

LATVIJAS UNIVERSITĀTE  
MEDICĪNAS FAKULTĀTE  
MAĢISTRA STUDIJU PROGRAMMA „MĀSZINĪBAS,,

**FIZISKĀ UN EMOCIONĀLĀ LABKLĀJĪBA PACIENTIEM AR  
ŠIZOFRĒNIJU STACIONĀRĀ**

MAĢISTRA DARBS

*Autore: Ilona Martuka*

*Stud. apl. Nr.: im19042*

*Darba vadītājs: Dr.sc.soc. Signe Mežinska*

RĪGA 2021

## SATURS

Ievads.....	5
1. V. Hendersones un F. G. Abdellahas māszinību teoriju analīze saistībā ar šizofrēnijas pacientu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā.....	7
2. Šizofrēnijas raksturojums.....	15
2.1 Šizofrēnijas etioloģija un patoģenēze.....	16
2.2 Klīniskās izpausmes.....	17
2.3 Ārstēšanas iespējas.....	20
3. Fiziskās un emocionālās labklājības raksturojums saistībā ar šizofrēniju.....	23
3.1 Fiziskā labklājība .....	25
3.2 Emocionālā labklājība.....	29
3.3 Fiziskās un emocionālās labklājības novērtēšana.....	35
3.4 Objektīvie un subjektīvie rādītāji.....	37
3.5 Aprūpes nozīmīgums.....	39
3.6 Pacientu un ģimenes izglītošana.....	45
4. Empīriskā pētījuma daļa.....	47
4.1 Pētījuma metodoloģija.....	47
4.2 Pacientu novērojuma iegūtie rezultāti un to analīze.....	49
4.3 Māsu novērojuma iegūtie rezultāti un to analīze.....	65
4.4 Intervijā iegūtie rezultāti un to analīze.....	76
Diskusija.....	97
Secinājumi.....	100
Ieteikumi.....	101
Izmantotā literatūra un avoti.....	102
Pielikumi.....	110
1. Pielikums. Ētikas komitejas atzinuma atļauja.....	111
2. Pielikums. Pacientu novērošanas protokola paraugs .....	115
3. Pielikums. Māsu novērošanas protokola paraugs.....	117
4. Pielikums. Intervijas jautājumu paraugs.....	119
5. Pielikums. Kontentanalīze intervijai.....	121
6. Pielikums. Dokumentārā lapa.....	144

## Anotācija

Maģistra darba tēma ir „Fiziskā un emocionālā labklājība pacientiem ar šizofrēniju stacionārā.” Pētījuma mērķis noskaidrot fiziskās un emocionālās labklājības rādītājus pacientiem ar šizofrēniju stacionārā x. Pamatojoties uz šo mērķi izvirzīts pētījuma jautājums „Kādi ir fiziskās un emocionālās labklājības rādītāji pacientiem ar šizofrēniju stacionārā?”

Pētījuma ietvaros veikts 32 šizofrēnijas pacientu un 22 māsu novērojums stacionārā, un intervēti 11 šizofrēnijas pacienti subakūtā un remisijas periodā.

Pētnieciskais darbs ietver teorētisko un empīrisko daļu. Teorētiskā daļa sastāv no 3 nodaļām, kurās apkopota un analizēta informācija par šizofrēnijas pacientu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā saistībā ar māszinību teorijām, fiziskās un emocionālās labklājības raksturojums saistībā ar šizofrēniju, fiziskā labklājība, emocionālā labklājība, fiziskās un emocionālās labklājības novērtēšana, objektīvie un subjektīvie rādītāji, aprūpes un izglītošanas nozīmīgums. Empīriskajā daļā veikts kvalitatīvs pētījums. Pētījuma instrumenti - novērošanas protokols un daļēji strukturēta intervija. Empīriskajā daļā apkopoti pētījuma datu analīzes rezultāti, izdarīti secinājumi un ieteikumi.

Pamatojoties uz pētījumā iegūtajiem rezultātiem darba autore secina, ka stacionārā x fiziskos labklājības rādītājus nepieciešams uzlabot veicinot šizofrēnijas pacientu aktivitātes, uzlabojot viņu pašaprūpes iemaņas, iemācot atpūsties, samazinot smēķēšanu, veidojot pacientu līdzestību pamatsaslimšanas un blakussaslimšanu ārstēšanā. Uzlabojot pacientu emocionālo labklājību stacionārā svarīgi būtu veicināt pozitīvas saskarsmes veidošanu ar apkārtējiem, iemācīt metodes psihiskā stāvokļa kontrolēšanai, veicināt pacientu pašapziņu, lai viņi uzdrošinātos pieņemt lēmumus, paplašināt nodarbinātības iespējas un veicināt komandas darbu starp māsū un psihologu/psihoterapeitu.

Atslēgvārdi: *Pacienti, šizofrēnija, fiziskā un emocionālā labklājība, aprūpe, izglītošana, holistiska pieeja.*

## Annotation

The topic of the master's thesis is “Physical and emotional well-being of hospitalized patients with schizophrenia.” The aim of the study is to determine the indicators of physical and emotional well-being for patients with schizophrenia in hospital X. Based on this aim, the research question „What are the indicators of physical and emotional well-being in patients with inpatient schizophrenia?” has been raised.

The study included observations of 32 patients with schizophrenia and 22 nurses, and semi-structured interviews with 11 patients in the subacute and remission periods.

The thesis includes theoretical and empirical part. The theoretical part consists of 3 chapters summarizing and analyzing information on physical and emotional well-being of hospitalized patients with schizophrenia in relation to nursing theories, characterization of physical and emotional well-being in relation to schizophrenia, physical well-being, emotional well-being, physical and emotional well-being, the importance of care and education. In the empirical part, a qualitative study has been performed. Research instruments - observation protocol and semi-structured interview questions. The empirical part summarizes the results of the analysis of the research data, draws conclusions and recommendations.

Based on the results of the study, the author concludes that the physical well-being of patients in hospital x needs to be improved by promoting the activities of patients with schizophrenia, improving their self-care skills, teaching relaxation, reducing smoking, developing patient compliance to treatment of underlying and co-morbidities. To improve patients' emotional well-being in the hospital, it would be important to promote positive communication with others, teach methods to control mental health, encourage patients' self-confidence to make decisions, expand employment opportunities and promote teamwork between nurses and psychologists / psychotherapists.

Keywords: *Patients, schizophrenia, physical and emotional well-being, self-care, education, holistic approach.*

## Ievads

ASV Garīgās Veselības Nacionālais Institūts šizofrēniju definē kā garīgus traucējumus, kas izpaužas pacientu domāšanā, uztverē, emocijās un sociālā mijiedarbībā. Lai arī slimības gaita katram indivīdam izpaužas atšķirīgi, tā parasti ir pastāvīga un var būt smagi noritoša un invalidizējoša. Dati norāda, ka 4,9% cilvēku pasaulē ar šizofrēniju mirst no pašnāvības izdarīšanas, bet visaugstākais risks to izdarīt agrīnā slimības stadijā (48). Pasaules Veselības Organizācija (PVO) raksta, ka ar šizofrēniju slimo 20 miljoni cilvēku visā pasaulē un vairāk nekā 69% pasaulē nesaņem pienācīgu aprūpi. Svarīga problēma ir garīgās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības trūkums, turklāt šie cilvēki ar garīgās veselības traucējumiem retāk nekā parasti meklē palīdzību. Stigma, diskriminācija un cilvēktiesību pārkāpumi ir izplatīta parādība, kas ievērojami ietekmē šīs cilvēku grupas fizisko un emocionālo labklājību (73). Psihiatre Megana Maroneja (*Megan Maroney*) min datus, kuros pasaulē 80 - 90% šizofrēnijas pacienti piedzīvo slimības saasinājumu uzturošo medikamentu nelietošanas dēļ (41). Psihiatrs Kurtis Vanders (*Curtis Wander*) raksta, ka blakussaslimšanu dēļ dzīves ilgums šiem pacientiem ir par 15 – 20 gadiem mazāks nekā vidēji populācijā (69). Latvijas psihiatri Jēkabs Līcis un Jūlija Līce 2019. gadā publicējuši datus, kuros Latvijā kopumā šizofrēnijas pacienti veido 22,4 % no kopējā reģistrēto psihiatrijas pacientu skaita. Viņi raksta, ka Latvijā 2016. gadā reģistrēti 15`879 šizofrēnijas pacienti, no kuriem pirmreizēji ir 161 (40). Slimību kontroles un profilakses centrs min 2017. gada datus ar šizofrēniju slimojošiem cilvēkiem Latvijā, kuros gada sākumā reģistrēti 15`302 pacienti ar šizofrēniju kopumā (61).

Vairums šizofrēnijas pacientu ārstējas stacionārā, paši saviem spēkiem nespējot cīnīties ar slimības saasinājumu, tiecoties pēc medicīnas speciālistu nepārtrauktas uzraudzības, medikamentu pielāgošanas un medicīniskās aprūpes. Dažkārt tomēr slimības iespaidā viņi nespēj atzīt savu saslimšanu, atsakoties no ārstēšanas stacionārā, tomēr viņu psihiskais stāvoklis var apdraudēt gan sevi, gan apkārtējos impulsivitātes dēļ, kas var būt iemesls ievietošanai stacionārā pret viņu gribu. Atveseļošanās periodā stacionārā liela nozīme ir māsu profesionālai darbībai, veicot ne tikai aprūpes procesu, bet arī izglītojot pacientus un viņu ģimenes, kā arī sadarbojoties ar aprūpes komandu. Būtiski rūpēties par pacientu fizisko un emocionālo labklājību ne tikai ārstēšanās laikā stacionārā, bet arī attīstīt spēju rūpēties par sevi patstāvīgi, palīdzēt apzināties saslimšanu un medikamentu lietošanas nepieciešamību arī pēc izrakstīšanās no tā. Darba autore strādājot psihiatriskajā stacionārā novērojusi, ka pacienti bieži tajā atgriežas atkārtoti, laicīgi pie psihiatra pēc palīdzības nav griezušies, nespēj par sevi patstāvīgi rūpēties un veiksmīgi socializēties. Iestājoties stacionārā pacienti saņem aprūpi un medikamentozo

terapiju, tomēr dažādu iemeslu dēļ viņiem nav pietiekoši iemācīts uzlabot savu fizisko un emocionālo labklājību. Šizofrēnijas pacientus svarīgi izglītēt efektīvā aprūpes komandā, kurā darbojas ārsti un māsas.

Darba autore kā maģistra darba tēmu izvēlējās: „Fiziskā un emocionālā labklājība pacientiem ar šizofrēniju stacionārā”, lai varētu izvērtēt un uzlabot savu profesionālo māsas praksi, kā arī balstoties uz pētījuma rezultātiem piedāvātu ieteikumus. Maģistra darbā raksturota Virdžīnijas Hendersones (*Virginia Henderson*) un Fajjas Glennas Abdellahas (*Faye Glenn Abdellah*) teorijas saistība ar šizofrēnijas pacientu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā, salīdzinot pētījumus par slimības izcelsmi, simptomiem un ārstēšanas iespējām.

*Mērķis:* Noskaidrot fiziskās un emocionālās labklājības rādītājus pacientiem ar šizofrēniju stacionārā

*Pētījuma jautājums:* Kādi ir fiziskie un emocionālie labklājības rādītāji pacientiem ar šizofrēniju stacionārā?

*Darba uzdevumi:*

1. Apkopot pētījumu rezultātus un informāciju no zinātniskās literatūras par fizisko un emocionālo labklājību pacientiem ar šizofrēniju stacionārā
2. Analizēt V. Hendersones un F. G. Abdellahas māszinību teoriju saistībā ar fizisko un emocionālo labklājību stacionārā un tās veicinošajiem faktoriem pacientiem ar šizofrēniju
3. Izstrādāt pētījuma instrumentus – novērojuma protokolu šizofrēnijas pacientiem un māsām un intervijas jautājumus šizofrēnijas pacientiem par viņu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā
4. Veikt pacientu un māsu novērojumu
5. Veikt pilotpētījumu intervijām un pacientu intervijas
6. Apkopot un analizēt iegūtos datus
7. Izdarīt secinājumus un ieteikumus, balstoties uz pētījuma rezultātiem

*Pētījuma metode:* Kvalitatīvs pētījums

*Pētījuma instruments:* Novērojuma protokols un daļēji strukturēta intervija

*Pētījuma dalībnieki:* Šizofrēnijas pacienti psihoneiroloģiskajā stacionārā x un garīgās veselības aprūpes māsas

*Pētījuma bāze:* X psihoneiroloģiskais stacionārs

*Pielietotā māszinību teorija:* V. Hendersones un F. G. Abdellahas māszinību teorija

## 1.V. Hendersones un F. G. Abdellahas māsziņibu teoriju analīze saistībā ar šizofrēnijas pacientu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā

Šizofrēnijas pacientu fizisko un emocionālo labklājību lielā mērā nosaka viņu psiholoģiskais un sociālais stāvoklis, psihiskā un fiziskā veselība, vide, kurā viņi atrodas, kā arī spēja apmierināt savas pamatvajadzības. Ne vienmēr izdodas realizēt minēto, jo šīs grupas pacientiem bieži ir zemi ienākumi, kas saistīts ar šizofrēnijas izpausmēm, apkārtējo noraidošo attieksmi, stigmatizāciju, nespēju izprast savas blakussaslimšanas un nepilnvērtības sajūtu.

V. Hendersone savā teorijā apraksta 14 pamatvajadzības, kuras ietver visas aprūpes funkcijas un holistisku pieeju pacientiem:

- „1. Normāla elpošana
2. Pietiekama uztura un šķidrums uzņemšana
3. Ķermenim nevajadzīgo vielu izvadīšana
4. Kustēšanās un ķermenim vēlamās stājas saglabāšana
5. Miega un atpūtas veicināšana
6. Atbilstoša apģērba izvēle, apģērbšanās un izģērbšanās
7. Normāla ķermeņa temperatūras saglabāšana, piemēroti ģērbjoties un mainot vidi
8. Ķermeņa higiēnas un aizsardzības ievērošana
9. Izvairīšanās no apkārtējās vides briesmām un citu neievainošanas
10. Emociju, vajadzību, baiļu vai uzskatu izpaušana saskarsmē ar apkārtējiem
11. Rīcība saskaņā ar reliģisko situāciju
12. Darbs, kas sniedz gandarījuma sajūtu
13. Piedalīšanās dažādos atpūtas pasākumos
14. Mācīšanās, apmierinot zinātkāri, kas nodrošina normālu attīstību un veselību” (54).

Viņa sagrupējusi šīs pamatvajadzības *fizioloģiskajās, psiholoģiskajās, garīgajās un sociālajās* vajadzībās un uzskata, ka māsas uzdevums stacionārā ir palīdzēt pacientiem pēc iespējas ātrāk atgūt savu neatkarību (54).

V. Hendersone kā: „*fizioloģiskās vajadzības uzskaita normālu elpošanu, pietiekamu uztura un šķidrums uzņemšanu, ķermenim nevajadzīgo vielu izvadīšanu, kustēšanos un vēlamās stājas saglabāšanu, miega un atpūtas veicināšanu, atbilstošu apģērba izvēli, apģērbšanos un izģērbšanos, normālas ķermeņa temperatūras saglabāšanu, piemērotu vides maiņu, ķermeņa higiēnas un aizsardzības ievērošanu, izvairīšanos no apkārtējās vides briesmām un citu neievainošanas, emociju, vajadzību, baiļu vai uzskatu izpaušanu saskarsmē ar apkārtējiem, kā arī mācīšanos, zinātkāres apmierināšanu, kas nodrošina normālu attīstību un veselību*” (26).

Neapmierinot kādu no pamatvajadzībām pacientu fiziskā un emocionālā labklājība ievērojami pazeminās, tiek traucēta organisma pilnvērtīga darbība, radot psihisku un fizisku diskomfortu, nepilnvērtības sajūtu, saskarsmes problēmas, pazeminātu garastāvokli un atstumtības izjūtu. Darba autore, strādājot psihiatriskajā stacionārā, novērojusi, ka pacienti daudz smēķē, nepietiekoši uzņem šķidrumu, ieņem pozas, kas deformē viņu mugurkaulu, necenšas fiziski sevi nodarbināt vingrojot, pastaigu laikā bieži vien gērbjas neatbilstoši laika apstākļiem, bez atgādināšanas neievēro personīgo higiēnu, reizēm neapdomā savas ķermeņa funkciju iespējas un pakļauj sevi traumēšanas riskam. Pacienti impulsivitātes brīžos fiziski aizskar citus pacientus vai personālu, kaitējot sev un apkārtējiem, tāpēc māsu uzdevums ir novērtēt pacientu psihisko stāvokli, laicīgi nodrošinot atbilstošu aprūpi un ievērojot drošības pasākumus. Būtiski novērtēt pacientu uzskatu paušanu, iedrošinot izteikt savas domas, izjūtas, uzskatus, ņemot vērā slimības simptomus, audzināšanu, raksturu vai traumējošas dzīves situācijas. Bieži novērots, ka pacienti spēj būt neiejūtīgi, uzbāzīgi, neuzklausa citu viedokli un rēķinās tikai ar sevi. Svarīgi izskaidrot, ka šāda attieksme rada konfliktus pacientu starpā, ka arī citi ir tiesīgi paust savus uzskatus un dalīties tajos brīvi un nepiespiesti. Māsa palīdz risināt viņu fizioloģiskās un psiholoģiskās problēmas, tomēr ierastajā vidē mājas apstākļos viņi bieži vien neņem vērā māsu ieteikumus, radot sev stresainus dzīves apstākļus, zaudējot fizisko un emocionālo labsajūtu. Šizofrēnijas pacientiem nonākot stacionārā svarīga māsu attieksme, saskarsme, ieinteresētība un profesionālā darbība, kas balstīta uz aprūpes problēmu identificēšanu un risināšanu, pēc iespējas ātrāk palīdzot atveseļoties un uzlabot savu dzīves kvalitāti, kas cieši saistīta ar fizisko un emocionālo labklājību.

V. Hendersone *psiholoģiskās* un *garīgās* vajadzības saista ar reliģiskajām praksēm, kas māsām būtu jāatbalsta (26). Svarīgi izrādīt cieņu pret pacientiem, respektējot viņu reliģisko ticību un ar to saistītās tradīcijas, nodrošinot tikšanos ar priesteri. Viņa novērojusi, cik būtiski atbalstīt pacientu reliģisko praksi, viņu lūgšanas kopīgi ar citiem pacientiem, svēto rakstu lasīšanu un dalīšanos pārdomās par šīm tēmām. Šis atbalsts un domu brīvība palīdz pacientiem cīnīties ar saslimšanu, stiprina ticību labākai dzīvei un mērķu sasniegšanai, atvieglojot ciešanas. Priesteri parasti terapeitiski iedarbojas uz šizofrēnijas pacientu psihi, radot viņiem mieru un labu garastāvokli.

V. Hendersone min *sociālās* vajadzības saistībā ar darbu, kas sniedz gandarījuma sajūtu un piedalīšanos dažādos atpūtas pasākumos (26). Tās ārpus stacionāra ne vienmēr tiek apmierinātas, jo saslimšana saistīta ar smagiem uztveres traucējumiem, personības izmaiņām un invaliditāti. Šizofrēnijas pacientiem parasti sarežģīti atrast darbu, pilnvērtīgi to veikt un iejusties kolektīvā, jo saslimšana rada personības izmaiņas un tai ir tendence saasināties.

Nonākot stacionārā māsām nepieciešams izglītēt pacientus un ģimenes par labklājības uzlabošanu, paverot iespēju apzināties saslimšanu un sadzīvot ar to, nezaudējot darbu un piedaloties atpūtas pasākumos bez diskomforta izjūtas.

Arī māsziņību teorētiķe F. G. Abdellaha uzskata, ka māsu aprūpei jābūt orientētai uz pacientu atveseļošanu, ar mērķi uzlabot viņu fizisko un emocionālo labklājību. Radot 21 pamatvajadzību teoriju viņa iedvesmu gūst no V. Hendersones 14 pamatvajadzību teorijas, kuras viņa raksturo kā:

1. Uzturēt higiēnu un fizisko labsajūtu
2. Veicināt fiziskās aktivitātes, sabalansēt tās ar miegu un atpūtu
3. Veicināt drošību, novēršot nelaimes gadījumus, ievainojumus, traumas, infekcijas slimību izplatīšanos
4. Uzturēt pareizu ķermeņa stāju, novērst un koriģēt deformāciju
5. Nodrošināt skābekļa piegādi un uzturēšanu visām ķermeņa šūnām
6. Nodrošināt visa ķermeņa šūnu uzturēšanu
7. Nodrošināt kaitīgo vielu izdalīšanos no ķermeņa
8. Nodrošināt šķidruma un elektrolītu uzturēšanu organismā
9. Atpazīt fizioloģiskās reakcijas uz slimību simptomiem
10. Atvieglot un uzturēt ķermeņa mehānisma funkcijas
11. Nodrošināt maņu orgānu darbību
12. Identificēt uz atzīt pozitīvās un negatīvās sajūtas, izpausmes un reakcijas
13. Izprast un pieņemt emociju un saslimšanu savstarpējo saistību
14. Veicināt efektīvu verbālu un neverbālu saskarsmi
15. Veicināt labas attiecības ar apkārtējiem
16. Veicināt virzību uz personīgiem sasniegumiem un garīgiem mērķiem
17. Veidot un uzturēt terapeitisku vidi
18. Palīdzēt izprast sevi kā personu ar dažādām fiziskām, emocionālām un attīstības vajadzībām
19. Uzstādīt mērķus, ņemot vērā fiziskos un emocionālos ierobežojumus
20. Izmantot veselības aprūpes iestādes resursus kā līdzekli veselības problēmu risināšanā
21. Izprast sociālās problēmas, ko rada saslimšana (3).

Lai uzlabotu fizisko un emocionālo labklājību šizofrēnijas pacientiem stacionārā un izskaidrotu, kā to saglabāt, māsām svarīgi sadarboties ne tikai ar pacientiem, bet arī ar viņu ģimenēm. F. G. Abdellaha uzskaita māsu prasmes, kuras nepieciešamas aprūpējot pacientus -

veselības stāvokļa novērtēšana, saskarsme, zināšanu pielietošana, pacientu un ģimenes izglītošana, darba plānošana un organizēšana, pacientu un personāla resursu izmantošana, problēmu risināšana, terapeitiska iedarbība uz pacientiem un manipulāciju veikšana (25).

Māsām nepieciešams novērtēt pacientu psihisko un fizisko stāvokli, lai identificētu problēmas, plānotu darbības mērķa sasniegšanai un sasniegtu labus rezultātus. Laicīgi nenovērtējot pacientu stāvokli, viņu uzvedība var pāriet impulsīvās darbībās, apdraudot apkārtējos un sevi. Būtiska pareiza un pārdomāta saskarsme, aprūpējot katru pacientu individuāli. Šizofrēnijas pacientiem parasti ir izteikti saskarsmes traucējumi, kuri noved pie savstarpējiem konfliktiem pacientu starpā, viņi var būt skaļi un traucējoši citiem, uzbāzīgi ar sarunām vai neievērot citu personīgo telpu. Māsām jābūt pacietīgām, empātiskām, mierīgām, izskaidrojot pacientiem viņu kontaktēšanās izpausmes un citu pacientu reakciju uz tām. Svarīgi iemācīt respektēt citus, individuāli izglītojot pacientus. Māsām nepieciešams pielietot savas iegūtās zināšanas praksē, lai viņas spētu efektīvi veikt pacientu aprūpi un sadarboties ar aprūpes komandu, terapeitiski iedarbojoties uz viņu psihisko un fizisko stāvokli. Viņām jābūt zinošām saistībā ar pacientiem un viņu ģimenes izglītošanu, lasot jaunāko literatūru, iegūstot formālo un neformālo izglītību, kura saistīta ar šizofrēnijas pacientu aprūpi un viņu vajadzībām. Māsām jāprot plānot un organizēt darbs, kā arī kvalitatīvi veikt dažādas procedūras, ievērojot procedūru standartus un sterilitāti.

Savā teorijā V. Hendersone uzskata, ka jēdzieni – *cilvēks, vide, veselība* un *aprūpe* ir cieši saistīti savā starpā. Viņa koncentrējas uz palīdzību *cilvēkam*, sniedzot holistisku aprūpi, kas veicina veselības atjaunošanos, patstāvību vai mierīgu nāvi. Teorētiskē uzsver, cik nozīmīgi palielināt pacientu neatkarību, lai viņi varētu ātrāk atveseļoties, atgriezties mājās un bez palīdzības rūpēties par sevi, ja viņiem būtu vajadzīgais spēks, griba vai zināšanas. Pēc viņas domām, māsām vajadzētu palīdzēt pacientiem nodrošināt aprūpi, kuru viņi nespēj veikt patstāvīgi. Individū un ģimeni teorētiskē uzskata par vienu veselu (66).

F. G. Abdellaha cilvēku apraksta kā indivīdu, kurš saņem aprūpi, nenosakot ierobežojumus cilvēka dabai un būtībai. Viņa uzskata, ka viņas minētās 21 pamatvajadzības saistītas ar pacientu bioloģiskajiem, psiholoģiskajiem un sociālajiem aspektiem (53).

Darba autore savā darbā novērojusi, ka pacienti ar šizofrēniju nespēj patstāvīgi apmierināt visas V. Hendersones un F. G. Abdellahas minētās pamatvajadzības, saistībā ar domāšanas, uztveres un gribas traucējumiem. Māsām liela nozīme novērtējot pacientus, identificējot aprūpes problēmas, uzstādot mērķus, plānojot un veicot aprūpes darbības, izvērtējot rezultātus, izglītojot pacientus un viņu ģimenes, lai palīdzētu viņiem ātrāk atgūt savu veselību, līdz ar to arī neatkarību. Viņu uzdevums noskaidrot, kādos apstākļos pacienti

dzīvojuši pirms nokļūšanas stacionārā, lai spētu viņiem izskaidrot, kā šo kvalitāti uzlabot aprūpes procesa laikā, ļaujot viņiem būt līdzestīgiem. Svarīgi atjaunot vai uzlabot pacientu psiholoģisko un sociālo dzīves jomu. Svarīgi iedrošināt viņus iesaistīties aprūpes procesā, kas veicina atveseļošanos un palīdz ātrāk kļūt neatkarīgam. Pēc V. Hendersones domām, organisms ir vienots veselums, bet slimības rezultātā tas kļūst bezpalīdzīgs. Šizofrēnijas pacientu aprūpē māsai būtiski veidot pareizu saskarsmi gan ar pacientiem un viņu ģimeni, gan arī ar aprūpes komandu, palīdzot veidot iemaņas, kuras noderētu izrakstoties no stacionāra – gatavot ēst, lietot veselīgu pārtiku, ievērot personīgo higiēnu bez atgādinājuma, mācēt izmērīt sev asinsspiedienu vai lietot glikometru, izprast savu saslimšanu un laicīgi griezties pēc palīdzības, veidot pozitīvu saskarsmi ar apkārtējiem, sabalansēt darbu ar atpūtu un atmet kaitīgos ieradumus. Palīdzot pacientiem izprast sevi, savu saslimšanu un iemācot dzīvot ar šizofrēniju pilnvērtīgi, viņi spēj ātrāk atgūt savu neatkarību. Saņemot terapeitisku aprūpi, viņi nebaidīsies atgriezties stacionārā pēc palīdzības atkārtoti, ja tas būs nepieciešams.

V. Hendersone raksta, ka *vide* ietver jebkuru vietu, kur notiek terapeitiskā mijiedarbība starp pacientiem un māsām, tā sastāv no ārējiem faktoriem un ietekmēm. Viņa uzskata, ka parādoties saslimšanai samazinās pacientu spēja kontrolēt vidi, kurā viņi atrodas. Māsu pienākums pasargāt viņus no jebkāda kaitējuma vai ievainojuma, nodrošinot viņu drošību. Viņa ietver vides jēdzienā pacientu individuālo vidi, individuālo atbalstu, attiecības ar ģimeni un publiskos pasākumus (66).

F. G. Abdellaha vides jēdzienu izskaidro, kā indivīda attiecības ar ģimeni un sabiedrību kopumā, viņu savstarpējo ietekmi vienam uz otru. Viņa uzskata, ka sabiedrība iesaistīta optimālas veselības plānošanā vietējā, valsts, nacionālā un starptautiskā līmenī, tāpēc māsu uzmanības centrā noteikti ir pacienti. Vide viņas skatījumā ir mājas vai kopiena, no kuras nāk pacienti (53).

Māsu uzdevums stacionāra apstākļos nodrošināt drošu vidi pacientiem, novērot, kā viņi veido attiecības ar citiem pacientiem, nepieciešamības gadījumā iejaucoties un pārvedot uz citu palātu, lai atvieglotu psihisko stāvokli un izvairītos no impulsīvām darbībām un citu fiziskās aizskaršanas. Svarīgi iemācīt un palīdzēt pacientiem sakopt savu palātu, skapīti pie gultas un gultasvietu, jo nesakopta vide var radīt diskomfortu un citu novēršanos. Māsām nepieciešams rūpēties, lai palāta būtu vēdināta, labi apgaismota, lai tajā būtu atbilstoša temperatūra, iespēja skatīties televizoru, klausīties radio vai mūziku, lasīt grāmatas vai žurnālus. Svarīgi nodrošināt naktsmieru un pacientam pamostoties dienu sākt ar laipnu sasveicināšanos, rīta higiēnas pasākumu atgādināšanu, brokastošanu un dienas plānošanu. Būtiski iemācīt rūpēties par vidi, kurā viņi atrodas, lai izrakstoties no stacionāra spētu par sevi rūpēties pats, uzturot tīru vidi,

plānojot dienu un tīkoties ar draugiem pieklājīgā veidā. Māsām jāiemāca pacientiem galda kultūra, saskarsme, higiēna un jāpalīdz saprast viņu intereses un kā tās realizēt dzīvē. Nepieciešams nodrošināt tikšanos ar ģimeni, rast iespēju sazināties pa telefonu, rakstīt vēstules draugiem, veidot dāvanas, lai iepriecinātu tuviniekus. Šizofrēnijas pacienti bieži vien prot veidot skaistus mākslas darbus, veidojot kolāžas, izšujot, tamborējot, adot, gleznojot un zīmējot. Māsu uzdevums atbalstīt viņus un atļaut savus mākslas darbus izvietot palātā, radot sev patīkamu vidi un gūstot psiholoģisko brīvību un labsajūtu. Māsām jārūpējas, lai pacienti tiktu iesaistīti arī publiskos stacionāra pasākumos, piemēram, svētku koncertos, pašu veidotajās izstādēs, tenisa, novusa vai šaha sacensībās. Lai nodrošinātu labvēlīgu vidi, nepieciešams izglītēt arī viņu ģimenes, kuru atbalstam un izpratnei būtiska nozīme mājās vidē.

*Veselības* jēdzienu V. Hendersone uztver kā pacienta spēju darboties patstāvīgi ar nepieciešamo gribasspēku un zināšanām, kā arī liela nozīme ir veselības veicināšanā un slimību profilaksē. Veselību var ietekmēt vecums, kultūra, fiziskās, intelektuālās spējas un emocionālais līdzsvars (66).

F. G. Abdellaha veselību raksturo kā stāvokli, kurš izslēdz slimības, bet veselības vajadzības saistītas ar garīgo un fizisko ķermeņa stāvokli (53).

Šizofrēnijas pacientiem bieži nav ne spēka, ne gribasspēka rīkoties patstāvīgi, tāpēc māsas palīdz viņiem rūpēties par sevi, izglītojot stiprina un dod cerības ārstējoties uzlabot savu veselību. Svarīgi palīdzēt izprast savu veselības stāvokli, jo viņi var neizprast, kas ir šizofrēnija, kādi ir tās simptomi viņa gadījumā, kā ar to cīnīties. Jāizskaidro viņu blakussaslimšanas un rīcība, lai atjaunotu fizisko veselību, kā arī jāizglīto par viņu veselības problēmām, lai viņi spētu par sevi rūpēties arī mājās vidē. Bieži vien atklājas, ka pacientiem ar asinsspiediena problēmām nav zināšanas, kā to izmērīt, ko nozīmē asinsspiediena aparāta rādītāji un kādu aparātu labāk iegādāties mājās apstākļos. Māsām vajadzētu iemācīt viņiem kā ar to rīkoties. Pacientiem ar paaugstinātu glikozes līmeni asinīs jāiemāca darboties ar glikometru, jāizskaidro pareiza ēšana un insulīna ievadīšanas tehnika. Māsu uzdevums izskaidrot smēķēšanas kaitīgumu un stipras tējas vai kafijas kaitīgo ietekmi uz kuņģa darbību, jārunā par alkohola un narkotisko vielu lietošanas kaitīgumu. Būtiski atgādināt par fizisko aktivitāšu nepieciešamību ne tikai stacionārā, bet arī pēc izrakstīšanās no tā. Svarīgi izskaidrot pacientiem, kāpēc nedrīkst lietot citu traukus, krūzes, drīkst smēķēt tikai savas cigaretes, nevis uz pusēm diviem pacientiem izsmēķēt vienu cigareti, tādējādi māsas var pasargāt pacientus no infekcijas saslimšanām. Izglītojošais darbs palīdz kvalitatīvi dzīvot ar šizofrēniju ne tikai stacionārā, bet arī mājās apstākļos. Nepieciešams iesaistīt pacientus pašaprūpē, cik vien iespējams, veidojot viņu līdzestību.

V. Hendersone par *aprūpi* raksta, ka māsām jādarbojas neatkarīgi, tomēr jāsadarbojas arī ar aprūpes komandu, savstarpēji saskaņojot savus darbības plānus, kuri vērsti uz ātrāku pacientu atveseļošanu un izcilu aprūpes kvalitāti. Viņa uzskata, ka māsām jābūt zinošām arī sociālajās un dabas zinātnēs, lai novērtētu pacientu pamatvajadzības. Māsu un pacientu pozitīva sadarbība svarīga pacientu atveseļošanās procesā un, kad viņi ir smagi slimi, viņas darbojas kā viņu aizstājējas, palīdzot ātrāk atgūt neatkarību. V. Hendersone skaidro, ka māsu pienākums īslaicīgi palīdzēt pacientiem apmierināt pamatvajadzības, pielāgoties izmainītajam dzīves veidam, atgūt un saglabāt maksimālu neatkarību gadījumos, kad iespējama daļēja vai pilnīga atveseļošanās (66).

F. G. Abdellaha raksta, ka aprūpe ir visaptverošs pakalpojums, kuras pamatā ir māksla un zinātne, kura mērķis ir palīdzēt pacientiem tikt galā ar veselības problēmām. Māsu darbība teorētiskās izpratnē tiek grupēta 21 problemātiskajā pamatvajadzību jomā, pieņemot atbilstošus lēmumus un sniedzot kvalitatīvu aprūpi (53).

Aprūpes procesu svarīgi plānot māsām, ārstiem, vecākai māsai, psihologiem, ergoterapeitiem, sociāliem darbiniekiem komunicējot vienam ar otru, izstāstot savus novērojumus un kopīgi lemjot, kā veidot aprūpi efektīvāku katram pacientam individuāli. Svarīgi palīdzēt atrisināt pacientu aprūpes problēmas, iemācot rūpēties par sevi, lai izrakstoties no stacionāra viņi spētu saglabāt sasniegtos rezultātus un būtu apmierināti ar savu fizisko un emocionālo labklājību. Pacientiem svarīgi sajust pret sevi rūpes, atbalstu, interesi, uzklausišanu, pieklājīgu sarunu, kā arī iemācīties dažādas prasmes. Viņi mēdz būt uzbāzīgi, nesavaldīgi un izaicinoši, lai pievērstu sev uzmanību, atklāti izsakot savas vajadzības, tomēr māsām jābūt pacietīgām, viņas nedrīkst zaudēt savu laipnību un empātiju. Viņām jābūt zinošām, prasmīgām veidot pozitīvu verbālu un neverbālu saskarsmi. Darba autore piekrīt F. G. Abdellahas domai, ka pacientu aprūpe ir gan māksla, gan zinātne, īpaši aprūpējot šizofrēnijas pacientus, ar tik dažādām slimības simptomu un rakstura izpausmēm, kas prasa individuālu pieeju katram.

F. G. Abdellaha uzskata, ka pacientu problēmas var būt atklātas, acīmredzamas un slēptas, tās māsām jāidentificē, lai izpildītu aprūpes prasības. Teorētiskā uzskata, ka svarīga individuāla pacientu aprūpe, jāapzinās katras personas veselums un nepieciešamība pēc aprūpes nepārtrauktības no pirmās hospitalizācijas dienas līdz brīdim, kad pacienti izrakstās no stacionāra (25).

V. Hendersones un F. G. Abdellahas pamatvajadzību teorija saistīta ne tikai ar aprūpes nodrošināšanu pacientiem, bet arī ar viņu fizisko un emocionālo labklājības uzlabošanu stacionārā. Abas teorētiskās uzsver pacientu un viņu ģimenes izglītošanu, pacientu līdzestību, kas nepieciešams viņu labsajūtas uzlabošanā. V. Hendersones un F. G. Abdellahas

patvārdzību teoriju var izmantot arī Latvijā, īpaši garīgās veselības aprūpes iestādēs, kur pacienti nespēj vai ļoti slikti spēj rūpēties par sevi, pazeminot savu labsajūtu dažādās dzīves jomās. Domāšanas un uzvedības traucējumu dēļ šizofrēnijas pacienti nespēj pilnvērtīgi socializēties sabiedrībā, kas nosaka viņu zemo emocionālo labklājību. Slimības simptomu iespaidā var rasties saskarsmes un pašaprūpes traucējumi, impulsīva uzvedība, noslēgšanās sevī, sociāla izolētība, ļoti zems vai pārāk augsts pašvērtējums, kā rezultātā darba spējas ir ļoti zemas vai to vispār nav. Sabiedrībai šādi pacienti ir apgrūtināši, iztikas līmenis cilvēkam, kurš slimo ar šizofrēniju ir zems, vide ne vienmēr ir labvēlīga, kas noved pie neveselīga dzīves veida. Pacientiem nonākot mūsu aprūpē šīs problēmas samazinās, tāpēc V. Hendersones un F. G. Abdellahas patvārdzību teorijas pielietojumu stacionārā varētu izmantot pētniecībā, cenšoties uzlabot fizisko un emocionālo labklājību šizofrēnijas pacientiem stacionārā. Arī māsu izglītībā, apgūstot garīgās veselības aprūpes specialitāti, varētu izmantot šo abu teorētiku patvārdzību teoriju, jo tajās ir pieminēta pacientu aprūpe, izglītošana, kā arī māsu zināšanu un prasmju apguve, kas saistīta ar fiziskās un emocionālās labklājības uzlabošanu pacientiem.

Darba autore uzskata, ka bez patvārdzību apmierināšanas teorijas nepastāv terapeitisks aprūpes process un plānotā māsu pieeja pacientiem darbojas jebkurā veselības aprūpes sistēmā. Abas teorētiskās savos darbos apraksta galvenos jēdzienus – *cilvēks*, *vide*, *veselība* un *aprūpe*, katrā no tiem aicinot māsas pievērsties pacientu patvārdzību apmierināšanai, izjūtot pret aprūpējamo empātiju, līdzjūtību un vēlmi palīdzēt atgūt veselību vai atvieglot ciešanas. Pat neveicot jaunus pētījumus ir saprotams, ka māsas apmierina pacientu patvārdzības, kaut arī šādi pētījumi būtu vērtīgi un nepieciešami, atklājot jaunas nianšes māsu praksē. Īpaši garīgās veselības aprūpē māsu darbs cieši saistīts ar V. Hendersones un F. G. Abdellahas teorijas patvārdzību apmierināšanu dēļ pacientu nespējas pietiekoši rūpēties par sevi.

Darba autore uzskata, ka māszinību teorijas galvenie jēdzieni cilvēks, vide, veselība un aprūpe saistīti arī ar fizisko un emocionālo labklājību pacientiem ar šizofrēniju stacionārā, pielietojot V. Hendersones un F. G. Abdellahas patvārdzību apmierināšanas teoriju. Viņu ieteikumi aicina māsas veidot holistisku pieeju pacientiem, iemācot novērtēt viņu fizisko un emocionālo labklājību un izvēlēties labāko pieeju. Patvārdzību teorijā ieteikts māsām pievērst uzmanību dažādām pacientu dzīves sfērām, veicot efektīvu aprūpi.

Būtiski izprast šizofrēniju un tās ārstēšanu, lai efektīvi veiktu aprūpi, kura vērsta uz pacientu fizisko un emocionālo labklājības veicināšanu.

## 2. Šizofrēnijas raksturojums

Darba autore strādājot psihoneiroloģiskajā stacionārā novērojusi, ka šizofrēnija negatīvi ietekmē pacientu fizisko un emocionālo labklājību, īpaši gadījumos, kad slimības saasinājumi bieži atkārtojas. Slimības rezultātā veidojas personības izmaiņas, kuras ietekmē attiecības ar apkārtējiem, samazinās spēja kritiski novērtēt savu psihisko un fizisko veselību, kā arī zūd spēja patstāvīgi rūpēties par sevi un strādāt.

Psihiatre Ranna Pareksa (*Ranna Parekh*) raksta, ka šizofrēnijas simptomi var būt maldi, halucinācijas, izmainīta domāšana un koncentrēšanās spēja, kā arī motivācijas trūkums, un tikai ārstējoties vairums šizofrēnijas simptomu ievērojami mazinās. Autore, iepazīstoties ar zinātnisko literatūru, secinājusi, ka kopumā šizofrēnija vīriešus un sievietes ietekmē vienādi, tomēr vīriešiem saslimšana var sākties agrākā vecumā. Viņa raksta, ka šizofrēnijas pacienti sakarā ar blakussaslimšanām mirst jaunākā vecumā, nekā vidēji populācijā (56).

PVO informē, ka šizofrēnija saistīta ar ievērojamu invaliditāti, ietekmējot mācīšanās spējas un profesionālo darbību. Pacienti lielāka iespēja nomirt jaunākā vecumā nekā vispār pasaulē pieņemts, kas bieži vien saistīts ar blakussaslimšanām, piemēram, sirds - asinsvadu, vielmaiņas un infekcijas slimībām (73).

ASV Nacionālā Apvienība Garīgo Saslimšanu jomā šizofrēniju raksturo kā nopietnu garīgu slimību, kas pazemina cilvēka spēju skaidri domāt, pārvaldīt emocijas, pieņemt lēmumus un kontaktēties ar apkārtējiem. Precīzi diagnosticēt šizofrēnijas izplatību grūti, tā var izveidoties jebkurā vecumā. Vīriešiem saslimšana parasti sākas pusaudžu vēlinā vecumā līdz 20 gadu vecumam, bet sievietēm no 20 gadu beigām līdz 30 gadu sākumam. Retāk to diagnosticē personām, kuras jaunākas par 12 gadiem vai vecākas par 40 gadiem (49).

Pacienti ar šizofrēniju bieži samazinās spēja darboties skolā, darbā un sociālajā vidē, samazinās koncentrēšanās spējas, runa un izturēšanās kļūst neadekvāta, rodas grūtības patstāvīgi veikt personīgo higiēnu un ikdienas uzdevumus. Var būt izmainīta sejas izteiksme, dažos gadījumos viņi var kļūt katatoniski, nereaģējot uz apkārtējo vidi, kā arī lietot kaitīgas vielas. Pacienti var domāt par pašnāvību un bieži vien šīs domas pāraug rīcībā. Viņiem var būt kustību problēmas, piemēram, trīce, paaugstināts muskuļu tonuss, neparasti lēnas kustības vai samazināta spēja pārvietoties, kas vairumā gadījumu ir medikamentu izraisīts. Tomēr dažiem pacientiem arī pirms ārstēšanas ar medikamentiem parādās kustību novirzes. Dažreiz pacientiem var būt viegli intelektuālās funkcijas traucējumi (50).

Darba autore uzskata, ka veicot aprūpi šizofrēnijas pacientiem stacionārā, svarīgi zināt arī šizofrēnijas cēloņus un attīstības gaitu.

## 2.1 Šizofrēnijas etioloģija un patoģenēze

PVO informē, ka pētījumos atklāt vairāki slimību provocējoši faktori, tā veidojas gēnu mijiedarbības, vairāku vides un psihosociālo faktoru ietekmē (73).

Slimību var izraisīt ģenētiskie faktori, kurus izraisa sarežģīta ģenētikas un apkārtējās vides mijiedarbība. Ja ģimenē tuvs radnieks slimo ar šizofrēniju, varbūtība saslimt ar šo slimību ir vairāk nekā 6 reizes augstāka. Šizofrēnijas risku palielina arī vīrusu vai nepareiza uztura iedarbība grūtniecības laikā, īpaši pirmajā un otrajā trimestrī. Jaunākie pētījumi norāda saistību starp autoimūnajiem traucējumiem un psihozes attīstību. Slimību var izraisīt traucējumi neiromediatoru darbībā un narkotisko vielu lietošana (49).

Psihiatri Simona A. Stilo (*Simona A. Stilo*) un Robins MakGregors Murais (*Robin MacGregor Murray*) savā pētījumā min jau augstākminētos šizofrēnijas riska faktorus, kā arī uzskata, ka to var izraisīt sociāla izolācija, dzemdību komplikācijas, ārkārtas ķeizargrieziens, asiņošana grūtniecības laikā, preeklampsijas un mazs dzimšanas svars, prognozējot psihozi agrā vecumā. Autori piemin pētījumus, kuri atklāj, ka vīrusu un citu infekcijas izraisītāji, piemēram, gripa, toksoplazmoze un 2. tipa herpes simplex vīrusa iedarbība grūtniecības apaugļošanās laikā saistīti ar vēlāku psihotisko traucējumu risku. Valstīs ar zemiem ienākumiem ir augstāks hroniskas invaliditātes un atkarības līmenis šizofrēnijas gadījumā, kas samazina atveseļošanās iespēju. Autori pētījumos secinājuši, ka dzīvesvietas maiņa bērnībā no lauku uz pilsētas vidi divkārtšo šizofrēnijas attīstības risku, un, jo vairāk gadus bērns pavada pilsētas teritorijā, jo lielāks risks saslimt. Viņi raksta, ka epidemioloģiskos pētījumos minēta saistība starp kaņepju lietošanu un šizofrēniju. Pastāvīga kaņepju lietošana pēc pirmās epizodes saistīta ar sliktāku prognozi, augstāku saasinājuma līmeni, ilgāku hospitalizāciju un smagu pozitīvo simptomātiku (63).

Lisa V. Goldstone (*Lisa W. Goldstone*) savā darbā raksta, ka ģenētiskajiem faktoriem kritiska loma šizofrēnijas attīstībā un pētījumi liecina, ka patiesais risks saslimt ar šizofrēniju ir 10% pirmās pakāpes un 3% otrās pakāpes radniekiem. Ja abiem bērna vecākiem ir šizofrēnija, ir 40% risks bērnam saslimt ar šizofrēniju. Ģenētiskās bāzes dati uzrāda, ka brāļiem un māsām, kuriem ir šizofrēnija, simptomi parādās vienā un tajā pašā vecumā. Kā slimības veicinošos faktorus autore min sarežģījumus grūtniecības laikā, dzemdībās un vides iedarbību (24).

Darba autore savā praksē vācot anamnēzi no šizofrēnijas pacientiem stacionārā ieguvusi datus, kuros atklājies, ka slimības sākums bieži vien parādījies pēc galvas traumas, marihuānas vai citu narkotisko vielu lietošanas, emocionālas un fiziskas vardarbības pusaudžu gados. Bieži vien pacientiem stacionārā ārstējas arī kāds no vecākiem, brālis vai māsa, kas norāda uz

ģenētisko saslimšanas cēloni. Darba autore savā praksē sastopas ar gadījumiem, kad ieildzis slimības saasinājums, ko izprovocējuši strīdi ģimenē vai darba vietā, pacienti nav izpratuši un pieņēmuši savu saslimšanu, kā rezultātā nav lietoti nozīmētie medikamenti un nav laicīgi griezušies pēc palīdzības pie psihiatra.

Nozīmīgas arī pacientu klīniskās izpausmes, lai aprūpes rezultātā māsa spētu izprast pacientus un veidotu pareizu pieeju fiziskās un emocionālās labklājības veidošanā.

## 2.2 Klīniskās izpausmes

Šizofrēnijas simptomi katram pacientam var izpausties atšķirīgi, tomēr teorētiski pastāv slimības klasifikācija, kura tiek izmantota praksē. Pārzinot slimības izpausmes, katram pacientam tiek veidota individuāla pieeja, nozīmēti piemērotākie medikamenti un pielāgota aprūpe, lai veicinātu atveseļošanos un ar labiem rezultātiem viņš izrakstītos no stacionāra.

Diagnosticējot šizofrēniju cilvēkam jābūt 2 vai vairākiem simptomiem, kuri pastāvīgi parādās samazinātas funkcionēšanas gadījumos, izpaužoties kā murgi, halucinācijas, neorganizēta runa, katatoniska izturēšanās un negatīvie simptomi. Bieži vien ar murgiem vai halucinācijām var pietikt, lai diagnosticētu šizofrēniju, tomēr jāizslēdz citi faktori, piemēram, smadzeņu audzēji, iespējamie medicīniskie apstākļi un citas psihiatriskas diagnozes, piemēram, bipolāri traucējumi. Pēc iespējas agrāka identificēšana ievērojami uzlabo cilvēka iespējas pārvaldīt slimību un mazināt psihotiskās epizodes, dodot iespēju ātrāk atgūties (49).

Džons M. Grohols (*John M. Grohol*) šizofrēnijas pozitīvos simptomus raksturo kā murgus, halucinācijas, neorganizētu domāšanu un uzbudinājumu, bet kā negatīvos simptomus autors min emocionālo izpausmju samazināšanos, nabadzīgu ķermeņa valodu, runas nabadzību, piemēram, īsas, tukšas atbildes, kā arī nespēju uzsākt un neatkāpties no mērķtiecīgām darbībām. Viņš raksta, ka šiem simptomiem jābūt vismaz vienu mēnesi, lai diagnosticētu šizofrēniju, tiem jābūt nepārtrauktiem. Šajā periodā traucējumu pazīmes var būt maigākas, piemēram, pacienti var piedzīvot tikai dīvainus uzskatus vai neparastu uztveres pieredzi (27).

Halucinācijas raksturojas ar traucējumiem maņu orgānos - redz, dzird, smaržo, garšo vai izjūt lietas, kuras patiesībā neeksistē, tomēr visizplatītākās ir dzirdes halucinācijas, kas ir ļoti reālas pacientiem, kuri tās piedzīvo. Daži no viņiem tās raksturo kā draudzīgas un patīkamas, tomēr biežāk tās dzird kā rupjas, kritiskas, aizskarošas vai kaitinošas. Dzirdes halucinācijas parasti apraksta notiekošās aktivitātes, apspriež klausītāja domas un izturēšanos, dod norādījumus vai runā tieši ar pacientiem. Tās var atskanēt no dažādām vietām vai īpaši no vienas vietas, piemēram, televizora. Murgainiem pacientiem veidojas maldīga pārliecība, kas

var ietekmēt cilvēka izturēšanos. Viņiem liekas, ka viņus kāds vajā vai seko viņiem, dzenas pakaļ, novēro, liekas, ka televīzija vai laikraksti raida viņam ziņojumus. Pacienti var likties, ka ikdienas notikumos vai sakritībās ir paslēptas ziņas. Murgi var sākties pēkšņi vai arī attīstīties nedēļu vai mēnešu laikā (55).

Ketlīna Romito (*Kathleen Romito*) un kolēģi apraksta šizofrēnijas simptomu iedalījumu pozitīvajā, negatīvajā un kognitīvajā simptomātikā. Kā *pozitīvos simptomus* autori min halucinācijas, murgus, domu un runas traucējumus, bet kā *negatīvos simptomus* min intereses zudumu par apkārt notiekošo, pacienti nevar pateikt kā jūtās, bez iemesla dusmojas uz apkārtējiem un reaģē uz citiem kaitējoši. *Kognitīvie simptomi* var būt atmiņas zudums, nespēja pietiekoši labi saprast lietas, lai pieņemtu lēmumus, kā arī nespēja skaidri izteikties. Negatīvie simptomi parasti parādās vispirms, tos var būt grūti atpazīt kā šizofrēniju, jo tie ir līdzīgi citu problēmu simptomiem, piemēram, depresijai. Pozitīvie simptomi var sākties dienu, mēnešu vai gadu laikā pēc negatīvo simptomu parādīšanās. Agrīnās šizofrēnijas pazīmes var ietvert apgrūtinātu mācīšanos skolā, domāšanu, ka cilvēki mēģina kaitēt, vai arī personībā notiek izmaiņas, piemēram, nevēlas redzēt cilvēkus (35).

Deivids R. Goldmits (*David R. Goldsmith*) un Marks Hīmens Rapaports (*Mark Hyman Rapaport*) savā pētījumā atklāj, ka negatīvie šizofrēnijas simptomi ir novājinoši un hroniski, tos grūti ārstēt un tie veicina funkcionālātes pazemināšanos. Motivācijas deficīts ir galvenais negatīvais simptoms, un, pretstatā murgiem un halucinācijām, kas veido pozitīvus šizofrēnijas simptomus, negatīvie simptomi raksturo sociālo izolētību, runas nabadzību, emocionālās reaktivitātes un psihomotorās izteiksmes samazināšanos un gribasspēka deficītu. Autori min datus, kuros tie ir sastopami vairāk nekā pusei pacientu 60 līdz 90% (23).

K. Vanders raksta, ka negatīvie un kognitīvie simptomi parasti ir hroniski un ilgtermiņā ietekmē sociālo funkcionēšanu (69).

L. V. Goldstone atklāj, ka apmēram 20 – 40% pacientu ir ar negatīviem simptomiem, viņiem terapeitiskais efekts ir zemāks nekā pacientiem ar pozitīvo simptomātiku. Viņa raksturo pozitīvos simptomus ar saasinājumiem un remisijas periodiem, bet negatīvos un kognitīvos simptomus vairāk kā hroniskus, ar pazeminātu sociālo funkcionēšanu (24).

Slimību profilakses un kontroles centrs publicējis šizofrēnijas klasifikāciju, kurā izskaidroti šizofrēnijas veidi. Vadoties pēc tās pacientiem tiek uzstādīta diagnoze stacionārā iestādoties un izrakstoties no tā. Slimību klasifikatorā minēti šādi šizofrēnijas veidi:

„F20 - šizofrēniskie traucējumi izpaužas ar dziļiem un raksturīgiem domāšanas un uztveres traucējumiem, trulām un neadekvātām emocijām, bet apziņa parasti ir skaidra un intelekta spējas saglabātas, tomēr slimības laikā var rasties kognitīvi traucējumi. Svarīgākie

traucējumi ir domu atbalss un apstāšanās, spaidu domas, domu skanēšana, iedarbības murgi, murgaina uztvere, pasivitāte, dzirdes halucinācijas un negatīvie simptomi. Traucējumu norise var būt nepārtraukta, epizodiska, pakāpeniski pieaugoša, ar pilnīgu vai daļēju remisiju.

*F20.0 - paranoīdās šizofrēnijas* gadījumā dominē paranoīdi un relatīvi stabili murgi, ko pavada halucinācijas un uztveres traucējumi. Nav novērojami afektīvi, gribas, runas traucējumi un katatoniski simptomi, bet, ja ir, tad tie ir relatīvi nenožīmīgi.

*F20.1 - hebefrēnai šizofrēnijai* halucinācijas un murgi izpaužas īslaicīgi un fragmentāri, bet uzvedība ir neprognozējama. Vērojama manierība, neadekvāts garstāvoklis, dezorganizēta domāšana, nesakarīga runa un tieksme sociāli izolēties. Strauji attīstās negatīvie simptomi, notiek afektīva notrulināšanās un gribas zudums, parasti ir slikta prognoze. Šo veidu diagnosticē tikai pusaudžiem vai jauniešiem.

*F20.2 - katatona šizofrēnija* raksturojas ar kustību traucējumiem vai arī automātisku pakļaujamību un negatīvismu. Iespējamās ilgstošas spaidu pozas un stāvokļi, īpaši raksturīga pazīme ir krasa uzbudinājuma epizodes. Simptomi var kombinēties ar sapņiem līdzīgiem stāvokļiem un dzīvām scēniskām halucinācijām.

*F20.3 - nediferencētu šizofrēniju* raksturo psihotiski stāvokļi, kuri atbilst vispārējiem šizofrēnijas diagnozes kritērijiem, tomēr neatbilst nevienam no F20.0 - F20.2 veidam, vai arī ir vairāku šizofrēnijas veidu pazīmes, bet neviena konkrēta simptomu grupa nedominē. Tā izpaužas kā atipiska šizofrēnija.

*F20.4 - postšizofrēniska depresija* veidojoties pēc šizofrēnijas saasinājuma. Tā var ielgt, bet jābūt arī dažiem pozitīviem un negatīviem simptomiem, kuri klīniski vairs nav dominējoši. Šie stāvokļi saistīti ar pastiprinātu pašnāvības risku.

*F20.5 - reziduālai šizofrēnijai* raksturīga hroniska attīstības stadija, kurā izpaužas dinamika no agrīnas stadijas uz vēlāku. To raksturo ilgstoši un neatgriezeniski negatīvi simptomi, piemēram, psihomotors gausums, aktivitāšu samazināšanās, emocionāls trulums, iniciatīvas trūkums, pasivitāte, runas satura vai apjoma nabadzība, vāja neverbālā komunikācija, sociālo aktivitāšu samazināšanās un samazināta interese par sevi.

*F20.6 - vienkāršā šizofrēnija* raksturojas ar lēni, nepārtraukti pieaugošām izmaiņām uzvedībā, pacients nespēj iekļauties sabiedrībā, viņam samazinās vispārēja produktivitāte. Raksturīgi, ka negatīvās reziduālās šizofrēnijas simptomātika attīstās bez iepriekšējiem psihotiskiem simptomiem.

*F20.8 - cita veida šizofrēnija* izpaužas ar psihozi un šizofrenoformiem traucējumiem. Tā var būt senestopātiska.

*F20.9 - neprecizēta šizofrēnija* var būt nepārtraukta, epizodiska, ar pilnīgu vai nepilnīgu remisiju'' (74).

Izvērtējot pacienta simptomus ārsti piemēro attiecīgu medikamentozo terapiju, nosaka izmeklēšanas metodes, ar kuru palīdzību var paātrināt atveseļošanos. Liela nozīme arī māsu sadarbībai ar ārstu, novērtējot pacientus, veicot pārrunas ar viņiem par simptomu izpausmi, dokumentējot iegūto informāciju, kuru izmanto arī ārsti, lai nozīmētu pareizu ārstēšanu.

## 2.3 Ārstēšanas iespējas

Margarita Tartakovskī (*Margarita Tartakovsky*) un Dž. M. Grohols raksta, ka šizofrēnijas ārstēšanas pamatā ir medikamenti un svarīgi pēc iespējas ātrāk to sākt lietot, lai pacientu vispārējā prognoze būtu labāka. Laicīga ārstēšana samazina nepieciešamību pēc hospitalizācijas, tā sastāv no farmakoterapijas, psihoterapijas, vispārēja pacientu atbalsta un rehabilitācijas sabiedrībā. Ārstēšanā izmanto antipsihotiskos līdzekļus, kas samazina murgu intensitāti un halucināciju biežumu, uzlabo domāšanu un ikdienas darbību. Medikamenti kontrolē simptomus, tomēr to neizārstē, bet vislabāko efektu pacienti sasniedz nepārtraukti lietojot antipsihotiskos līdzekļus. Svarīgi nepārtraukt to lietošanu pat tad, ja kādu laiku pašsajūta ir laba. Autors uzskata, ka grupu terapijā būtiski koncentrēties uz reālās dzīves plāniem, problēmām un attiecībām, sociālās un darba lomas mijiedarbību, sadarbību saistībā ar medikamentozo terapiju un tās blakusparādību apspriešanu, atpūtu vai darba aktivitātēm. Atbalsta grupas terapija var būt īpaši noderīga, samazinot sociālo izolāciju. Kognitīvā uzvedības terapija var palīdzēt pacientiem pielāgoties jaunai dzīvei un uzturēt optimālu veselību, apgūstot jaunus domāšanas un uzvedības veidus, lai samazinātu slimības saasinājuma risku un uzlabotu savu labklājību. Konsultācijas var būt noderīgas, ja pacientiem ikdienas dzīvē nepieciešams atbalsts. Ģimenes terapija palīdz pārvarēt slimību, uzzinot vairāk par šizofrēniju kopumā, iemācoties atbalstīt slimo radnieku un palīdzot viņiem risināt praktiskas problēmas (64).

M. Maroneja raksta, ka pašlaik pieejamie antipsihotiskie līdzekļi vairāk vērsti uz pozitīvo simptomu mazināšanu, bet pētījumi palīdz radīt jaunus medikamentus, kuri uzlabotā veidā palīdz labāk cīnīties ar šizofrēniju. Jaunās ārstēšanas vadlīnijas iesaka pielāgot medikamentozo terapiju katram pacientam individuāli, ņemot vērā viņa īpašības un vēlmes. Šizofrēnijas akūtās ārstēšanas terapijas mērķis ir samazināt akūtos simptomus un atgriezt viņu sākotnējā funkcionēšanas līmenī. Uzturošās terapijas mērķis novērst simptomus, to atkārtoties un uzlabot pašsajūtu. Antipsihotiskos līdzekļus parasti izvēlas atkarībā no pacientu

vēlmēm, reakcijas uz medikamentiem, to savstarpējās mijiedarbības, pieejamības un iepriekšējās ārstēšanas. Pacienti reakcija uz medikamentiem ir atšķirīga, aptuveni 10 - 30% indivīdu antipsihotisko līdzekļu lietošana ir ierobežota. Dažos pētījumos atklājas, ka 30% ir uzlabojums, tomēr joprojām saglabājas pastāvīgi psihotiski un paliekoši simptomi, kas ietekmē viņu darbību un labsajūtu. M. Maroneja raksta, ka sākotnēji uzlabojums var parādīties pēc 2 - 4 nedēļām, tomēr pilnīga terapeitiska iedarbība var parādīties pēc 6 mēnešiem vai pat pēc ilgāka laika. Akūtas šizofrēnijas ārstēšana vērsta uz psihotisko simptomu mazināšanu, bet uzturošo terapiju turpina, lai novērstu saasinājumu, uzlabotu sociālo funkcionēšanu, pašaprūpi un garastāvokli. Saasinājumu biežums ir ievērojami augstāks 60 – 80% tiem, kuri nesaņem uzturošo terapiju, bet tiem kuri saņem uzturošo terapiju, tie parādās 18 – 32% gadījumos (41).

D. R. Goldsmits un M. H. Rapaports uzskata, ka pašreizējie antipsihotiskie līdzekļi nepietiekami ārstē negatīvos simptomus, kas joprojām ir izaicinājums šizofrēnijas pacientu ārstēšanā (23).

Natālija Semjonova (*Наталья Семенова*) un kolēģi min ilgstošas darbības antipsihotisko medikamentu lietošanu arī injekciju veidā, palīdzot ilgu laiku uzturēt to koncentrāciju asinīs stabilā līmenī, samazinot atkārtotas hospitalizācijas nepieciešamību. Šī izvēle tiek dota kā priekšroka labākai medikamentu panesībai, tā samazina psihofizisko vienaldzību, hipersedāciju, veicina pacientu socializāciju, kas ir īpaši svarīgi sākotnējā slimības stadijā (59). Darba autore arī savā praksē novērojusi, ka stacionārā aizvien biežāk pielieto prolongētos antipsihotiskos medikamentus, kurus injicē pacientiem 1 - 4 reizes mēnesī, atkarībā no medikamenta izvēles.

K. Vanders pētījumos atklāj, ka veicot fiziskus vingrinājumus šizofrēnijas pacientiem uzlabojas dzīves kvalitāte, samazinās slimības simptomi un depresija. Arī jogai ir pozitīva ietekme, tomēr, lai to pierādītu, nepieciešami vairāki pētījumi. Fiziskie vingrinājumi un joga jāuzskata par papildinājumu medikamentozai ārstēšanai, lai uzlabotu šizofrēnijas pacientu vispārējo labsajūtu (69).

M. Maroneja uzskata, ka svarīgi ļaut pacientiem piedalīties lēmumu pieņemšanā, piedāvājot ārstēšanu, rezultātā uzlabojoties pacientu pašnovērtējumam, ātrāk samazinoties simptomiem, kā arī izjutot gandarījumu par saņemtajiem pakalpojumiem. Tas veicina arī pacientu labāku iekļaušanos stacionāra režīmā (41).

Darba autore savā praksē piedalās ārstēšanā, veicot medikamentu izsniegšanu pacientiem, novērojot, dokumentējot un ziņojot ārstam par medikamentu iedarbību un blakusparādībām. Bieži vien pacienti jāiedrošina uzticēties un atklāt medikamentu blakusparādības, lai varētu pielāgot atbilstošu terapiju un iemācīt ar to sadzīvot. Stacionārā tiek

pielietotas dažādas psihoterapijas metodes, nodarbības pie psihologa, joga, fizioterapija un ergoterapija, tomēr speciālistu ir pārāk maz, lai spētu ar katru individuāli vai grupā regulāri nodarboties. Būtu svarīgi, lai viņu būtu vairāk, uzlabojot atveseļošanās rezultātus un ārpus stacionāra pacients spētu realizēt iegūtās iemaņas patstāvīgai dzīvei, uzlabojot savu fizisko un emocionālo labklājību. Lai uzlabotu pacientu labklājību stacionārā, būtiski izprast, ar ko raksturojas fiziskā un emocionālā labklājība saistībā ar šizofrēniju, kādi ir tās rādītāji un pašu pacientu uzskati.

### 3. Fiziskās un emocionālās labklājības raksturojums saistībā ar šizofrēniju

PVO dzīves kvalitāti definē, kā cilvēka uztveri par savu dzīves stāvokli, ņemot vērā kultūras un vērtību sistēmas, kurās viņš dzīvo, saistot tos ar mērķiem, cerībām un rūpēm. Dzīves kvalitāte ir plašs jēdziens, kuru kompleksā veidā ietekmē fiziskā veselība, psiholoģiskais stāvoklis, personīgā pārlicība, sociālās attiecības un to saistība ar apkārtējai vidi (72).

Šis definējums cieši saistīts ar fizisko un emocionālo labklājību, attiecinot arī uz šizofrēnijas pacientu un viņa ārstēšanās laiku stacionārā.

Eurostart mājas lapā minētas dzīves kvalitātes jomas, kuras saistītas ar fizisko un emocionālo labklājību, balstoties uz akadēmiskiem pētījumiem un ir definētas kā visaptverošs ietvars labklājības noteikšanai, kas atzīmēti kā materiālie dzīves apstākļi, produktīva darbība, veselība, izglītība, atpūta, sociālā mijiedarbība, ekonomiskā un fiziskā drošība, pārvaldība, pamattiesības, dabiskā dzīves vide un kopējā dzīves pieredze (20).

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums dzīves kvalitāti raksturo kā personas, ģimenes, personu grupu un sabiedrības labklājības rādītāju, kas aptver fizisko un garīgo veselību, brīvo laiku un tā izmantošanu, darbu, izglītību, saikni ar sabiedrību, tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt, kā arī materiālo nodrošinājumu (38).

Krispins Jenkinsons (*Crispin Jenkinson*) raksta, ka dzīves kvalitāte ir pakāpe, kādā cilvēks ir vesels, spējīgs piedalīties dzīves notikumos un izbaudīt tos. Viņš uzskata, ka dzīves kvalitātes jēdziens savā būtībā ir neskaidrs, jo tas var attiekties gan uz savas dzīves pieredzi, gan uz dzīves apstākļiem, kādos viņš nonāk, tāpēc tā ir ļoti subjektīva. Viena persona dzīves kvalitāti var definēt pēc bagātības vai apmierinātības ar dzīvi, bet cita var definēt to kā spēju dzīvot labu dzīvi emocionālās un fiziskās labklājības ziņā. Cilvēks ar invaliditāti var uzskatīt, ka viņam ir augsta dzīves kvalitāte, savukārt vesels cilvēks, kurš nesen zaudēja darbu, var uzskatīt, ka viņam ir zema dzīves kvalitāte. Veselības aprūpes jomā dzīves kvalitāte tiek uztverta kā daudzdimensionāla, ietverot emocionālo, fizisko, materiālo un sociālo labklājību (33).

Arī šizofrēnijas pacienti fizisko un emocionālo labklājību stacionārā uztver atšķirīgi, kas varētu būt saistīts ar viņu kritiku pret savu saslimšanu, simptomiem, intelektuālām spējām, nodarbinātību, aprūpi un ārstēšanu kopumā. Bieži vien pacienti uzskata, ka viņu fiziskā un emocionālā labklājība ir laba, tomēr novērojumi liecina, ka pašaprūpe ir zemā līmenī, saskarsmē ar apkārtējiem veidojas konflikti, nozīmētie medikamenti netiek lietoti bez uzraudzības, savu saslimšanu neatzīst, neārstē blakussaslimšanas un daudz smēķē. Daudzi

pacienti sūdzas par garlaicību nodaļā un uzskata, ka personāls viņiem pārāk maz velta laiku un laicīgi neapmierina viņu pamatvajadzības. Darba autore uzskata, ka stacionārā būtu nepieciešams palielināt aprūpes komandu, veicinot pacientu pamatvajadzību apmierināšanu un fiziskās un emocionālās labklājības uzlabošanu ārstēšanās laikā. Liela nozīme mūsu izglītošanas spējām, kā arī viņu sadarbībai ar psihologu, psihoterapeitu, ergoterapeitu, sociālo darbinieku, fizioterapeitu un jogas speciālistu, kopīgi veidojot aprūpes komandu un ar savām zināšanām pozitīvi ietekmējot pacientu fizisko un emocionālo labklājību.

Sumits Durgoji (*Sumit Durgoji*) un kolēģi pētījumu veikuši Indijā un raksta, ka pastāv slimības simptomu ietekme un medikamentu blakusparādības, kuras ietekmē fizisko un emocionālo labklājību pacientam ar šizofrēniju. Autori uzskata, ka kultūra ievērojami var ietekmēt simptomus, uzvedību, attieksmi meklējot palīdzību, šizofrēnijas gaitu un iznākumu. Pētījumā salīdzināti Indijas un Zviedrijas pacienti un atklājās, ka Zviedrijas pacienti, salīdzinot ar Indijas pacientiem, bija vairāk neapmierināti ar sociālajiem kontaktiem. Šādu rezultātu var izskaidrot ar Indijā saliedēto ģimenes sistēmas klātbūtni un ciešajām sociālajām saitēm. Pētījumā tika identificēti simptomi, autonomija, piederība, sevis uztvere, aktivitātes, cerība un bezcerība, kas būtiski ietekmē šo pacientu fizisko un emocionālo labklājību. Tās noteicošie faktori Indijas pacientiem minēti garīgums, reliģiozitāte un ģimenes loma. Liela nozīme ir aprūpētāju spējai izglītēt šos pacientus, īpaši gadījumos, kad pacienti izturas nekritiski pret savu saslimšanu un veselību kopumā (18).

Abds Alhadi Hasans (*Abd Alhadi Hasan*) un Husseins Tumahs (*Hussein Tumah*) savā pētījumā min datus, kuros Jordānijā konstatēti galvenie faktori, kuri ietekmē fizisko un emocionālo labklājību - šizofrēnijas ilgums, atkārtota hospitalizācija, zināšanu līmenis par saslimšanu, simptomiem un pārvarēšanas mehānismiem. Šizofrēnijas pacientiem svarīga ģimenes iesaistīšana ārstēšanas un aprūpes procesā, kas uzlabo viņu spēju iekļauties sabiedrībā un būt sociāli aktīvākiem (29).

Madelaina V. Z. Lima (*Madeline W. Z. Lim*) un Džimmijs Lī (*Jimmy Lee*) pētījumu veikuši Singapūrā un atklājuši, ka ārstēšanas mērķis ir uzlabot fizisko un emocionālo labklājību pacientiem ar šizofrēniju, pārejot uz aprūpi, kura orientēta uz viņu atveseļošanu, ko ietekmē tieši veselības aprūpes speciālisti un dažādi faktori stacionārā (39).

Gitte Andersena (*Gitte Andersen*) un kolēģi pētījuši dzīves kvalitāti Vācijā, kura saistīta ar fizisko un emocionālo labklājību pacientiem ar šizofrēniju pēc pirmās psihozes 6 gadu laikā. Sliktāka fiziskā un emocionālā labklājība bija pacientiem ar negatīviem simptomiem, kas raksturojas ar samazinātu spēju uzturēt sociālās attiecības un funkcionalitāti ikdienas dzīvē.

Rezultāti uzsver, cik svarīgi pastiprināti pievērsties negatīvo simptomu ārstēšanai un aprūpei (4).

Taivo Opekitans Afe (*Taiwo Opekitan Afe*) un kolēģi pētījumu veikuši Nigērijā un secina, ka personālam uzzinot šizofrēnijas pacientu apmierinātību ar pakalpojuma saņemšanu un fizisko un emocionālo labklājību stacionārā var uzlabot aprūpes kvalitāti, ārstējot un pārvaldot šo konkrēto pacientu grupu (2).

Jorge Avila (*Jorge Avila*) un kolēģi izpētījuši, ka šizofrēnijas pacientu fiziskā un emocionālā labklājība atkarīga no izziņas pasliktināšanās pakāpes. To pozitīvi ietekmē augstākās izglītības līmenis, aprūpētāja klātbūtne un zems izziņas traucējumu līmenis (5).

WHOQOL-SRPB (*Pasaules Veselības Organizācijas Dzīves Kvalitātes-Garīgās, Reliģiskās un Personiskās Pārlicības instruments*) dzīves kvalitātes novērtēšanas instrumentā minētas 6 domēnus, kuros būtiski novērtēt pacientus. *Fiziskais domēns* ietver sāpes, diskomfortu, enerģiju, nogurumu, miegu un atpūtu. *Psiholoģiskais domēns* ietver pozitīvās un negatīvās sajūtas, domāšanu, mācīšanos, atmiņu, koncentrēšanās spēju, pašnovērtējumu, ķermeņa tēlu un izskatu. *Neatkarības līmeņa domēns* noskaidro mobilitāti, ikdienas aktivitātes, atkarību no medikamentiem un darba spējas. *Sociālo attiecību domēns* ietver personiskās attiecības, sociālo atbalstu un seksuālo aktivitāti. *Vides domēns* raksturojas ar mājas vidi, finanšu resursiem, veselības un sociālās aprūpes pieejamību un kvalitāti, iespējām iegūt jaunu informāciju un prasmes, dalība atpūtas un izklaides aktivitātēs un iespējas. Fiziskajā vidē drošība raksturojas ar piesārņojumu, troksni, satiksmi, klimatu, transporta sfēru. *Garīguma, reliģijas un personiskās pārlicības domēns* ietver garīgumu kopumā (44).

Šo sadalījumu varētu izmantot, klasificējot fizisko domēnu kā fizisko labklājību, bet pārējos domēnus nosakot emocionālo labklājību pacientiem ar šizofrēniju stacionārā. Vides domēns var attiekties gan uz fizisko, gan emocionālo labklājību.

Būtiski māšai izprast šizofrēnijas pacientu fizisko un emocionālo labklājību gan pēc viņu stāstījuma par dzīvi ārpus stacionāra, gan to novērtēt stacionārā, uzlabojot viņu sociālo, fizisko, psihisko un garīgo labklājību. Prasmīgi to novērtējot, māsa var plānot savu aprūpes darbību, pozitīvi ietekmējot viņu labklājību gan ārstējoties stacionārā, gan arī pēc izrakstīšanās no tā.

### 3.1 Fiziskā labklājība

Pacientiem ar šizofrēniju nozīmīga fiziskā labklājība, ietekmējot psihisko stāvokli, garastāvokli, dzīvildzi un fizisko pašsajūtu, tomēr kaitīgie ieradumi un nekritiskā attieksme pret

savu veselību bieži vien pasliktina šo dzīves sfēru.

M. V. Z. Lima, Dž. Lī raksta, ka šizofrēnijas pozitīvie simptomi var ietekmēt sāpju izjūtas, vēl vairāk ierobežojot pacientu fizisko veselību un vispārējo veselības uztveri. Autori uzsver pozitīvo simptomu nozīmīgumu, kam jābūt ārstēšanas uzmanības centrā (39).

Bieži vien pacienti regulāri izsaka sūdzības par sāpēm, kuras patiesībā var nebūt, tomēr viņi tās reāli izjūt slimības rezultātā, prasot pretsāpju medikamentus. Māsām svarīgi noskaidrot viņu izjūtas un spēt atšķirt īstās sāpes no šizofrēnijas simptomiem, kā arī sadarboties ar ārstu veidot individuālu pieeju pacientiem. Svarīgi izvērtēt neuroleptisko, pretsāpju medikamentu vai placebo izsniegšanas nepieciešamību, lai atvieglotu viņu izjūtas. Pacienti, kuri ārpus stacionāra lietojuši narkotiskās vielas vai alkoholu spēj manipulēt ar nodaļas personālu, sūdzoties par neesošām sajūtām sirds rajonā, ar domu saņemt alkoholu saturošus medikamentus pilienu veidā vai arī stiprākus pretsāpju medikamentus.

M. Maroneja par paaugstinātu priekšlaicīgas mirstības risku pacientiem ar šizofrēniju raksta, ka pētījumos tam atklājas saistība ar smēķēšanu un alkohola vai narkotiku lietošanu. Viņa uzskata, ka aprūpes veicējiem būtu svarīgi novērot pacientu smēķēšanas biežumu, palīdzot viņiem to atstāt. Arī vielu lietošana, piemēram, kaņepes, amfetamīni un opioīdi, negatīvi ietekmē fizisko un emocionālo labklājību un slimības progresēšanu (41).

Darba autore novērojusi, ka pacienti nodaļās daudz smēķē, cenšoties maksimāli izmantot visus smēķēšanai paredzētos laikus. Mēdz būt gadījumi, kad nesmēķējoši pacienti nodaļā sāk smēķēt, sevi attaisnojot ar smēķējošās kompānijas ietekmi vai kā nemieru mazinošu metodi. Māsām svarīgi zināt pacientu smēķēšanas biežumu un izskaidrot tās kaitīgo ietekmi uz organismu, pielietojot efektīvu saskarsmi un zināšanas izglītojot viņus. Ņemot vērā māsu ieteikumus dažiem pacientiem izdodas atstāt vai samazināt kaitīgo ieradumu, priecājoties arī par naudas ietaupījumu un fiziskās pašsajūtas uzlabojumu.

Deivids Kastls (*David Castle*) un kolēģi savā pētījumā Austrālijā raksta, ka smēķēšanas rādītāji pacientiem ar šizofrēniju ievērojami augstāki nekā parasti. Daudzās valstīs, kur sabiedrības veselības kampaņas ir samazinājušas vispārējo smēķēšanas izplatību starp iedzīvotājiem, šizofrēnijas pacientu smēķēšanas rādītājiem bijusi maza ietekme. Rezultāti liecina, ka smēķēšana negatīvi ietekmē atmiņu pacientiem ar šizofrēniju, tomēr tas palīdz viņiem pārvaldīt stresu un uzturēt sociālās attiecības (8).

L. V. Goldstone kā šizofrēnijas biežākās blakussaslimšanas min lieko svaru, hiperlipidēmiju, zobu problēmas, pavājinātu plaušu funkciju, osteoporozu, sāpju jūtīgumu, seksuālu disfunkciju un infekcijas slimības. Viņa min datus, kuros atklājas, ka šizofrēnijas pacientiem grūti atstāt smēķēšanu un 40% pacientu mēģinājuši to darīt. Minētajos datos 27,5%

šizofrēnijas pacientu lieto narkotikas, veidojoties intoksikācijai, bet lietojot kaņepes tiek veicināta psihozes veidošanās. Viņa uzskata, ka liela nozīme ir regulārai ārstējošā ārsta un aprūpes personāla sadarbībai ar pacientiem un izglītošanai par medikamentu lietošanas nepieciešamību. Pastāv arī sabiedrības stigma, kā rezultātā pacienti negrib atzīt savu saslimšanu un nelieto nozīmētos medikamentus domājot, ka tie radīs sarežģījumus vai kaitējumu. Viņa raksta, ka pie labas komunikācijas pacienti labāk lieto medikamentus un māsām svarīgi mainīt viņu attieksmi pret to lietošanu (24).

Korinne Keizere (*Corinne Cather*,) un kolēģi savā pētījumā Bostonā piedāvā izmantot ne tikai smēķēšanas atmešanas farmakoterapiju, bet arī grupas uzvedības smēķēšanas atmešanu pacientiem ar šizofrēniju, nodrošinot apmēram 10 min līdz 1 stundu grupas kognitīvās uzvedības smēķēšanas atmešanas ārstēšanu vienā apmeklējumā. Šajās nodarbībās speciālisti iesaista vienaudžus, kuri veiksmīgi atmetuši smēķēšanu, kas ir īpaši noderīgi, lai palielinātu cerības uz ārstēšanu. Viņi ir kā paraugs, kas sniedz tiešu pieredzi par smēķēšanas atmešanas papildu ieguvumiem finanšu un veselības dēļ (9).

Māsām būtiski novērot pacientu ēšanas ieradumus, kontrolējot arī ēšanas daudzumu un svaru. Bieži vien pacienti prasa papildus porcijas un ir fiziski mazkustīgi, kā rezultātā viņu svars ievērojami pieaug, radot fizisku diskomfortu. Daudziem šizofrēnijas pacientiem ir slikta zobu higiēna, kas izraisa zobu bojāšanos un cenšoties viņu izglītēt par regulāru zobu tīrīšanas nepieciešamību viņi uztver to nenopietni. Māsām svarīgi būt pacietīgām, empātiskām, ar labu saskarsmi, izrādot cieņu pret pacientiem un paslavējot par sasniegtajiem rezultātiem.

Tomas V. Šīvs (*Thomas W. Scheewe*) un kolēģi savā pētījumā Nīderlandē atklājuši, ka pacienti ar psihozi 11 stundas dienas laikā nomoda stāvoklī laiku pavada mazkustīgi, pārsvarā atrodoties guļus stāvoklī, kas novērots vairāk pacientiem ar negatīviem simptomiem (58).

Darba autore savā praksē bieži vien sastopas ar pacientu mazkustīgumu, kas veicina liekā svara veidošanos, aizcietējumus, zemu asinsspiedienu, pieradumu slinkot un neievērot personīgo higiēnu. Bieži vien jāatgādina pacientiem sakopt savu gultas vietu un skapīti, jāpierunā iziet ārā pastaigāties un izvēdināt palātu. Nepalīdzot aktivizēties, pazeminās viņu fiziskā veselība, kaut arī vairums pacientu uzskata, ka viņi tāpat jūtās labi. Svarīgi izglītēt par aktivitāšu nepieciešamību un novērot izmaiņas viņa dzīves veidā, atgādinot par ikdienas aktivitātēm. Būtiski iesaistīt viņus dažādās nodarbībās individuāli vai grupā, painteresēties kā viņiem veicies un ko jaunu ieguvuši.

Džons Tredgets (*John Tredget*) raksta, ka pētījumā par mutes dobuma veselību pacientiem ar šizofrēniju stacionārā rezultāti atklāj, ka ikdienas aprūpē mutes dobuma veselība joprojām tiek ignorēta. Intervijās ar 106 šizofrēnijas pacientiem atklājas, ka 95% medicīnas

speciālistu nav jautājuši par viņu mutes veselību un, ka tie, kas smēķē, vismazāk apmeklē zobārstu. Autors izstrādājis mutes dobuma veselības veicināšanas brošūru, lai palīdzētu šizofrēnijas pacientiem un medicīnas darbiniekiem veicināt izpratni par zobu higiēnas nepieciešamību (65).

Stacionārā bieži jāatgādina pacientiem, ka zobus vajadzētu tīrīt no rīta un vakarā, tomēr daudzi no viņiem uzskata, ka tas nav tik būtiski, jo pieraduši arī mājās vidē to nedarīt. Lielākai daļai pacientu zobi ir sliktā stāvoklī, tie bojājas un reizēm sāp. Būtiski novērtēt zobu stāvokli, gadījumos, kad pacientiem trūkst vairāki zobi un nepieciešamas zobu protēzes, lai nodrošinātu normālu ēdiena sagremošanu. Māsām svarīgi izskaidrot zobu tīrīšanas un stomatologa apmeklējumu nepieciešamību, veidojot efektīvu saskarsmi un sadarbojoties ar viņu ģimeni.

Stefānija Raffarde (*Stéphane Raffard*) un kolēģi savā pētījumā raksta, ka 30 – 60% šizofrēnijas pacientu izjūt nogurumu, kas traucē piedalīties dažādās aktivitātēs, ieskaitot darbu, studijas, brīvā laika pavadīšanu un sabiedriskās aktivitātes. Nogurumu var izraisīt šizofrēnijas un blakussaslimšanu simptomi, sāpes, fiziskās funkcionalitātes traucējumi, izziņas funkciju traucējumi, medikamentu devas, depresija, nemiers un miega traucējumi. Autori uzskata, ka nogurumu varētu mazināt uzvedību ietekmējošas psiholoģijas metodes (57).

Tizela Jildrima Seihana (*Tezel Yildirim Şahan*) un kolēģi savā pētījumā secinājuši, ka šizofrēnijas pacientiem fizioterapija un rehabilitācijas pieeja jāpiemēro papildus medicīniskajai ārstēšanai, aprūpei un psihoterapijai, lai mazinātu ne tikai nogurumu, bet uzlabotu arī miega kvalitāti un labsajūtu kopumā (60).

Emans Samehs Abds Elhejs (*Eman Sameh Abd Elhay*) un Mona A. El-Bilša (*Mona El-Bilsha*) veikuši pētījumu Ēģiptē. Viņi raksta, ka fizisko labklājību negatīvi ietekmē ilgstoša medikamentu lietošana, kā rezultātā veidojas blakusefekti, piemēram, svara pieaugums, samazināta dzimumtieksme un nemiers. Autori pētījumā atklāj, ka dzirdes halucinācijas ir īpaši bīstamas, jo tās var likt pacientiem izdarīt slepkavību vai kaitēt pašam. Tās ietekmē ne tikai fizisko labsajūtu, bet arī citas dzīves sfēras. Pētījumā minēts dzirdes halucināciju vadības modelis, kurš vērsts uz sistemātiskas dzirdes halucināciju pašpārvaldīšanas veicināšanu. Māsām jābūt atbildīgām par efektīvas pacientu simptomu pārvaldības veicināšanu. Halucināciju pārvaldības mērķis ir samazināt simptomu smagumu un nelabvēlīgu iedarbību (1).

Būtiski pacientiem nodrošināt atpūtu, īpaši pēc nodarbībām pie speciālista vai pārrunām ar ārstu vai māsām, jo koncentrēšanās uz aprūpes speciālistu ieteikumi var nogurdināt viņus un veicināt nemieru. Svarīgi atļaut lasīt grāmatu, žurnālus, klausīties mūziku, skatīties televizoru vai nodrošināt mieru klusajā stundā. Bieži vien citi pacienti var apgrūtināt viņus ar savu uzvedību un saskarsmi, tomēr māsai jāprot novērtēt katrs pacients, lai cīģi veicot pārrunas un

nepieciešamības gadījumā nodrošinot papildus terapiju vai pārvedot pacientu uz citu palātu. Fiziskā labklājība pacientiem nosaka viņa emocionālo labklājību, kas ir tik būtiska ārstēšanās procesā stacionārā.

### 3.2 Emocionālā labklājība

Čikī Deivisa (*Tchiki Davis*) emocionālo labklājību raksturo kā spēju praktiski pielietot stresa pārvarēšanas paņēmienus, būt izturīgam un radīt pozitīvas emocijas (13).

Tomēr darba autore uzskata, ka šizofrēnijas pacientiem tā cieši saistīta ar psiholoģisko labklājību, neatkarības līmeni, sociālajām attiecībām, vidi, garīgumu, reliģiju un personisko pārlicību. Katrā no šīm labklājības sfērām pacienti izjūt neapmierinātību ar dzīvi, kas negatīvi ietekmē viņu emocionālo labklājību kopumā. Arī augstāk minētā fiziskā labklājība nosaka viņu emocionālo stāvokli, jo izjūtot fizisku diskomfortu saasinās psihiskais stāvoklis, izraisot impulsīvas darbības un vispārēju neapmierinātību.

Nozīmīga dzīves sfēra pacientiem ar šizofrēniju stacionārā ir **psiholoģiskā labklājība**, kas izpaužas atkarībā no slimības simptomiem. Liela nozīme mūsu profesionalitātei, noskaidrojot pacientu izjūtas un vajadzības, veidojot pozitīvu saskarsmi, rūpējoties par patīkamu vidi un sadarbojoties ar aprūpes komandu. Māsām svarīgi būt pacietīgām un empātiskām, jo atmiņas traucējumu gadījumā viņi var uzdot vienus un tos pašus jautājumus vairākas reizes dienā. Pacientiem var būt negatīvas izjūtas saistībā ar medikamentu blakusefektiem, izdomātām sāpēm vai citām sūdzībām, neatlaidīgi pieprasot medikamentus, kuri viņiem nav nepieciešami, tomēr nesaņemot vēlamu bieži vien lieto necenzētus vārdus. Māsām svarīgi neuztvert šādu uzvedību personiski, cenšoties mierīgi sarunāties un izskaidrot nepieciešamo informāciju, lai viņš spētu mainīt attieksmi pret savām izjūtām un neizjustu psiholoģisku diskomfortu.

Bernadetta Izidorčika (*Bernadetta Izydorczyk*) un kolēģi pētījumu veikuši Polijā un raksta, ka psihosociālie resursi un psihosociālo struktūru defekti ir svarīgi faktori, kas nosaka psiholoģisko labklājību, kā arī slimības gaitu un atveseļošanās procesu. Pacientiem svarīgi attīstīt kontroli pār savu stāvokli, veicināt psiholoģisko un personīgo attīstību, reaģējot uz stresu un simptomu saasināšanos. Pētījumi liecina, ka šizofrēnijas pacientiem šī izturība ir zemā līmenī, tāpēc nozīmīga atveseļošanā ir harmonijas sajūta, kas ierobežo negatīvo emociju un patoloģijas izpausmes depresijas un trauksmes formās. Harmonijas izjūta ir svarīgs personīgais resurss, kas saistīts ar emocionālo labklājību. Pētījumos ar pacientiem, kuriem paaugstināts psihozes risks un veselīga kontrole pār situāciju, atklājas, ka pie zemāka naidīguma un

aizspriedumiem viņi labāk pārvar savas problēmas. Autori secina, ka harmonijas un izturības spēja pārvarēt stresu, kā arī terapeitiskā iejaukšanās un psiholoģiskās palīdzības pielāgošana var būt nozīmīga atveseļošanās procesā (32).

Herlina Ferliana (Herlin Ferliana) un kolēģi savā pētījumā norāda uz ģimenes atbalsta nozīmi mēģinājumos uzlabot šizofrēnijas pacientu pašnovērtējumu (21).

Pacientiem svarīgi izrunāties ar māsām, lai uzlabotu savu psiholoģisko labsajūtu, ņemot vērā ieteikumus. Darba autore savā praksē saskaras ar gadījumiem, kad pacienti lasa psiholoģisku vai reliģisku literatūru un cenšas dalīties ar māsām savās izjūtās par to, kā viņi veicina psiholoģisko labsajūtu, arī vaicājot, kādu literatūru vēl var izlasīt un kur to nopirkt. Vērtīgi, ja māsas arī lasījušas līdzīgu literatūru, spēj ar pacientiem diskutēt par dažādām tēmām, uzmundrināt un iedrošināt viņus uz pozitīvām emocijām. Pacientiem sarežģīti sadzīvot ar slimības izpausmēm, viņi jūt, ka sabiedrība ārpus stacionāra viņus atstumj, liekot justies mazvērtīgiem, bieži vien izraisot depresīvas domas. Būtisks māsu psiholoģiskais atbalsts, ceļot viņu pašapziņu, uzmanoties verbāli vai neverbāli neaizskart pacientus. Reizēm pacientiem ar labu garastāvokli ir vēlme īpaši skaļi klausīties mūziku, traucējot apkārtējiem, tomēr māsām svarīgi neizrādīt dusmas, būt stingrai režīma uzturēšanā un pieklājīgai aizrādot. Bijuši gadījumi, kad pacienti stāta, ka par skaļu mūzikas klausīšanos vai cita veida nepaklausību viņiem uz laiku atņemts magnetafons. Tomēr sods nav veids, kā personālam uzturēt nodaļas režīmu, svarīgi ievērot ētikas principus un izglītošanos, kas ir tik būtiski strādājot ar šizofrēnijas pacientiem. Svarīgi atbalstīt metodes, kuras veicina pacientu psiholoģisko labsajūtu, tai skaitā arī meditāciju, pievēršanos reliģijai, komunikāciju ar citiem pacientiem, draugiem un ģimeni. Pozitīvi rezultāti novērojami pēc nodarbībām pie psihologa, kuras pēc darba autores domām varētu notikt biežāk, tomēr psihologu stacionārā nav pietiekošā daudzumā, lai ar katru pacientu tiktos biežāk. Šizofrēnija izraisa pacientiem arī koncentrēšanās un atmiņas traucējumus, psiholoģiski nomācot viņus, mainot uztveri un izturēšanos. Veicinot psiholoģisko labsajūtu māsām nepieciešams ne tikai izsniegt viņiem nozīmētos medikamentus, bet arī kontrolēt vai viņi tos izdzer, kas ir tik būtiski smadzeņu darbības normālai funkcionēšanai.

Arī Valentīna Stanga (*Valentina Stanga*) un kolēģi par šizofrēnijas pacientu psiholoģisko labklājību raksta, ka labsajūta ir labāka tiem, kuri lieto medikamentus (62).

Šizofrēnijas pacientu *neatkarības līmenis* lielākai daļai ir zems, jo slimības simptomu dēļ tiek traucēta spēja mācīties, pilnvērtīgi strādāt un rūpēties par sevi, īpaši gadījumos, kad ir bieži saasinājumi vai tā kļuvusi jau hroniska. Pacientiem, kuri nevar strādāt, invaliditātes pensija ir minimāla, kas ierobežo viņu iespējas atpūsties tā, kā viņi to gribētu. Nozīmīgs arī ģimenes atbalsts un empātijas spēja, kuru pozitīvi var ietekmēt ārsti un māsas sadarbojoties ar

pacienti un viņu ģimeni. Stacionārā pacientu pašaprūpes aktivitātes nav pietiekošas un tikai ar personāla prasmīgu savstarpēju sadarbību viņi iemācās rūpēties par sevi. Katatonās šizofrēnijas gadījumā pacienti var būt nekustīgi, tomēr ar plānotu aprūpi un regulāru medikamentu saņemšanu viņi pamazām atgūst savas kustības un izrakstoties no stacionāra ar ģimenes atbalstu var atsākt savu darbu un citas aktivitātes. Slimības saasinājuma laikā vajadzētu ieteikt nepieņemt svarīgus lēmumus, atliekot tos uz vēlāku laiku, kad psihiskais stāvoklis uzlabosies.

Arī Getnets Beine Mihretī (*Getnet Beyene Mihretie*) un kolēģi savā pētījumā Etiopijā raksta, ka šizofrēnijas pacientiem saistībā ar invaliditāti veidojas slikta pašaprūpe, nespēja pārvaldīt savus ikdienas uzdevumus, viņi ir sociāli atstumti, kā arī nespēj pilnvērtīgi strādāt. Viņiem traucēta sociālā funkcionēšana, rodas psihosociālas grūtības, pazeminoties emocionālai labsajūtai, īpaši ar slimības negatīviem simptomiem. Autori raksta, ka šizofrēnijas pacientiem veidojas traucējumi emociju apstrādē, samazinoties spējai tās precīzi uztvert un izmantot lēmumu pieņemšanai, kā arī nespējot tās izprast un pārvaldīt ne tikai sevī, bet arī citos. Pētījumā atklājas, ka narkotisko vielu lietošana negatīvi ietekmē šizofrēniju, izraisot slimības saasinājumus un atkārtotu hospitalizāciju, izmainot uzvedību, sarežģījot attiecības ar ģimeni un samazinoties funkcionalitātei (45).

Arī Filips D. Harvejs (*Philip D. Harvey*) un kolēģi veicot pētījumu ASV raksta, ka šizofrēnijas pacientu invaliditāte ietekmē laulību, līdzvērtīgas partnerattiecības, nodarbinātību, izglītību un patstāvīgu dzīvi, liedzot sasniegt mērķus šajās jomās. Funkcionalitātes deficīts pastāv visā slimības gaitā, pat kontrolējot simptomus, ietekmējot pacientu neatkarības līmeni. Autori raksta, ka lielākai daļai cilvēku ar šizofrēniju tiek piešķirta noteikta invaliditātes kompensācija, tomēr tā nav pietiekoša, samazinot viņu nodarbinātību. Šizofrēnijas pacientu patstāvīgās dzīves līmenis dažādās valstīs krasi atšķiras, ņemot vērā atšķirīgo pieejamo sociālo atbalstu, piemēram, Zviedrijā 3 reizes vairāk cilvēku ar šizofrēniju dzīvo patstāvīgāk nekā ASV, neskatoties uz līdzīgi objektīvi izmērītām funkcionālām prasmēm. Liela nozīme arī sociālā atbalsta attālumam, kas simptomu dēļ var mazināt apņemšanos to meklēt. Noderīgas atbalsta nodarbinātības programmas, kas palīdz atrast un saglabāt darbu, lai nedaudz palielinātu profesionālo stabilitāti (28).

Karena Morisa (*Karen Morris*) un kolēģi pētījumu veicot Lielbritānijā uzsver ergoterapijas nozīmīgumu šizofrēnijas pacientu labklājībā. Tās iesaistīšanās cilvēkiem ar šizofrēniju vērsta uz dzīves kvalitātes un sociālās līdzdalības uzlabošanu. Tas tiek panākts, pielāgojot indivīdam svarīgas darbības un vidi, lai veicinātu prasmju attīstību un palielinātu viņu pārliecību par ikdienas uzdevumu izpildi - praktiska pašaprūpe, sadzīves prasmes,

piemēram, ēdiena gatavošana un budžeta plānošana, darba iemaņas, brīvā laika aktivitātes, sociālo prasmju attīstīšana, aprūpētāja atbalsts. Pierādīts, ka šo prasmju attīstīšana un uzturēšana samazina atkārtotu hospitalizāciju. Ergoterapeiti papildina citu daudzprofesionālās komandas locekļu prasmes, atbalstot un dodot iespēju pacientiem turpināt piedalīties ikdienas dzīvē, iesaistoties viņam nozīmīgās aktivitātēs, uzsvaru liekot uz funkciju uzlabošanu, nevis uz šizofrēnijas simptomu ārstēšanu. Pārveidojot ikdienas aktivitātes un/vai vidi, ergoterapeiti atvieglo jēgpilnu iesaistīšanos dzīves aktivitātēs. Ergoterapeitu mērķis ir izmantot indivīdam svarīgas darbības, lai palīdzētu viņiem paaugstināt prasmes, kas var palīdzēt dzīvot pilnvērtīgu dzīvi (47).

Īpaši svarīgas šizofrēnijas pacientiem ir labas *sociālās attiecības*, tomēr sabiedrībā sastopami dažādi aizspriedumi pret šiem cilvēkiem, novēršoties no viņiem un izrādot nepatiku. Attieksme atšķiras atkarībā no apkārtējo zināšanām par šizofrēniju, izglītības līmeņa, empātijas un uzskatiem. Labākā situācijā pacienti, kuri dzīvo ģimenē, kuriem ir vērtīgi draugi un kaimiņi, izjutot cieņpilnu attieksmi pret sevi un spējot vairāk sevi realizēt dzīvē nekā pacienti, kuri dzīvo vientuļi vai sociālās aprūpes centros. Bez uzraudzības viņi pārsvarā kontaktējas ar sev līdzīgiem, lieto kaitīgas vielas, ēd neveselīgu ēdienu, neseko līdzi blakussaslimšanām, bieži neievēro personīgo higiēnu un nekopj vidi, kurā dzīvo. Nonākot stacionārā svarīgi iemācīt viņiem pārvarēt problēmas, uzlabojot ne tikai emocionālo labklājību, bet arī sagatavojot dzīvei mājās vidē. Būtiski iemācīt labu saskarsmi, lai pacienti neprovocētu apkārtējos ar savu uzvedību. Būtiski atļaut viņiem sazināties ar draugiem telefoniski vai tikties nodaļā satikšanās telpā, rakstīt viņiem vēstules, sadarbojoties ar aprūpes komandu iesaistīt arī grupu nodarbībās un aicināt apmeklēt stacionāra pasākumus, piemēram, pacientu izstādi, Līgo svētku, Lieldienu un Ziemassvētku pasākumus. Svarīgi kontrolēt pacientu seksuālo uzvedību, lai tas nemulsinātu apkārtējos un pēc slimības saasinājuma viņiem nebūtu kauna sajūta par savu rīcību. Stacionārā viņu sociālās problēmas, piemēram, naudas jautājumus, iekārtošanos pansionātā, dzīvesvietas saglabāšanu organizē sociālais darbinieks, sadarbojoties ar ārstu un vecāko māsu. Ne tikai minētajiem speciālistiem, bet arī māsām jāizskaidro pacientiem neskaidrie jautājumi, kuri attiecas uz sociālo palīdzību un jānoskaidro vai viņi sapratuši svarīgo informāciju.

Evelīna Dzivota (*Ewelina Dzwota*) un kolēģi savā pētījumā Polijā raksta, ka šizofrēnijas pacientu ģimene būtiski ietekmē viņu sociālo funkcionēšanu. Viņi uzskata, ka socializēties var palīdzēt ģimene, terapija, psihosociāla ietekme un rehabilitācija, kas neitralizē cēloņus, dēļ kuriem pacientu sociālās dzīve pasliktinājusies. Nepieciešama sociālo prasmju apmācība, kas iemāca pacientiem atgriezties situācijā, kad viņi spēja pilnvērtīgi darboties savā vidē. Šizofrēnija traucē daudzus pacientu dzīves aspektus un rada darbības traucējumus

kognitīvajā, uztveres, motoriskajā un emocionālajā sfērā, kas noved pie izvairīšanās no sociāliem kontaktiem. Šiem pacientiem attiecības ar ģimeni var sniegt gandarījumu vai kļūt par emocionālu slogu. Attiecības starp pacientiem un ģimeni atkarīgas no vides izcelsmes, uzvedības modeļiem, sociālkultūras apstākļiem, kādos viņi tika audzināti, no vērtību hierarhijas, ko ģimene veicina un saskaņā ar kuru tā dzīvo. Svarīga izglītošana, kā arī ģimenes locekļu zināšanu papildināšana, izstrādājot atbilstošu attieksmi pret pacientiem. Būtiska izpratne, iecietība, pieņemšana, drošības sajūtas nodrošināšana un iespējas atjaunot sociālo lomu. Autori uzskata, ka sociālo prasmju treniņi ievērojami uzlabo pacientu sociālo darbību, bet pacientu un viņu ģimeņu izglītošana samazina pašstigmatizācijas līmeni, uzlabojot zināšanas par slimību un ārstēšanu. Pētījumā minētas jaunas ārstēšanas formas, kas svarīgas šizofrēnijas pacientu sociālajai funkcionēšanai, piemēram, datorizēta apmācība, kognitīvās elastības apmācība, kognitīvās rehabilitācijas apmācība, kognitīvās pilnveides apmācība, kognitīvā maņu apmācība un laipnības meditācija. Sociālās izolācijas sajūta, vientulība un starppersonu saišu trūkums, kas bieži rodas starp šizofrēnijas pacientiem, ievērojami samazina viņu apmierinātību ar dzīvi, radot negatīvas emocijas (19).

F. D. Harvejs un kolēģi raksta, ka pacientiem ar šizofrēniju samazināta sociālā motivācija un sociālā kompetence, sociāli traucējoša uzvedība, ietekmējot ne tikai savstarpējās attiecības, bet arī neatkarības līmeni un psiholoģisko labklājību (28).

Aurēlija Millere (*Aurilie Millier*) un kolēģi pētījumā atklāj, ka zems sociālās aktivitātes līmenis pastiprina šizofrēnijas negatīvos simptomus, vēl vairāk samazinot sociālo mijiedarbību, veidojot apburto loku, kas pastiprina slimību (46).

Defaru Desalegns (*Defaru Desalegn*) un kolēģi pētījumā Etiopijā atklāj, ka sociālo attiecību jomā bija viszemākais labklājības rādītājs pacientiem ar šizofrēniju. Pozitīvie un negatīvie simptomi, vispārējās psihopatoloģijas, blakusslimības, tabakas lietošana negatīvi saistīta ar pacientu labsajūtu (16).

*Vide* mājas apstākļos ne vienmēr ir veselīga un droša, tomēr stacionārā tā tiek piemērota par labu pacientiem, veicinot viņu labsajūtu un ātrāku atveseļošanos. Māsām svarīgi rūpēties par pacientu mieru un novērst ievainošanas risku, ņemot vērā viņu spēju būt impulsīvam, izaicinošam, uzbāzīgam, manipulatīvam un aizdomīgam. Svarīga rūpīga novērošana un nepieciešamības gadījumā laicīga iejaukšanās, pat veicot pacientu fiksāciju un ievadot papildus terapiju injekciju veidā. Nozīmīgi pacientiem zināt, ka viņi netiek sodīti, bet gan pasargāti no citu un sevis ievainošanas un uztvert šo procedūru kā palīdzību. Būtiska arī fiziskās veselības novērtēšana un sadarbība ar māsām, ārstiem un māsu palīgiem, ja pacienti izjūt sāpes vai citas sūdzības. Bieži vien pacienti satraucas par personīgo mantu drošību, kuras atrodas pie māsām,

piemēram, naudu, mobilo telefonu, invaliditātes apliecību, rotas lietām, kuras bīstami izsniegt pacientam glabāšanai pie sevis. Māsām jāmierina pacienti par mantu drošību un nepieciešamības gadījumā tās jāparāda viņiem, lai nerastos aizdomas par to pazušānu. Aizdomīgi pacienti stacionārā reizēm neuzticas māsām pie medikamentu izsniegšanas, viņiem var likties, ka medikamentu izsniegšanas glāzītē ieliktas citas zāles. Māsām svarīgi neapvainoties un kopīgi pārbaudīt medikamentus, lai viņš tos izdzertu. Pacientiem būtiski uzticēties māsām un justies drošībā, lai ātrāk atveseļotos un nebaidītos no nelaipnas attieksmes, melošanas vai vārdiskas aizskaršanas. Māsām svarīgi pārlicināties, ka ēdienreizēs pacienti saņem labas kvalitātes ēdienu, lai tas neapdraudētu viņu fizisko drošību un neveidotos nepatika pret stacionārā pasniegto ēdienu. Viņām jābūt pieejamām pacientiem jebkurā brīdī, atsaucīgām, jābūt aicinājumam strādāt ar šiem pacientiem.

Nozīmīgs šizofrēnijas *pacientu garīgums, reliģija un personiskā pārliecība*, kuru māsām būtiski respektēt un neapstrīdēt. Svarīgi atļaut lasīt reliģisku literatūru, klausīties reliģiskus raidījumus pa radio, kas palīdz viņiem cīnīties ar stresu un ciešanām.

Soumitra Das (*Soumitra Das*) un kolēģi pētījumu veikuši Indijā un uzskata, ka reliģija palīdz šizofrēnijas pacientiem pārvarēt visdažādākās sarežģītās dzīves situācijas. Spēcīga garīgās, reliģiskās vai personiskās pārliecības sistēma pozitīvi ietekmē adaptīvās spējas tikt galā ar slimības izraisītājiem un stresu, kā arī ilgstošāk uzturēt remisijas fāzi. Tas palīdz labāk risināt problēmas un uzturēt paškontroli un nepieciešamības gadījumā meklēt sociālo atbalstu (12).

Rainbovs Tins Hungs Ho (*Rainbow Tin Hung Ho*) un kolēģi savā pētījumā Honkongā atklājuši, ka pacienti un veselības aprūpes speciālisti garīgumu uzskata par cilvēka labsajūtas, pacientu rehabilitācijas un viņu dzīves neatņemamu sastāvdaļu. Pacienti garīgumu uzskata par mīlestības un aprūpes piešķiršanas un saņemšanas avotu, savukārt speciālisti to uzskata par atbalsta saņemšanas un simptomu pārvaldības līdzekli. Kopīgas izpratnes veidošana par garīguma jēdzienu un tā nozīmīgumu rehabilitācijā starp pacientiem un garīgās veselības profesionāļiem ir būtisks pirmais solis, lai atbalstītu šizofrēnijas pacientu garīgo veselību. Pacienti tiecas pēc stabilitātes, miera un izaugsmes, nevis eksistenciāliem meklējumiem, kamēr profesionāļi garīgumu uzskata par līdzekli simptomu mazināšanai, sociālās atzīšanas palielināšanai un slimības pārvarēšanai. Abu viedokļu atšķirīgā izpratne sniedz ieskatu un, iespējams, ceļvedi garīgo novērtējumam un holistiskās aprūpes attīstīšanai psihiatriskajā kontekstā. Autori uzskata, ka garīgums var palīdzēt pacientiem slimības atveseļošanās procesā, atvieglojot viņu autonomiju un palīdzot dzīvot un augt ārpus slimības noteiktajiem ierobežojumiem. Garīguma veicināšana var palielināt iekšējo spēku, personisko apziņu un pasaules pieņemšanu, tādējādi uzlabojot spēju tikt galā ar stresu, nenoteiktību un neskaidrību,

piemēram, pēkšņu slimības sākumu. Pētījuma rezultāti liecina, ka garīgums ir daudzveidīgs, psihologiem grūti saprotams jēdziens, lai gan viņi uzskata, ka viņi atbalsta pacientu harmonijas izjūtu ar garīgo pārlicību. Māsas uzskata garīgumu par sarežģītu un daudzšķautņainu, kas attiecas uz pārpasaulīgo pieredzi, kā arī vērtībām un pārdzīvojumiem, kurus pacienti uzskata par svarīgiem, piemēram, attiecības, dzīvesveids, dzīves kvalitāte un vide (31).

Darba autore uzskata, ka pacientiem nozīmīgi realizēt savas intereses arī stacionārā, piemēram, nodarbošanos ar rokdarbiem, zīmēšanu, gleznošanu un spēlējot spēles, kuras veicina domāšanu. Pacienti jūtās gandarīti, kad tiek organizētas izstādes ar viņu darbiem un tos apskata ne tikai pacienti, bet arī stacionāra personāls. Šie pasākumi un nodarbības veicina viņu garīgumu, ceļot pašapziņu, liekot justies vērtīgiem, vajadzīgiem, īpašiem un novērtētiem. Arī nodaļā pacienti rāda savus zīmējumus un rokdarbus, ar domu saņemt pozitīvu novērtējumu, atklājot arī savas izjūtas un garastāvokli. Māsām svarīgi atrast laiku, lai pievērstos viņiem un ļaut noticēt, ka viņa radītais darbs ir īpašs un vērtīgs, izvairoties no vienaldzīgas saskarsmes un kritikas izteikšanas. Atklāta kritika var sāpināt pacientus, pasliktinot viņu psihisko stāvokli un veicināt noslēgšanos sevī.

Lai novērtētu fizisko un emocionālo labklājību pacientiem ar šizofrēniju stacionārā, svarīgi arī objektīvie un subjektīvie rādītāji.

### 3.3 Fiziskās un emocionālās labklājības novērtēšana

Fizisko un emocionālo labklājība cieši saistītas viena ar otru. Stacionārā pacientiem ar šizofrēniju to nosaka slimības simptomu izpausmes, līdzestība aprūpes procesā, kā arī efektīva ārstēšana un aprūpe. Svarīgs holistisks pacientu novērtējums, noskaidrojot, kādā līmenī viņi izjūt savu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā un ar ko tā saistīta. Māsām svarīgi zināt pacientu fiziskās un psihiskās veselības problēmas, viņu psiholoģiskā un garīgā labklājība, sociālās spējas, jānodrošina droša vide pacientiem, lai uzlabotu viņu pašsajūtu. Novērtējot pacientu ieradumus, neapmierinātās vajadzības, uzvedību, slimības izpausmes, vēlmi sadarboties ar aprūpes komandu, saskarsmi ar apkārtējiem, garastāvokli, intereses un izpratni par saslimšanu, viņa spēj veidot katram pacientam individuālu pieeju, plānojot un veicot aprūpes procesu, sadarbojoties ar aprūpes komandu un izglītojot viņus. Novērtējot pacientu fizisko un emocionālo labklājību svarīgi palīdzēt to uzlabot dzīves jomā, kurā tā izpaužas zemākā līmenī. Galvenās šizofrēnijas simptomu izpausmes, kuras māsas novērtē un kuras ietekmē pacientu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā ir impulsīva izturēšanās, pašaprūpes traucējumi, nekustīgums katatonijas dēļ, sociāla izolētība, miega traucējumi,

manipulatīva un uzmācīga izturēšanās, aizdomīgums, medikamentu nelietošana, saskarsmes traucējumi. Būtiski pacientus ne tikai novērot, bet arī veidot efektīvu verbālu un neverbālu saskarsmi, lai viņi spētu uzticēties māsām un atklāti izteikt savas patiesās izjūtas un vēlmes.

Pacientiem iestājoties stacionārā svarīgs novērtējums un dokumentācija, pēc kā var spriest par viņu fizisko un emocionālo labklājību, lai aprūpes laikā redzētu uzlabojumus. Tomēr bieži vien impulsivitātes dēļ viņi var runāt necenzētiem vārdiem, ciniski un izaicinoši uzvesties, uzskatot, ka viņu fiziskā un emocionālā labklājība ir labā stāvoklī, neļaujot ārstiem un māsām iejaukties viņu dzīvē. Māsām svarīgi būt pacietīgām, zinošām, atsaucīgām, spējīgām uztvert katru pacientu individuāli, lai novērtējums būtu adekvāts, lai ar to varētu dalīties aprūpes komandā un kopīgi veidotu plānu fiziskās un emocionālās labklājības uzlabošanā.

Svarīgi veikt dokumentāciju, kurā sniegta informācija par pacientu fizisko, psihisko, psiholoģisko un garīgo labklājību, kas palīdz apkopot informāciju par pacientiem, novērtēt viņu patieso fizisko un emocionālo labklājību un veidot efektīvu aprūpes procesu.

PVO publicēts instruments WHOQOL-SRPB psihiskās veselības dzīves kvalitātes novērtēšanai, kurā jautājumi attiecas uz dzīves kvalitātes aspektiem saistītiem ar garīgumu, reliģiozitāti un personīgo pārliecību. Tas izstrādāts no plaša izmēģinājuma testa ar 105 jautājumiem 18 centros visā pasaulē, pamatojoties uz oriģinālo WHOQOL-100 dzīves kvalitātes instrumentu un pievienojot tam psihiskās veselības elementus. WHOQOL-SRPB instrumentā iekļauta arī šizofrēnijas diagnoze, palīdzot novērtēt šo pacientu labklājību (44).

Vadoties pēc šī instrumenta var novērtēt gan fizisko, gan emocionālo labklājību, jo tajā ietverts fiziskais domēns, kas raksturo šizofrēnijas pacientu fizisko labklājību, bet psiholoģiskais, neatkarības līmeņa, sociālo attiecību, vides un garīguma, reliģijas, personiskās pārliecības domēns cieši saistīts ar šizofrēnijas pacientu emocionālo labklājību.

Šaomans Jins (*Shaoman Yin*) un kolēģi izmantojuši citu HRQOL (*Ar Veselību Saistīta Dzīves Kvalitāte*) dzīves kvalitātes novērtēšanas instrumentu, to bieži mēra ar 4 pamatjautājumiem, kurus uzdod par vispārējo veselības stāvokli un neveselīgo dienu skaitu. Iegūto HRQOL kopsavilkumu var izmantot veselības novērtēšanai, apakšgrupu salīdzināšanai, tendenču uzraudzībai un riska faktoru identificēšanai. HRQOL ir noderīgs vispārējās veselības rādītājs, kas satur informāciju par pacientu fizisko un garīgo veselības stāvokli, un veselības stāvokļa ietekmi uz dzīves kvalitāti. HRQOL parasti novērtē, izmantojot vairākus pašvērtējuma veselības stāvokļa un fiziskās un emocionālās funkcionēšanas rādītājus. Slimību kontroles un profilakses centri izstrādājuši 4 galveno jautājumu kopu: 1) Vai jūs teiktu, ka kopumā jūsu veselība ir izcila, ļoti laba, laba, taisnīga vai slikta? 2) Patreiz domājot par savu fizisko veselību, kurā ietilpst fiziskas slimības un ievainojumi, cik dienu laikā pēdējās 30 dienās jūsu fiziskā

veselība nebija laba? 3) Patreiz domājot par savu garīgo veselību, kas ietver stresu, depresiju un emocionālas problēmas, cik dienu laikā pēdējo 30 dienu laikā jūsu garīgā veselība nebija laba? 4) Cik dienu laikā sliktā fiziskā vai garīgā veselība neļāva jums veikt ierastās darbības, piemēram, sevis apkopšanu, darbu vai atpūtu, pēdējo 30 dienu laikā (75)?

Šis instruments arī ir veids ka noteikt fizisko un emocionālo labklājību pacientiem ar šizofrēniju. Šos jautājumus varētu uzdot pacientiem ne tikai pētījuma nolūkā, bet arī aprūpes procesā un dokumentēt atbildes, palīdzot pacientiem pašiem saprast savu fizisko un emocionālo labklājības līmeni, veicinot viņu līdzestību aprūpes laikā. Tas pozitīvi ietekmētu pacientu un uzrādītu patiesos rādītājus, ko varētu izmantot veselības aprūpes uzlabošanā.

Čirazs Azaiezs (*Chiraz Azaiez*) un kolēģi raksta, ka HRQOL bieži lieto šizofrēnijas ārstēšanā kā medicīniska stāvokļa funkcionālu novērtējumu, nosakot pacientiem arī terapiju. Ar slimību saistītie HRQOL instrumenti paredzēti izmantošanai īpašā pacientu grupā ar vienu un to pašu slimību, ņemot vērā slimības īpašās iezīmes. Autori uzskata, ka HRQOL pierādījumu pārskatīšana būtu noderīga šizofrēnijas negatīvo simptomu gadījumā (6).

Darba autore uzskata, ka šos HRQOL var izmantot ne tikai veicot pētījumus, bet arī veidojot saskarsmi starp māsām un pacientiem, novērtējot viņu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā. Iegūstot atbildes no pacientiem var spriest par viņu veselības stāvokli, garastāvokli un attieksmi pret sevi kopumā. Tas ir veids kā uzlabot pacientu ārstēšanu, aprūpi un izglītošanu ne tikai ārstēšanās laikā stacionārā, bet arī veids kā sagatavot pacientu dzīvei ārpus stacionāra dažādās dzīves jomās. Lai novērtētu fizisko un emocionālo labklājību pacientiem ar šizofrēniju stacionārā, svarīgi arī objektīvie un subjektīvie rādītāji.

### 3.4 Objektīvie un subjektīvie rādītāji

Č. Azaiezs un kolēģi uzskata, ka svarīga ir pacientu attieksme pret savu veselību, pat ar šādu invalidizējošu slimību kā šizofrēnija (6).

Pacientu patiesais viedoklis svarīgs, lai uzlabotu aprūpes kvalitāti stacionārā un uzlabotu viņu fizisko un emocionālo labklājību.

Suprakašs Čaudhurī (*Suprakash Chaudhury*) un kolēģi pētījumā Indijā atzīst, ka psihiatrijā uzsvars netiek likts uz subjektīviem dzīves kvalitātes ziņojumiem, kurā galvenā problēma ir pacientu subjektīvā pieredze. Subjektīva labklājība arvien vairāk tiek atzīta par nozīmīgiem ārstēšanas rezultātiem pacientiem ar šizofrēniju. Demogrāfiskās un klīniskās īpašības ietekmē arī subjektīvo labklājību. To nosaka arī ikdienas funkcionēšanas spēja, šizofrēnijas simptomi, nomākts garastāvoklis, ikdienas aktivitāšu grūtības, sociālo kontaktu

trūkums, bezdarbs un stigmatizācija. Kognitīvās spējas saistītas ar funkcionalitāti, ietekmējot apmierinātību ar dzīvi. Objektīvie rādītāji ietver dzīves situāciju, ģimenes stāvokli, nodarbinātību, spēju vadīt automašīnu un iesaistīšanos sabiedriskās aktivitātēs. Parasti pacienti ar mazāk smagiem psihiskiem simptomiem un labāku kognitīvo sniegumu ziņo par labākiem objektīvo rādītāju rezultātiem (11).

Marks Vesterns (*Mark Western*) un Vojteks Tomaševskis (*Wojtek Tomaszewski*) pētījumu veikuši Austrālijā un raksta, ka objektīvā pieeja definē labklājību rādītājos kā materiālie resursi, piemēram, ienākumi, pārtika, mājoklis, kā arī sociālās īpašības, kā izglītība, veselība, politiskās balsis tiesības, sociālie tīkli un sakari. Savukārt subjektīvā pieeja uzsver subjektīvo labklājību, kas ir pašu cilvēku vērtējums par savu dzīvi, īpaši viņu apmierinātību ar dzīvi saistībā ar kognitīvo vērtējumu, laimes izjūtu saistībā ar pozitīvu emocionālo stāvokli un tās trūkumu ar negatīvu emocionālo stāvokli (71).

Kārena Gerts (*Karen Geerts*) un kolēģi savā pētījumā Nīderlandē atklājuši, ka subjektīvās labklājības jēgpilnu ārstniecisku novērtēšanu var veikt tikai tad, ja tiek ņemta vērā objektīvā dzīves kvalitāte, vispārējā labklājība un subjektīvais vērtējums. Objektīvā labklājība saistīta ar objektīviem apstākļiem, piemēram, apmaksu vai finansēm, bet subjektīvā labklājība attiecas uz labklājības un apmierinātības sajūtām (22).

Defaru Desalgens (*Defaru Desalegn*) un kolēģi pētījumu veikuši Etiopijā un raksta, ka labklājība pacientiem ar šizofrēniju izmērīta gan no subjektīvā, gan no objektīvā viedokļa. Subjektīvie rādītāji ietver vispārējus dzīves apmierinātības rādītājus un vairākas dzīves jomas, piemēram, apmierinātību ar darbu, ģimeni, sociālajām attiecībām, finansēm un mājokļa situāciju. Objektīvie dzīves mērījumi parasti ietver ārējo dzīves apstākļu rādītājus, sociāli demogrāfiskos rādītājus un funkcionējošu lomu sabiedrībā (15).

Anne Berghofer (*Anne Berghöfer*) un kolēģi pētījumā Vācijā atklāj, ka subjektīvā labklājība pacientiem ar šizofrēniju ir zemāka nekā vispār populācijā (7).

Mīnēto pētījumu kopsavilkumā var secināt, ka galvenās dzīves sfēras, kuras šizofrēnijas pacientiem svarīgākās ir fiziskā labklājība, psiholoģiskā labklājība, neatkarības līmenis, sociālās attiecības un vide.

Māsām jābūt uzmanīgām novērtējot pacientus objektīvi, atklātā sarunā jānoskaidro pacientu slēptās patiesās izjūtas, piemēram, pašnāvības domas, jo dažreiz izrādot labu garastāvokli un apmierinātību ar dzīvi viņi patiesībā gatavojas realizēt murgainas idejas, kaitējot citiem pacientiem. Bieži vien kognitīvo traucējumu dēļ šizofrēnijas pacienti nespēj adekvāti novērtēt savu stāvokli un uzklusot viņa subjektīvās sajūtas un viedokli, atklājas, ka viņi jūtas labi un savu labklājību vērtē arī kā labu. Tomēr objektīvi novērtējot šādus pacientus

viņiem var novērot sliktu pašaprūpi, ielaistas blakussaslimšanas, ar kurām pacients nav ieinteresēts cīnīties, manipulējošu un neiejūtīgu saskarsmi pret citiem pacientiem. Aprūpes personālam būtiski zināt pacientu viedokli, kas var būt noderīgs uzlabojot speciālistu terapeitisko iedarbību un rehabilitācijas programmu plānošanu. Subjektīvais vērtējumu ietekmē emocionālo, sociālo un fizisko jomu, kas saistīts arī ar pacientu slimības pieredzi, pašu aprūpi un rezultātu.

### 3.5 Aprūpes nozīmīgums

Māsu uzdevums rūpēties par augstu aprūpes kvalitāti un veicināt pacientu līdzestību, lai viņi ātrāk atveseļotos, būtu apmierināti ar veselības aprūpi un sasniegtajiem rezultātiem, kas saistīta ar fizisko un emocionālo labklājību. Būtiska pozitīva saskarsme, atsaucība, empātija, holistiska pieeja, pacietība, efektīva un profesionāla darbība, kā arī veiksmīga sadarbība ar aprūpes komandu. Māsām jāprot noteikt galvenās aprūpes problēmas, nosakot aprūpes mērķi, rūpīgi plānojot savu darbību un izvērtējot rezultātus, nepieciešamības gadījumā veicot izmaiņas aprūpes plānojumā. Svarīga arī aprūpes dokumentācija, kurai ir juridisks spēks, palīdzot sakopot informāciju par pacientiem un māsu veiktajām darbībām.

Kā svarīgākā aprūpes problēma šizofrēnijas pacientiem stacionārā parasti tiek uzsvērta *impulsīva uzvedība*. Džila Veine (*Gil Wayne*) iesaka māsām laicīgi novērot pacientu psihisko stāvokli, garastāvokļa svārstības, tā pārvarēšanas spējas un sadarbību ar personālu. Šādiem pacientiem svarīga pastiprināta uzraudzība un personīgo mantu izkārtojums palātā, neatļaut viņiem pie sevis glabāt asus priekšmetus, medikamentus, sērkokociņus vai šņores (70).

Šizofrēnijas pacientus ar pašnāvības domām Pauls Martins (*Paul Martin*) aicina mudināt brīvi runāt par savām izjūtām, palīdzot plānot alternatīvus veidus, kā tikt galā ar vilšanos un dusmām, iegūstot kontroli pār savu dzīvi. Viņš uzsver arī dokumentācijas nozīmīgumu, kas ir tik būtisks pacientu izjūtu un uzvedības fiksēšanai (43).

Impulsivitāte spēcīgi ietekmē pacientu fizisko un emocionālo stāvokli, veidojoties sociālai atstumtībai, īpaši izrakstoties no stacionāra. Māsām svarīgi viņiem izskaidrot, kā pareizi laicīgi novērtēt agresijas lēkmes, regulāri lietojot medikamentus un sadarbojoties ar ārstējošo psihiatru. Labi rezultāti novērojami, kad pacienti kritiski spēj izvērtēt savu uzvedību, cenšas pārvarēt dusmu lēkmes un laicīgi meklē palīdzību pie māsas vai māsu palīga.

Pacientiem ar hronisku gaitu bieži vien veidojas *pašaprūpes traucējumi*, izraisot nepatīkamas sajūtas apkārtējiem. Šo traucējumu pamatā var būt izpratnes trūkums par savām vajadzībām, apetītes traucējumi vai regulāri nepareizi ēšanas paradumi, nespēja tikt galā ar

ikdienas uzdevumu izpildi, apātija vai nespēja produktīvi izmantot enerģiju. Māsām svarīgi palīdzēt pacientiem izveidot atpūtas, miega un aktivitāšu līdzsvaru, pareizus ēšanas paradumus, piedaloties pašaprūpes pasākumos. Viņām vajadzētu piedalīties pacientu ikdienas aktivitātēs, uzlabojot viņu fizisko labsajūtu un veicinot pašaprūpi bez atgādinājuma. Māsām vajadzētu nevis dot pacientiem izvēli pašaprūpes darbībām, bet gan pateikt, ka pienācis laiks iet dušā mazgāties, nesteidzināt viņus un dot laiku pabeigt savas darbības. Būtiski paslavēt par padarīto uzdevumu, stimulējot darīt to biežāk (52).

Svarīgi dokumentēt pacientu aktivitātes, veicot ierakstus pacientu aprūpes lapās. Labam rezultātam vajadzētu būt saistītam ar pacientu neatkarīgu regulāru pašaprūpes veikšanu, kas palīdz socializēties, izjūtot fizisku un emocionālu labsajūtu.

Būtiska aprūpes problēma ir *nekustīgums katatonijas dēļ*, ietekmējot pacientu labklājību visās dzīves sfērās, tāpēc māsu mērķis palīdzēt viņiem to novērst. Viņām jāsarunājas ar viņiem, neskatoties uz to, ka viņi klusē un jāatgādina par šķidruma uzņemšanas un ēšanas nepieciešamību. Viņām vajadzētu piedāvāt padzerties, ēdienreizēs būt ar pacientiem un iedrošināt viņus ēst, kontrolējot uzņemtā ēdiena un šķidruma daudzumu. Svarīga arī pacientu pozicionēšana, ja viņi atrodas guļošā pozā ilgstoši, lai izvairītos no izgulējumu rašanās. Slikta apetīte dēļ pacienti var kristies svarā, viņiem var būt traucēta vēdera izeja, tāpēc svarīgi šos rādītājus atzīmēt novērtēšanas protokolā. Simptomi samazinoties pamazām atjaunojas labklājība visās dzīves sfērās, kas ir tik būtisks aprūpes rezultāts.

Bieži vien sastopama arī *sociāla izolēšanās*, ietekmējot pacientu sociālo un psiholoģisko dzīves sfēru. Šādi pacienti var pasīvi izturēties, attālināties no ģimenes un draugiem, ar citiem pacientiem nodaļā kontaktēties tikai pēc vajadzības vai nedarīt to vispār. Viņiem ir sūdzības par sliktu pašsajūtu, viņi nerūpējas par personīgo higiēnu, samazinās fiziskās aktivitātes, rodas miega traucējumi, samazinās apetīte un svars. Pacientiem var veidoties sajūta, ka viņi ir apdraudēti, rodoties grūtībām verbāli komunicēt. Māsām vajadzētu būt laipnām, izrādot cieņu un ieinteresētību, veicināt viņu mijiedarbību ar citiem pacientiem, kā arī atbalstīt ikdienas aktivitātes un panākumus. Sirsnīga un patiesa uzslava var uzlabot viņu pašnovērtējumu. Māsām vajadzētu pasniegt savu sociālo izturēšanos kā paraugu pacientiem, lai viņi iemācītos veidot efektīvu saskarsmi un attiecības ar apkārtējiem. Sākumā nepieciešams mijiedarboties ar viņiem individuāli, pakāpeniski veicinot sociālo mijiedarbību ar mazākām grupām, pēc tam pārejot uz lielākām. Māsām jāiemāca pacientiem sociālās prasmes, uzmanīgi ieklausoties sarunu partnerī, veidojot acu kontaktu un pārrunājot tēmas, kuras raksturo sociālās prasmes sabiedriskām sarunām, piemēram, laika ziņas un vietējie notikumi. Šāda modelēšana

sniedz konkrētu vēlamu prasmju apgūšanu. Pacienti jānudina būt pēc iespējas neatkarīgiem, lai veicinātu viņu pašvērtību un sociālo labklājību (52).

Māsām svarīgi sadarboties ar aprūpes komandu, nodrošinot pacientiem nodarbības pie psihologa vai ergoterapeita. Būtiski, lai šīs nodarbības notiktu gan individuāli, gan grupā, lai pacientiem veidotos interese veidot saskarsmi ar apkārtējiem. Māsām dokumentācijas lapās jāatzīmē pacientu panākumi vai stāvokļa nemainīgums, lai aprūpes komanda varētu salīdzināt iegūto informāciju un veidotu efektīvu pieeju labam rezultātam.

Šizofrēnijas pacientus var nogurdināt *miega traucējumi*, negatīvi ietekmējot fizisko, psiholoģisko, sociālo un garīgo dzīves sfēru. Viņi var izjust bezmiegu naktī, miegainību dienas laikā, grūtības no rīta pamosties, spējot atmosties īsi pirms brokastīm, pirms tam neveicot rīta higiēnu. Miegainība dienas laikā izraisa grūtības koncentrēties, noturēt uzmanību, rada uzbudināmību, koordinācijas traucējumus, traumatismu, mainīgu garastāvokli, agresivitāti un simptomu saasināšanos.

Reičela E. Kaskia (*Rachel E. Kaskie*) un kolēģi pētījumu veikuši ASV un raksta, ka miega traucējumus parasti izraisa pati saslimšana, dzīvesveids, uzvedība vai medikamentu blakusefektu parādīšanās. Bezmiegs naktī bīstams ar to, ka pacientiem var rasties pastiprināta apetīte, izraisot aptaukošanos, halucināciju un murgu pastiprināšanos, bet pacientu pašu aktīva iesaistīšanās ārstēšanas procesā tiek vērtēta pozitīvi, jo tā sniedz autonomijas un kontroles sajūtu. Izstrādājot savu miega uzlabošanas stratēģiju, piemēram, regulāru gulētiešanas un kārtības uzturēšanu, kā arī precīzu sekošanu vispārējiem miega uzlabošanas ieteikumiem dod labus rezultātus. Autori iesaka izmantot kognitīvās uzvedības terapiju, kura efektīvi ārstē bezmiegu pacientiem ar šizofrēniju, izmantojot ārstēšanas stratēģijas, stimulu kontroli un paaugstinot dienas aktivitātes līmeni (34).

Felicite Vaite (*Felicity Waite*) un kolēģi uzskata, ka māsām svarīgi noteikt bezmiega faktorus, kas var būt halucinācijas, murgi, nepietiekošas dienas aktivitātes, aizdomīgums vērst uz apkārtējiem un bailes no gultas. Nepieciešams nodrošināt vidi, kurā pacienti var netraucēti iemigt un gulēt, rūpējoties par mieru un klusumu palātā, piemērot gaisa temperatūru un vēdināt palātu pirms gulētiešanas. Māsām vajadzētu ieteikt pacientiem vakarā nelietot stipru tēju vai kofeīnu saturošus dzērienus, palīdzēt aktivizēties dienas laikā un izskaidrot, ka gultu vajadzētu sasaistīt tikai ar atpūtu klusajā stundā un naktī. Ejot gulēt pārāgri, pacienti var pamosties naktī vai āgri no rīta, ko māsām nevajadzētu pieļaut. Viņām jāizskaidro pacientiem arī smēķēšanas kaitīgā ietekme uz miega kvalitāti. Gadījumos, kad bezmiegu izraisa murgi, halucinācijas, nemiers vai aizdomīgums, māsām jānoskaidro murgu un halucināciju saturs, nemiera līmenis, un sazinoties ar ārstu jāpiedāvā pacientiem papildus terapija simptomu atvieglošanai. Lai

mazinātu baiļu sajūtu un palīdzētu nomierināties, var ieteikt izmantot dažādas relaksācijas metodes (68).

Dokumentācijā māsām nepieciešams atzīmēt laiku, cikos pacienti pamostas un cikos aizmieg, kā arī viņu dienas aktivitātes un garastāvokli. Labi rezultāti pacientiem novērojami, ja viņi ievēro māsu ieteikumus, cenšas laicīgi pamosties no rīta un veic personīgo higiēnu, dienu cenšas vairāk aktivizēties, vakarā labi iemieg un guļ bez pārtraukumiem. Pacientiem svarīgi saprast, ka viņš ir drošībā un nepieciešamības gadījumā saņems māsas atbalstu un padomu, viņam būtiski izjust psiholoģisko un fizisko labsajūtu, pievērsties garīgumam, sociālām attiecībām un mācēt patstāvīgi cīnīties ar miega traucējumiem.

Pacienti ar *manipulatīvu uzvedību* izmanto citus pacientus savu mērķu sasniegšanai, uzbāzīgi un glaimojoši izturas pret apkārtējiem, pievēršot sev uzmanību, iejaucas citu darīšanās, izturoties nekritiski pret savām darbībām. Tas pazemina viņu psiholoģisko, sociālo un fizisko drošību, jo manipulējot ar citiem pacientiem konflikti un impulsīva uzvedība ir neizbēgama.

Elizabete M. Varkarolis (*Elizabeth M. Varcarolis*) raksta, ka māsām aprūpējot šādus pacientus jānovērtē sava reakcija uz viņiem, kā arī jāizprot viņu uzvedība, lai to uzskatītu par manipulatīvu. Viņām nevajadzētu dusmoties, jo tas mazina efektīvu māsu un pacientu sadarbību. Svarīgi novērot to atkārtoti un iejaukties, lai pacientiem savā starpā neveidotos konflikti, risinot problēmu kopīgi ar viņiem. Pacientiem jāsaprot, ka māsu noteiktās robežas ir noturīgas un viņi vairs nevar manipulēt ar citiem. Pacientu uzvedība viņai obligāti jādokumentē, pierakstot datumu, laiku un apstākļus (67).

Māsām nepieciešams noskaidrot, pret kuriem pacientiem visvairāk vērsta šī izturēšanās, situācijas faktorus, kuri pastiprina vēlmi manipulēt. Aprūpes komandā būtiski veidot vienotu pieeju pacientiem, jo tai sašķēloties viņi to ātri aptver un cenšas izmantot situāciju, lai gūtu sev labumu. Viņi parasti nesatraucas par zādzību, melošanu, citu pazemošanu vai apdraudēšanu un krāpšanos, lai sasniegtu iecerēto. Lai to novērstu, māsām sadarbojoties ar aprūpes komandu būtiski izstrādāt noteikumus ar stingri noteiktām un skaidrām robežām, kurus ievēro ne tikai visa aprūpes komanda, bet arī pacientu ģimene. Šādu uzvedību māsas nedrīkst pieļaut, izmantojot ierobežojošas metodes, kuras efektīvi palīdz mazināt naidīgumu un stresu gan pašiem pacientiem, gan personālam. Viņām jāizvirza profesionāla pieeja pacientiem, kas virzīta uz viņu vajadzībām, nevis uz personīgajām izjūtām un to, kas pacientiem patīk. Nesasniedzot mērķi, pacienti var sastapties ar grūtībām kontrolēt savus impulsus, kļūstot dusmīgi, agresīvi ar izaicinošu uzvedību, apdraudot citus pacientus un personālu. Lai izvairītos no šīm izpausmēm māsām nepieciešams rūpīgi novērot viņus, laicīgi izjaucot viņu nodomus, kā arī izmantojot efektīvu verbālo saskarsmi vai medikamentozu terapiju (51).

Pacientiem ar manipulatīvu uzvedību svarīgi saņemt profesionālu aprūpi, kura palīdz nekaitēt apkārtējiem un iemācīties savas problēmas risināt neizmantojot citus. Pozitīvi rezultāti vērojami, kad pacienti nepārkāpj nodaļas režīmu, spēj kontrolēt savus impulsus, nekaitē citiem pacientiem, neizmanto viņus sava labuma gūšanai un izprot manipulatīvas uzvedības kaitīgumu.

Nopietna aprūpes problēma šizofrēnijas pacientiem ir **aizdomīgums**, izraisot psiholoģisku diskomfortu un sociālu izolēšanos. Šādiem pacientiem var novērot neuzticību pret apkārtējiem, viņiem ir pārliecība, ka viņus nesaprot vai vajā, viņi distancējas no citiem, spēj būt agresīvi, pārprotot citu rīcību.

A. Edvards Hercogs (*A. Herzog Edward*) uzsver, ka māsām jāņem vērā, ka pacienti, kuri baidās no citiem, dažreiz var rīkoties aizstāvoties un kaitējot apkārtējiem. Viņām laicīgi jāreaģē uz pacientu uzvedību, pirms viņi nodara ļaunumu apkārtējiem (30).

Lara Gedesa de Pinho (*Lara Guedes de Pinho*) un kolēģi pētījumu veikuši Portugālē un iesaka māsām, kuru aprūpē ir aizdomīgi šizofrēnijas pacienti, rūpīgi pārbaudīt, vai viņi izdzēruši nozīmētos medikamentus un ēdienreizēs apēd savu porciju, jo viņiem var likties, kas viss ir saindēts (14).

Māsām būtiski noskaidrot, pacientu domas, izjūtas un plāni, lai veidotu pareizu pieeju un atbalstu, pasargājot citus pacientus no viņu iespējamās rīcības. Viņām laicīgi jānovērtē pacientu agresivitāte izpausmes, apetīte, nakts miegs. Aizdomīgi pacienti var mēģināt neizdzert medikamentus. Pirms medicīnisku manipulāciju vai citu darbību veikšanas, māsām vajadzētu izskaidrot pacientiem, kas viņam tiks darīts. Svarīgi izturēties pret viņiem ar cieņu, mierīgi, neitrāli, mazinot satraukumu un dusmas. Viņām jābūt godīgām, lai nezaudētu sev uzticību. Māsām vajadzētu laicīgi informēt aizdomīgus pacientus par izmainītu dienas kārtību un lieki netraucēt. Viņām jāpalīdz atrast cilvēkus, ar kuriem pacientiem viegli kontaktēties, kuriem var uzticēties, kā arī izskaidrot sekas, kādas var rasties neuzticoties nevienam. Māsām dokumentācijā jāatzīmē pacientu uzvedība, murgu un halucināciju saturs, lai ārsts vadoties ne tikai pēc saviem, bet arī pēc māsu novērojumiem spētu pielāgot medikamentozo terapiju. Labi rezultāti vērojami, kad pacienti izprot saslimšanu, pievēršas reālai pasaulei, neizvairās no apkārtējiem, lieto medikamentus un pietiekoši uzņem uzturu.

Bieži var novērot **saskarsmes traucējumus**, pacientiem veidojot konfliktus, atklāti izrādot nepatiku pret citiem, vērtējot sevi kā vērtīgāku un īpašāku par citiem, nespējot savaldīt dusmas verbāli un fiziski. Viņi neprot otru uz klausīt, nelaiž pie vārda, grūti apvalda negatīvās izjūtas, runā nepatīkamā tonī, izrāda sliktu garastāvokli, pārtrauc sarunu biedru un izsaka otram lamu vārdus. Tas negatīvi ietekmē pacientu fizisko drošību, sociālo un psiholoģisko labsajūtu.

P. Martins iesaka māsām novērtēt, vai saskarsmes traucējumi sākas pēkšņi vai tiem ir hronisks raksturs, runāt ar pacientiem mierīgi, lēnām, zemā balsī, jo augsts un skaļš balss tonis var paaugstināt trauksmes līmeni. Sarunājoties svarīgi izmantot skaidrus un vienkāršus vārdus, konkrētus skaidrojumus, izvairoties no pārpratumiem. Māsām nesaprotot pacientu teikto nepieciešams darīt to viņiem zināmu, pretējā gadījumā uzticība samazināsies (42).

Labu rezultātu var novērot, kad pacienti savas domas izsaka balstoties uz realitāti un izjūtas izsaka saskaņotā, loģiskā un mērķtiecīgā veidā. Viņiem jāiemācās sazināties ar citiem pacientiem, ģimeni un personālu uzmanīgi klausoties viņos un runājot saprotamā veidā. Pacientiem vajadzētu apgūt vienu vai divas metodes, kuras palīdz samazināt trauksmi, uzlabojot spēju skaidri domāt un runāt loģiskāk.

Māsām vajadzētu sadarboties ar aprūpes komandu, iesaistot pacientus grupu nodarbībās un iemācot viņiem klausīšanās prasmi. Viņu uzdevums izskaidrot, ka no pacientiem, ar kuriem viņi veido saskarsmi, var sagaidīt atbilstošu verbālu vai neverbālu reakciju. Svarīgi veicināt spēju saprast citu izjūtas un iemācīt saprast, ka uz personīgo viedokli ir tiesības arī citiem. Māsām vajadzētu mazināt pacientos tieksmi pakļaut citus viņu vēlmēm un palīdzēt saprast stiprās un vājās puses saskarsmē ar citiem, iemācīt nenoniecīnāt citus, izvairoties veidot konfliktus. Dokumentācijā māsām svarīgi atzīmēt pacientu saskarsmes spējas, psihisko stāvokli, izmaiņas uzvedībā un sasniegtos rezultātus.

Aktuāla šizofrēnijas pacientu problēma ir *medikamentu nelietošana*, jo bieži vien viņi uzskata, ka ir veseli, un tos lietot nav nepieciešams. Šo problēmu var novērst uzklusot pacientus, palīdzot viņiem pārvarēt nepatīkamās sajūtas, kontrolēt vai pacienti izdzer nozīmētos medikamentus. Medikamentu izsniegšanas laikā aktīvi jāpiesaista arī māsu palīgi, kuri uzrauga pacientu darbības. Māsām sadarbojoties ar māsu palīgiem jākontrolē, lai pacienti neuzkrāj medikamentus, izmantojot tos pašnāvības nolūkos vai atdodot tos citiem pacientiem. Viņām jāizskaidro medikamentu lietošanas nepieciešamība, lai pacienti ātrāk atveseļotos, kā arī jāinformē ārstu, par viņu vēlmi mainīt to devas. Māsu uzdevums kontrolēt arī pacientu vitālos datus, kuri saistībā ar medikamentu lietošanu var mainīties. Dokumentācijā svarīgi atzīmēt gadījumus, kad pacienti izvairās dzert nozīmētos medikamentus un uzvedību to izsniegšanas laikā. Labs rezultāts ir tad, kad pacienti izprot savu saslimšanu, medikamentu lietošanas nepieciešamību, atklāj medikamentu blakusefektu parādības, tos lieto regulāri un necenšas no tiem atbrīvoties. Tas veicina ātrāku atveseļošanos, uzlabojot fizisko un emocionālo labklājību.

Efektīvs aprūpes process sastāv arī no pacientu un viņu ģimenes izglītošanas, kas ir tik svarīgi pacientu atveseļošanās procesā un ārpus tā.

### 3.6 Pacientu un ģimenes izglītošana

T. O. Afe, un kolēģi Nigērijā veiktajā pētījumā atklāj, ka šizofrēnijas pacienti nozīmi piešķir personāla attieksmei un visumā viņi bija vidēji augsti apmierināti ar aprūpes kvalitāti. Parādās arī nepieciešamība uzlabot informācijas izplatīšanu stacionārā, jo pacienti uzskata, ka viņi netiek pietiekoši informēti par interesējošiem jautājumiem (2).

Šizofrēnijas pacientu labklājību stacionārā ievērojami ietekmē viņu un ģimenes izglītošana. Stacionārā būtiski iemācīties izprast savas izjūtas, saslimšanu, mācēt pārvarēt problēmas, būt līdzestīgiem aprūpes procesa laikā un ļaut arī ģimenēm iesaistīties aprūpē, veicinot fizisko un emocionālo labklājību. Tas samazina slimības saasinājumus un nepieciešamību atgriezties stacionārā, baudot pilnvērtīgu dzīvi.

Keitlina Kara Pui Čana (*Caitlin Kar Pui Chan*) un Reinbovs Tins Hungs Ho (*Rainbow Tin Hung Ho*) uzskata, ka šizofrēnijas pacientiem ģimene ir viens no svarīgākajiem garīgās aprūpes avotiem. Nepietiekoša sadarbība starp pacientiem un ģimenēm izraisa viņu starpā konfliktus un kavē atveseļošanos. Abu pušu savstarpēja garīguma izpratne veicina pacientu ātrāku atveseļošanos, tomēr tā bieži tiek atstāta novārtā (10).

Māsām jāprot izglītēt pacientus un viņu ģimenes par medikamentu lietošanas nepieciešamību, liekot uzsvaru uz to, ka nesaskaņojot ar ārstu devas nevajadzētu mainīt vai pārtraukt to lietošanu. Izskaidrot, ka mājas apstākļos saasinājuma gadījumā palīdzība jāmeklē pie ārstējoša psihiatra, ģimenes, draugiem vai jādodas uz stacionāru, bet nekādā gadījumā nevajag palikt vienam.

H. Ferliana un kolēģi savā pētījumā raksta, ka nodaļas personālam nesadarbojoties ar pacientu ģimenēm, tām trūkst zināšanas kā izturēties pret viņiem un nesadarbojoties ar viņu ārstējošo psihiatru, ģimenes samazina medikamentu devas. Neizglītojot pacientus viņi var atteikties arī no ģimenes atbalsta un sabiedrības. Ģimene ir daļa no aprūpes komandas un pozitīvs tās atbalsts, kas samazina šizofrēnijas saasinājumus un šī atbalstošā loma tiek veikta gan ārstējoties stacionārā, gan mājas vidē. Ģimenēm jāiemācās metodes un līdzekļi pacientu psihiskā stāvokļa uzturēšanai arī pēc psihologu, psihiatru, neirologu, dietologu un terapeitu pozitīvās iejaukšanās. Šī prakse būtiska, lai paātrinātu pacientu atgriešanos normālā dzīvē kopā ar ģimeni un sabiedrību kopumā. Ģimenes, kurās valda stigma un uzskati, ka šizofrēnija rada ģimenes apkaunojumu ir tendence radīt nevēlamas sekas pacientiem, liekot justies atraidītiem, noliegtiem, atstumtiem no sabiedrības, kas veicina sociālu izolāciju (21).

Svarīgi pacientiem izskaidrot, ka šizofrēniju pilnībā izārstēt nevar, tomēr var veiksmīgi sadzīvot ar to un tas nemazina viņu vērtību un cieņu. Svarīgi iedrošināt uzticēties ģimenei un ļaut viņiem iejaukties viņu dzīvē, lai uzlabotu fizisko un emocionālo labklājību.

L. G. De Pinho un kolēģi uzskata, ka māsām jābūt pacietībai, empātijai un zināšanām psihiatrijā, lai viņas varētu ne tikai aprūpēt šizofrēnijas pacientus, bet arī izglītēt viņus, iemācot sadzīvot ar saslimšanu un ievērot medikamentu lietošanu, lai novērstu saasinājumu. Būtiska sadarbība ar pacientu ģimenēm, izglītojot par šizofrēniju, tās attīstību un veidiem, kā ar to cīnīties (14).

Daudziem pacientiem un viņu ģimenēm grūti samierināties ar realitāti, ka viņiem ir šizofrēnija, tomēr arī māsas profesionāli var izskaidrot saslimšanu, kā tā izpaužas pacientiem un veidus ka panākt psihiskā stāvokļa uzlabojumu.

Anna Laine (*Anna Laine*) un kolēģi iesaka speciālistiem uzlabot šizofrēnijas pacientu iemaņas darboties ar internetu un atrast tajā informāciju par ārstēšanu, aprūpi un labklājības veicināšanu. Izglītošanu var realizēt individuāli vai nelielās pacientu un viņu tuvinieku grupās ar dažāda veida atbalsta materiāliem, piemēram, pacientiem pierakstot svarīgāko informāciju, noskatoties video vai arī iepazīstoties ar interneta resursiem. Pētījumā atklājas, ka šīs metodes uzlabo pacientu psihisko stāvokli un pašsajūtu (37).

Merilina E. Doengesa (*Marilyn E. Doenges*) un kolēģi raksta, ka māsām svarīgi novērtēt pacientu ģimenes zināšanu līmeni par šizofrēniju un pārrunāt ārstēšanas kursu, piedāvājot arī rakstisku informāciju gan pacientiem, gan viņu ģimenēm. Tas veicina atbalstu ģimenēm un uzlabo pacientu izturēšanos pret ārstēšanu. Autori uzskata, ka māsām jānosaka arī ģimeņu spēja tikt galā ar radušos situāciju, kas palīdz stabilizēt ģimenes vienotību. Pacientiem un viņu ģimenēm vajadzētu sniegt veselības mācības, piemēram, saasinājuma pazīmju un simptomu atpazīšanā, kā arī dot iespēju ģimenēm apspriest savas izjūtas, kas saistītas ar slimo ģimenes locekli. Māsām vajadzētu sniegt informāciju pacientiem un ģimenēm par stacionāra iespējām, kā arī iespēju ārstēties ambulatori, veicinot laicīgu pacientu griešanos pie ārsta (17).

Māsām jāizskaidro ģimenēm, ka nozīmīga ir viņu atsaucība, pacietība, empātija un attieksme pret pacientiem. Viņiem var ieteikt iegādāties mājdzīvnieku vai augus, jo rūpes par tiem iedarbojas uz viņiem terapeitiski, veidojoties pozitīvām emocijām.

## 4. Empīriskā pētījuma daļa

### 4.1 Pētījuma metodoloģija

Lai noskaidrotu fizisko un emocionālo labklājību pacientiem ar šizofrēniju stacionārā, veikts kvalitatīvs pētījums. Tika izvirzīts darba mērķis, uzdevumi un pētniecības jautājums, kā arī izstrādāta pētījuma metodoloģija. Tika veidota mērķtiecīgā kvotu izlase, pētījumā izaicinot piedalīties pilngadīgus šizofrēnijas pacientus subakūtā slimības periodā, kā arī stacionārā x strādājošas garīgās veselības aprūpes māsas. Balstoties uz teorētisko literatūras analīzi, izstrādāts novērošanas protokols pacientiem (skatīt 2. pielikumu) un garīgās veselības aprūpes māsām (skatīt 3. pielikumu), kuras strādā stacionārā un daļēji strukturētas intervijas jautājumi pacientiem (skatīt 4. pielikumu). Pētījuma veikšanai iegūta Latvijas Universitātes Kardioloģijas un reģeneratīvās medicīnas institūta zinātniskās izpētes ētikas komisijas un stacionāra atļauja.

Novērošanas protokolā minētie labklājības rādītāji aprakstīti darba teorētiskajā daļā, tajā atzīmējot novērošanas datumu, laiku, nodaļu kodētā veidā, pacientus/māsas kodētā veidā, vērtējuma kritērijus, labklājības rādītājus, komentārus un vērtējumu. Vērtējuma kritēriji atzīmēti sekojošās pozīcijās: 0 – rādītājs nav novērots, 1 – ļoti zems rādītājs, 2 – zems rādītājs, 3 – vidējs rādītājs, 4 – augsts rādītājs, 5 – ļoti augsts rādītājs. Pacientu novērošanas protokolā atspoguļoti fiziskie un emocionālie labklājības rādītāji. **Fiziskā labklājība** - *diskomforta izjūta, enerģijas trūkums, ēšanas traucējumi, pārlietu aktīvs, pārlietu pasīvs, prasme atpūsties, smēķēšana, dušas apmeklējums bez atgādināšanas, zobu higiēna bez atgādināšanas, roku mazgāšana pirms ēdienreizēm, fiziskās aktivitātes, līdzestība blakussaslimšanu ārstēšanā, līdzestība pamatsaslimšanu ārstēšanā, spēja patstāvīgi ģērbties atbilstoši laikapstākļiem, līdzestība medikamentu lietošanā.* **Emocionālā labklājība** – *pazemināts garastāvoklis, pašapziņas traucējumi, spēja pārvaldīt psihisko stāvokli, iesaistīšanās lēmumu pieņemšanā, pozitīvas saskarsmes veidošana, vēlme veidot attiecības ar apkārtējiem, seksualitātes izrādīšana, impulsivitātes izrādīšana pret apkārtējiem, jaunu prasmju apgūšana sadarbojoties ar ergoterapeitiem, pacientu nodarbinātība, iespēja noskaidrot, kādus medikamentus saņemt to izsniegšanas laikā, iespēja paust personisko pārliedību, iespēja lasīt psiholoģisku vai reliģisku literatūru, iespēja klausīties mūziku un radio, iespēja skatīties televizoru, iespēja veidot rokdarbus, gleznot vai zīmēt, ieinteresētība uzklaut ieteikumus emocionālās labklājības veicināšanai.* Māsu novērošanas protokolā atspoguļoti pacientu fiziskās un emocionālās labklājības rādītāji saistīti ar māsu aprūpi. **Fiziskā labklājība** – *apetītes kontrole, svara kontrole, vēdera izejas kontrole, šķidruma uzņemšanas kontrole, pašaprūpes veicināšana,*

*regulāra palātu vēdināšana, māsas dokumentācija par pacientu fizisko stāvokli, kontrole pār medikamentu lietošanu, pacientu izglītošana par fiziskās labklājības veicināšanu, ģimenes iesaistīšana aprūpē fiziskā stāvokļa uzlabošanai. **Emocionālā labklājība** – pozitīvas saskarsmes veidošana ar pacientiem, māsas atsaucība pacientu vajadzībām, māsas sadarbība ar psihologu un/vai psihoterapeitu, pacientu izglītošana par emocionālo labklājību, pacientu izglītošana par seksuālām vajadzībām, ģimenes izglītošana par emocionālo labklājību, palīdzība veikt pašaprūpi, kontrole pār pacientu attieksmi pret apkārtējiem, uzslavas izteikšana pacientiem par zīmējumiem un rokdarbiem, drošas vides nodrošināšana pacientiem.*

Pacientu un māsu novērojums veikts katrā nodaļā līdz 4 dienām. Uzaicinot pētījuma dalībniekus piedalīties pētījumā, autore viņus informēja par tā veikšanu un saņēma informāciju par piekrišanu. Novērojumu nebija iespējams veikt vairāk par 4 dienām katrā nodaļā dēļ COVID-19 vīrusa izplatības.

Novērojums notika no 14.12.2020. – 22.01.2021. laikā no 08:00 – 12:00, tajā piedalījās 32 pacienti (kopā aizpildīti 87 novērojuma protokoli) un 22 māsas (kopā aizpildīti 28 novērojuma protokoli). Novērojumā iegūtie rezultāti attēloti diagrammās.

Daļēji strukturēta intervija tika izstrādāta kā papildus metode novērošanas protokolam.

- 1. intervijas jautājumā* noskaidrotas galvenās sūdzības par pacienta fizisko veselību stacionārā.
- 2. intervijas jautājumā* noskaidrota personāla atsaucība un iesaistīšanās pacienta fizisko problēmu risināšanā.
- 3. – 4. intervijas jautājumā* iegūta informācija par pacientu fiziskajām aktivitātēm stacionārā un to sabalansēšanu ar atpūtu.
- 5. – 6. intervijas jautājumā* noskaidrots, cik bieži pacienti stacionārā apmeklē dušu un, kas to veicina vai traucē.
- 7. – 8. intervijas jautājumā* iegūta informācija par to, cik bieži pacienti stacionārā tīra zobus un, kas to veicina vai traucē.
- 9. – 10. intervijas jautājumā* noskaidrots, cik bieži pacienti stacionārā velk tīru apģērbu un, kas to veicina vai traucē.
- 11. – 12. intervijas jautājumā* iegūta informācija, cik bieži pacienti stacionārā smēķē un, kas to veicina vai samazina.
- 13. – 14. intervijas jautājumā* noskaidrots, cik lielā mērā pacienti apmierināti ar šizofrēnijas un blakussaslimšanu ārstēšanu stacionārā un kā viņi vērtē saņemto informāciju par to, kā ar to sadzīvot.
- 15. intervijas jautājumā* noskaidrots, kas uztrauc vai nomāc pacientu stacionārā.
- 16. intervijas jautājumā* noskaidrots, ka pacienti vērtē māsu attieksmi pret viņu slimības izpausmēm un atsaucību to mazināšanā.
- 17. intervijas jautājumā* iegūta informācija par pacientu spēju kontrolēt savus saslimšanas simptomus.
- 18. – 19. intervijas jautājumā* noskaidrots, kādus lēmumus pacientiem ļauj pieņemt ārstēšanās laikā stacionārā un kā tas ietekmē viņu emocionālo labsajūtu.
- 20. – 21. intervijas jautājumā* iegūta informācija par to, kā pacienti vērtē savas attiecības ar citiem pacientiem un aprūpes personālu.
- 22. intervijas jautājumā* noskaidrots, kā pacienti vērtē savu

uzvedību konfliktsituācijās. 23. *intervijas jautājumā* noskaidrots, kādi aprūpes speciālisti pacientus apmāca veidot labas attiecības ar apkārtējiem. 24. – 25. *intervijas jautājumā* noskaidrots, kā pacienti vērtē māsu ieteikumus veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem un vai izdodas tos ņemt vērā. 26. *intervijas jautājumā* iegūta informācija par to, kā pacienti vērtē personāla sniegto informāciju par viņu seksuālo vajadzību nodrošināšanu. 27. *intervijas jautājumā* noskaidrots, kā apkārtējā vide stacionārā ietekmē viņu emocionālo labklājību. 28. – 29. *intervijas jautājumā* iegūta informācija par to, kādas iespējas pacientiem pilnveidot sevi garīgi stacionāra apstākļos un, kādu atbalstu viņi saņem no personāla, lai tās apmierinātu. 30. *intervijas jautājumā* noskaidroti pacientu ieteikumi aprūpes personālam, lai uzlabotu šizofrēnijas pacientu emocionālo labsajūtu stacionārā.

Intervijās piedalījās 11 pacienti, kuri tika informēti par pētījuma mērķi, norisi, intervijas ierakstu diktafonā un viņi parakstīja informēto piekrišanu intervijai. Intervijas tika veidota latviešu valodā, tās ilgums bija 11 – 25 min, atkarībā no katra pacienta spējām koncentrēties uz atbildēt uz jautājumiem. Pētījums norisinājās visiem pētījuma dalībniekiem savas nodaļas apstākļos, vienojoties ar katras nodaļas vadītāju un virsmāsu par to, ka intervija ar pacientiem notiks laikā, kad viņiem nebūs citas nodarbības, režīmā paredzētās aktivitātes vai klusā stunda. Pētījuma dalībnieki sniedza interviju atpūtas telpā. Pēc intervijas veikta kontentanalīze, izmantojot Artūra Kroplija kontentanalīzes metodi (36). Intervijas ieraksts tika transkribēts, dati kodēti, katram pētījuma dalībniekam piešķirot kodu, lai saglabātu viņu anonimitāti. Satura vienībās atzīmēti citāti no pētījuma dalībnieku stāstījuma, kas sadalīti kategorijās un jēdzienos, akcentējot galvenās problēmas, kas redzams tabulā 5. pielikumā.

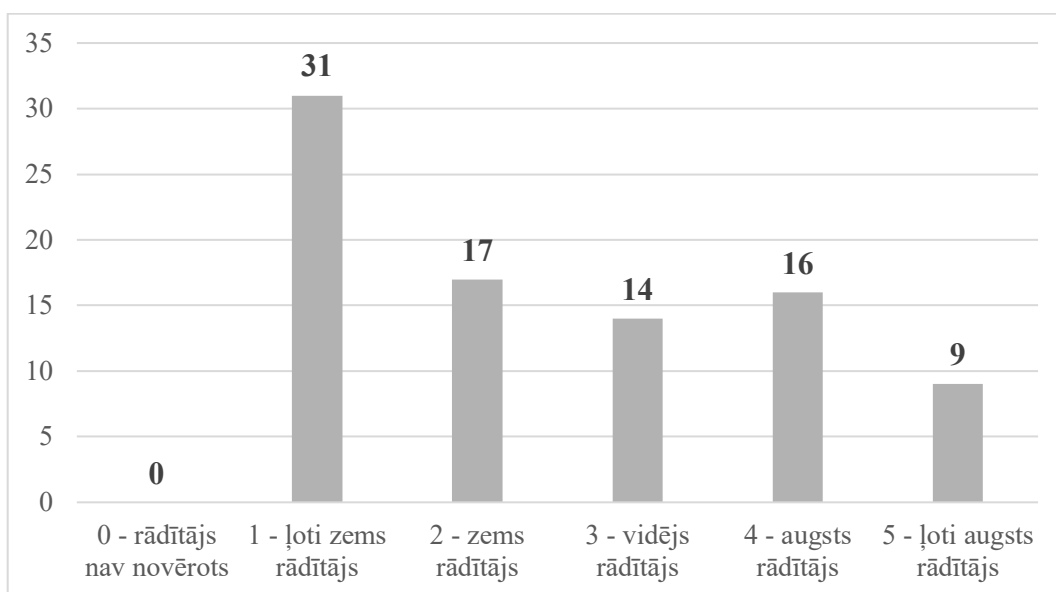
Pēc pacientu un māsu novērošanas un pacientu intervijas, iegūtie dati tika apstrādāti ar datorprogrammu Microsoft Word, veikta rezultātu analīze, diskusija, secinājumu un ieteikumu izstrāde.

## 4.2 Pacientu novērojuma iegūtie rezultāti un to analīze

### *Pacientu fiziskās labklājības rādītāji:*

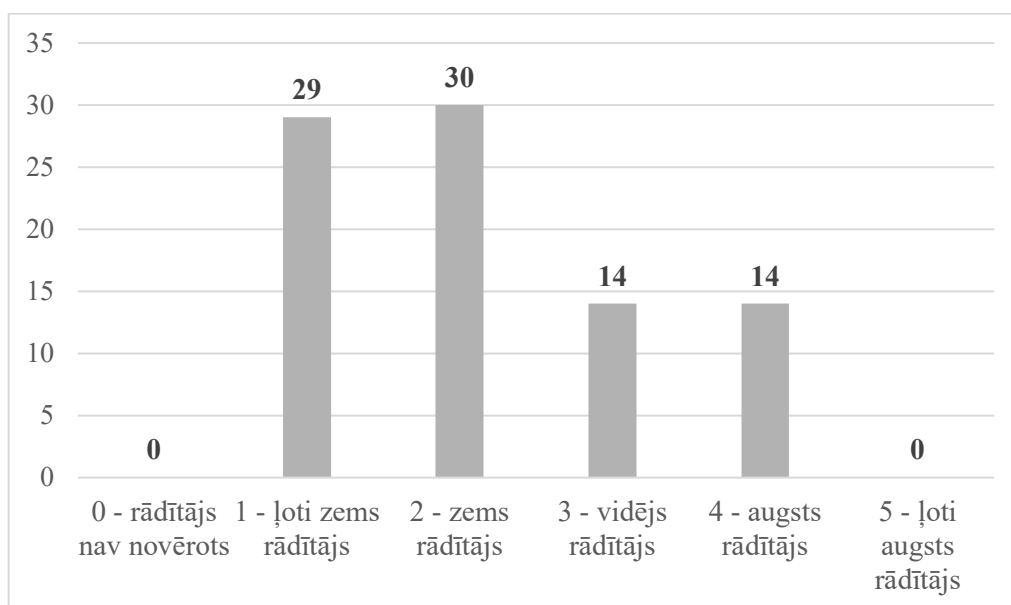
Apkopojot novērojumu protokolā iegūtos rezultātus 1. attēlā redzams, ka **diskomforts** vairākumā 48 novērošanas gadījumos nebija izteikts, kas varētu būt saistīts ar medikamentu panesamību, blakussaslimšanu neesamību vai līdzestību ārstēšanā. 39 novērošanas gadījumos diskomforts novērots izteiktāk, kas izpaudās kā miegainība dienas laikā, nespēks, nemiers, mīņāšanās uz vietas, drūmas domas, neapmierinātība, dzirdes un redzes halucinācijas, dedzinoša sajūta kuņģī un aizcietējumi. Tas norāda uz nepieciešamību māsām noskaidrot

diskomforta iemeslus, sniedzot nepieciešamo atbalstu, kā arī izglītojot pacientus par šizofrēnijas simptomiem, medikamentu blakusefektiem un to mazināšanu.



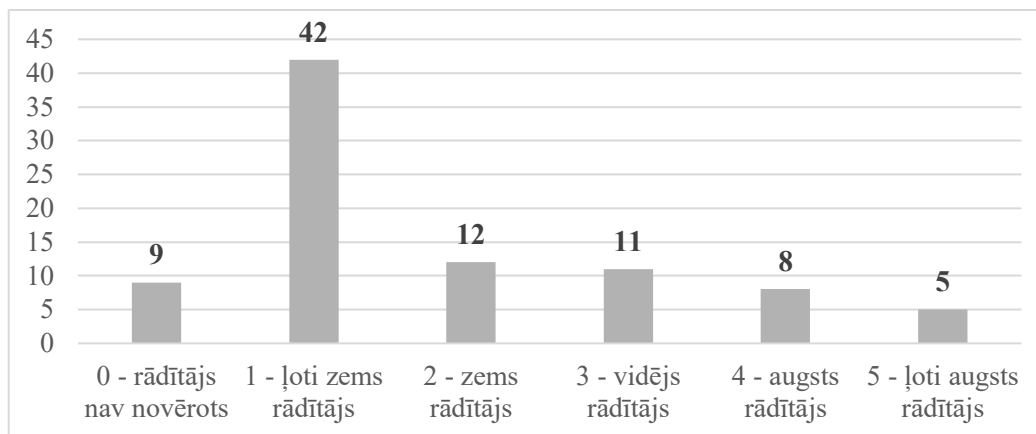
4.1. att. Pētījuma dalībnieku diskomforta vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Apkopojot novērojuma protokola rezultātus šizofrēnijas pacientu fiziskās labklājības rādītājam *enerģijas trūkums*, lielākai daļai 59 novērošanas gadījumos tas nebija izteikts, kas norāda uz viņu spēju veikt ikdienas aktivitātes, apmierināt savas intereses un kontaktēties ar apkārtējiem. 28 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki centās pastaigas laikā pēc iespējas sēdēt, nodaļā vairāk uzturēties palātā, izteica sūdzības māsām par nespēku un vēlmi gulēt dienas laikā. Tas norāda uz nepieciešamību māsām vairāk aktivizēt pacientus, piedāvājot izmantot pastaigas laukā, iesaistīties ikdienas pašaprūpē, veikt nelielu rīta rosmi, kā arī nodrošināt regulāru palātu vēdināšanu.



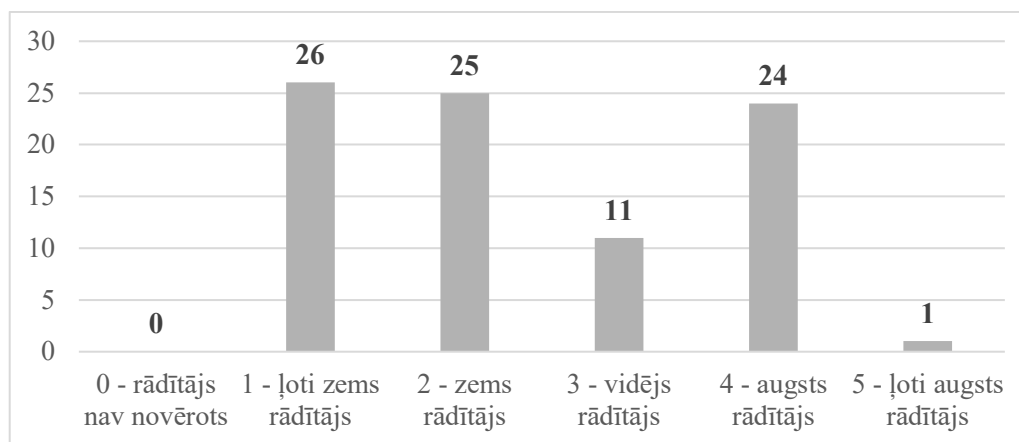
4.2. att. Pētījuma dalībnieku enerģijas trūkuma vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

3. attēlā redzami novērojuma protokolā iegūtie rezultāti *ēšanas traucējumiem*, kuros lielākai daļai 54 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem nebija izteikti, tomēr 24 novērošanas gadījumos fiziskās labklājības rādītājs bija saistīts ar atteikšanos no ēdienreizēm dēļ aizdomīguma vai dzirdes halucinācijām, vēlmes vājēt un ātru ēšanu, slikti sagremojot ēdienu. Šajos gadījumos svarīgi mūsu novērojumi, efektīvas sarunas ar pacientu par pareizu ēšanu un tās nozīmīgumu, nepieciešamības gadījumā piedāvājot papildus terapiju simptomu mazināšanai. Tikai 9 novērošanas gadījumos ēšanas traucējumi pētījuma dalībniekiem netika novēroti.



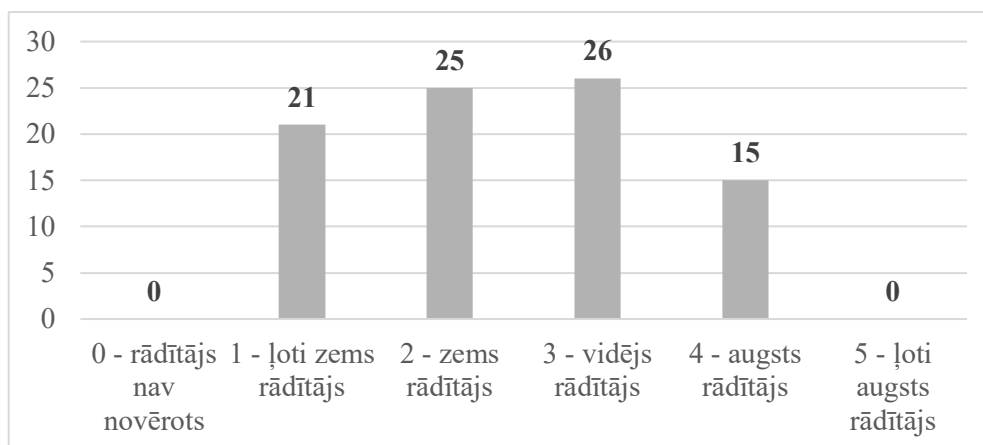
4.3. att. Pētījuma dalībnieku ēšanas traucējumu vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Nākošajā 4. attēlā apkopoti novērojuma protokola rezultāti *pārļiekai aktivitātei*. Lielākai daļai 51 novērošanas gadījumā pētījuma dalībniekiem tā nebija izteikta, kas liecina par psihiskā stāvokļa stabilizēšanos, spēju kontrolēt šizofrēnijas simptomus, netērējot savu enerģiju bezjēdzīgās aktivitātēs. 36 novērošanas gadījumos pārļieku liela aktivitāte izpaudās bezmērķīgi klīstot pa gaiteni, ārpus režīma noteiktos laikos prasot papildus cigaretes, uzbāžoties citiem pacientiem un personālam ar savām vajadzībām vai nodarbinot sevi ar sev interesējošām aktivitātēm, piemēram, galda spēles, sarunas, vingrošana. Tas norāda, cik svarīgi aprūpes personālam būt pacietīgiem, spēt efektīvi komunicēt ar pacientiem un būt empātiskiem.



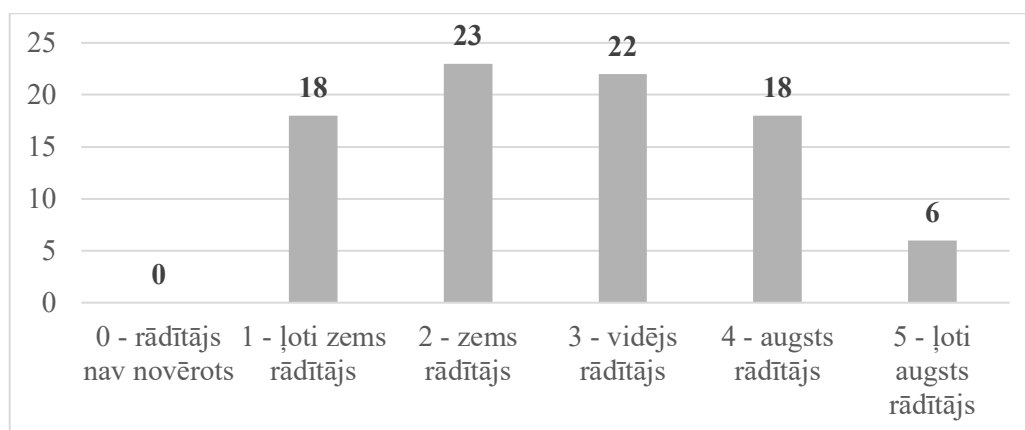
4.4. att. Pētījuma dalībnieku pārļiekas aktivitātes vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Novērojuma protokolā iegūtie rezultāti *pārļiekai pasivitātei* redzami 5. attēlā. Lielākai daļai 46 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem rādītājs izpaudās saistībā ar šizofrēnijas simptomiem un personības izmaiņām. 41 novērošanas gadījumā pārļieku liela pasivitāte izpaudās negribīgi ievērojot personīgo higiēnu, samazinātā vēlmē kontaktēties ar citiem pacientiem un laiku pavadot pārsvarā gulšņājot vai nedaudz skatoties televizoru. Novērojuma protokolā iegūtie rezultāti norāda uz nepieciešamību māsām aktivizēt pasīvus pacientus, uzsverot personīgās higiēnas un fizisko aktivitāšu nozīmīgumu emocionālās un fiziskās labklājības uzlabošanā.



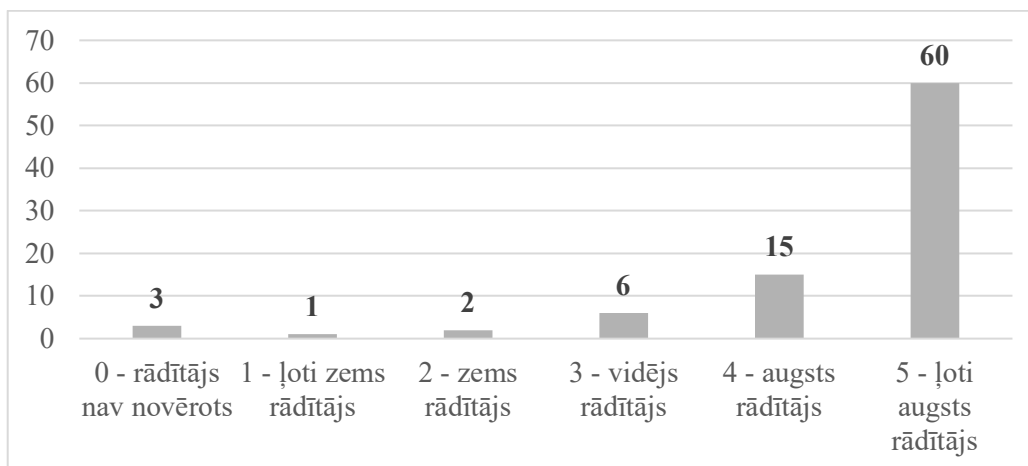
**4.5. att. Pētījuma dalībnieku pārļiekas pasivitātes vērtējums (novēroto gadījumu skaits)**

Apkopojot novērojuma protokola rezultātus *prasmei atpūsties* vērtējumi pētījuma dalībniekiem redzami 6. attēlā. Lielākai daļai pētījuma dalībnieku 63 novērošanas gadījumos rādītājs novērots ar zemāku vērtējumu saistībā ar šizofrēnijas simptomiem, kā arī zināšanu trūkumu par aktivitāšu un atpūtas sabalansēšanu. Novērojuma rezultāti norāda, cik svarīgi māsām izglītēt pacientus par pareizu atpūtu un izskaidrot informācijas iespējas internetā vai žurnālos, veicinot viņu fizisko un emocionālo labsajūtu. Tikai 24 novērošanas gadījumos prasme atpūsties novērota klausoties mūziku, skatoties televizoru, darbojoties telefonā vai datorā ar internetu, meditējot vai veltot laiku gulēšanai.



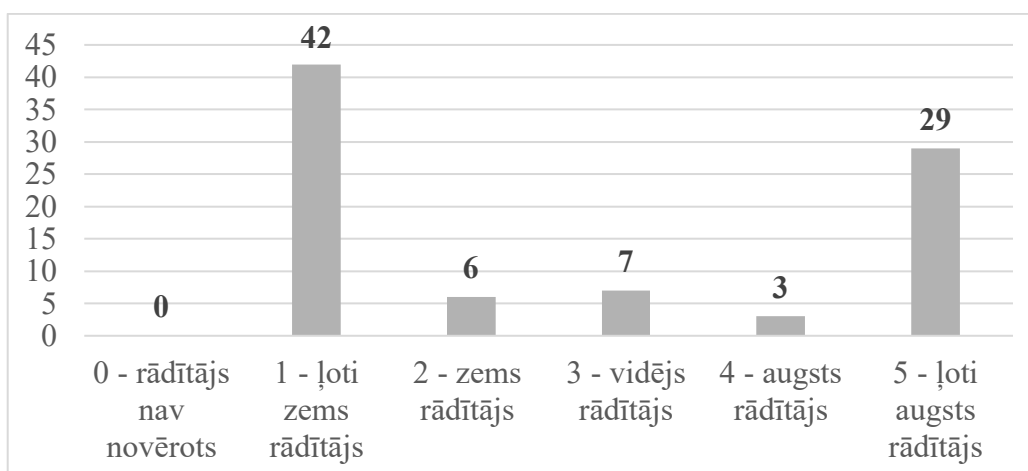
**4.6. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums prasmē atpūsties (novēroto gadījumu skaits)**

Pētījuma dalībnieku **smēķēšanas** vērtējumi redzami 7. attēlā. Apkopojot novērojuma protokola rezultātus vairākumā 60 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki izmantoja visas režīmā paredzētās smēķēšanas reizes un tikai 24 novērošanas gadījumos dažas smēķēšanas reizes tika izlaistas, kas liecina par īpaši kaitīgu ietekmi uz viņu veselību. Pētījuma rezultāti norāda, ka māsām svarīgi izglītot pacientus par smēķēšanas kaitīgumu, izskaidrojot informācijas iespējas par šo tēmu. Tikai 3 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki nesmēķēja vispār.



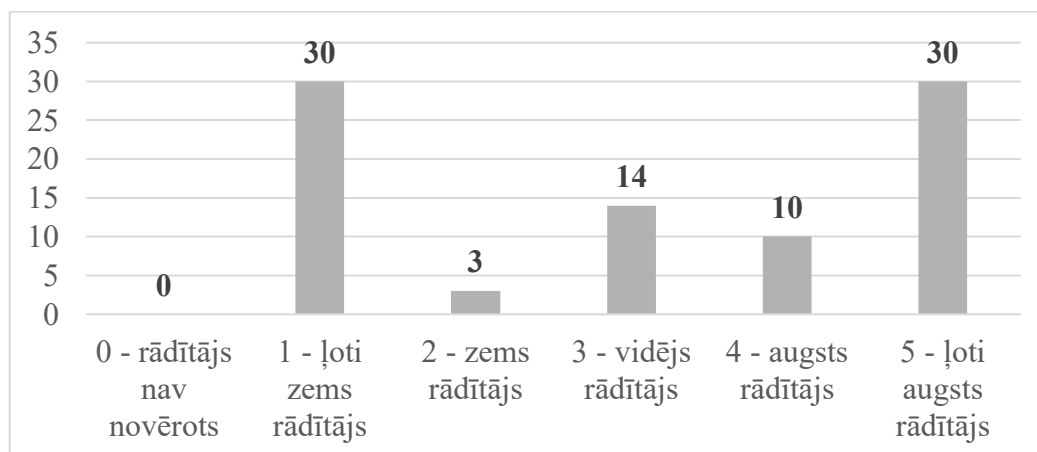
4.7. att. Pētījuma dalībnieku smēķēšanas vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

8. attēlā redzami vērtējumi **dušas apmeklējumam bez atgādinājuma**. Apkopojot novērojuma protokolā iegūtos rezultātus dušas apmeklējumam bez atgādināšanas ir zemāks rādītājs vairākumā 55 novērošanas gadījumos, saistībā ar viņu uzskatu, ka bieža mazgāšanās nav vajadzīga, izraisot citu pacientu novēršanos no viņiem. Svarīga māsu iesaistīšanās, atgādinot un izglītojot pacientus par personīgās higiēnas nepieciešamību, būt empātiskām, pacietīgām un veidojot pozitīvu saskarsmi ar viņiem. Tikai 32 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki dušu apmeklēja katru dienu vai katru otro dienu.



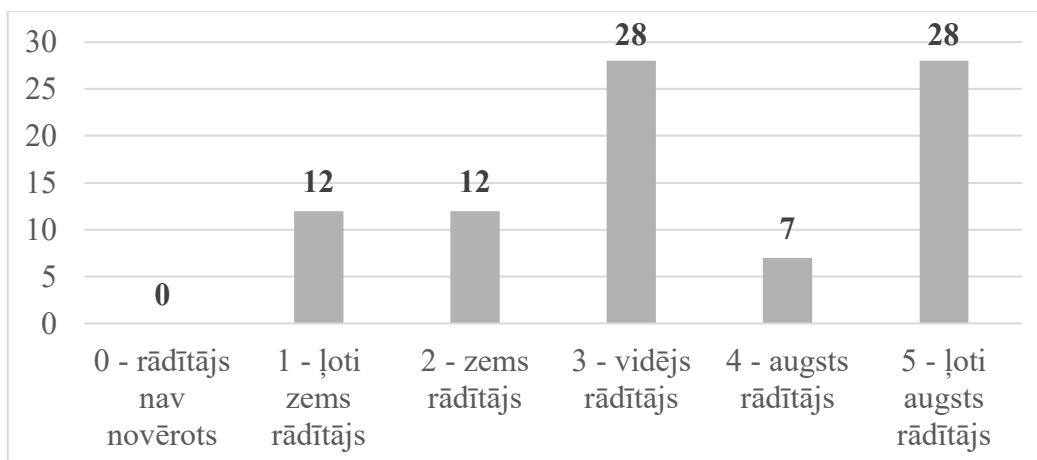
4.8. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums dušas apmeklējumam bez atgādināšanas (novēroto gadījumu skaits)

Pētījuma rezultāti *zobu higiēnai bez atgādināšanas* redzami 9. attēlā. Lielākai daļai pētījuma dalībnieku 47 novērošanas gadījumos bija jāatgādina par zobu higiēnu un viņi to veica pavirši un negribīgi, veicinot zobu bojāšanos. Pētījuma rezultāti norāda uz nepieciešamību māsām atgādināt par zobu netīrīšanas negatīvajām sekām, veicot pacientu izglītošanu pacientam saprotamā veidā. Tomēr 40 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki pēc brokastīm vai medikamentu saņemšanas iztīrīja zobus bez atgādināšanas.



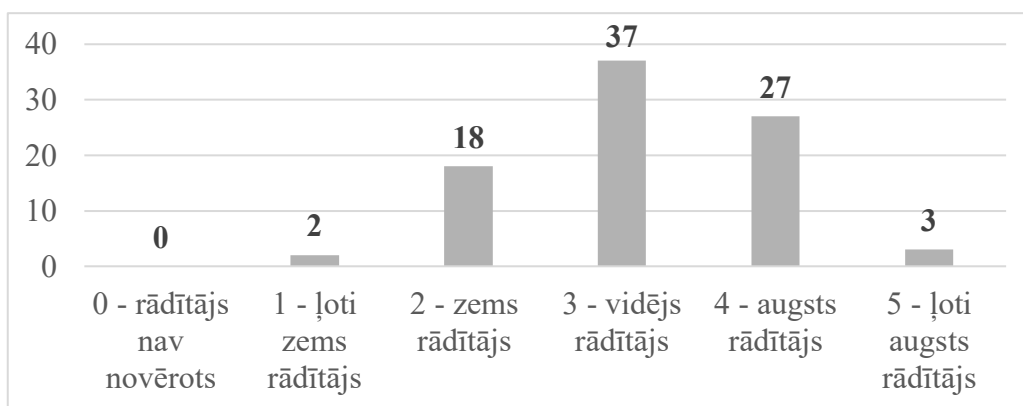
4.9. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums zobu higiēnai bez atgādināšanas (novēroto gadījumu skaits)

Novērojuma protokola rezultāti *roku mazgāšanai pirms ēdienreizēm* redzami 10. attēlā. Vairākumā 52 novērošanas gadījumu pētījuma dalībnieki rokas pirms ēdienreizēm mazgāja ar atgādināšanu un pierunāšanu, negribīgi, cenšoties tās mazgāt pavirši un bez ziepēm. Tas varētu būt saistīts ar viņu dzīvesveidu ārpus slimnīcas, zināšanu trūkumu par roku higiēnas nepieciešamību un šizofrēnijas simptomu izpausmēm. Māsām svarīgi veidot pozitīvu saskarsmi ar šādiem pacientiem, palīdzot viņiem saprast roku mazgāšanas nozīmīgumu pirms ēdienreizēm. 35 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki mazgāja rokas bez atgādināšanas pirms ēdienreizēm.



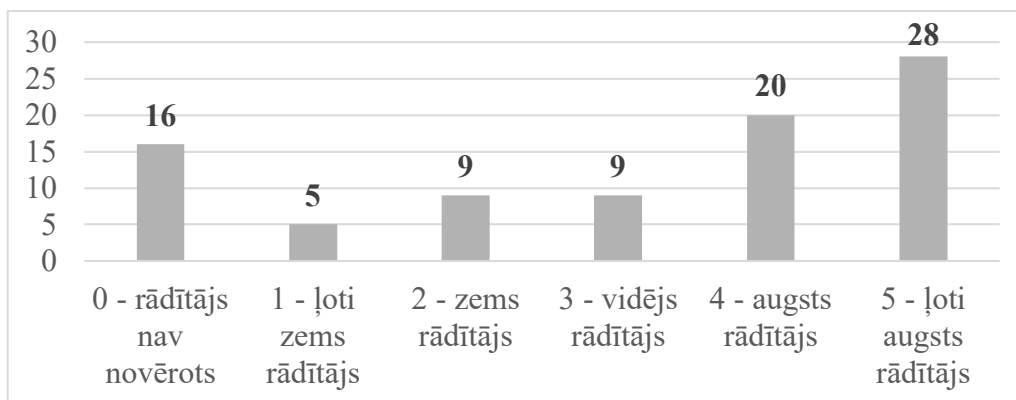
4.10. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums roku mazgāšanai pirms ēdienreizēm (novēroto gadījumu skaits)

Novērojuma protokolā iegūtie rezultāti **fiziskām aktivitātēm** redzami 11. attēlā. Lielākajā daļā 57 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem fiziskās aktivitātes bija samazinātas, saistībā ar medikamentu iedarbības blakusefektu, interešu trūkumu, sliktu pašsajūtu vai slinkumu. Tas norāda, cik māsām svarīgi veikt pacientu izglītošanu par fizisko aktivitāšu nepieciešamību un veicināt fiziskās kustības arī stacionāra apstākļos. Tikai 30 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki spēja sevi adekvāti nodarbināt fiziski, veicot ikdienas aktivitātes, vingrojot un labprāt piedaloties pastaigās.



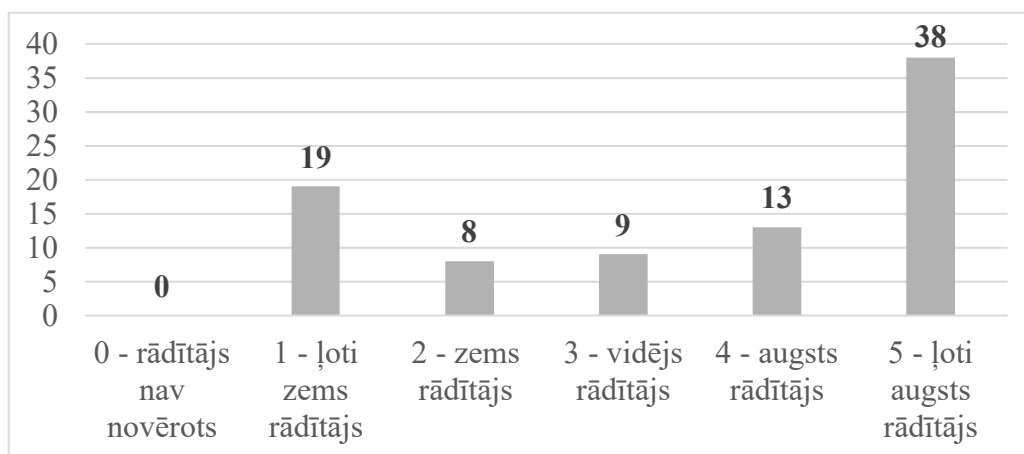
4.11.att. Pētījuma dalībnieku fizisko aktivitāšu vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Pētījuma rezultātu vērtējums **līdzestībai blakussaslimšanu ārstēšanā** redzams 12. attēlā. Novēroto pētījuma dalībnieku blakussaslimšanas saistītas ar C hepatītu, paaugstinātu asinsspiedienu, gastrītu, cukura diabētu, infekciju HIV, leukēmiju, sāpēm mugurā un urīna nesaturēšanu. Lielākajā daļā 48 novērošanas gadījumos viņi centās sadarboties ar māsām savu blakussaslimšanu ārstēšanā veidojot līdzestību. Tomēr 39 novērojumu gadījumos pētījuma dalībnieki savu blakussaslimšanu neuztvēra nopietni, neveidoja vēlamo līdzestību ar māsām, kas liecina par zināšanu trūkumu vai šizofrēnijas simptomu izpausmēm. Pētījuma rezultāti atklāj nepieciešamību māsām aktīvāk iesaistīties pacientu blakussaslimšanu izglītošanā, lai viņi izprastu saslimšanas būtību un veidotu līdzestību tās ārstēšanā.



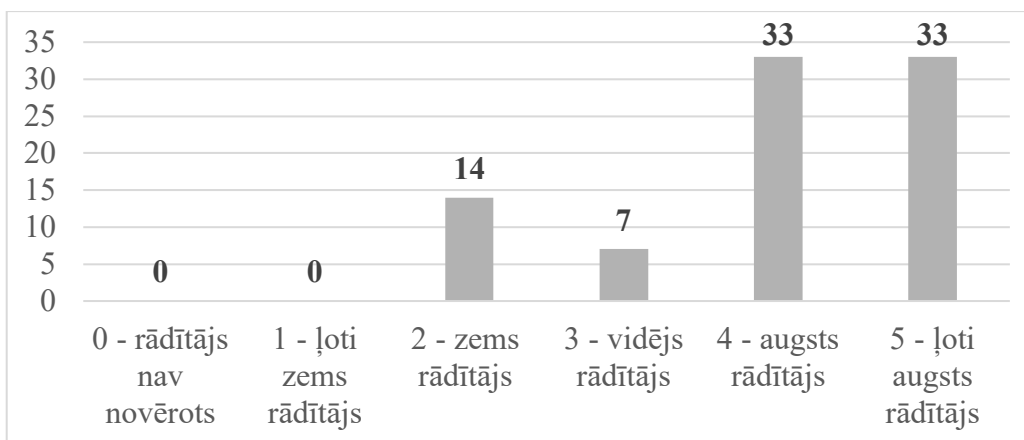
4.12. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums līdzestībai blakussaslimšanu ārstēšanā (novēroto gadījumu skaits)

13. attēlā redzami novērojuma protokola rezultāti pacientu ***līdzestībai pamatsaslimšanas ārstēšanā***. Apkopojot pētījuma rezultātus, līdzestības trūkums pamatsaslimšanas ārstēšanā novērots 36 novērošanas gadījumos, kas saistīts ar pētījuma dalībnieku uzskatu par šizofrēnijas neesamību. Šajos gadījumos māsām vajadzētu palīdzēt pacientiem izprast, kas ir šizofrēnija, izglītojot viņus par tās izpausmēm un izglītot, kā ar to sadzīvot. Tomēr vairākumā 51 novērošanas gadījumā atklājās, ka viņi apzinās savu saslimšanu, izrāda līdzestību ārstēšanā un ieklausās māsu un ārstu ieteikumos par to, kā ātrāk atveseļoties.



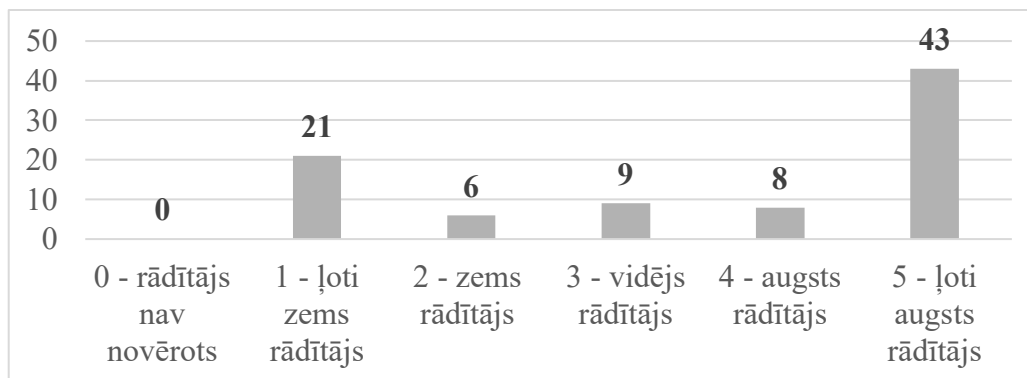
4.13. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums līdzestībai pamatsaslimšanas ārstēšanā (novēroto gadījumu skaits)

Pētījuma rezultātu vērtējumi pacientu ***spējai patstāvīgi ģērbties atbilstoši laikapstākļiem*** redzami 14. attēlā. Lielākajā daļā 66 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki patstāvīgi spēja ģērbties atbilstoši laikapstākļiem, tomēr 21 novērošanas gadījumā viņi runāja prefīm personālam, centās nevilkt cepuri, šalli vai cimodus, kā arī centās līdz galam neaizpogāt mēteli, pakļaujot sevi riskam saaukstēties. Novērojuma protokolā iegūtie rezultāti norāda, cik būtiski māsām izglītot pacientus par laikapstākļiem atbilstošu ģērbšanos, minot arī negatīvās sekas to neievērojot.



4.14. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums spējai patstāvīgi ģērbties atbilstoši laikapstākļiem (novēroto gadījumu skaits)

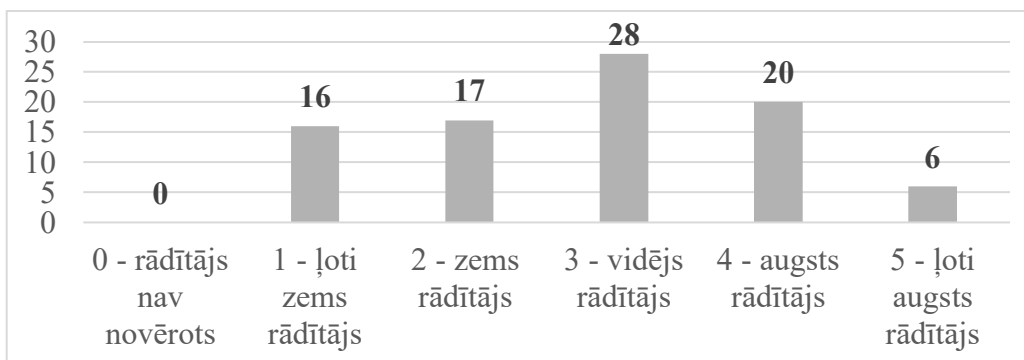
15. attēlā redzami novērojuma protokolā iegūtie rezultāti pacientu *līdzestībai medikamentu lietošanā*. Lielākajā daļā 51 novērošanas gadījumā pētījuma dalībnieki bija līdzestīgi medikamentu lietošanā, apzinoties to nozīmīgumu atveseļošanās procesā. Tomēr 36 novērošanas gadījumos viņi uzskatīja, ka var iztikt bez tiem, centās tos neizdzert vai arī medikamentu izsniegšanas laikā tos izdzēra, izsakot negatīvismu māšai, kura tos izsniedza. Tas norāda, ka māšai svarīgi kontrolēt ne tikai pacientu medikamentu lietošanu, bet arī izglītot viņus par to lietošanas nepieciešamību, lai viņi ātrāk atveseļotos un tos lietotu arī pēc izrakstīšanās no stacionāra, sadarbojoties ar ārstējošo psihiatru.



4.15. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums līdzestībai medikamentu lietošanā (novēroto gadījumu skaits)

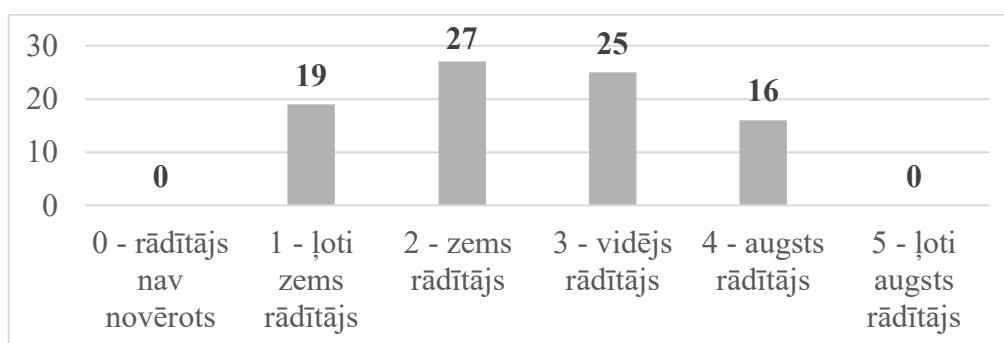
*Pacientu emocionālās labklājības rādītāji:*

Pētījuma rezultāti pacientu *pazeminātam garastāvoklim* redzami 16. attēlā. Vairākumā 54 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki izjuta pazeminātu garastāvokli saistībā ar šizofrēnijas simptomātiku, vēlmi norobežoties no citiem pacientiem, blakussaslimšanu simptomiem, kas izpaudās kā neapmierinātība, aizkaitināmība un impulsīvas izpausmes. Tas norāda, ka māsām svarīgi laicīgi novērst nesaskaņas pacientu vidū, nodrošināt apstākļus šādiem pacientiem, lai viņus citi netraucē, kā arī laicīgi piedāvāt ārsta nozīmēto papildus terapiju, lai izvairītos no citu pacientu fiziskas aizskaršanas. 33 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem pazeminātu garastāvokli novēroja neizteikti un gadījumos, kad viņi bija neapmierināti ar citu pacientu uzbāzīgo uzvedību vai viņu higiēnas neievērošanu.



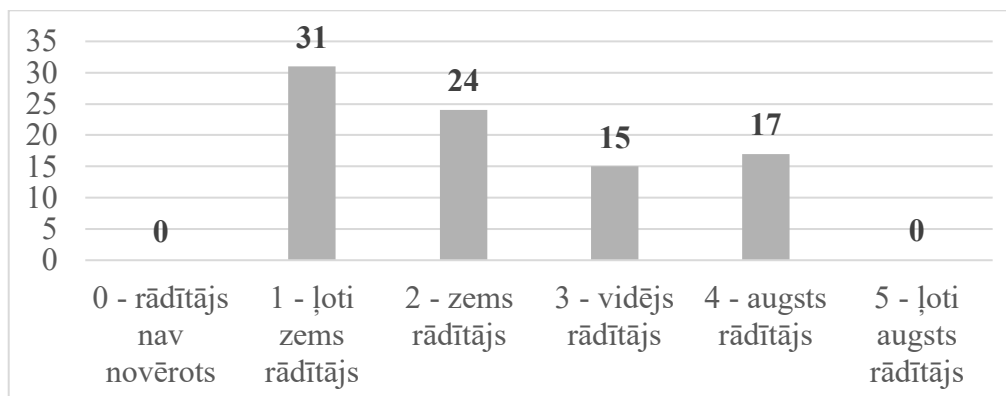
4.16. att. Pētījuma dalībnieku pazemināta garastāvokļa vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

17. attēlā redzami apkopotie pētījuma rezultāti pacientu *pašapziņas traucējumiem*, kas vairākumā 46 novērošanas gadījumos bija neizteikti, pētījuma dalībniekiem spējot izteikt un pamatot savas domas diskusijās ar personālu, sagaidot cieņpilnu attieksmi pret sevi, spējot kritiski izvērtēt citu pacientu psihisko stāvokli, lai neveidotos konflikti. Tostarp bija novērojama arī citu pacientu verbāla aizskaršana un pretošanās pamatotām personāla prasībām, nekritiska attieksme pret savu saslimšanu un medikamentu lietošanas nepieciešamību, kas arī liecina par viņu augsto pašapziņu. Tomēr 41 novērošanas gadījumā pētījuma dalībniekiem pašapziņas traucējumus varēja novērot neprotot sevi aizstāvēt konfliktu laikā ar citiem pacientiem, ļaujot ar sevi manipulēt, kas norāda uz viņu zemo pašapziņu. Svarīgi būtu māsām veicināt pacientu pašapziņu, lai viņi justos pārliecinātāki par sevi, spētu sevi cienīt, patstāvīgi pieņemt lēmumus un aizstāvētu sevi no citu pacientu negatīvās ietekmes.



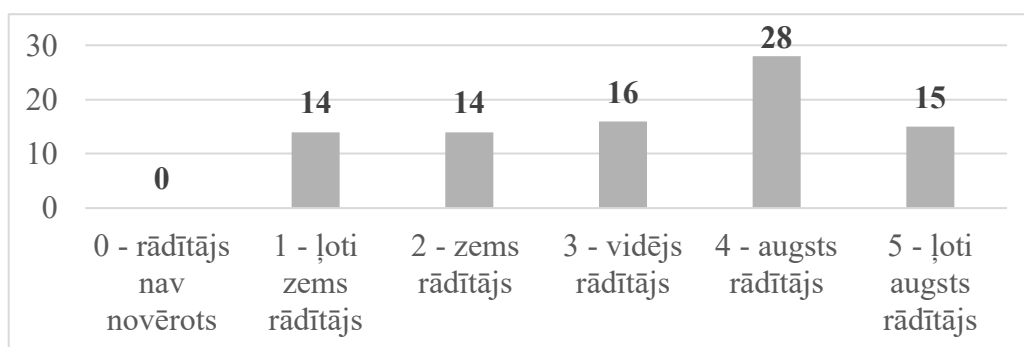
#### 4.17. att. Pētījuma dalībnieku pašapziņas traucējumu vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Novērojuma protokolā apkopotie rezultāti pacientu *spējai pārvaldīt psihisko stāvokli* redzami 18. attēlā. Lielākajā daļā 70 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki nespēja patstāvīgi pārvaldīt savu psihisko stāvokli, meklējot palīdzību pie personāla vai neapzinājās šizofrēnijas saasinājumu un nelabprāt pieņēma ārstu un māsu palīdzību. Rezultāti norāda un nepieciešamību māsām laicīgi reaģēt uz pacientu impulsīvām darbībām, nodrošinot viņiem nozīmēto papildus terapiju, izrādot empātiju un veidojot pozitīvu saskarsmi. Tikai 17 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki spēja pārvaldīt savu psihisko stāvokli.



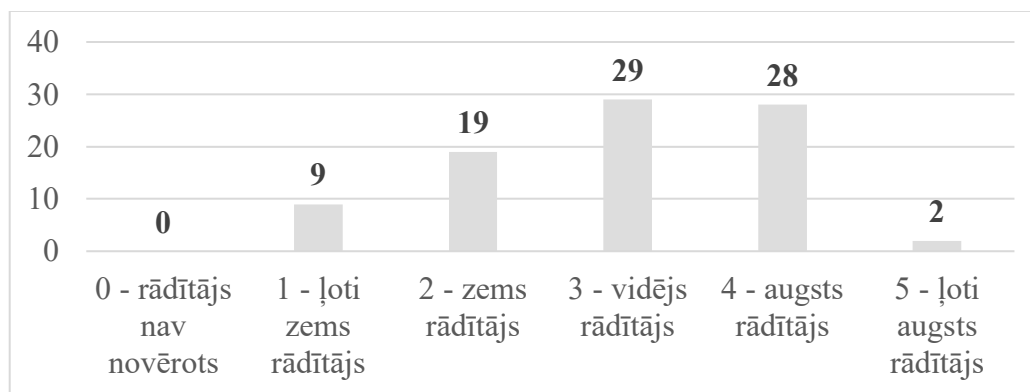
#### 4.18. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums spējai pārvaldīt psihisko stāvokli (novēroto gadījumu skaits)

19. attēlā redzami pētījumā apkopoto novērojuma rezultāti pacientu *iesaistīšanās lēmumu pieņemšanā*. Vairums 44 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki lēmumu pieņemšanā iesaistījās neaktīvi, kas varētu norādīt uz to, ka viņiem ir ērti, ja citi izlemj viņu vietā, ja tas neapdraud viņu intereses, piemēram smēķēšanu, tējas vai kafijas pauzi. Novērojuma protokolā iegūtie rezultāti atklāj, cik nozīmīgi māsām iedrošināt pacientus pieņemt lēmumus patstāvīgi, kas uzlabotu viņu emocionālo labsajūtu. Tomēr 43 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki centās iesaistīties lēmumu pieņemšanā, saistībā ar medikamentu blakusefektu vai psihiskā stāvokļa uzlabošanu, izrakstīšanos no stacionāra, kontaktu veidošanu ar tuviniekiem, turpmāko dzīvošanu pensionātā vai medikamentu iegādi blakussaslimšanu ārstēšanā.



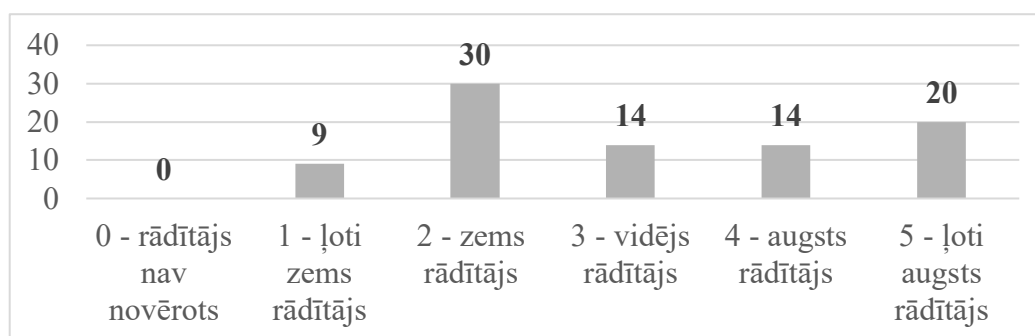
4.19. att. Pētījuma dalībnieku iesaistīšanās lēmumu pieņemšanā vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Novērošanas protokolā iegūtie rezultāti pacientu *pozitīvas saskarsmes veidošanai* redzami 20. attēlā. Apkopojot pētījuma rezultātus vairākumā 57 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem pozitīvu saskarsmi veidot bija sarežģīti, kas saistīts ar šizofrēnijas simptomiem, psihiskā stāvokļa saasinājumu, garastāvokļa svārstībām, citu pacientu pazemošanu vai izsmiešanu, uzbāzīgu attieksmi vai neiecietību pret citu pacientu slimības izpausmēm. Tas norāda uz nepieciešamību māsām izglītēt pacientus par to, kā veidot pozitīvu saskarsmi ar apkārtējiem, veicinot viņu socializāciju un uzlabojot emocionālo labsajūtu. Tikai 30 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki centās būt laipni pret apkārtējiem un neiesaistīties konfliktos.



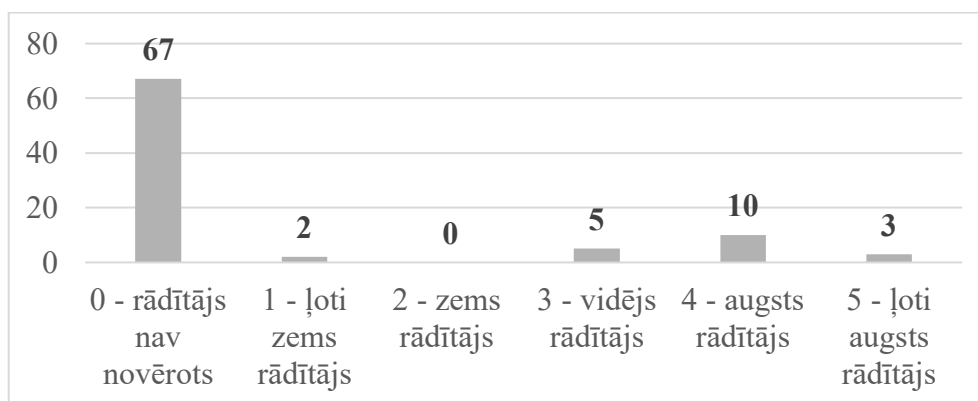
4.20. att. Pētījuma dalībnieku pozitīvas saskarsmes vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Rādītājam *vēlmei veidot attiecības ar apkārtējiem* novērošanas protokolā iegūtie rezultāti redzami 21. attēlā. Vairumā 53 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki minimāli kontaktējas ar apkārtējiem, norādot uz šizofrēnijas simptomiem, depresīvu noskaņojumu, trulumu vai apzinātu vēlmi būt vienam. 34 novērošanas gadījumos viņi centās pēc iespējas vairāk kontaktēties ar citiem pacientiem, meklējot savu izdevīgumu attiecībās, piemēram, mēģinot pierunāt sarunu biedru, lai aizdod cigaretes, tēju vai magnetafonu vai arī gribēja vienkārši parunāties, spēlēt kopā kārtis vai šahu. Novērojuma protokolā iegūtie rezultāti norāda uz to, ka māsām svarīgi veicināt pacientu socializāciju, izglītojot viņus par veidiem, kā labāk veidot attiecības ar apkārtējiem un izskaidrojot pozitīvas saskarsmes nozīmi.



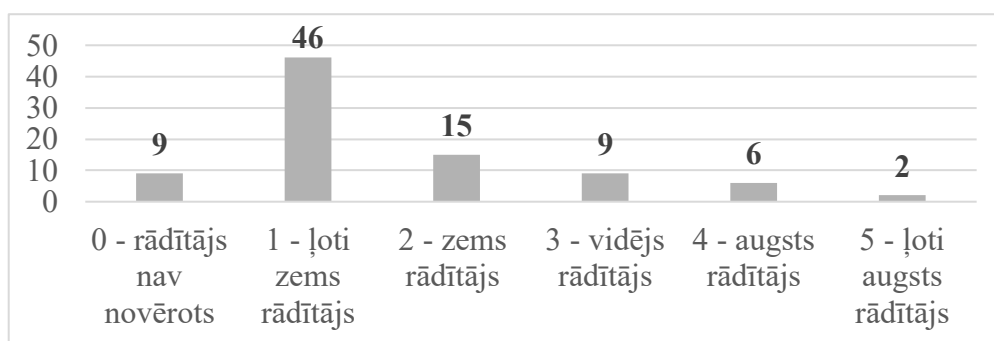
4.21. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums vēlmei veidot attiecības ar apkārtējiem (novēroto gadījumu skaits)

Pētījumā apkopotie novērošanas protokola rezultāti pacientu *seksualitātes izrādīšanā* redzami 22. attēlā. Vairākumā 67 novērošanas gadījumu rādītājs netika novērots, tomēr 18 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki seksualitāti izrādīja nekritiski, cenšoties koķetēt ar māsu un uz aizrādījumiem nereaģēt, apķerot citu pacientu un glāstot viņam roku, pie loga sūtot gaisa bučas pacientiem pretējā dzimuma pārstāvjiem, kuri izgājuši pastaigāties. 2 novērošanas gadījumos 1 pētījuma dalībnieks sarunā ar māsu centās noskaidrot, kā medikamenti ietekmēs viņa seksuālo dzīvi turpmāk. Novērojuma protokolā iegūtie rezultāti norāda, ka māsām jāuzdrošinās runāt ar pacientiem arī par viņu seksuālo vajadzību nodrošināšanu un problēmu risināšanu, kas ir tik būtiski viņu fiziskai un emocionālai labklājībai.



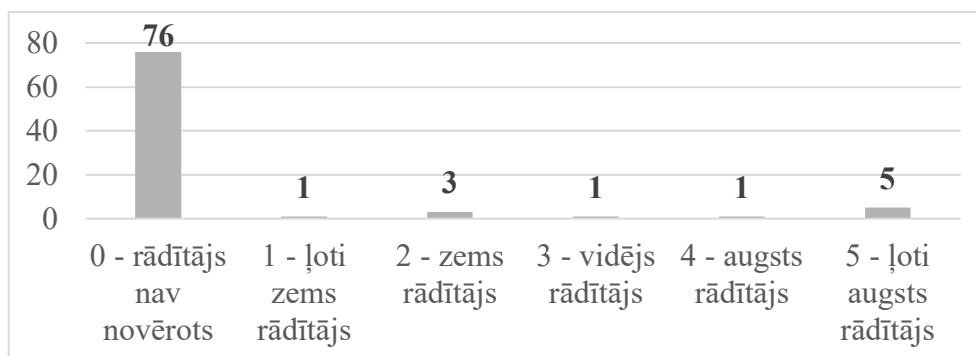
4.22. att. Pētījuma dalībnieku seksualitātes izrādīšanas vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Novērojuma protokolā iegūtie rezultāti pacientu *impulsivitātes izrādīšanā apkārtējiem* redzami 23. attēlā. Lielākajā daļā 61 novērošanas to varēja novērot neizteikti, kas bija saistīts ar verbālu neapmierinātību, paužot neiecietību pret citu pacientu uzbāzīgo uzvedību vai palātas biedru higiēnas neievērošanu, kā arī aizcērtot palātas durvis, saistībā ar režīma ievērošanas prasībām. 17 novērošanas gadījumos impulsivitāte bija saistīta ar skaļu verbālu neapmierinātību attiecībā pret personālu un citiem pacientiem šizofrēnijas simptomu iespaidā. Tikai 9 novērošanas gadījumos rādītājs netika novērots. Novērojuma protokolā iegūtie rezultāti norāda, cik būtiski māsām novērtēt pacientu psihisko stāvokli un savstarpējās attiecības profesionāli rīkojoties, lai viņu starpā neveidotos konflikti ar verbālu un fizisku aizskaršanu.



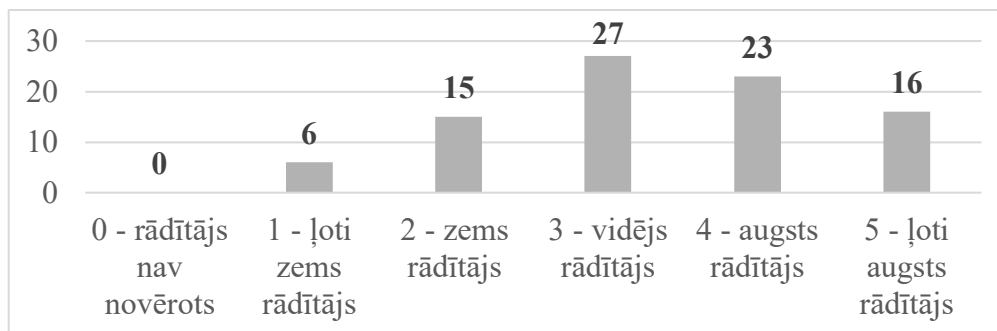
4.23. att. Pētījuma dalībnieku impulsivitātes izrādīšana apkārtējiem vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Pētījuma novērošanas protokolā iegūtie rezultāti *jaunu prasmju apgūšanā sadarbojoties ar ergoterapeitu* redzami 24. attēlā. Lielākajā daļā 76 novērojuma gadījumos pētījuma dalībnieki nesadarbojās ar šiem speciālistiem dēļ tā, ka viņi piedāvā apgūt jaunas iemaņas zīmēšanā vai gleznošanā, kas visiem pacientiem neinteresē vai arī novērošanas dienā nodarbība nebija paredzēta. Novērošanas protokolā iegūtie rezultāti norāda, ka ergoterapijai vajadzētu būt vairāk vērstai uz pacientu ikdienas iemaņu apgūšanu, lai viņiem tas noderētu izrakstoties no stacionāra un būtu interesanti šajās nodarbībās piedalīties. 5 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki pēc nodarbības nedaudz zīmēja, tomēr 6 novērošanas gadījumos viņi nodarbību gaidīja ar interesi labā garastāvoklī.



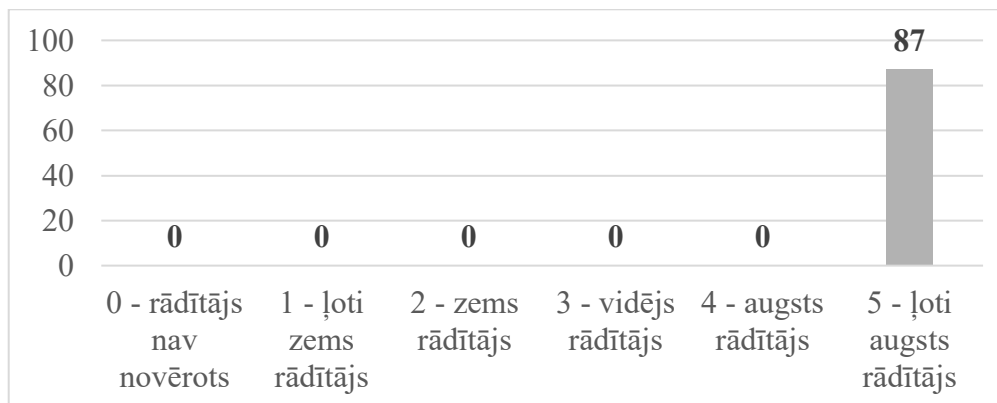
4.24. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums jaunu prasmju apgūšanā sadarbojoties ar ergoterapeitu (novēroto gadījumu skaits)

Pētījuma protokolā apkopotie rezultāti par *pacientu nodarbinātību* redzami 25. attēlā. Lielākajā daļā 48 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieku nodarbinātība bija saistīta ar ilgstošu gulšņāšanu dienas laikā, bezmērķīgu staigāšanu pa gaiteni, mūzikas klausīšanos vai sarunām ar citiem pacientiem. Pētījuma rezultāti norāda, cik svarīgi māsām izglītot pacientus par nodarbinātības iespējām stacionārā, aicinot lasīt grāmatas, vingrot, rūpēties par personīgo higiēnu vai noskaidrot citas intereses, ar kurām pacienti varētu nodarboties. 39 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki laiku aizpildīja spēlējot kārtis vai šahu ar citiem pacientiem, vingrojot, meditējot, apmierinot savas interese interneta vidē, zīmējot, gleznojot, lasot.



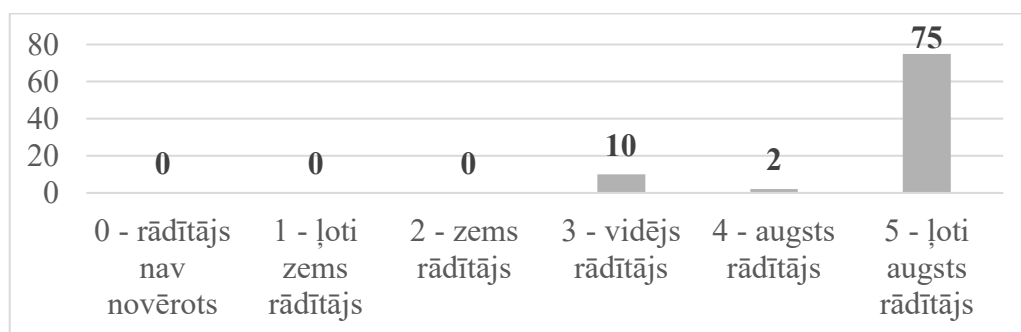
4.25. att. Pētījuma dalībnieku nodarbinātības vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Apkopojot novērojuma protokola rezultātus *iespējai noskaidrot, kādus medikamentus saņemt to izsniegšanas laikā*, 87 novērošanas bija ļoti augsts vērtējums, kas redzams 26. attēlā. Rezultāti norāda uz māsu profesionālo pieeju veicināt pacientu līdzestību medikamentu lietošanā. Tomēr pētījuma dalībnieku ieinteresētība, kādus medikamentus viņi saņem, bija atšķirīga. Vairākumā 51 novērošanas gadījumā pētījuma dalībnieki neinteresējās par medikamentiem, tomēr pirms to dzeršanas tos pārbaudīja. 28 novērošanas gadījumos viņi medikamentus ātri izdzēra, neuzdodot jautājumus, kas varētu norādīt uz uzticību māsai vai arī vienaldzību. Tikai 8 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki interesējās par izsniegtiem medikamentiem un to iedarbību. Pētījuma rezultāti norāda uz nepieciešamību māsām būt zinošām un izglītot pacientus arī par medikamentiem, lai viņi spētu uzticēties viņām.



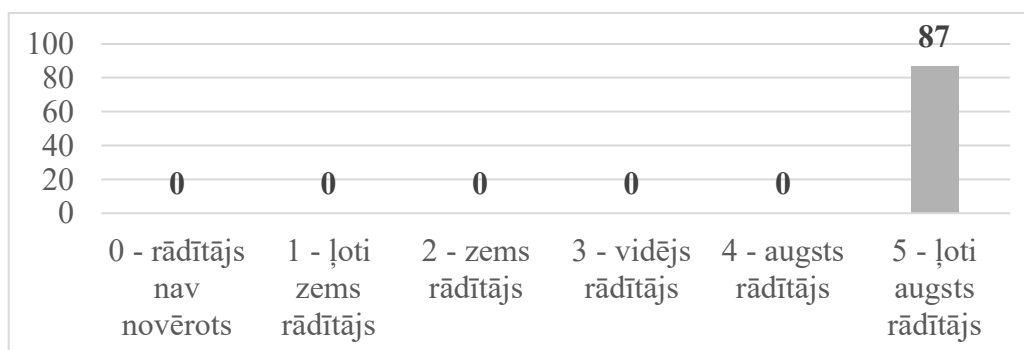
4.26. att. Pētījuma dalībnieku iespēja noskaidrot, kādus medikamentus viņi saņem to izsniegšanas laikā vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Novērošanas protokolā apkopotie rezultāti *iespējai paust personisko pārliecību* redzami 27. attēlā. Vairākumā 77 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem bija dota iespēja izteikt savu personisko pārliecību, kuru viņi pauda saistībā ar uzskatu, ka viņi ir veseli un var iztikt bez medikamentiem, higiēnas pārspīlēšanu slimnīcā, smēķēšanas nekaitīgumu, blakussaslimšanu ārstēšanas nesvarīgumu. Viņi izteicās arī par reliģiskiem uzskatiem, nepieciešamību ārstēties un lietot nozīmētos medikamentus. 10 novērošanas gadījumos pārliecības paušana tika ierobežota saistībā ar skaļu verbālu citu pacientu noniecināšanu, lai neizraisītu konfliktus viņu starpā. Māsām svarīgi neizrādīt savu neapmierinātību, izskaidrojot, ka viņu pārliecība paust savu viedokli veidā, kā viņi to dara, aizskar citus pacientus. Būtiski noskaidrot iemeslus, kāpēc šie pacienti šādi rīkojušies.



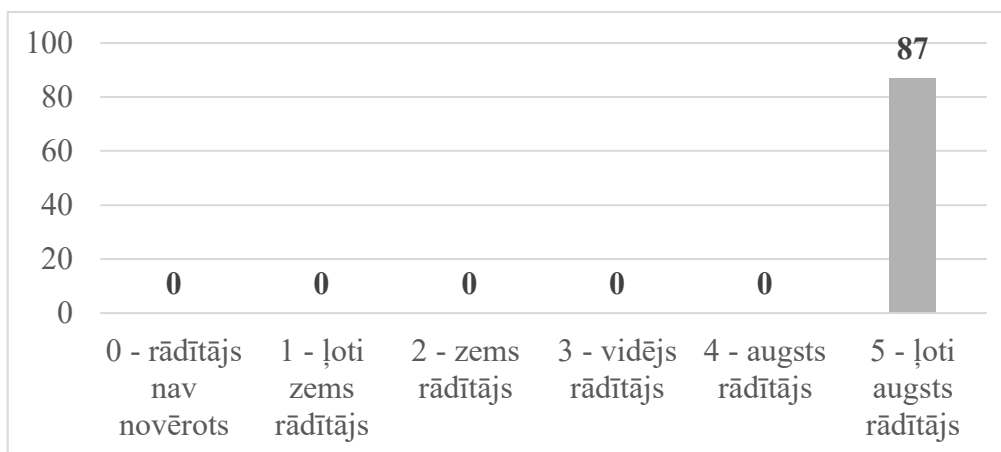
4.27. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums iespējai paust personisko pārliecību (novēroto gadījumu skaits)

28. attēlā redzams, ka *iespēja lasīt psiholoģisku vai reliģisku literatūru* bija visos 87 novērošanas gadījumos, pētījuma dalībniekiem izmantojot internetu, grāmatas vai žurnālus. Lielākā daļa pētījuma dalībnieku 43 novērošanas gadījumos nelasīja vispār dēļ koncentrēšanās traucējumiem un vēlmes laiku aizpildīt citā veidā, piemēram, sarunājoties vai spēlējot galda spēles ar citiem pacientiem. 31 novērošanas gadījumos viņi šo iespēju izmantoja, tomēr 13 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki lasīja stāstus, romānus vai žurnālus, kuri nebija saistīti ar psiholoģisku vai reliģisku literatūru. Pētījuma rezultātos redzams, ka pacientiem, kuriem interesē lasīt grāmatas vai cita veida literatūru šī iespēja nav ierobežota.



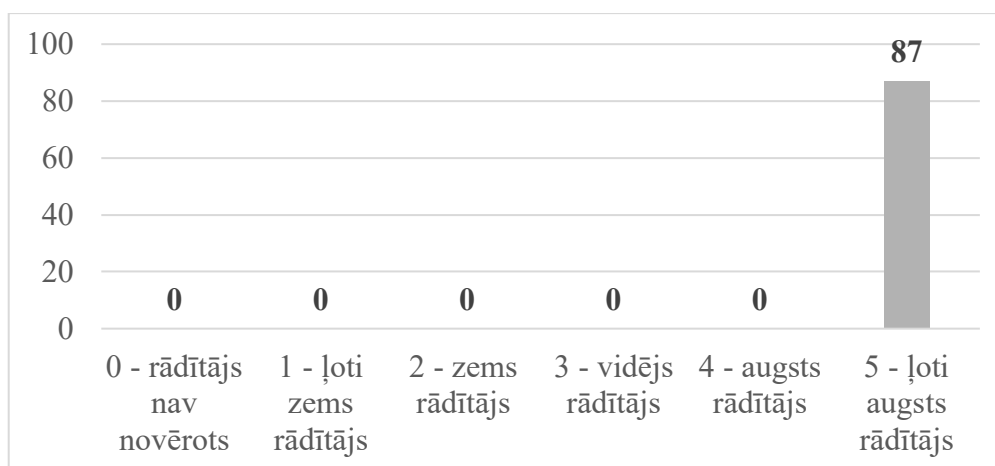
4.28. att. Pētījuma dalībnieku iespēja lasīt psiholoģisku vai reliģisku literatūru vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Novērošanas protokola rezultāti *iespējai klausīties mūziku un radio* redzami 29. attēlā. Visos 87 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem bija ļoti augsts vērtējums, darot to palātā vai gaitenī, izmantojot magnetafonu, pleijeri ar austiņām, mobilo telefonu, datoru vai televizoru. Vairākumā 77 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki izmantoja šo iespēju, norādot uz viņu emocionalitāti un spēju sevi nomierināt un priecāties. 10 novērošanas gadījumos viņi šo iespēju neizmantoja, neizrādot interesi par mūziku vai radio, tomēr arī neizrādīja nepatiku pret to, ka nodaļā skan mūzika. Pētījuma rezultātos redzams, ka pacientiem, kuriem interesē klausīties mūziku un radio, nav nekādu ierobežojumu to darīt.



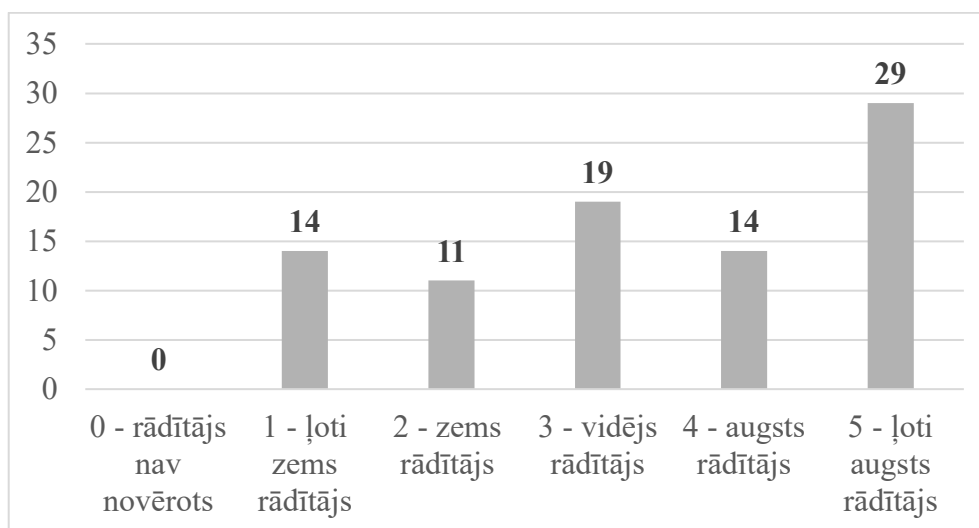
4.29. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums iespējai klausīties mūziku un radio (novēroto gadījumu skaits)

30. attēlā redzami pētījumā apkopotie novērošanas protokola rezultāti, kuros *iespēja veidot rokdarbus, gleznot vai zīmēt* bija visos 87 novērošanas gadījumos visiem pētījuma dalībniekiem, izņemot rokdarbu veidošanu, lai pacienti neievainotu sevi un apkārtējos. 30 novērošanas gadījumos viņi zīmēja vai gleznoja, no tiem 11 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem bija sadarbība ar ergoterapeitu. Rezultāti norāda, ka pacientiem, kuriem patīk zīmēt un gleznot, slimnīcā ir iespēja ar to nodarboties bez ierobežojumiem.



4.30. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums iespējai veidot rokdarbus, gleznot vai zīmēt (novēroto gadījumu skaits)

*ieinteresētībai uz klausīt ieteikumus emocionālās labklājības veicināšanai* pētījuma rezultāti redzami 31. attēlā. Vairākumā 44 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem ieinteresētība nebija izteikta, saistībā ar šizofrēnijas simptomiem, personības izmaiņām vai uzskatu, ka viņi jūtās labi tāpat. Ieinteresētību izglītošanas laikā varētu veicināt izmantojot attēlus, bukletus, audio vai video materiālus. 43 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki bija ieinteresēti uz klausīt māsu ieteikumus emocionālās labklājības veicināšanai, cenšoties pat noskaidrot, kur varētu par to vairāk izlasīt.



4.31. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums ieinteresētībai uz klausīt ieteikumus emocionālās labklājības veicināšanai (novēroto gadījumu skaits)

Apkopojot pētījumā iegūtos novērojuma protokola rezultātus par pacientu fizisko labklājību stacionārā, galvenās problēmas atklājās rādītājos *pārliedzīgā pasivitāte, prasme atpūsties, smēķēšana, dušas apmeklējums bez atgādināšanas, zobu higiēna bez atgādināšanas, roku mazgāšana pirms ēdienreizēm un fiziskās aktivitātes.*

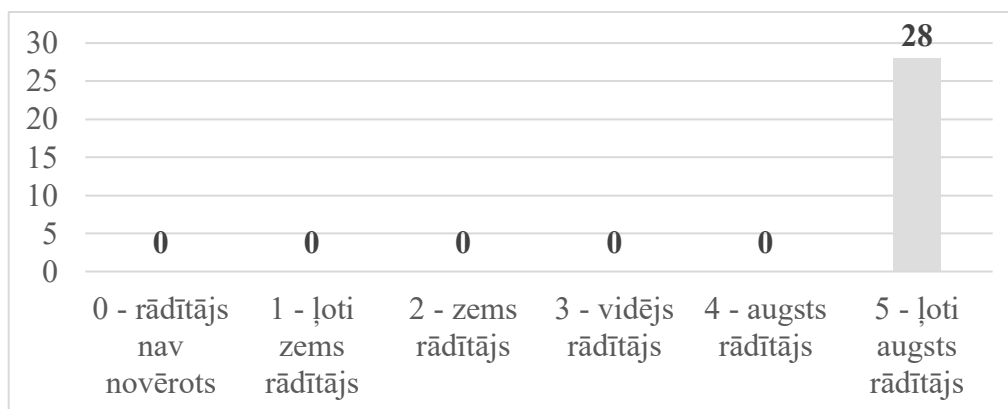
Pētījumā iegūtajos novērojuma protokola rezultātos par pacientu emocionālo labklājību stacionārā, galvenās problēmas izcēlās rādītājos *pazemināts garastāvoklis, pašapziņas traucējumi, spēja pārvaldīt psihisko stāvokli, iesaistīšanās lēmumu pieņemšanā, pozitīvas saskarsmes veidošana, vēlme veidot attiecības ar apkārtējiem un jaunu prasmju apgūšana sadarbojoties ar ergoterapeitiem.*

### 4.3 Māsu novērojuma iegūtie rezultāti un to analīze

*Fiziskās labklājības rādītāji, nodrošinot aprūpi pacientiem:*

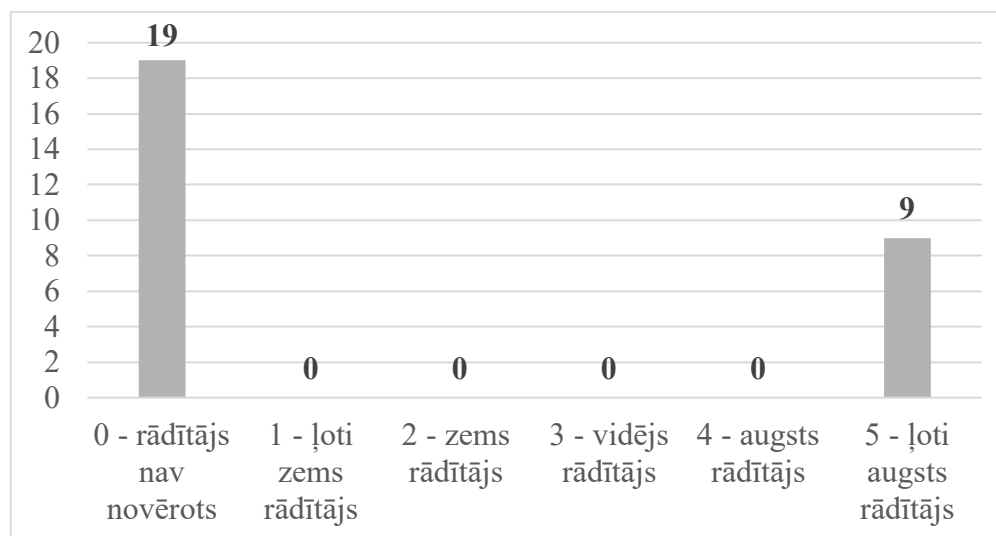
**Apetītes kontrole** visos 28 novērošanas gadījumos visiem pētījuma dalībniekiem bija ļoti augsts vērtējums, veicot pacientu pārraudzību ēdienreizēs, nepieciešamības gadījumā atgādinot viņiem par nesasteigtu ēšanu, nepieļaujot pārēšanos un pievēršot uzmanību

gadījumos, kad pacients neēd vai neapēd visu porciju. Pētījuma iegūtie novērojuma protokola rezultāti apetītes kontrolei redzami 32. attēlā. 4 novērošanas gadījumos māsas kontrolēja šizofrēnijas pacientu, kurš centās ēst ātri un norīt pilnībā nesagremotu barību, atgādinot viņam par lēnāku ēšanu un barības sagremošanu. 10 novērošanas gadījumos māsas centās noskaidrot samazinātas apetītes iemeslus un 10 novērošanas gadījumos tika veiktas pārrunas par palielinātas apetītes kontroli. Visos novērošanas gadījumos pacienšu apetīte tika dokumentēta pacientu aprūpes lapās. Pētījumā iegūtie rezultāti norāda par mūsu profesionālo un atbildīgo pieeju šizofrēnijas pacientiem.



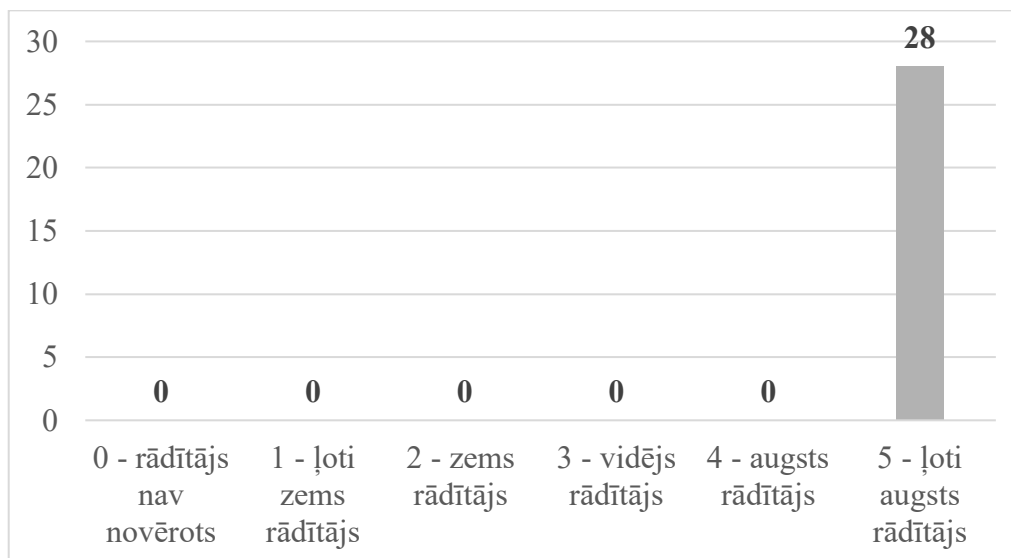
4.32. att. Pētījuma dalībnieku apetītes kontroles vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

33. attēlā redzami pētījumā iegūtie novērošanas protokola rezultāti *svara kontrolei*. Vairākumā rādītājs netika novērots 19 novērošanas gadījumos, kas bija saistīts ar pacientu svara noteikšanu 1 reizi nedēļā un nesakrita ar novērošanas dienām. 9 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki pacientu svaru dokumentēja novērtēšanas protokolā, informējot par to ārstu un veicot pārrunas ar pacientiem par fizisko aktivitāšu nozīmīgumu un atturēšanos no papildus porcijām. Arī šajos pētījumā iegūtajos rezultātos izpaužas mūsu profesionalitāte un izpratne par svara kontroles nozīmīgumu pacientiem.



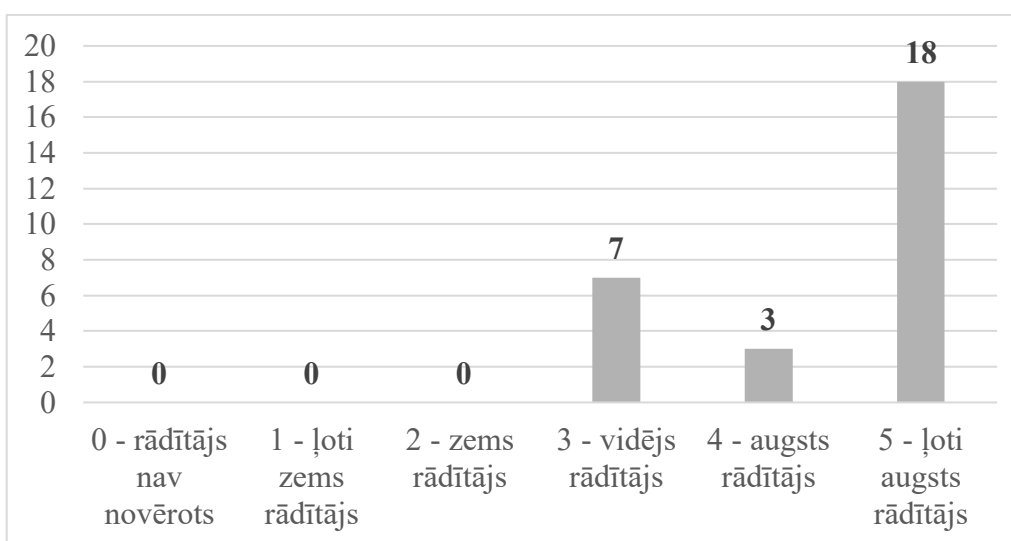
4.33. att. Pētījuma dalībnieku svara kontroles vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Pētījuma novērošanās protokola *vēdera izejas kontroles* rezultāti redzami 34. attēlā un visos 28 novērošanas gadījumos visiem pētījuma dalībniekiem bija ļoti augsts rādītājs. Viņi apvaicājās pacientiem par vēdera izeju, atzīmējot to novērošanas protokolā un nepieciešamības gadījumā izsniedzot medikamentus tās veicināšanai, kas liecina par atbildīgu pieeju pacientiem fiziskās labklājības veicināšanā.



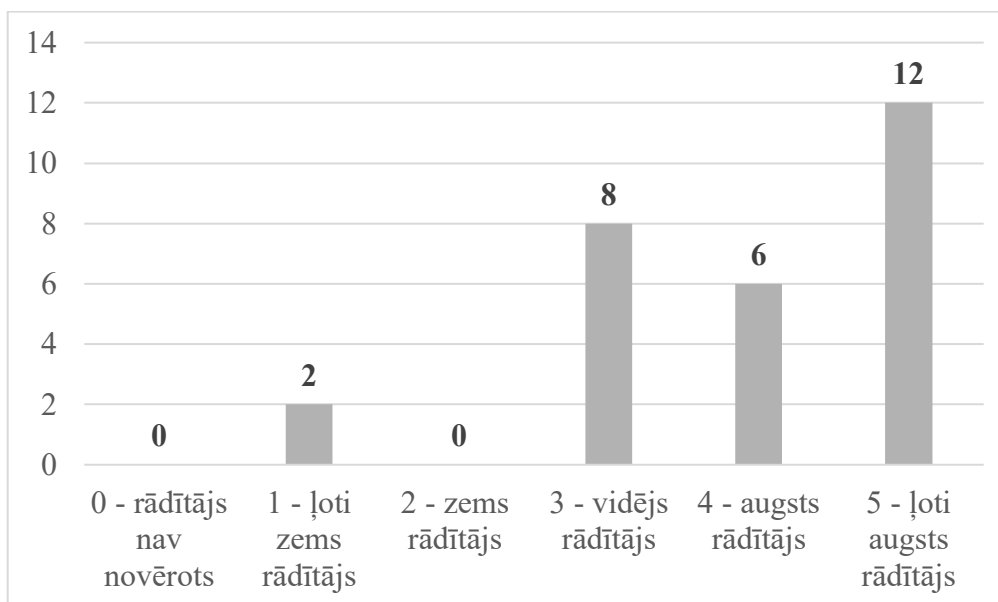
4.34. att. Pētījuma dalībnieku vēdera izejas kontroles vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

*Šķidruma uzņemšanas kontroles* vērtējums redzams 35. attēlā. Apkopojot novērošanas protokola rezultātus vairākumā 21 novērošanas gadījumā pētījuma dalībnieki kontrolēja pacientu šķidruma uzņemšanu. Tomēr 7 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki to darīja pasīvkā, kas saistīts ar procedūru māsu aizņemtību un šķidruma kontroles atbildību vairāk uzticot dežūrmāsi. Tas norāda, ka pienākumu sadalē starp māsām, pacientu šķidruma uzņemšanu kontrolē dežūrmāsas.



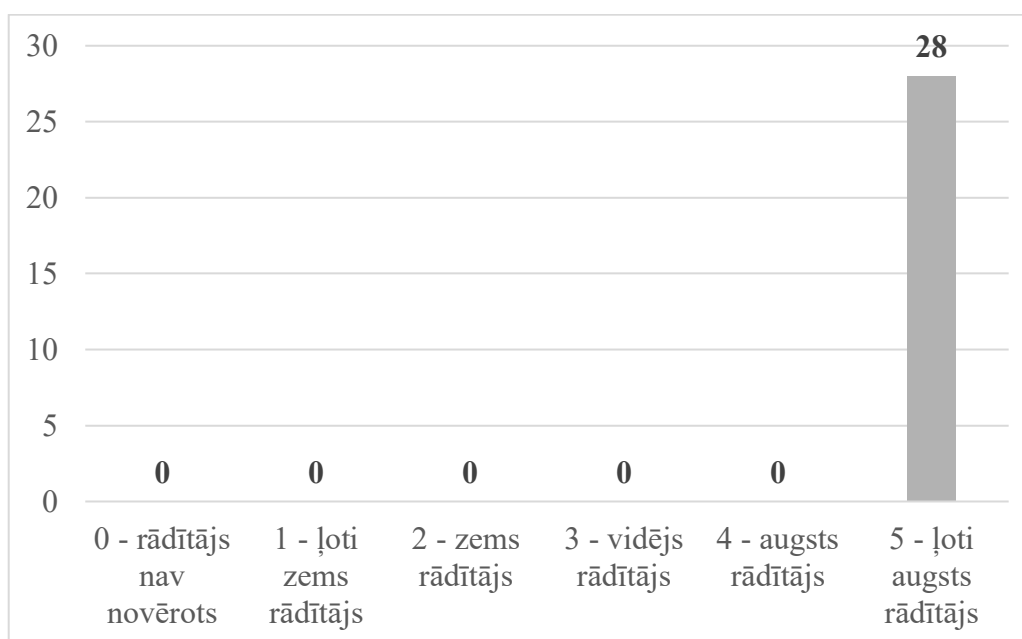
4.35. att. Pētījuma dalībnieku šķidruma uzņemšanas kontroles vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

Apkopotie novērošanas protokola rezultāti *pašaprūpes veicināšanā* redzami 36. attēlā. Lielākā daļā 18 novērošanas gadījumu pētījuma dalībnieki veicināja šizofrēnijas pacientu pašaprūpi, kas ir tik būtiski, lai viņi spētu socializēties ne tikai stacionārā, bet arī izrakstoties no tā. 10 novērošanas gadījumos pacientu pašaprūpes veicināšana bija mazāk iespējama saistībā ar procedūru māsas pienākumu veikšanu. Pašaprūpes veicināšana vairāk tika iedalīta dežūrmāsas pienākumos, kurus viņas apzinīgi pildīja.



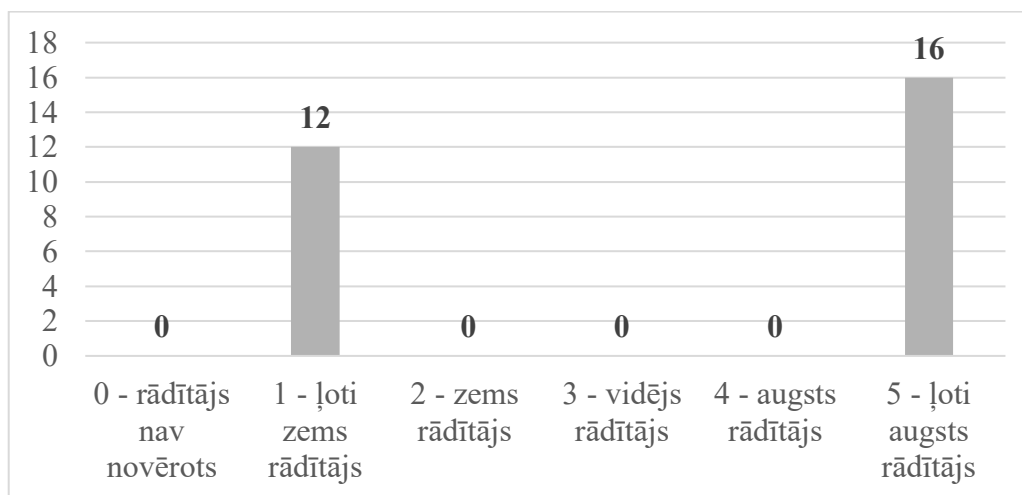
4.36. att. Pētījuma dalībnieku pašaprūpes veicināšanas vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

*Regulāra palātu vēdināšana* visos 28 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem bija ļoti augsts rādītājs, norādot uz māsu izpratni un apzinīgu pienākumu pildīšanu pacientu fiziskās labklājības veicināšanai. Pētījumā iegūtie novērošanas protokola rezultāti māsām regulāri vēdināt palātas redzami 37. attēlā.



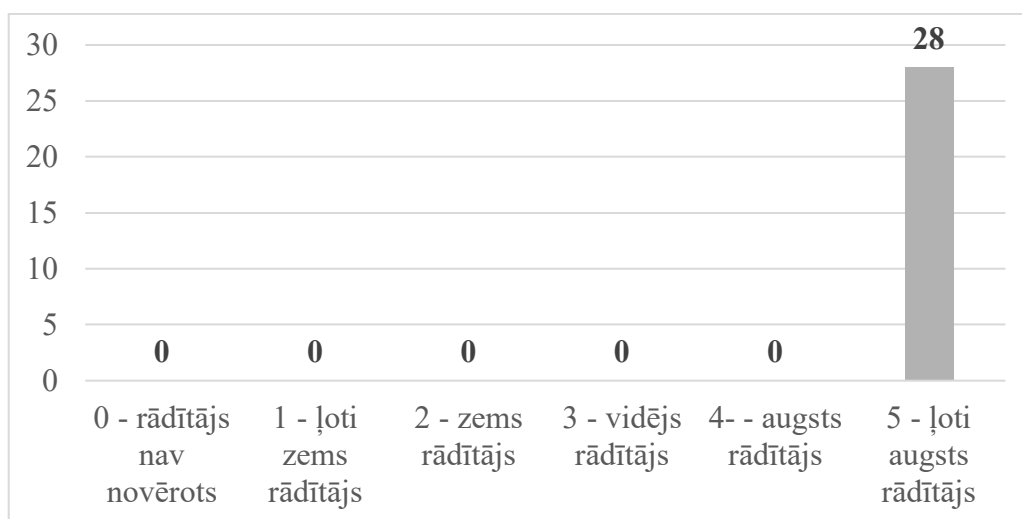
4.37. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums regulāru palātu vēdināšanā (novēroto gadījumu skaits)

**Māsas dokumentācija par pacientu fizisko stāvokli** lielākai daļai pētījuma dalībnieku 16 novērošanas gadījumos bija ļoti augsts rādītājs, atzīmējot pacientu pašsajūtu, izteiktās sūdzības, izsniegto medikamentu efektivitāti un blakusparādības. 12 gadījumos novērots ļoti zems rādītājs, kas saistīts ar procedūru māsas pienākumiem, uzsvāru liekot uz medikamentozo dokumentācijas pildīšanu. Apkopotie novērošanas protokola rezultāti māsu dokumentācijas vērtējumā par pacientu fizisko stāvokli redzami 38. attēlā.



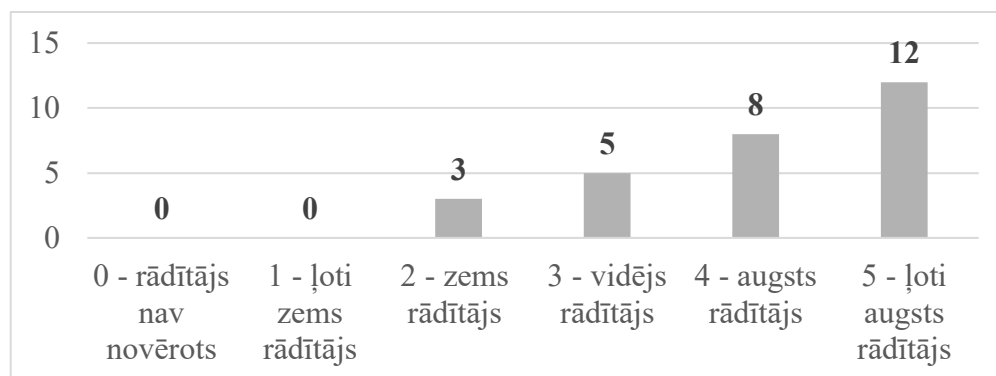
4.38. att. **Māsas dokumentācijas vērtējums par pacientu fizisko stāvokli (novēroto gadījumu skaits)**

Apkopojot novērošanas protokola rezultātus **kontrolē pār medikamentu lietošanu** novērota visos 28 novērošanas gadījumos visiem pētījuma dalībniekiem, norādot par atbildīgu un profesionālu pieeju saviem darba pienākumiem. Visi pētījuma dalībnieki pacientiem pārbaudīja mutes dobumu pie medikamentu izsniegšanas pacientiem, liedzot iespēju 15 – 20 minūtes pēc to izdzeršanas doties uz tualeti vai dušas telpu, lai pacienti nenoslēptu tos aiz mēles un pēc tam neizspļautu. Pētījuma rezultāti par kontroli medikamentu lietošanā redzami 39. attēlā.



4.39. att. **Vērtējums kontrolei pār medikamentu lietošanu (novēroto gadījumu skaits)**

40. attēlā redzami novērošanas protokola apkopotie rezultāti *pacientu izglītošanai par fiziskā stāvokļa uzlabošanu*. Vairākumā 20 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki to veica atbildīgi, pārsvarā runājot par medikamentu lietošanas nepieciešamību, fizisko aktivitāšu nozīmīgumu un to sabalansēšanu ar atpūtu, miega traucējumu novēršanu, pareizu ēšanu, šķidruma lietošanu, pašaprūpi, kā arī par laicīgu ģimenes ārsta un psihiatra apmeklējumu nepieciešamības gadījumā. Tikai 8 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki pacientu izglītošanu par fiziskā stāvokļa uzlabošanu veica sasteigti, saistībā ar neatliekamu darba pienākumu izpildi.



4.40. att. Pētījuma dalībnieku vērtējums pacientu izglītošanā par fiziskā stāvokļa uzlabošanu (novēroto gadījumu skaits)

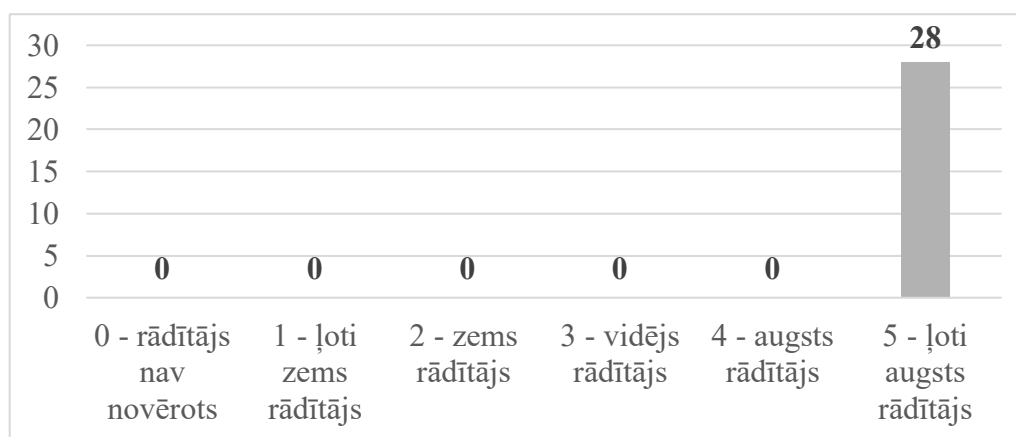
*Ģimenes iesaistīšana aprūpē fiziskā stāvokļa uzlabošanai* pētījuma rezultāti redzami 41. attēlā. Apkopojot pētījumā iegūtos novērošanas protokola rezultātus vairākumā 15 novērošanas gadījumu pacientu ģimene netika iesaistīta aprūpē fiziskā stāvokļa uzlabošanai, saistībā ar tuvinieku apmeklējumu pārtraukšanu pandēmijas laikā, viņu samazināto interesi par pacientiem vai viņu neesamību. Tomēr gadījumos, kad pacientu ģimenes interesējās par viņiem, māsas informēja viņus par pacientu fiziskām problēmām, par to, kas patreiz tiek darīts, lai šīs problēmas risinātu, ko nepieciešams iegādāties un kā rīkoties, kad pacienti izrakstīsies no stacionāra. 13 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki pacientiem ieteica telefoniski izstāstīt tuviniekiem, ko nepieciešams iegādāties priekš viņiem, lai uzlabotu fizisko veselību.



4.41. att. Ģimenes iesaistīšanas aprūpē fiziskā stāvokļa uzlabošanai vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

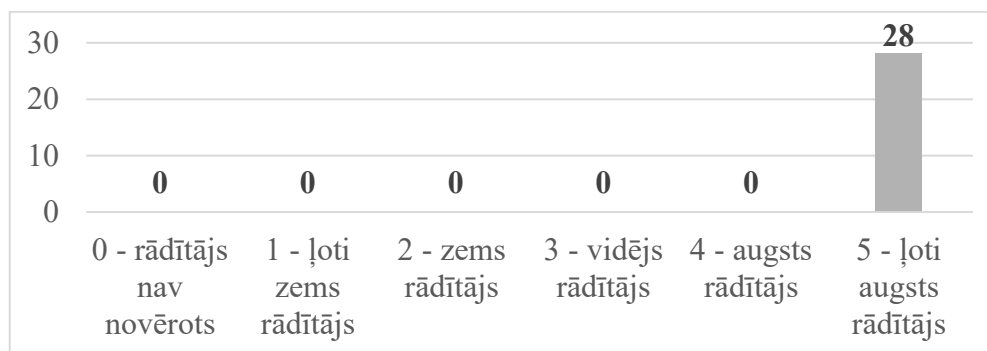
*Emocionālās labklājības rādītāji, nodrošinot aprūpi pacientiem:*

42. attēlā redzami pētījumā iegūtie novērošanas protokola rezultāti **pozitīvas saskarsmes veidošanai ar pacientiem**. Ļoti augsts rādītājs bija visos 28 novērošanas gadījumos visiem pētījuma dalībniekiem, veicinot pacientu emocionālo labklājību stacionārā. Pētījuma dalībnieki sarunājoties ar pacientiem izrādīja empātiju, pacietību, laipnību, ieinteresētību, veicinot uzticību māsai. 7 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki izvēlējās stingru, bet pareizu pieeju pacientiem manipulācijas gadījumā ar citiem pacientiem, tomēr neizrādot dusmas. Pētījuma rezultāti norāda uz māsu spēju veidot pozitīvu un profesionālu saskarsmi ar šizofrēnijas pacientiem, kas ir tik būtiski viņu emocionālās labsajūtas veicināšanai.



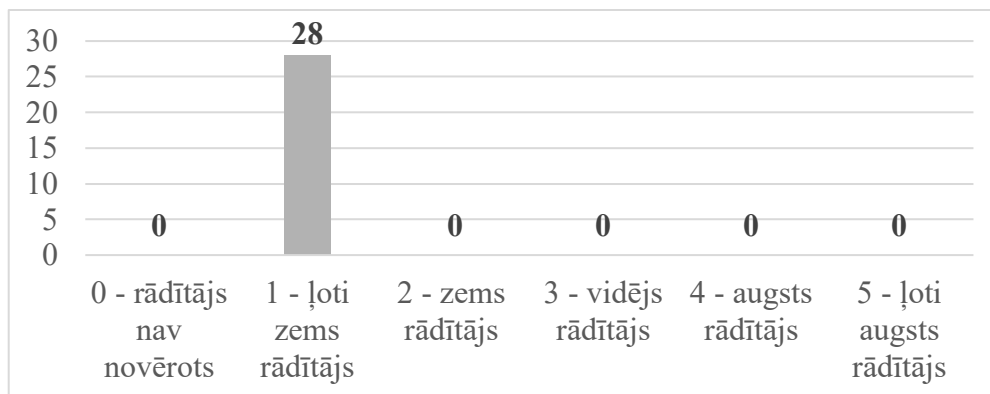
4.42. att. Pētījuma dalībnieku pozitīvas saskarsmes veidošana ar pacientiem vērtējums (novēroto gadījumu skaits)

43. attēlā redzami pētījumā apkopotie novērošanas protokola rezultāti **māsas atsaucībai pacientu vajadzībām**. Ļoti augsts rādītājs bija visos 28 novērošanas gadījumos visiem pētījuma dalībniekiem, palīdzot pacientiem justies vajadzīgiem, vērtīgiem un aizsargātiem. 13 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki atsaucās pacientu vajadzībām izdzert iedomātus nevajadzīgus medikamentus, kurus viņiem neizsniedza, bet gan izskaidroja šo vajadzību kā psiholoģisku atkarību, palīdzot noskaidrot patieso problēmu. Pētījuma rezultāti norāda, ka māsas atsaucas pacientu vajadzībām un cenšas izrunāties ar viņiem, lai labāk saprastu pacientus un palīdzētu viņiem.



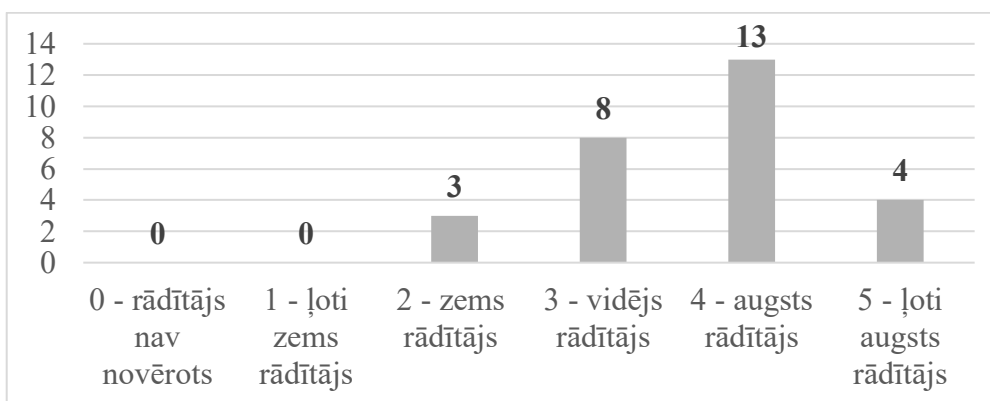
4.43. att. Vērtējums māsas atsaucībai pacientu vajadzībām (novēroto gadījumu skaits)

**Māsas sadarbība ar psihologu un/vai psihoterapeitu** visos 28 novērošanas gadījumos bija ļoti zems rādītājs, kas izskaidrojams ar neizteiktu komandas darbu ar psihologu un psihoterapeitu, kas redzams 44. attēlā. Māsām bija zināms, ka psihologs atnāks pēc pacienta, viņas noorganizēja, lai pacienti uz psihologa konsultācijas laiku būtu sagatavojušies tai, tomēr nekāda cita veida sadarbība starp māsām un psihologu nenotika. Pacientu aprūpes lapās tika atzīmēts, ka pacients bijis konsultācijā pie psihologa. Apkopotie pētījuma novērošanas protokola rezultāti norāda uz nepieciešamību veidot komandas darbu arī ar psihologu un psihoterapeitu, kas būtu tik svarīgi ātrākai pacientu atlabšanai stacionārā.



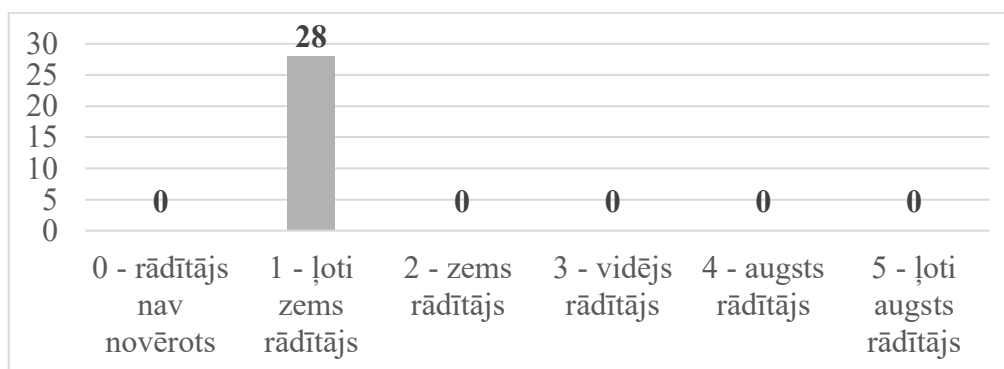
4.44. att. Vērtējums māsas sadarbībai ar psihologu un/vai psihoterapeitu (novēroto gadījumu skaits)

**Pacientu izglītošana par emocionālo labklājību** apkopotie novērošanas protokola rezultāti redzami 45. attēlā. Vairākumā 17 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki izglītoja pacientus par emocionālo labklājību, iedrošinot viņus sekot ieteikumiem, iedrošinot veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem, izvairīties no konfliktiem, nodarboties ar savām interesēm, neklausīties pārāk skaļi mūziku, lai netraucētu citus pacientus, veikt elpošanas vingrinājumus, izteikt savas vajadzības māsai, zīmēt, lasīt un uzturēt kontaktus ar ģimeni un draugiem. Pētījuma rezultāti norāda uz māsu prasmi izglītēt pacientus par emocionālās labklājības uzlabošanu, kas ir tik būtiski pacientu labsajūtai. Tomēr 11 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki pacientus par emocionālo labklājību izglītoja nepietiekoši.



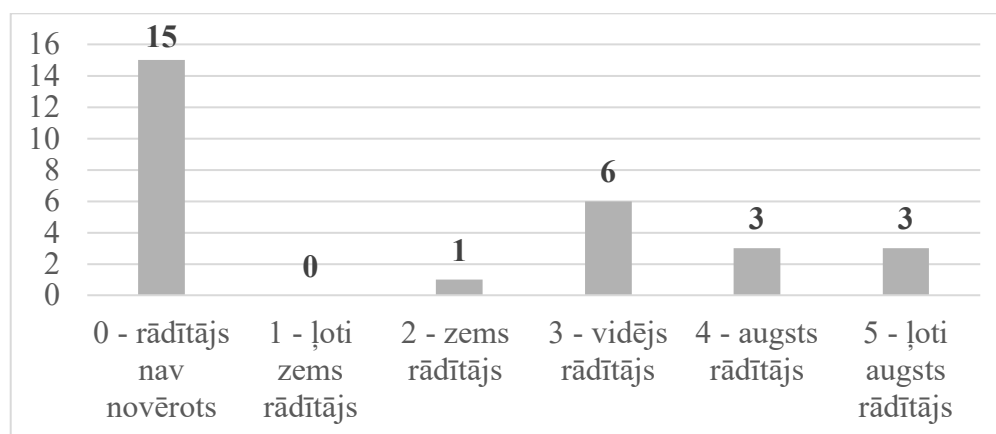
4.45. att. Vērtējums pacientu izglītošanā par emocionālo labklājību (novēroto gadījumu skaits)

**Pacientu izglītošana par seksuālām vajadzībām** visos 28 novērošanas gadījumos pētījuma dalībniekiem bija ļoti zems rādītājs, kas izpaudās vairāk aizrādot pacientiem par seksuālu uzvedību nekā viņus izglītojot. Tas varētu norādīt, ka stacionārā māsu praksē nav pieņemts par šo tēmu runāt ar pacientu izglītojošā veidā. Arī pacientu aprūpes lapās nav sadaļas atzīmēšanai par pacientu seksuālo uzvedību un izglītošanas iespējām. Novērots, ka māsas pret pacientu seksuālo vajadzību izglītošanu izturas atturīgi, kas norāda neizpratni, cik daudz viņas par to var runāt ar viņiem. Pētījuma novērošanas protokola rezultāti redzami 46. attēlā.



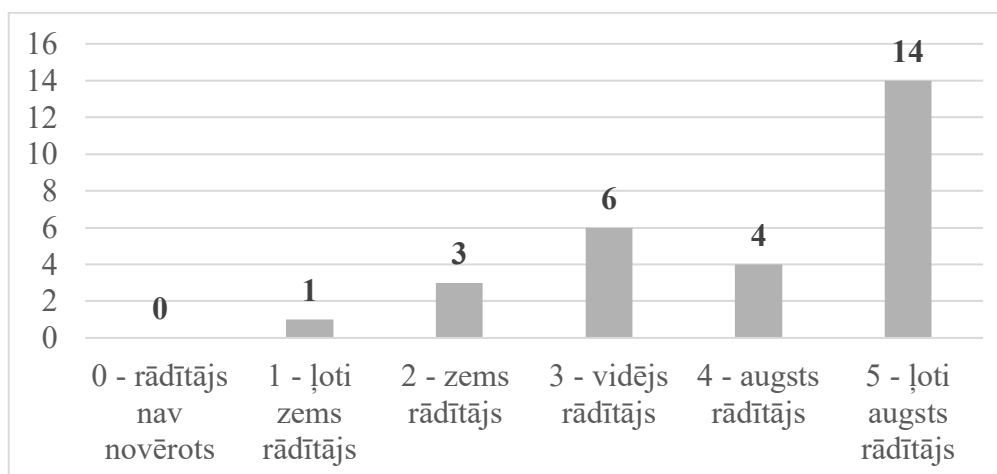
4.46. att. Vērtējums pacientu izglītošanai par seksuālām vajadzībām (novēroto gadījumu skaits)

Emocionālās labklājības rādītājam **ģimenes izglītošana par emocionālo labklājību** iegūtie novērošanas protokola rezultāti redzami 47. attēlā. Vairākumā 15 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki neizglītoja pacientu ģimeni par pacienta emocionālās labklājības uzlabošanu, saistībā ar tuvinieku apmeklējumu pārtraukšanu pandēmijas laikā, ģimenes samazināto interesi par pacientu vai tās neesamību. 7 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki tuvinieku izglītošanu veica nepietiekoši, kas varētu būt saistīts ar nepietiekošām zināšanām par emocionālās labklājības veicināšanu pacientiem ar šizofrēniju. Tikai 6 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki izglītoja viņus par nepieciešamību laiku vairāk pavadīt pie dabas, palīdzēt atbalstīt viņu hobijus un palīdzību pacientam atrast piemērotu literatūru emocionālās labklājības uzlabošanai, kas liecina par māsu zināšanām un spēju izglītēt pacientu ģimenes ne tikai par fizisko, bet arī par emocionālo labklājību.



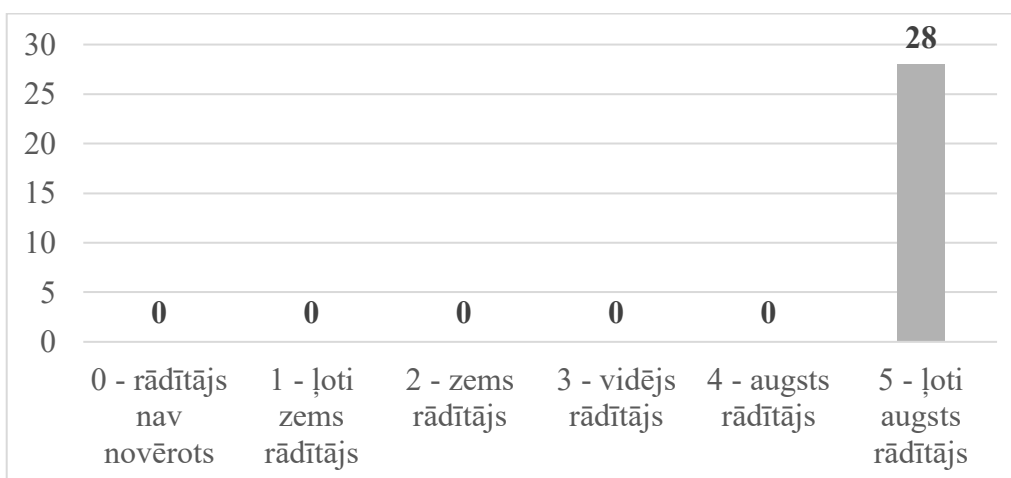
4.47. att. Vērtējums ģimenes izglītošanai par emocionālo labklājību (novēroto gadījumu skaits)

**Palīdzība veikt pašaprūpi** novērošanas protokola rezultāti redzami 48. attēlā. Apkopojot pētījuma rezultātus vairākumā 24 novērošanas gadījumu visi pētījuma dalībnieki palīdzēja pacientiem veikt pašaprūpi, izskaidrojot viņiem, cik būtiski ievērot higiēnu, lai apkārtējie no viņiem nenovērstos. Tas ir svarīgi pacientu emocionālai labklājībai, lai viņi spētu veiksmīgāk socializēties ne tikai stacionārā, bet arī izrakstoties no tās. Tikai 4 novērošanas gadījumos procedūru māsas bija noslogotas ar citiem darba pienākumiem, kas attaisno viņu zemos rādītājus palīdzībā veikt pašaprūpi pacientiem.



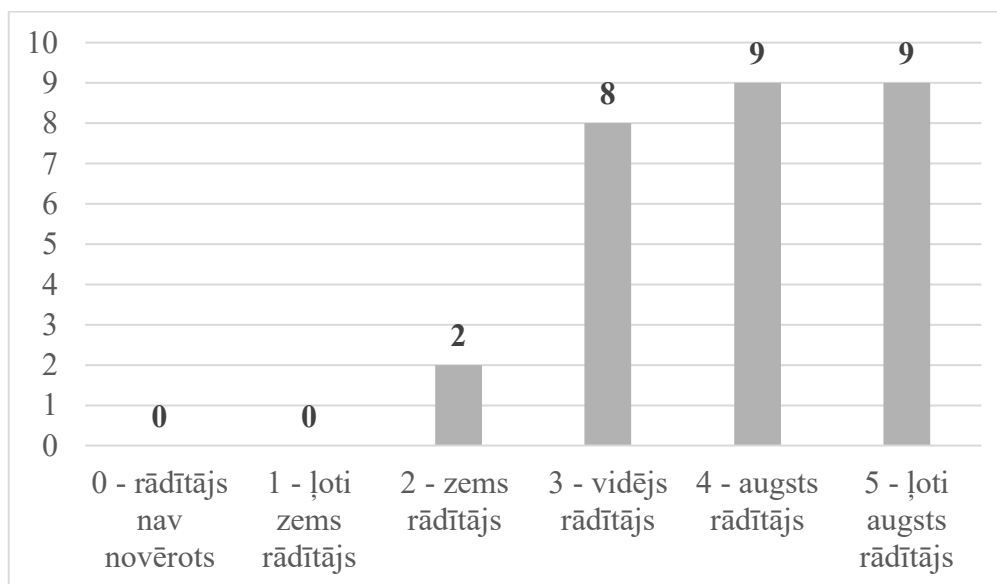
4.48. att. Vērtējums palīdzībai veikt pašaprūpi (novēroto gadījumu skaits)

**Kontrole pār pacientu attieksmi pret apkārtējiem** 28 novērošanas gadījumos visiem pētījuma dalībniekiem bija ļoti augsts rādītājs, kas redzams 49. attēlā. Apkopojot pētījuma rezultātus visai pētījuma dalībnieki darbojās komandā ar sanitāriem un māsu palīgiem, organizējot pacientu uzraudzību, kā arī paši iesaistījās šajā procesā, kas ir tik būtiski, lai neizceltos konflikti un impulsīvas darbības pacientu vidū. Apkopotie pētījuma novērošanas protokola rezultāti norāda uz atbildīgu un profesionālu pieeju, kontrolējot pacientu attieksmi pret apkārtējiem.



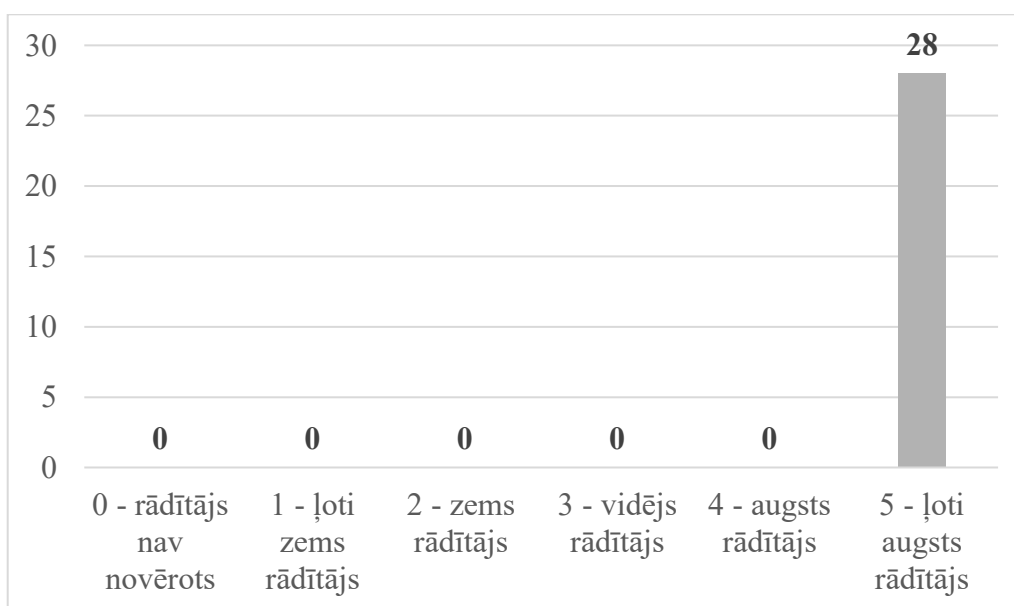
4.49. att. Vērtējums kontrolei pār pacientu attieksmi pret apkārtējiem (novēroto gadījumu skaits)

Apkopotie novērošanas protokola rezultāti **uzslavas izteikšanai pacientiem par zīmējumiem un rokdarbiem** redzami 50. attēlā. Lielākajā daļā 26 novērošanas gadījumos visi pētījuma dalībnieki izteica uzslavas par pacientu zīmējumiem un rokdarbiem, kas norāda, ka māsas izprot uzslavu nozīmīgumu šizofrēnijas pacientu aprūpē, palīdzot viņiem justies vērtīgiem un īpašiem. Tikai 2 novērošanas gadījumos pētījuma dalībnieki uzslavu pacientiem izteica paviršāk, kas bija saistīts ar māsas steigu darba pienākumu pildīšanā.



4.50. att. **Vērtējums uzslavu izteikšanai pacientiem par zīmējumiem un rokdarbiem (novēroto gadījumu skaits)**

**Drošas vides nodrošināšana pacientiem** bija visos 28 novērošanas gadījumos visiem pētījuma dalībniekiem ļoti augsts rādītājs, norādot uz labām māsu zināšanām un drošas vides izpratni veicot aprūpi šizofrēnijas pacientiem. Pētījuma iegūtie novērošanas protokola rezultāti redzami 51. attēlā.



4.51. att. **Vērtējums drošas vides nodrošināšanai pacientiem (novēroto gadījumu skaits)**

Apkopojot pētījumā iegūtos novērojuma protokola rezultātus māsas veiksmīgi nodrošina pacientiem fizisko labklājību vērtējot novērošanas protokolā minētos rādītājus. Tomēr nodrošinot pacientu emocionālo labklājību būtu svarīgi arī pandēmijas laikā nodrošināt *ģimenes iesaistīšanu aprūpē fiziskā stāvokļa uzlabošanai. Arī māsas sadarbība ar psihologu un/vai psihoterapeitu* varētu būt ciešāka, veidojot komandas darbu. Tika saskatīta problēma *ģimenes izglītošanā par emocionālo labklājību, kā arī pacientu izglītošanā par seksuālām vajadzībām.*

#### 4.4 Intervijā iegūtie rezultāti un to analīze

Jautājumā: *„Kādas ir Jūsu galvenās sūdzības par fizisko veselību stacionārā?”* pētījuma dalībnieki P-3, P-5, P-7, P-8, P-9, P-11 uzskata, ka viņiem tādu nav. P-1, P-2, P-4, P-6 un P-10 atzīst, ka viņiem ir fiziskās veselības problēmas, kas liecina par diskomforta izjūtu, saistītu ar fizisko un emocionālo labklājību. P-1 atbild: *„Parasti, nu ar muguru ir sūdzības, it kā. Tā kā sāp.”* P-2 izsakās: *„Manas galvenās sūdzības par fizisko veselību ir garīgā pasaule. Man visu laiku ir sirds, es ceļos, bet man brīžiem uznāk vājuma sajūta. Man ir prostata, tur problēmas ir. Es pa naktīm neizguļu. Es ceļos trīs, četras reizes augšā naktī, skrienu uz tualeti, un tā nepārtraukti.”* P-4 izsakās: *„Nedaudz fiziski vājš esmu kļuvis. Novājēju.”* Lai noskaidrotu pilnīgