprūpi tiek pieņemti savstarpēji sadarbojoties visiem aprūpes komandas dalībniekiem
 - Lēmumi par pacienta ārstēšanu un aprūpi tiek pieņemti savstarpēji sadarbojoties aprūpes komandas dalībniekiem un pacientam
 - Katrs speciālists pieņem individuālus lēmumus neinformējot un neapspriežoties par to ar pārējiem
12. Aprūpes un ārstēšanas laikā, attiecībā ar pacientu Jūs:
- uztverat pacientu kā līdzvērtīgu aprūpes komandas locekli, kur strādājat kopā, lai noskaidrotu esošās problēmas
 - esat ieinteresēts pacienta sūdzībās savas darbības jomas ietvaros, jo nepietiek laika un citu resursu, lai interesētos un risinātu citas problēmas
 - uzskatāt, ka pacients ir pilnībā atkarīgs no aprūpes un ārstējošā personāla un nav spējīgs piedalīties problēmu identificēšanā un risināšanā
13. Pēc Jūsu domām, kāpēc pacienti bieži atgriežas stacionāra nodaļā:
- Pacientam nav pietiekami attīstīti nākotnes plāni pirms slimnīcas atstāšanas
 - Pacienta izvirzītie mērķi attiecībā uz turpmāko slimības - veselības gaitu nesakrīt ar aprūpes komandas locekļu izvirzītajiem mērķiem
 - Trūkst ārpusstacionāra aprūpes un sadarbības iestāžu un darbinieku, pie kuriem vērsties pēc padoma vai palīdzības
 - a+b+c

e) Cits_____

14. Jūsaprāt, cik svarīgs ir aprūpes darbs komandā, pacientam, atveseļošanās procesā:

- a) pacienta atveseļošanās procesā tas nav būtiski vai speciālisti savstarpēji sadarbojas vai strādā individuāli
- b) aprūpes darbs komandā spēj panākt maksimālu pacienta fizisko, psihisko, sociālo labsajūtu
- c) pacients pats labāk zinās kādu speciālistu palīdzību viņam vajadzēs un pats pie viņiem aizies

15. Kādi būtu veicinošie apstākļi sekmīgas aprūpes komandas izveidei un darbībai:

- a) Lielāks valsts finansiālais atbalsts veselības aprūpei
- b) Veselības aprūpes iestādes vadības veikts kontroles darbs, kura rezultātā tiek veiktas nepieciešamās izmaiņas aprūpes darba uzlabošanā
- c) Aprūpes speciālistu ieinteresētība un motivācija darbā
- d) a+b+c
- e) Cits_____

16. Kādi būtu kavējošie apstākļi sekmīgas aprūpes komandas izveidei un darbībai:

- a) Nepietiekams valsts finansiālais atbalsts veselības aprūpei
- b) Veselības aprūpes iestādes vadības kontaktēšanās ar dažādu līmeņu vadītājiem nevis aprūpes veicējiem vai pacientiem
- c) Aprūpes speciālistu ieinteresētības un motivācijas trūkums darbā
- d) a+b+c
- e) Cits_____

17. Jūsu ieteikumi komandas darba attīstībai un veicināšanai:

Lūdzu novērtēt komandas darba procesu savā ikdienas darbā, ar ballēm no 0 – 10, kur 0 ballēm atbilst kreisajā pusē dotais apraksts, bet 10 ballēm – labajā pusē dotais apraksts.

Komandas darba procesa vērtējums

Kārtība

Nav vienotības par komandas darba attīstīšanu; nav neviena, kas tai sekotu.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Ir izstrādāta vienota kārtība komandas darbam; nav nekādu noviržu darbībā
---	------------------------	---

Iesaistīšanās

Daži komandas locekļi dominē, daži vispār neiesaistās	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Visi līdzdarbojas un ir iesaistīti komandas darbā
---	------------------------	---

Saskarsme

Savstarpēja komandas locekļu sazināšanās/apspriede nenotiek	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Notiek savstarpēja komandas locekļu sazināšanās, informācijas apmaiņa
---	------------------------	---

Vadība

Nekādu mēģinājumu virzīt komandu pa pareizo ceļu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Iesaistās, lai nenovirzītos no mērķa, nodrošina vienmērīgu komandas locekļu iesaisti
--	------------------------	--

Lēmumi

Lēmumus pieņem katrs komandas loceklis atsevišķi; nekvalitatīvi lēmumi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Komanda pieņem lēmumus vienoti; kvalitatīvi lēmumi
--	------------------------	--

Paldies par atsaucību!

Kopējais respondentu vērtējums esošajam komandas darba procesam (ballēs 0 - 10)

Šifrs	Kārtība	Iesaistīšanās	Saskarsme	Vadība	Lēmumi
1	7	6	7	6	8
2	2	3	2	2	2
3	2	4	2	1	1
4	4	6	5	4	5
5	3	4	2	5	5
6	6	6	8	8	3
7	4	2	3	1	3
8	8	9	8	8	8
9	7	7	8	8	8
10	3	6	4	7	1
11	5	7	8	4	8
12	1	2	0	2	2
13	6	3	4	7	3
14	6	6	6	6	6
15	3	3	6	4	4
16	4	4	3	6	3
17	5	5	5	5	5
18	3	5	6	4	6
19	4	4	7	5	8
20	6	6	6	6	5
21	8	8	8	8	8
22	8	9	8	8	8
23	9	9	9	9	9
24	7	7	8	8	8
25	8	7	8	8	8
26	4	5	5	4	4
27	5	6	7	7	7
28	5	4	8	7	6
29	6	4	7	6	6
30	1	0	1	1	1
31	0	0	0	0	1
32	9	10	10	8	9
33	7	4	9	2	5
34	8	4	5	4	0
35	9	8	7	9	9
36	4	5	3	1	5
37	7	8	8	9	8
38	8	10	9	8	9
39	9	8	9	9	10

40	4	8	5	9	9
41	9	9	9	9	9
42	9	9	9	9	9
43	9	7	9	7	9
44	8	7	7	5	7
45	7	8	10	9	9
46	7	7	7	8	8
47	8	7	8	8	7
48	6	6	7	6	7
49	5	4	5	5	5
50	0	0	0	0	0
51	0	0	0	0	0
52	0	10	10	10	10
53	10	2	10	10	10
54	7	9	9	9	7
55	7	7	8	8	7
56	3	4	4	5	5
57	9	8	8	7	8
58	7	8	6	7	8
59	10	10	0	10	10
60	6	7	5	8	5
61	3	6	6	5	6
62	10	10	10	10	10
63	4	3	4	3	2
64	10	5	9	9	9
65	10	10	10	10	10
66	5	5	6	5	5
67	2	3	2	2	2
68	8	7	8	7	7
69	7	7	8	7	7
70	8	7	8	7	7
71	8	7	7	7	8
72	7	8	8	7	7
73	7	8	8	7	7
74	7	9	8	8	8
75	8	8	8	8	8
76	5	4	4	5	3
77	4	2	3	4	6
78	5	4	5	6	4
79	4	2	5	4	5
80	8	7	9	7	7
81	8	7	9	7	8
82	7	6	8	9	7
83	3	5	5	2	4
84	2	4	5	5	5
85	3	2	6	5	1

86	2	4	4	4	3
87	3	4	4	2	7
88	6	6	9	8	8
89	9	5	9	9	9
90	8	6	8	7	7
91	7	8	8	7	7
92	9	10	10	10	10
93	10	10	10	10	10
94	10	10	10	10	10
95	4	7	6	2	2
96	4	4	4	4	4
97	9	7	8	9	9
98	4	5	5	5	6
99	7	5	6	6	6
100	10	8	10	10	10
101	4	4	5	8	8
102	8	8	8	8	8
103	8	8	8	8	9
104	9	5	9	8	8
105	7	7	7	7	8
106	7	7	7	8	8
107	6	7	7	6	5
108	6	5	8	8	3
109	5	3	5	3	5
110	6	3	3	5	4
111	1	3	6	3	4
112	5	5	5	5	5
113	9	8	10	8	8
114	3	2	5	2	1
115	5	2	3	7	5
116	10	8	9	10	9
117	5	0	3	5	5
118	7	7	9	9	8
119	8	10	10	10	10
120	10	10	5	5	10
121	6	7	7	7	7
122	10	10	10	10	10
123	10	10	10	10	10
124	5	2	3	3	5
125	9	2	0	7	8
126	10	10	10	10	10
127	5	4	5	8	7
128	6	7	7	7	7
129	8	9	9	9	9
130	10	10	10	10	10
131	7	8	8	7	8

132	4	5	4	6	6
133	8	10	10	10	9
134	3	4	5	5	2
135	7	6	6	7	7
136	8	6	5	7	4
137	7	7	5	5	6
138	5	5	5	5	5
139	6	7	8	8	8
140	8	9	8	8	8
141	6	6	7	9	8
142	7	7	6	6	7
143	6	4	7	7	6
144	3	4	3	4	3
145	7	4	6	6	4
146	5	4	8	8	8
147	6	6	7	6	6
148	9	9	10	9	8
149	9	9	10	9	8
150	0	0	0	0	9
151	2	1	1	1	1
152	0	0	0	0	0
153	6	8	9	9	8
154	8	7	9	8	9
Vidējā v.	6	5	6	6	6
Mediāna	7	6	7	7	7
Moda	7	7	8	8	8
Max v.	10	10	10	10	10
Min v.	0	0	0	0	0

**Respondentu grupas „māsas” vērtējums esošajam komandas darba procesam
(ballēs 0 - 10)**

Šifrs	Kārtība	Iesaistīšanās	Saskarsme	Vadība	Lēmumi
1	7	6	7	6	8
2	2	3	2	2	2
3	2	4	2	1	1
4	4	6	5	4	5
5	3	4	2	5	5
6	6	6	8	8	3
7	4	2	3	1	3
8	8	9	8	8	8
9	7	7	8	8	8
10	3	6	4	7	1
11	5	7	8	4	8
12	1	2	0	2	2
13	6	3	4	7	3
14	6	6	6	6	6
15	3	3	6	4	4
16	4	4	3	6	3
17	5	5	5	5	5
18	3	5	6	4	6
19	4	4	7	5	8
20	6	6	6	6	5
21	8	8	8	8	8
22	8	9	8	8	8
23	9	9	9	9	9
24	7	7	8	8	8
25	8	7	8	8	8
26	4	5	5	4	4
27	5	6	7	7	7
28	5	4	8	7	6
29	6	4	7	6	6
30	1	0	1	1	1
31	0	0	0	0	1
32	9	10	10	8	9
33	7	4	9	2	5
34	8	4	5	4	0
35	9	8	7	9	9
36	4	5	3	1	5
37	7	8	8	9	8
38	8	10	9	8	9
39	9	8	9	9	10
40	4	8	5	9	9
41	9	9	9	9	9
42	9	9	9	9	9
43	9	7	9	7	9
44	8	7	7	5	7
45	7	8	10	9	9
46	7	7	7	8	8

47	8	7	8	8	7
48	6	6	7	6	7
49	5	4	5	5	5
50	0	0	0	0	0
51	0	0	0	0	0
52	0	10	10	10	10
53	10	2	10	10	10
54	7	9	9	9	7
55	7	7	8	8	7
56	3	4	4	5	5
57	9	8	8	7	8
58	7	8	6	7	8
59	10	10	0	10	10
60	6	7	5	8	5
61	3	6	6	5	6
62	10	10	10	10	10
63	4	3	4	3	2
64	10	5	9	9	9
65	10	10	10	10	10
66	5	5	6	5	5
67	2	3	2	2	2
68	8	7	8	7	7
69	7	7	8	7	7
70	8	7	8	7	7
71	8	7	7	7	8
72	7	8	8	7	7
73	7	8	8	7	7
74	7	9	8	8	8
75	8	8	8	8	8
76	5	4	4	5	3
77	4	2	3	4	6
78	5	4	5	6	4
79	4	2	5	4	5
80	8	7	9	7	7
81	8	7	9	7	8
82	7	6	8	9	7
83	3	5	5	2	4
84	2	4	5	5	5
85	3	2	6	5	1
86	2	4	4	4	3
87	3	4	4	2	7
88	6	6	9	8	8
89	9	5	9	9	9
90	8	6	8	7	7
91	7	8	8	7	7
92	9	10	10	10	10
93	10	10	10	10	10
94	10	10	10	10	10
Vidējā v.	5	5	6	6	6
Mediāna	7	6	7	7	7
Moda	7	7	8	7	8

Max v.	10	10	10	10	10
Min v.	0	0	0	0	0

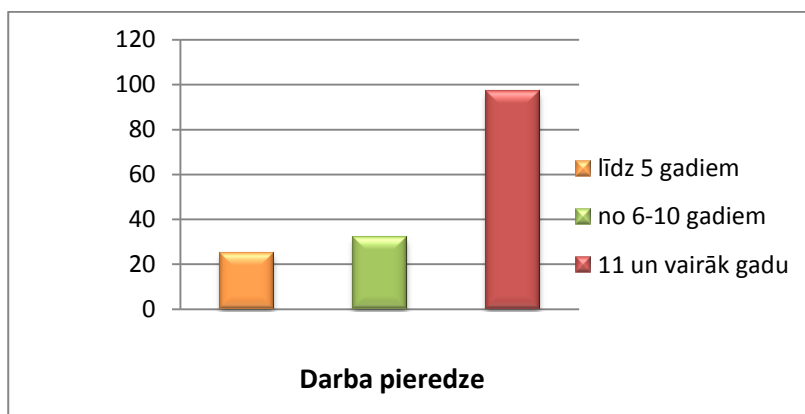
**Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējums esošajam komandas darba procesam
(ballēs 0 - 10)**

Šifrs	Kārtība	Iesaistīšanās	Saskarsme	Vadība	Lēmumi
134	3	4	5	5	2
135	7	6	6	7	7
136	8	6	5	7	4
137	7	7	5	5	6
138	5	5	5	5	5
139	6	7	8	8	8
140	8	9	8	8	8
141	6	6	7	9	8
142	7	7	6	6	7
143	6	4	7	7	6
144	3	4	3	4	3
145	7	4	6	6	4
146	5	4	8	8	8
147	6	6	7	6	6
148	9	9	10	9	8
149	9	9	10	9	8
150	0	0	0	0	9
151	2	1	1	1	1
152	0	0	0	0	0
153	6	8	9	9	8
154	8	7	9	8	9
Vidējā v.	5	5	5	6	5
Mediāna	6	6	6	7	7
Moda	6	4	5	8	8
Max v.	9	9	10	9	9
Min v.	0	0	0	0	0

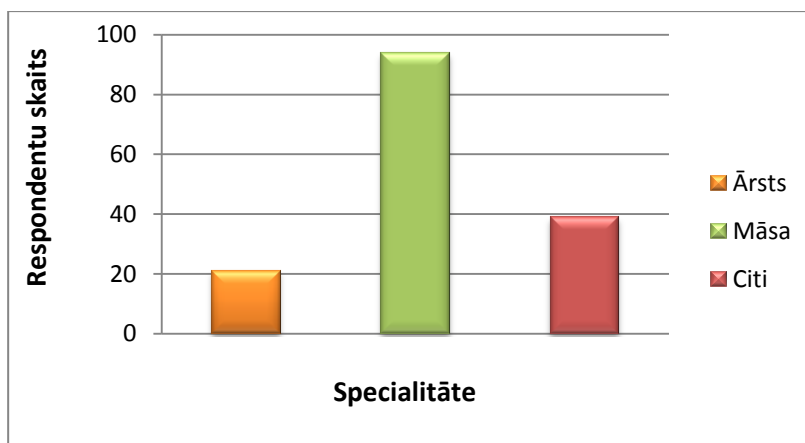
**Respondentu grupas „citi” vērtējums esošajam komandas darba procesam
(ballēs 0 - 10)**

Šifrs	Kārtība	Iesaistīšanās	Saskarsme	Vadība	Lēmumi
95	4	7	6	2	2
96	4	4	4	4	4
97	9	7	8	9	9
98	4	5	5	5	6
99	7	5	6	6	6
100	10	8	10	10	10
101	4	4	5	8	8
102	8	8	8	8	8
103	8	8	8	8	9
104	9	5	9	8	8
105	7	7	7	7	8
106	7	7	7	8	8
107	6	7	7	6	5
108	6	5	8	8	3
109	5	3	5	3	5
110	6	3	3	5	4
111	1	3	6	3	4
112	5	5	5	5	5
113	9	8	10	8	8
114	3	2	5	2	1
115	5	2	3	7	5
116	10	8	9	10	9
117	5	0	3	5	5
118	7	7	9	9	8
119	8	10	10	10	10
120	10	10	5	5	10
121	6	7	7	7	7
122	10	10	10	10	10
123	10	10	10	10	10
124	5	2	3	3	5
125	9	2	0	7	8
126	10	10	10	10	10
127	5	4	5	8	7
128	6	7	7	7	7
129	8	9	9	9	9
130	10	10	10	10	10
131	7	8	8	7	8
132	4	5	4	6	6
133	8	10	10	10	9
Vidējā v.	6	6	6	7	7
Mediāna	7	7	7	7	8
Moda	10	7	10	10	8
Max v.	10	10	10	10	10
Min v.	1	0	0	2	1

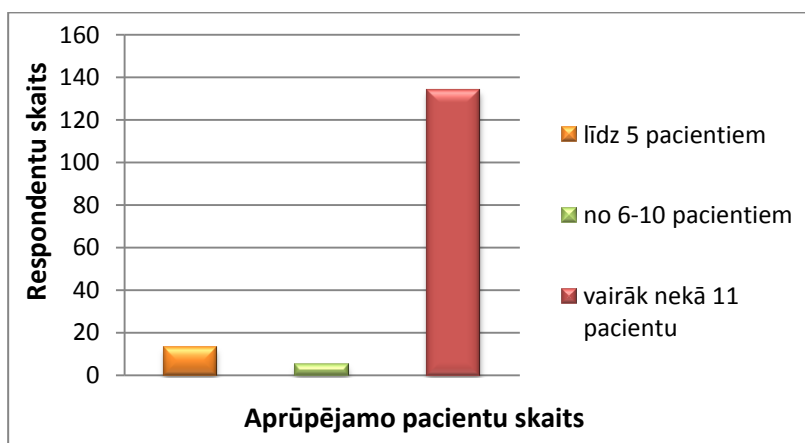
Pētījuma rezultātu attēli



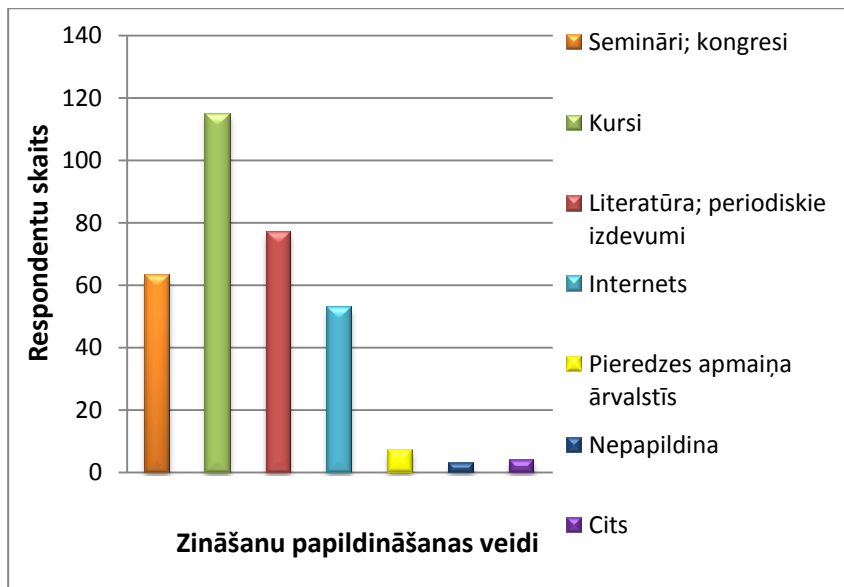
1.att. Respondentu darba pieredze garīgās veselības aprūpē



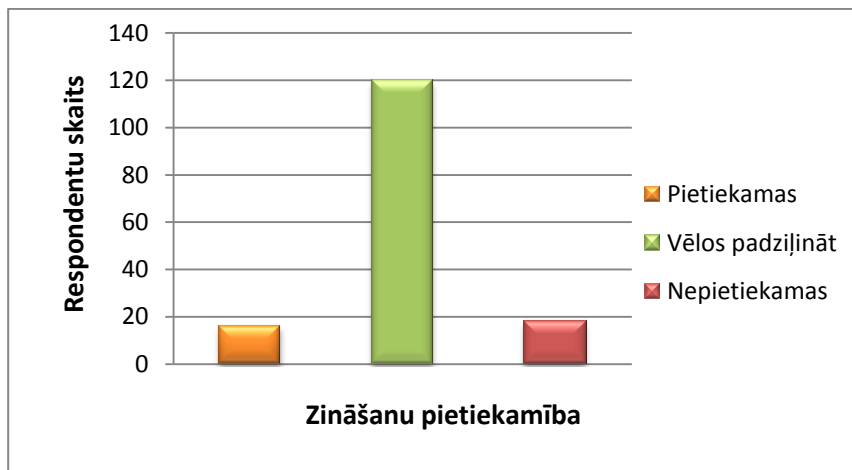
2.att. Respondentu profesija/specialitāte



3.att. Respondentu aprūpējamo pacientu skaits ikdienas darbā



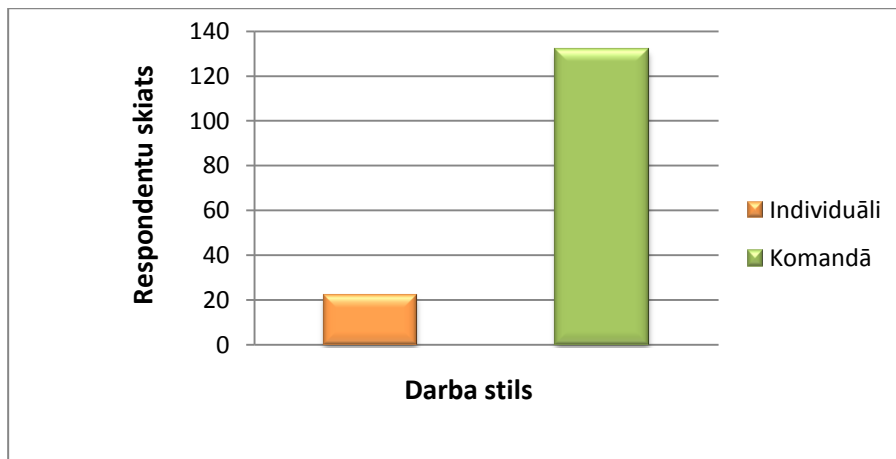
4.att. Respondentu zināšanu papildināšanas veidi par darbu ar pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi



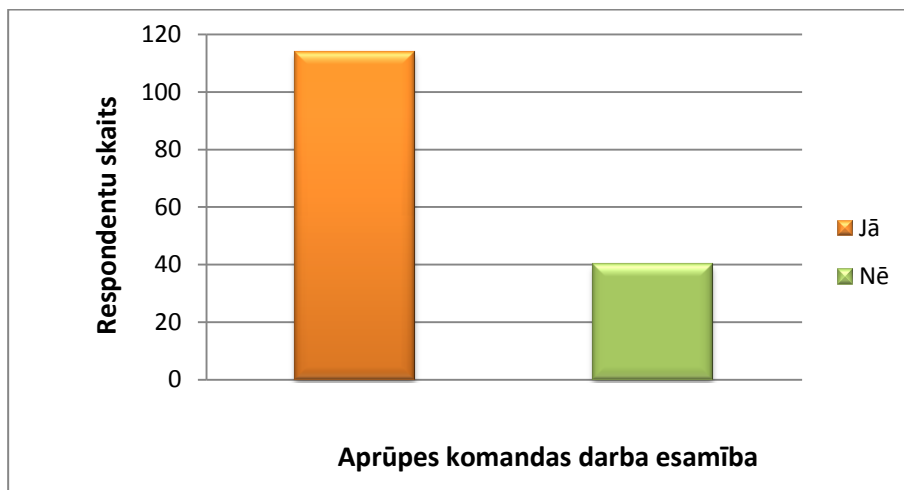
5.att. Respondentu uzskats par savu zināšanu pietiekamību darbā ar pacientiem, kuriem ir garīgās veselības traucējumi



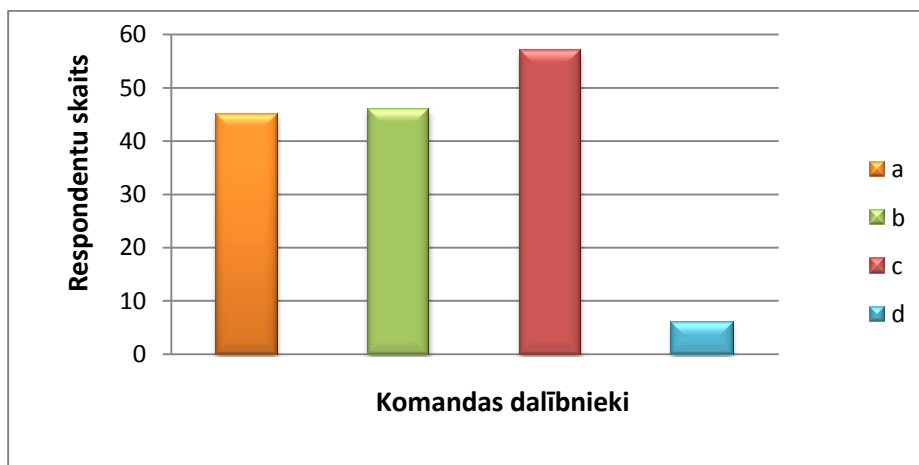
6.att. Respondentu viedoklis par to, kas ir aprūpes darbs komandā



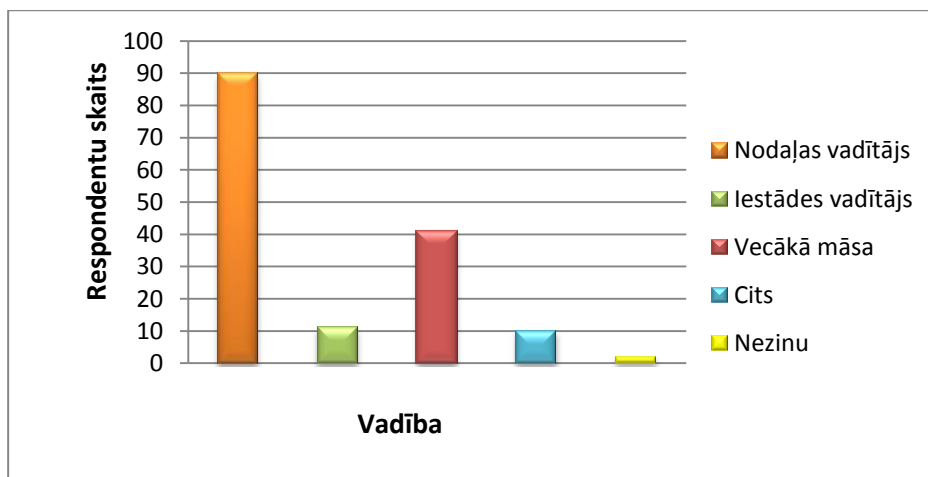
7.att. Respondentu personīgais strādāšanas stils



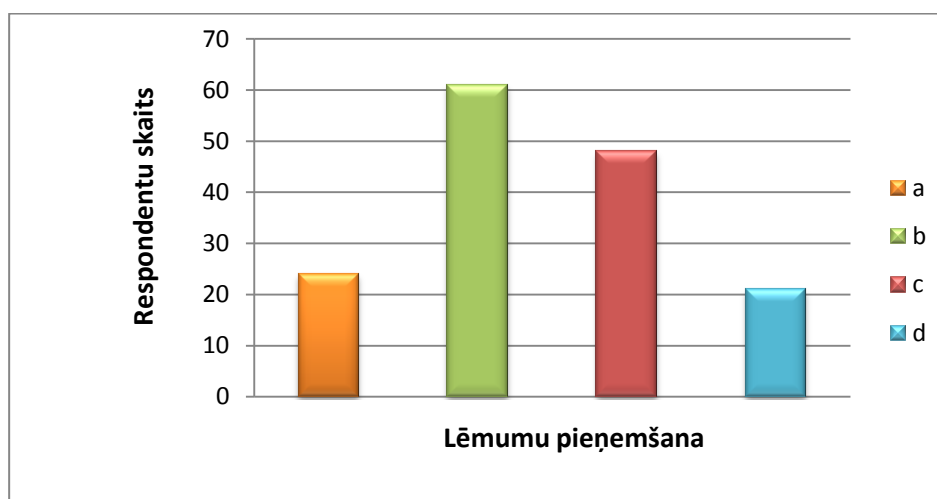
8.att. Respondentu uzskats par komandas darba esamību



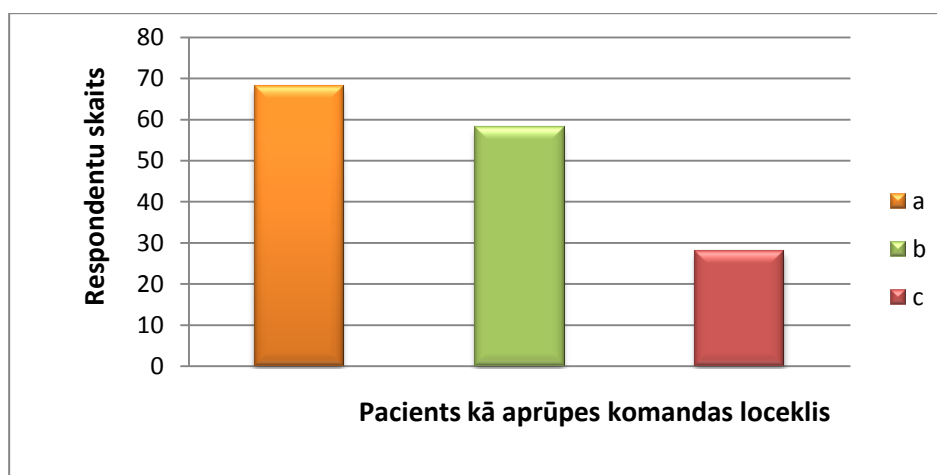
9.att. Respondentu komandas dalībnieki jeb speciālisti, ar kuriem notiek sadarbība aprūpes darba ietvaros



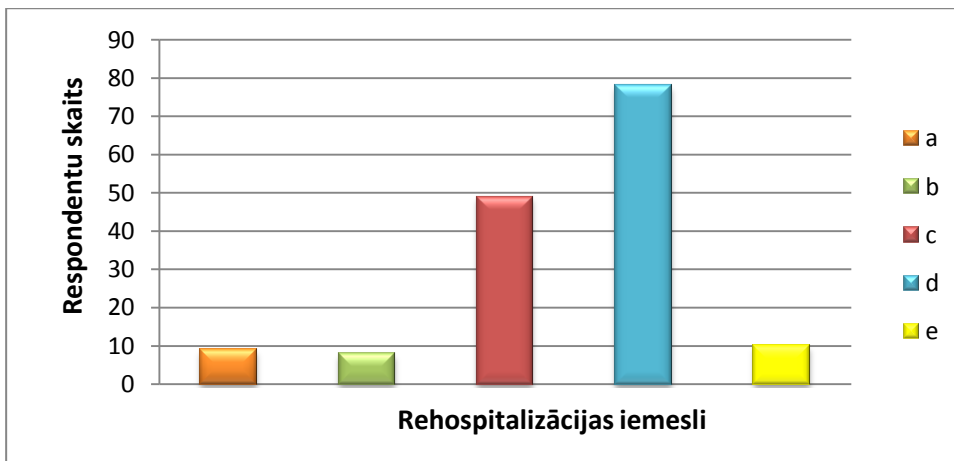
10.att. Respondentu aprūpes komandas vadība



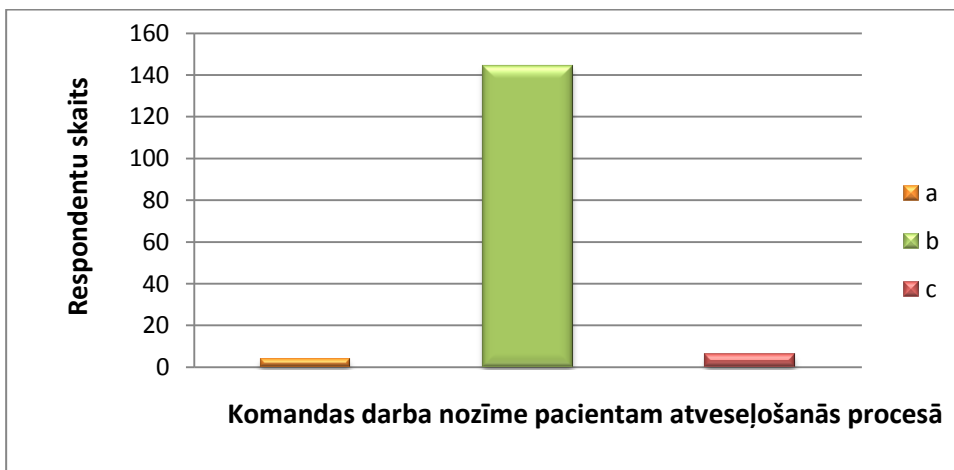
11.att. Respondentu viedoklis par to, kas apspriež, izvērtē un pieņem lēmumus par pacienta ārstēšanu jeb pacienta aprūpes plānu



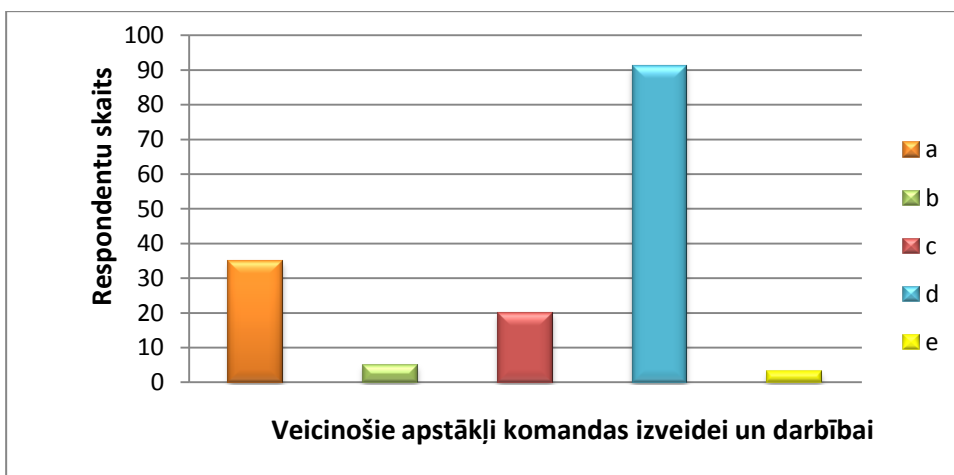
12.att. Respondentu viedoklis par pacientu kā aprūpes komandas locekli



13.att. Respondentu viedoklis par pacienta rehospitalizācijas iemesliem



14.att. Respondentu viedoklis par aprūpes darba komandā nozīmīgumu pacienta atveseļošanās procesā



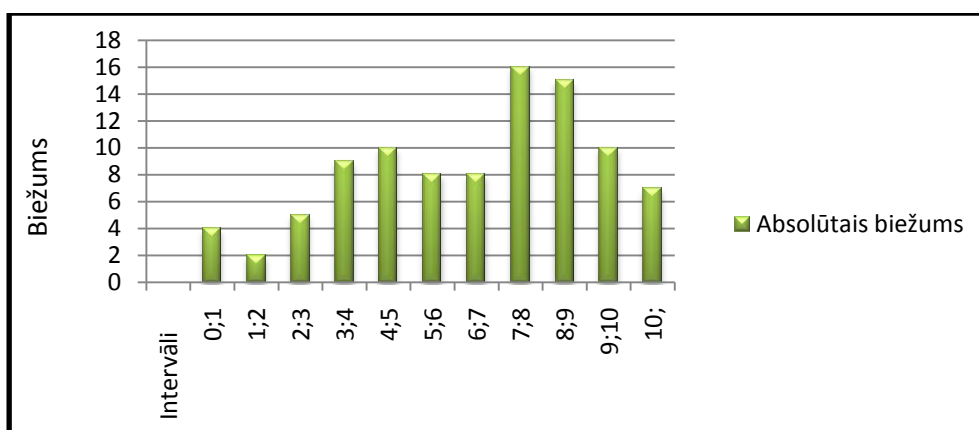
15.att. Respondentu viedoklis par veicinošiem apstākļiem sekmīgas aprūpes komandas izveidei un darbībai



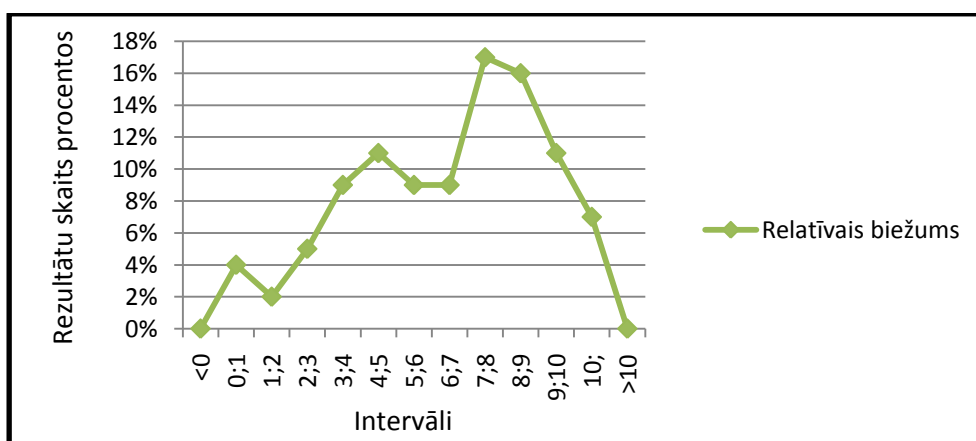
16.att. Respondentu viedoklis par kavējošiem apstākļiem sekmīgas aprūpes komandas izveidei un darbībai

Respondentu grupas „māsas” vērtējums kritērijam „kārtība”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	4	4%
[1;2]	2	2%
[2;3]	5	5%
[3;4]	9	9%
[4;5]	10	11%
[5;6]	8	9%
[6;7]	8	9%
[7;8]	16	17%
[8;9]	15	16%
[9;10]	10	11%
[10;]	7	7%



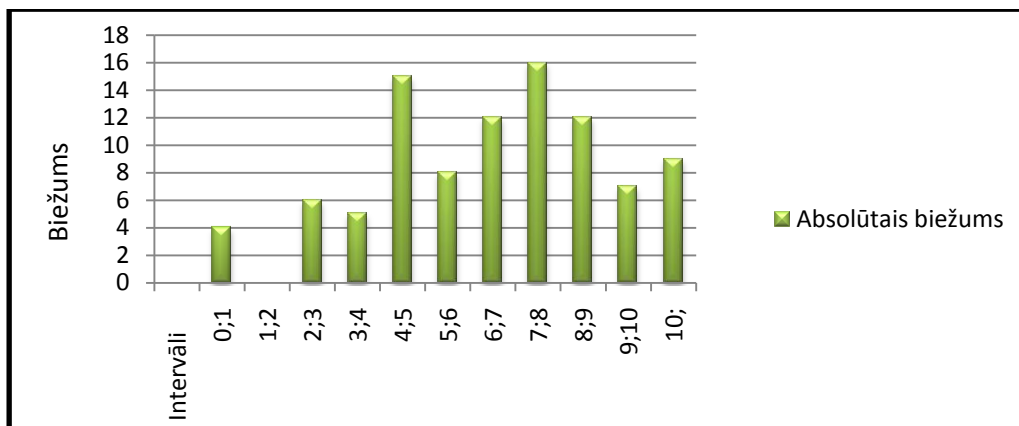
17.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „kārtība”, absolūtā biežuma grafisks attēlojums – histogramma



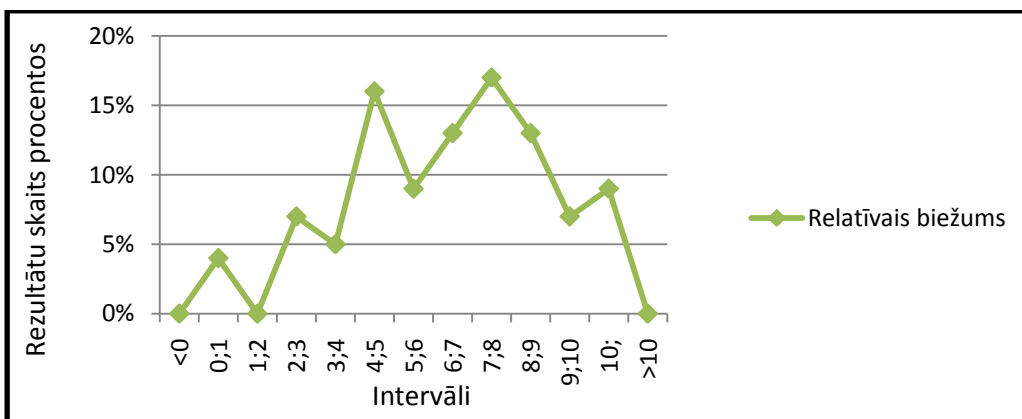
18.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „kārtība”, relatīvā biežuma grafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „māsas” vērtējums kritērijam „iesaistīšanās”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	4	4%
[1;2]	0	0%
[2;3]	6	7%
[3;4]	5	5%
[4;5]	15	16%
[5;6]	8	9%
[6;7]	12	13%
[7;8]	16	17%
[8;9]	12	13%
[9;10]	7	7%
[10;]	9	9%



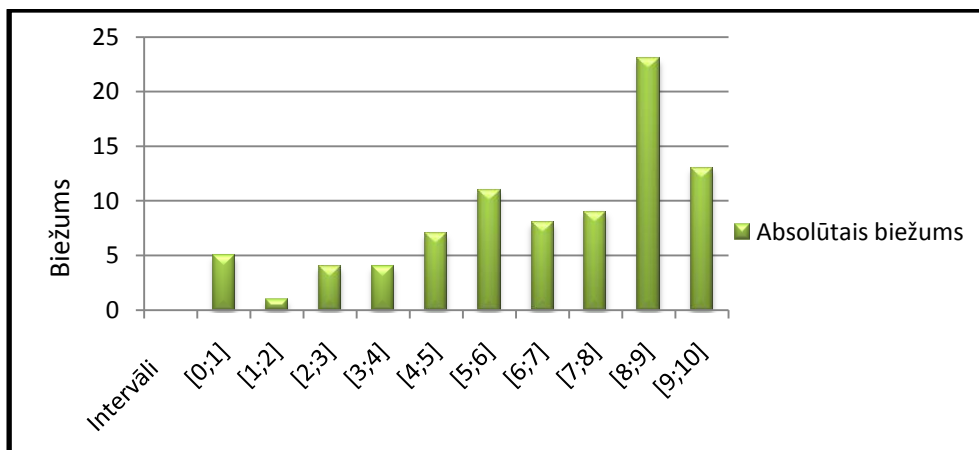
19.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „iesaistīšanās”, absolūtā biežuma grafisks attēlojums – histogramma



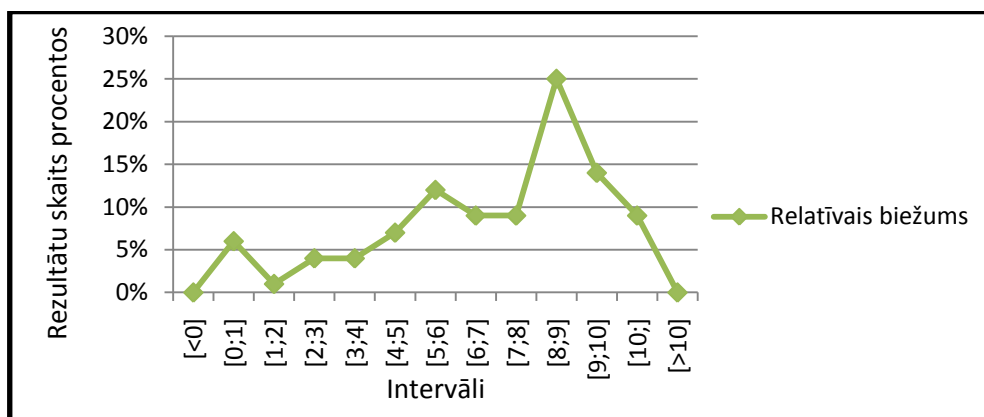
20.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „iesaistīšanās”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „māsas” vērtējums kritērijam „saskarsme”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	5	6%
[1;2]	1	1%
[2;3]	4	4%
[3;4]	4	4%
[4;5]	7	7%
[5;6]	11	12%
[6;7]	8	9%
[7;8]	9	9%
[8;9]	23	25%
[9;10]	13	14%
[10;]	9	9%



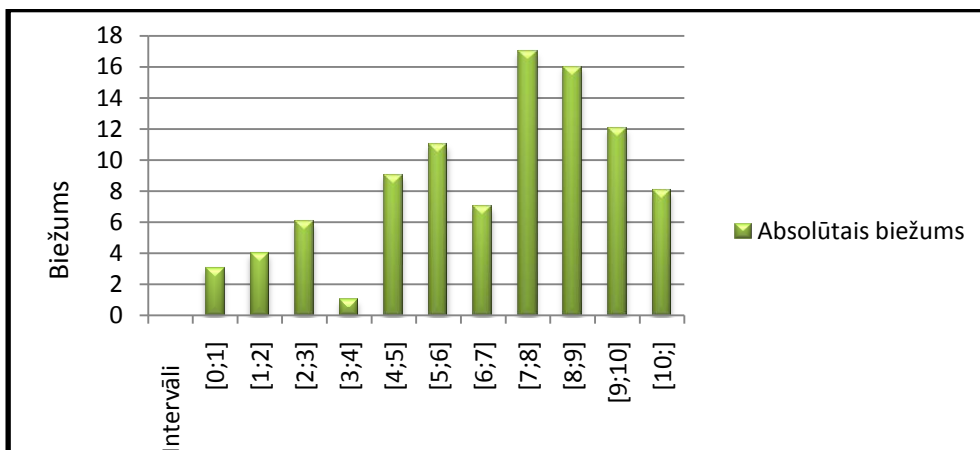
21.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „saskarsme”, absolūtā biežuma grafisks attēlojums – histogramma



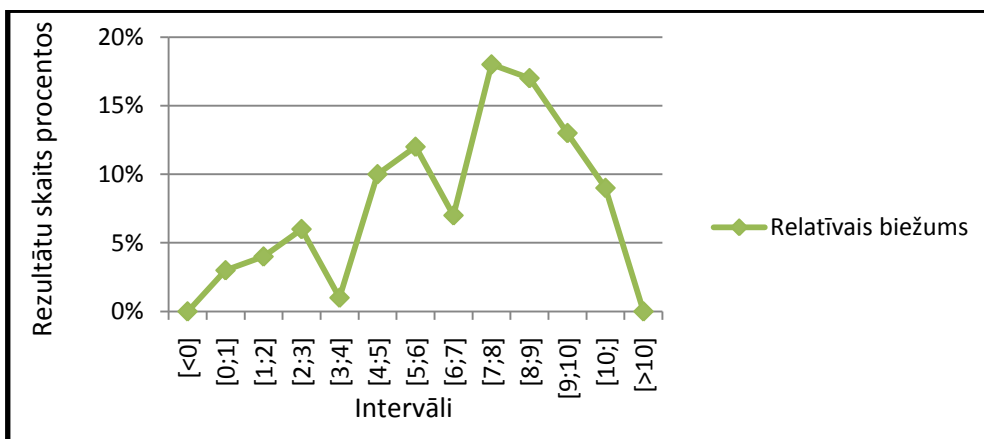
22.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „saskarsme”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „māsas” vērtējums kritērijam „vadība”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	3	3%
[1;2]	4	4%
[2;3]	6	6%
[3;4]	1	1%
[4;5]	9	10%
[5;6]	11	12%
[6;7]	7	7%
[7;8]	17	18%
[8;9]	16	17%
[9;10]	12	13%
[10;]	8	9%



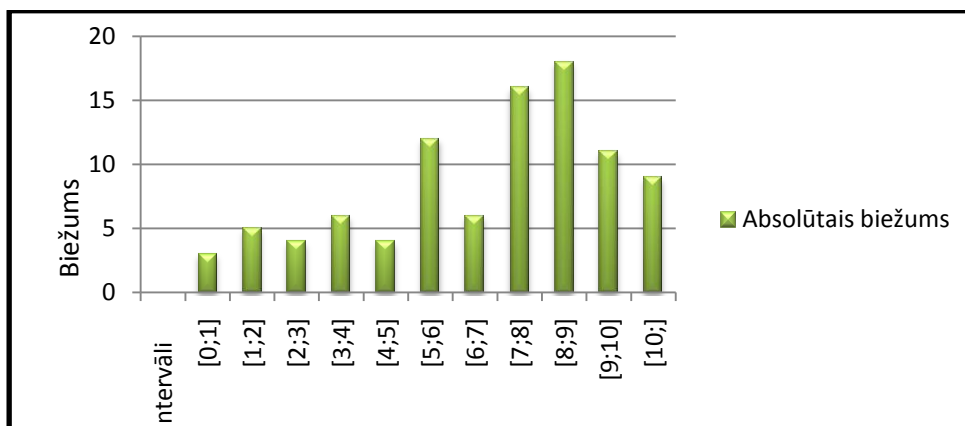
23.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „vadība”, absolūtā biežuma grafisks attēlojums – histogramma



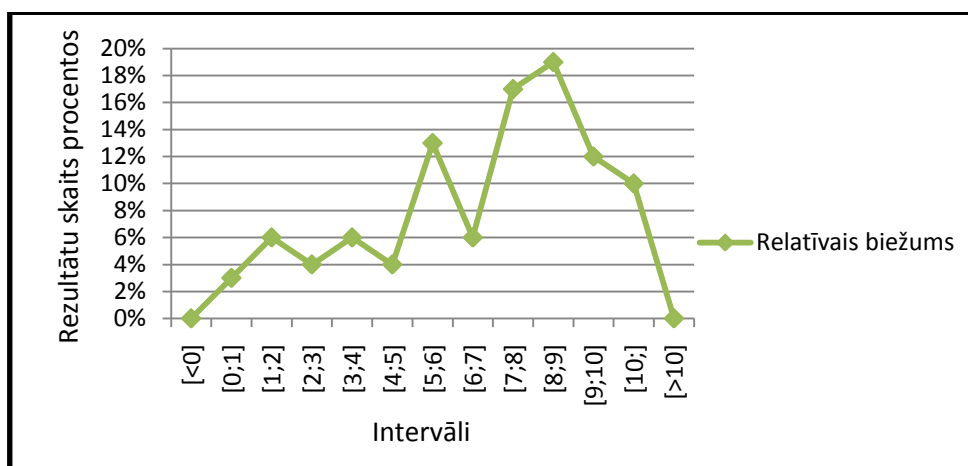
24.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „vadība”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „māsas” vērtējums kritērijam „lēmumi”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	3	3%
[1;2]	5	6%
[2;3]	4	4%
[3;4]	6	6%
[4;5]	4	4%
[5;6]	12	13%
[6;7]	6	6%
[7;8]	16	17%
[8;9]	18	19%
[9;10]	11	12%
[10;]	9	10%



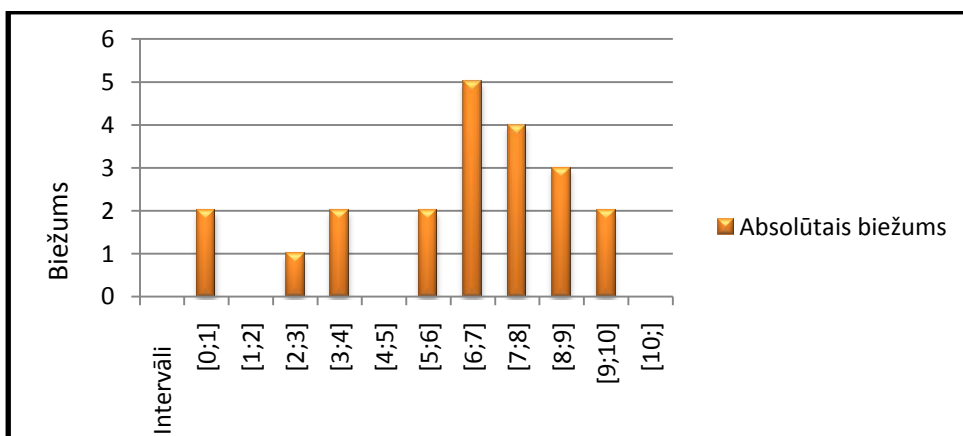
25.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „lēmumi”, absolūtais biežuma grafisks attēlojums – histograma



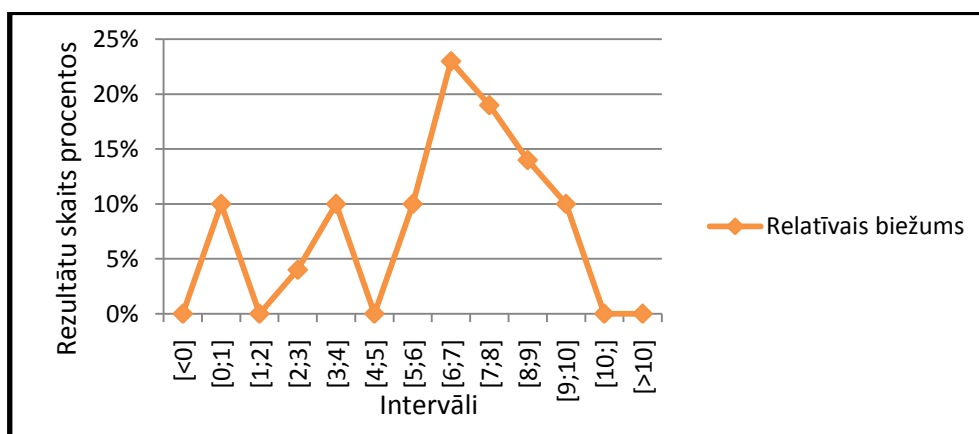
26.att. Respondentu grupas „māsas” vērtējuma kritērijam „vadība”, relatīvais biežuma grafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējums kritērijam „kārtība”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	2	10%
[1;2]	0	0%
[2;3]	1	4%
[3;4]	2	10%
[4;5]	0	0%
[5;6]	2	10%
[6;7]	5	23%
[7;8]	4	19%
[8;9]	3	14%
[9;10]	2	10%
[10;]	0	0%



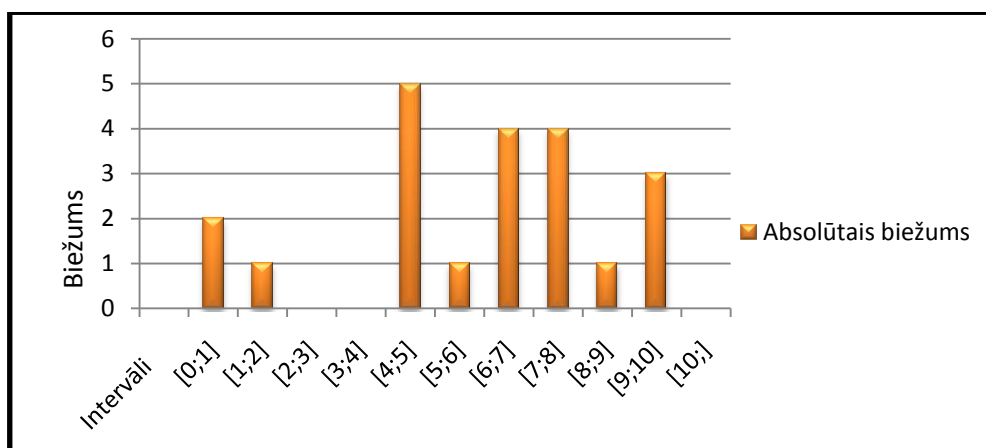
27.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „kārtība”, absolūta biežuma grafisks attēlojums – histogramma



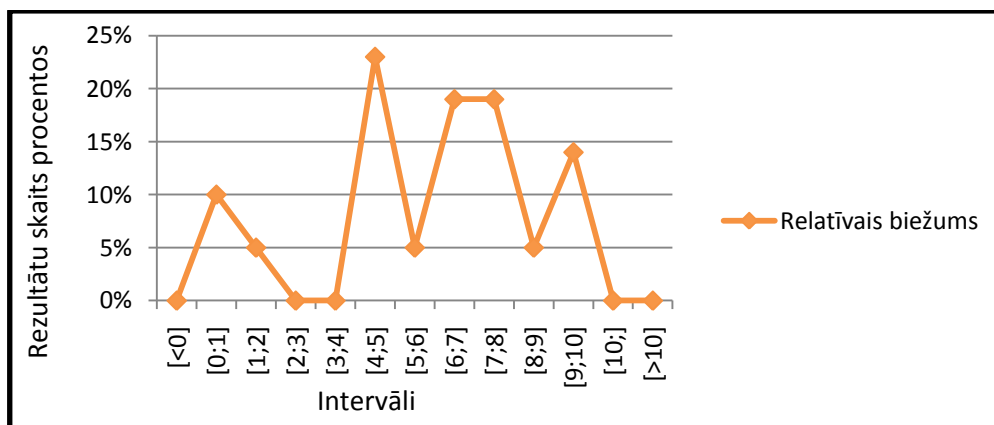
28.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „kārtība”, relatīvā biežuma garfisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējums kritērijam „iesaistīšanās”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	2	10%
[1;2]	1	5%
[2;3]	0	0%
[3;4]	0	0%
[4;5]	5	23%
[5;6]	1	5%
[6;7]	4	19%
[7;8]	4	19%
[8;9]	1	5%
[9;10]	3	14%
[10;]	0	0%



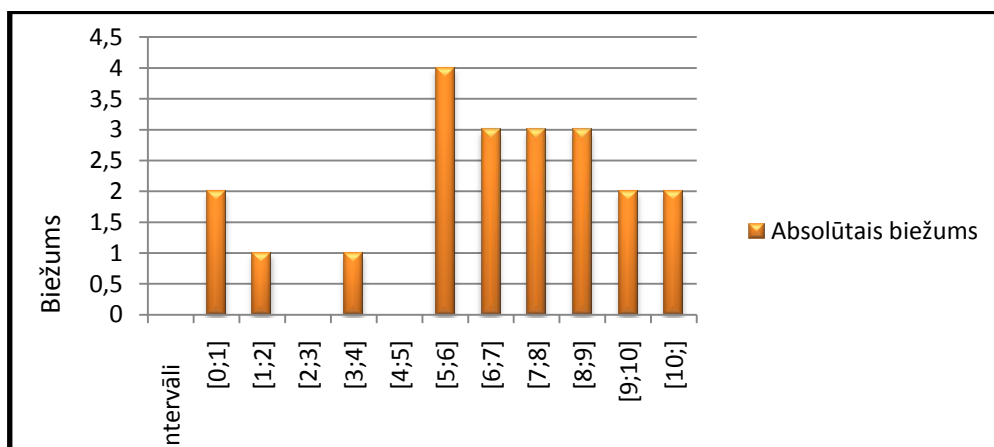
29.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „iesaistīšanās”, absolūtā biežuma grafisks attēlojums – histogramma



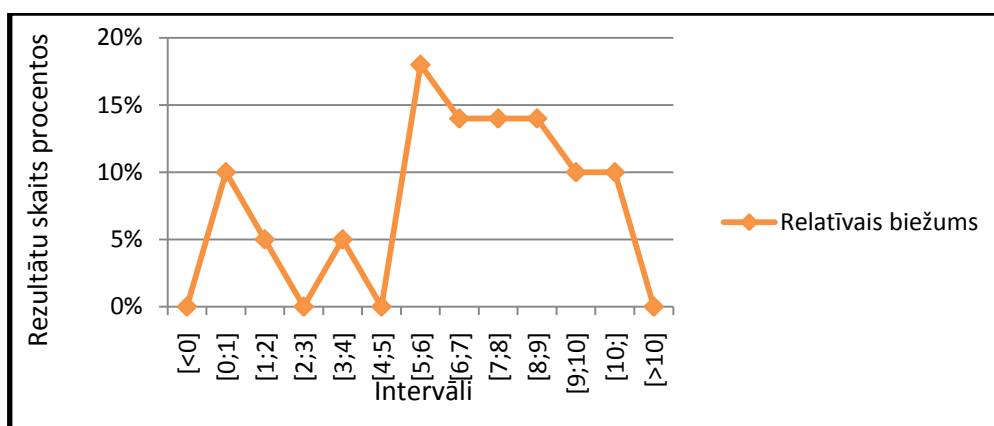
30.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „iesaistīšanās”, relatīvā biežuma grafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējums kritērijam „saskarsme”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	2	10%
[1;2]	1	5%
[2;3]	0	0%
[3;4]	1	5%
[4;5]	0	0%
[5;6]	4	18%
[6;7]	3	14%
[7;8]	3	14%
[8;9]	3	14%
[9;10]	2	10%
[10;]	2	10%



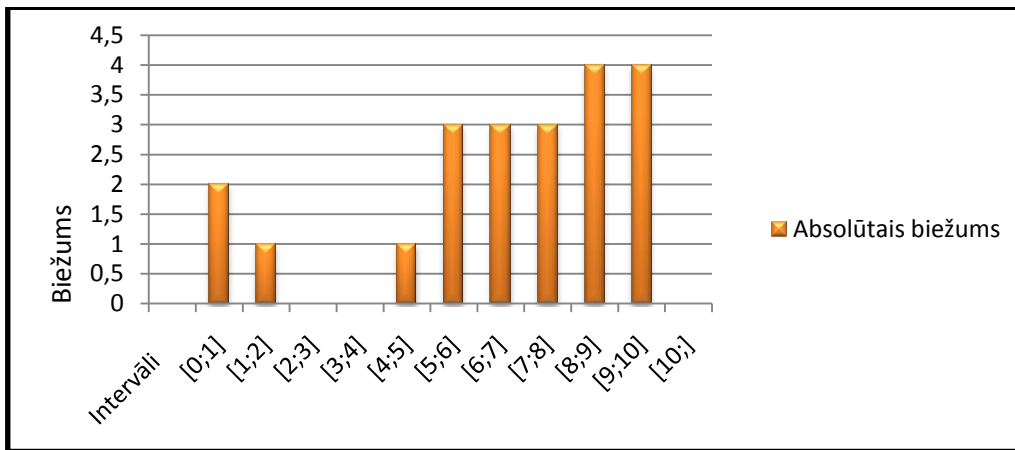
31.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „saskarsme”, absolūta biežuma grafisks attēlojums – histogramma



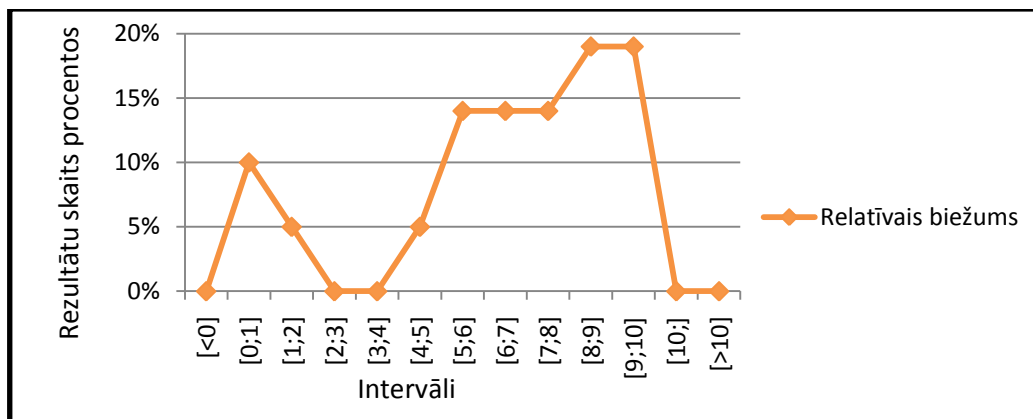
32.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „saskarsme”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējums kritērijam „vadība”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	2	10%
[1;2]	1	5%
[2;3]	0	0%
[3;4]	0	0%
[4;5]	1	5%
[5;6]	3	14%
[6;7]	3	14%
[7;8]	3	14%
[8;9]	4	19%
[9;10]	4	19%
[10;]	0	0%



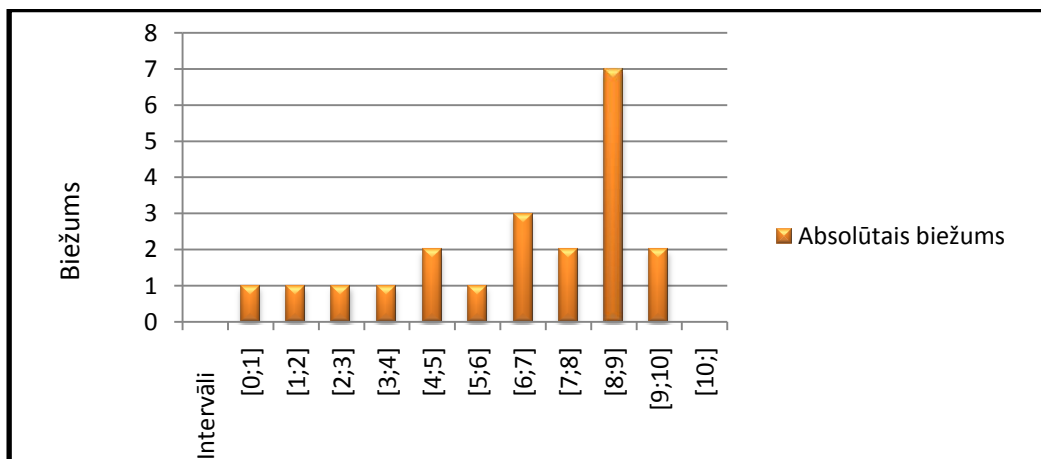
33.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „vadība”, absolūtā biežuma grafisks attēlojums – histogramma



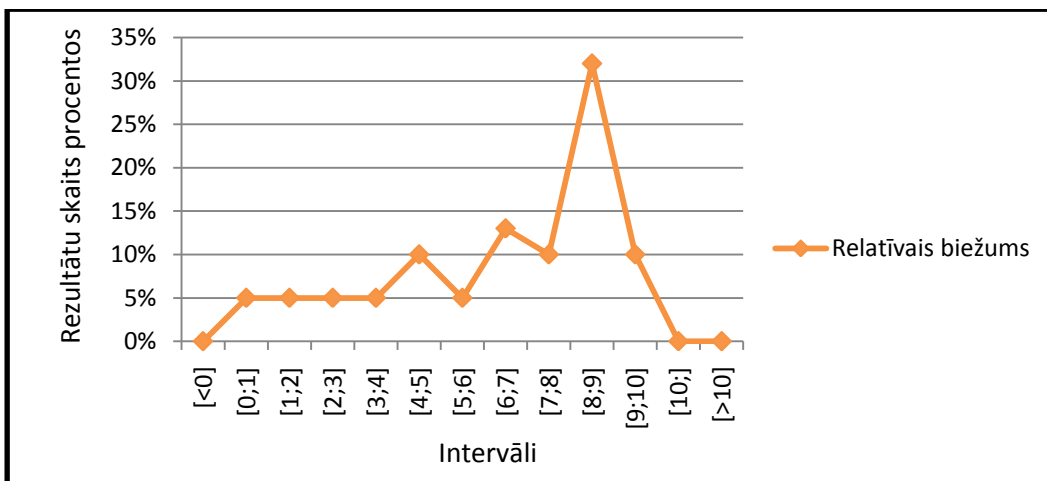
34.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „vadība”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējums kritērijam „lēmumi”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	1	5%
[1;2]	1	5%
[2;3]	1	5%
[3;4]	1	5%
[4;5]	2	10%
[5;6]	1	5%
[6;7]	3	13%
[7;8]	2	10%
[8;9]	7	32%
[9;10]	2	10%
[10;]	0	0%



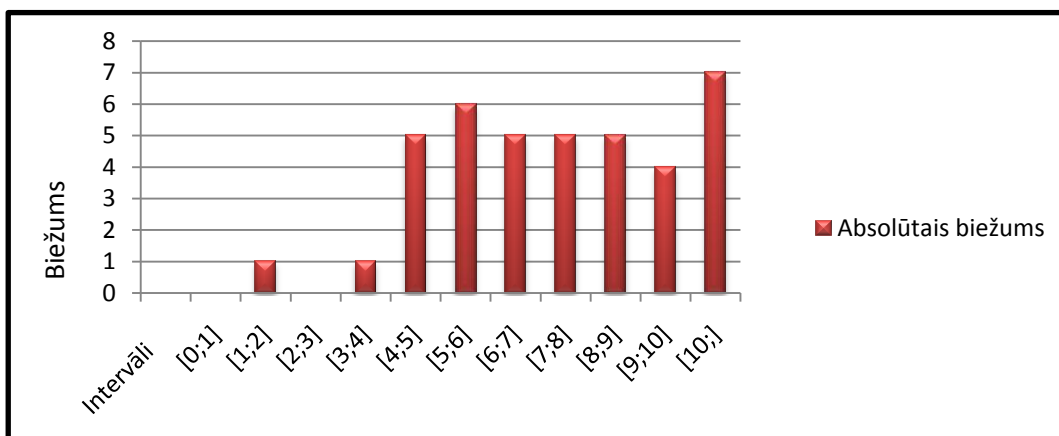
35.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „lēmumi”, absolūtā biežuma grafisks attēlojums – histogramma



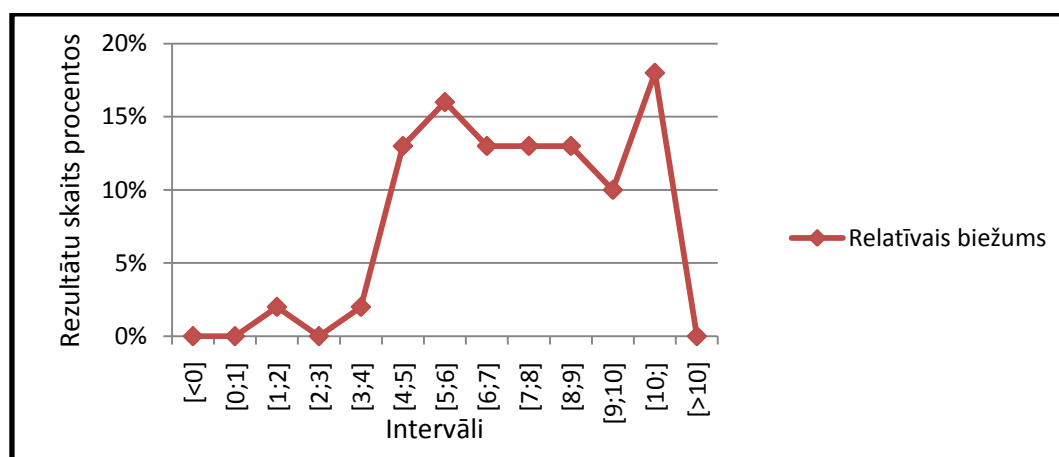
36.att. Respondentu grupas „ārsti-psihiatri” vērtējuma kritērijam „vadība”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „citi” vērtējums kritērijam „kārtība”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	0	0%
[1;2]	1	2%
[2;3]	0	0%
[3;4]	1	2%
[4;5]	5	13%
[5;6]	6	16%
[6;7]	5	13%
[7;8]	5	13%
[8;9]	5	13%
[9;10]	4	10%
[10;]	7	18%



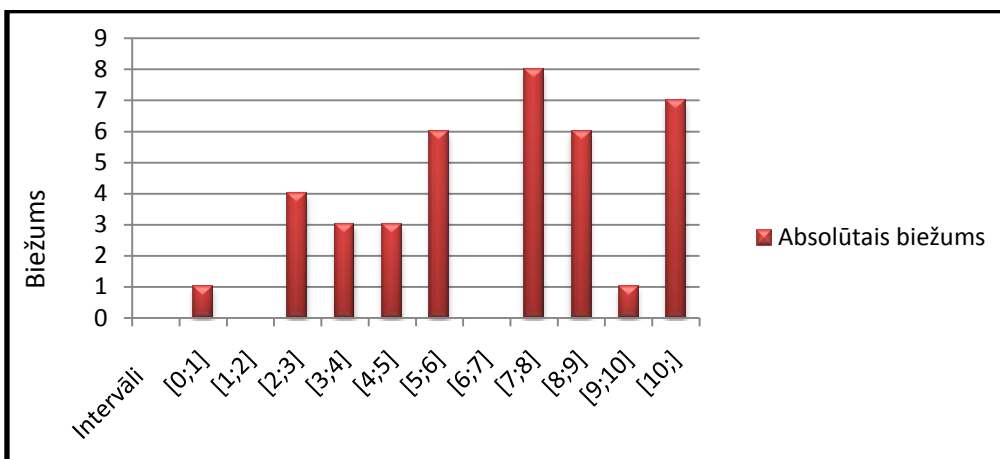
37.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „kārtība”, absolūta biežuma grafisks attēlojums – histogramma



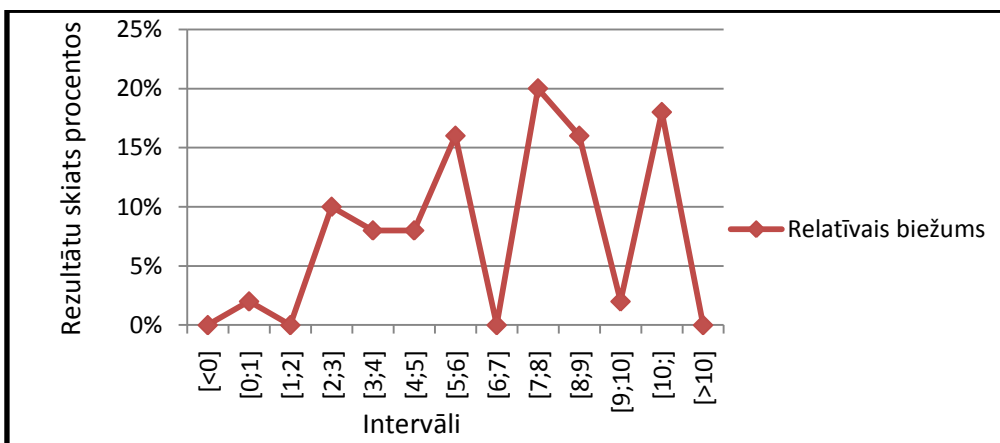
38.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „kārtība”, relatīvā biežuma grafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „citi” vērtējums kritērijam „iesaistīšanās”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	1	2%
[1;2]	0	0%
[2;3]	4	10%
[3;4]	3	8%
[4;5]	3	8%
[5;6]	6	16%
[6;7]	0	0%
[7;8]	8	20%
[8;9]	6	16%
[9;10]	1	2%
[10;]	7	18%



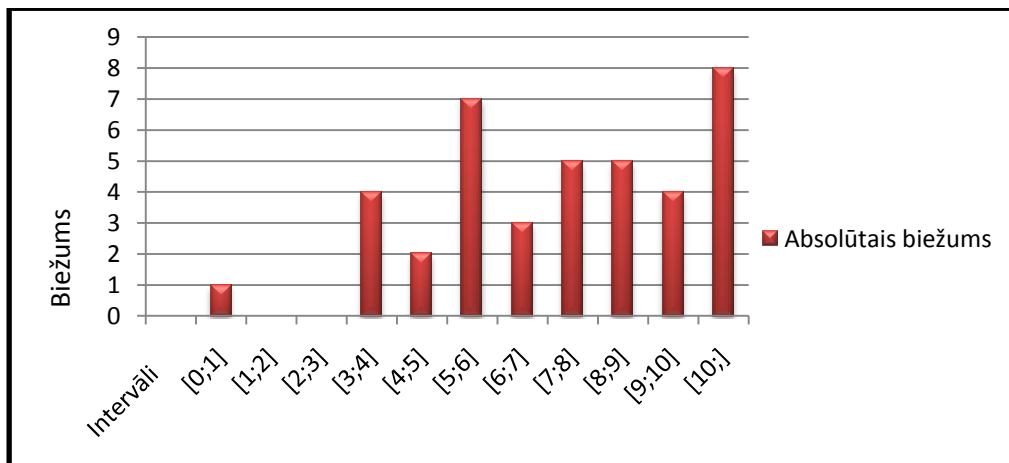
39.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „iesaistīšanās”, absolūta biežuma grafisks attēlojums – histogramma



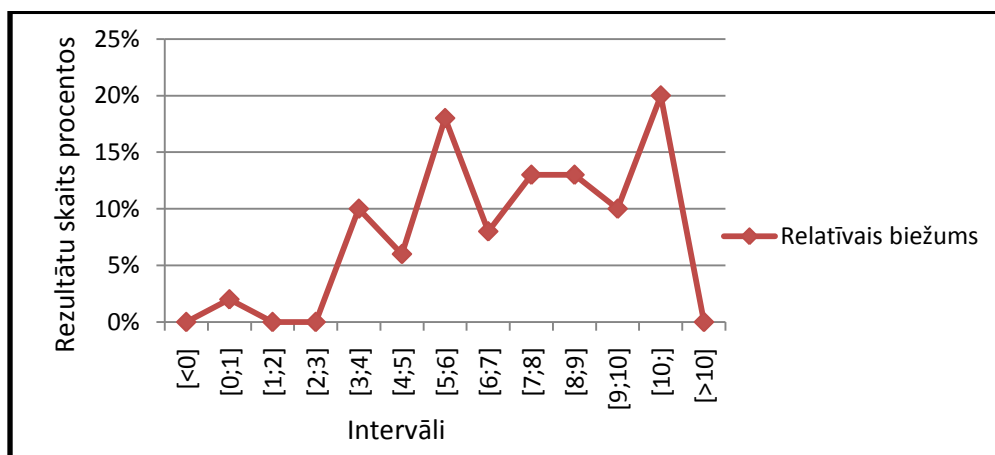
40.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „iesaistīšanās”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „citi” vērtējums kritērijam „saskarsme”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	1	2%
[1;2]	0	0%
[2;3]	0	0%
[3;4]	4	10%
[4;5]	2	6%
[5;6]	7	18%
[6;7]	3	8%
[7;8]	5	13%
[8;9]	5	13%
[9;10]	4	10%
[10;]	8	20%



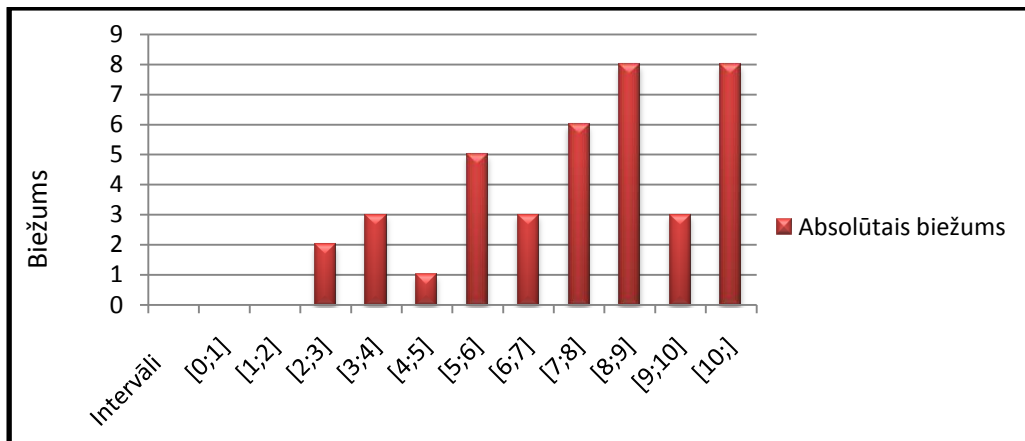
41.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „saskarsme”, absolūta biežuma grafisks attēlojums – histograma



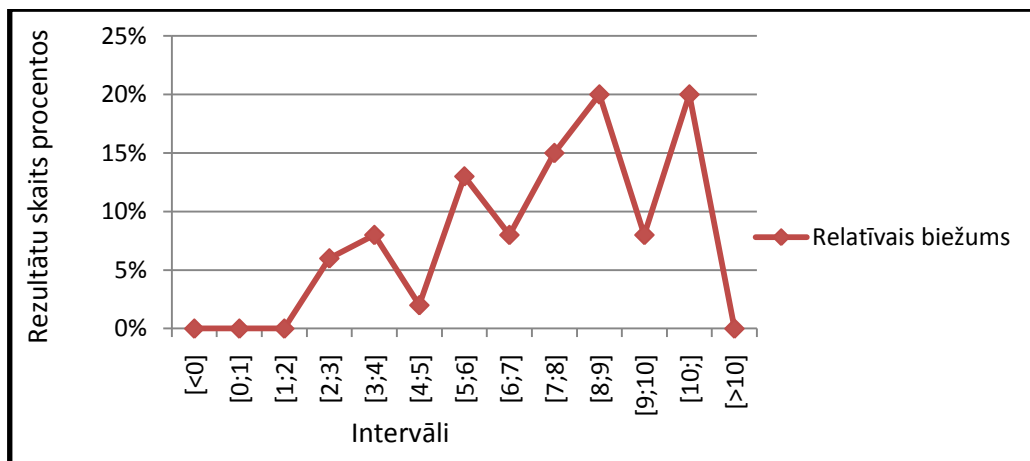
42.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „saskarsme”, relatīvā biežuma garfisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „citi” vērtējums kritērijam „vadība”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	0	0%
[1;2]	0	0%
[2;3]	2	6%
[3;4]	3	8%
[4;5]	1	2%
[5;6]	5	13%
[6;7]	3	8%
[7;8]	6	15%
[8;9]	8	20%
[9;10]	3	8%
[10;]	8	20%



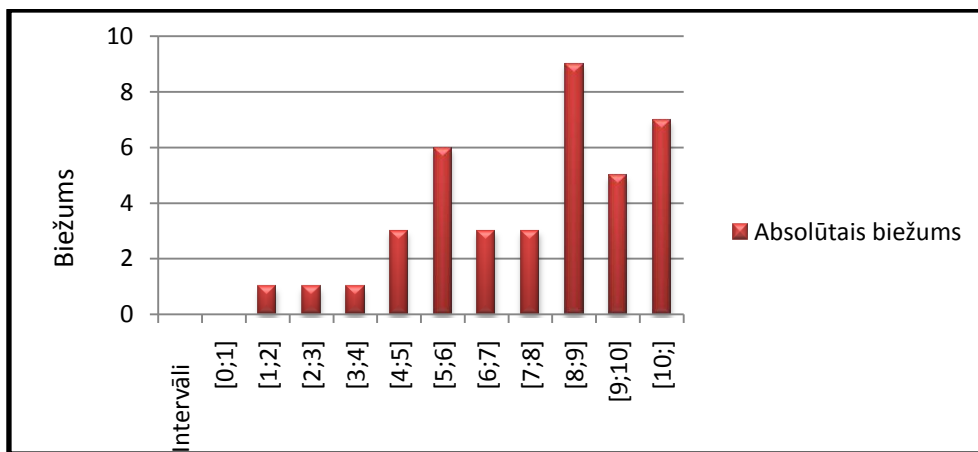
43.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „vadība”, absolūtā biežuma grafisks attēlojums – histogramma



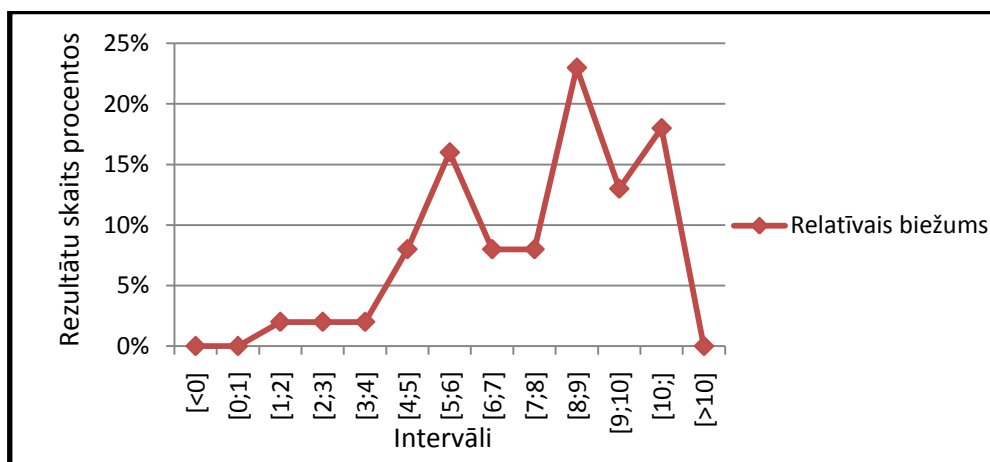
44.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „vadība”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu grupas „citi” vērtējums kritērijam „lēmumi”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	0	0%
[1;2]	1	2%
[2;3]	1	2%
[3;4]	1	2%
[4;5]	3	8%
[5;6]	6	16%
[6;7]	3	8%
[7;8]	3	8%
[8;9]	9	23%
[9;10]	5	13%
[10;]	7	18%



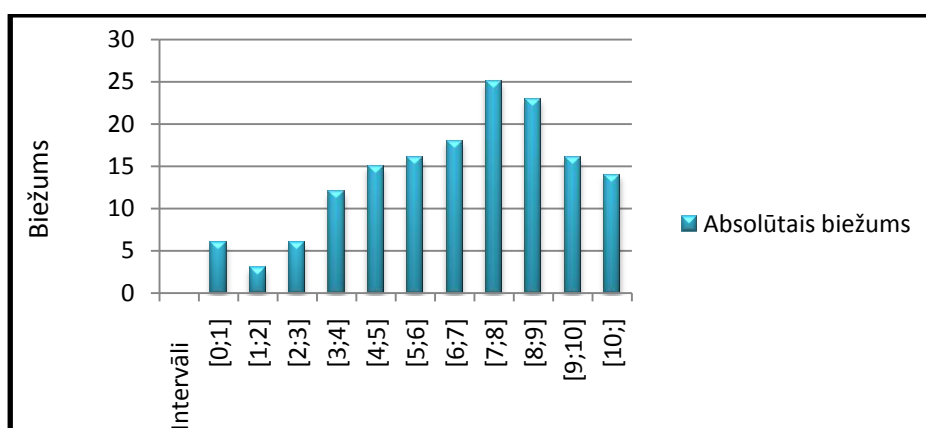
45.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „lēmumi”, absolūtā biežuma grafisks attēlojums – histogramma



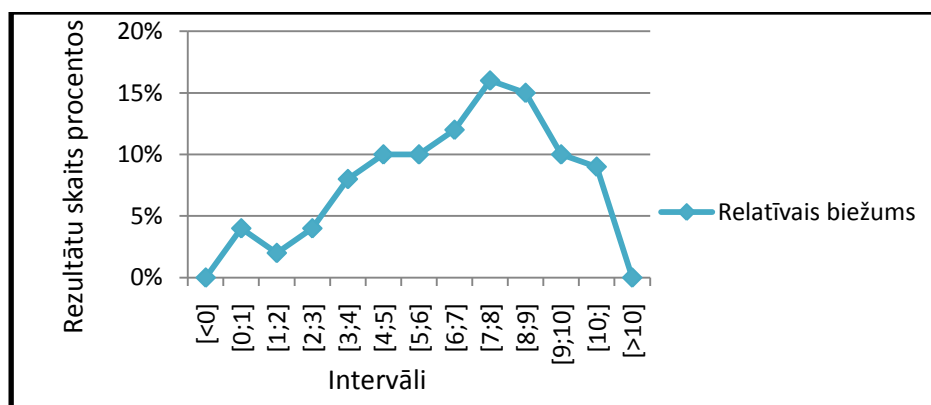
46.att. Respondentu grupas „citi” vērtējuma kritērijam „lēmumi”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu kopējais vērtējums kritērijam „kārtība”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	6	4%
[1;2]	3	2%
[2;3]	6	4%
[3;4]	12	8%
[4;5]	15	10%
[5;6]	16	10%
[6;7]	18	12%
[7;8]	25	16%
[8;9]	23	15%
[9;10]	16	10%
[10;]	14	9%



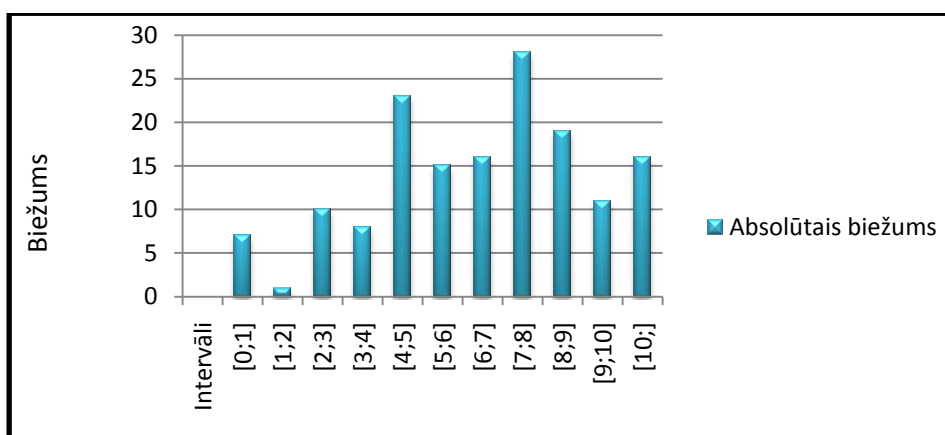
47.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „kārtība”, absolūtā biežuma garafisks attēlojums – histograma



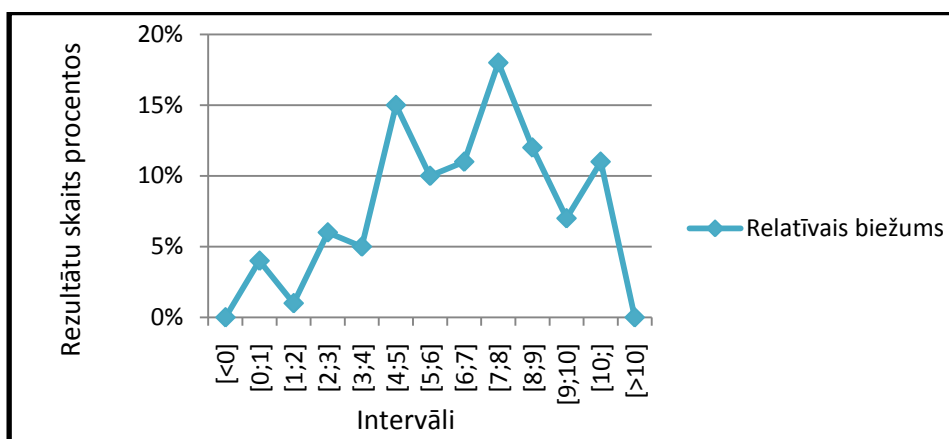
48.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „kārtība”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu kopējais vērtējums kritērijam „iesaistīšanās”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	7	4%
[1;2]	1	1%
[2;3]	10	6%
[3;4]	8	5%
[4;5]	23	15%
[5;6]	15	10%
[6;7]	16	11%
[7;8]	28	18%
[8;9]	19	12%
[9;10]	11	7%
[10;]	16	11%



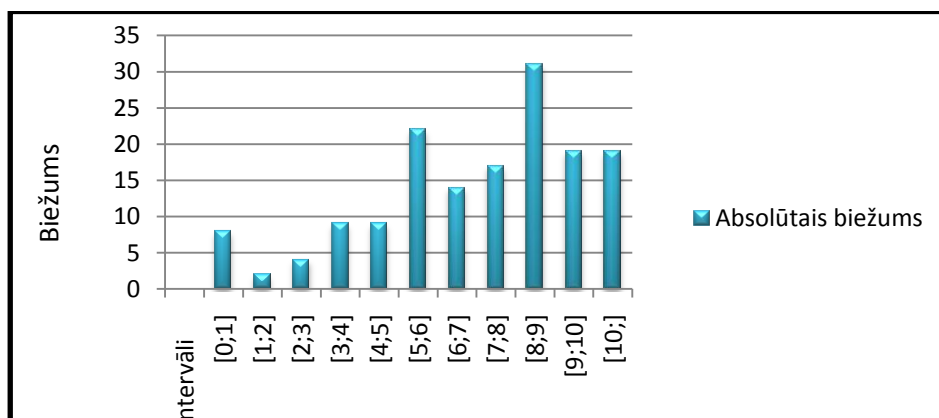
49.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „iesaistīšanās”, absolūta biežuma grafisks attēlojums – histogramma



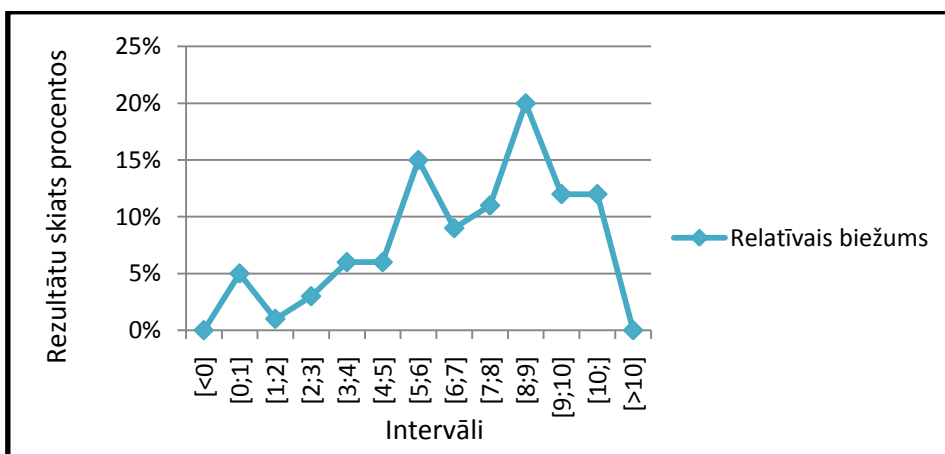
50.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „iesaistīšanās”, relatīvā biežuma grafisks attēlojums – poligons

Respondentu kopējais vērtējums kritērijam „saskarsme”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	8	5%
[1;2]	2	1%
[2;3]	4	3%
[3;4]	9	6%
[4;5]	9	6%
[5;6]	22	15%
[6;7]	14	9%
[7;8]	17	11%
[8;9]	31	20%
[9;10]	19	12%
[10;]	19	12%



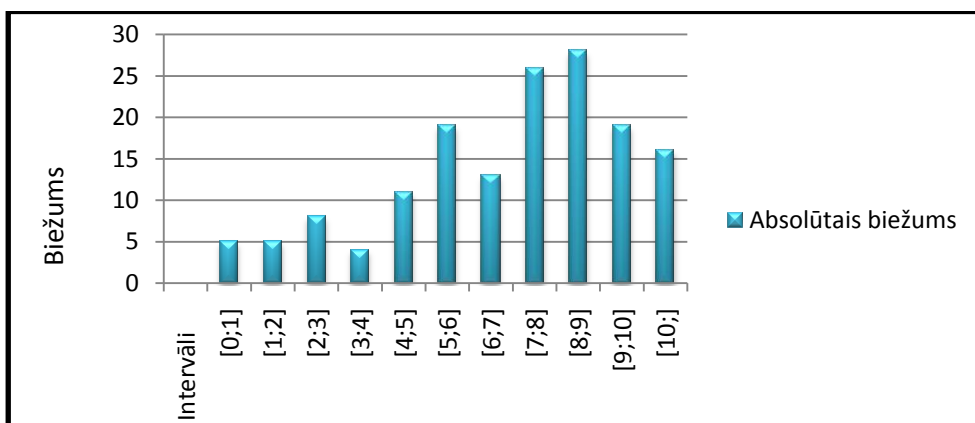
51.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „saskarsme”, absolūta biežuma grafisks attēlojums – histogramma



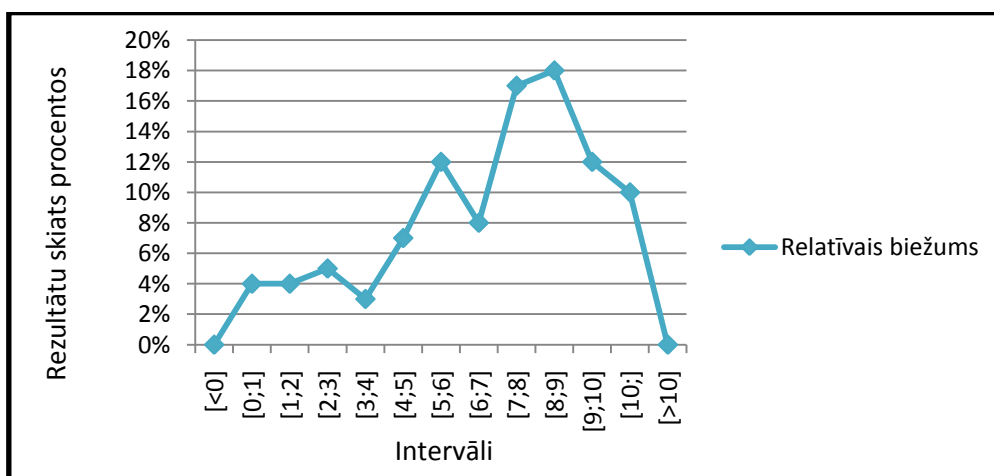
52.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „saskarsme”, relatīvā biežuma grafisks attēlojums – poligons

Respondentu kopējais vērtējums kritērijam „vadība”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	5	4%
[1;2]	5	4%
[2;3]	8	5%
[3;4]	4	3%
[4;5]	11	7%
[5;6]	19	12%
[6;7]	13	8%
[7;8]	26	17%
[8;9]	28	18%
[9;10]	19	12%
[10;]	16	10%



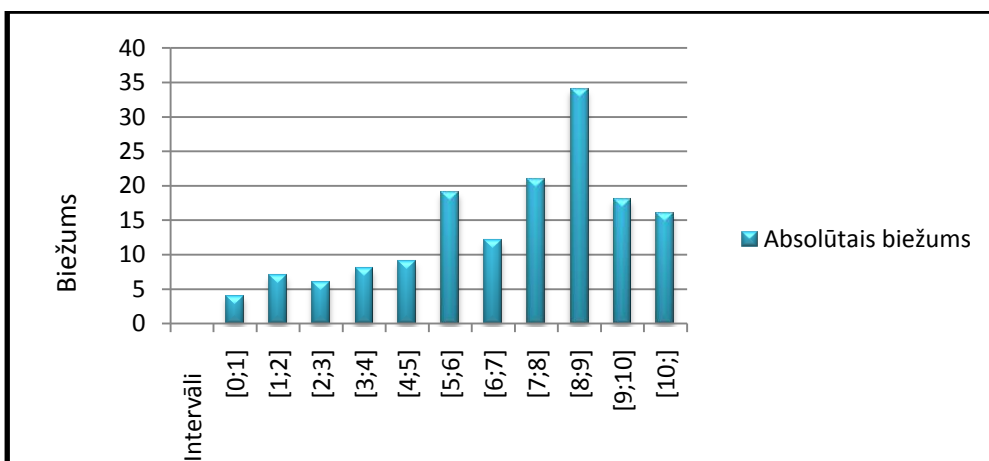
53.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „vadība”, absolūtā biežuma garafisks attēlojums – histogramma



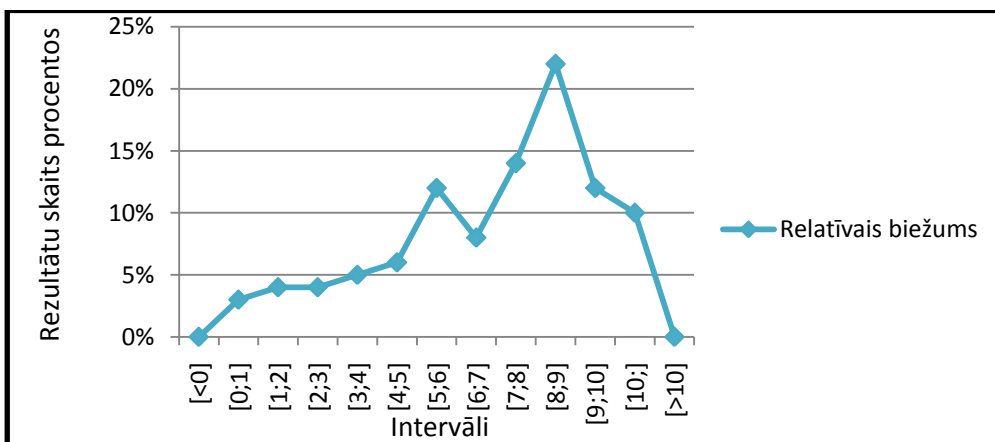
54.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „vadība”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Respondentu kopējais vērtējums kritērijam „lēmumi”, rezultātu absolūtais un relatīvais biežums (izteikts procentos)

Intervāli	Absolūtais biežums	Relatīvais biežums
[0;1]	4	3%
[1;2]	7	4%
[2;3]	6	4%
[3;4]	8	5%
[4;5]	9	6%
[5;6]	19	12%
[6;7]	12	8%
[7;8]	21	14%
[8;9]	34	22%
[9;10]	18	12%
[10;]	16	10%



55.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „lēmumi”, absolūta biežuma garafisks attēlojums – histogramma



56.att. Respondentu kopējā vērtējuma kritērijam „lēmumi”, relatīvā biežuma garafisks attēlojums – poligons

Maģistra darbs „Komandas darba nozīme aprūpē pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem” izstrādāts LU Medicīnas fakultātes veselības zinātņu maģistra māszinību studiju programmā.

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

Autors: Ilze Balode-Ķieģele 18.05.2010.

Rekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītāja: Dr. oec., docente Antra Sakne 18.05.2010.

Recenzents: Veselības zinātņu maģistrs Laura Vīksna

Darbs iesniegts: LU MF Veselības zinātņu maģistrs māszinībās studiju programma
18.05.2010.

Metodiķe:

Darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

Komisijas sekretāre: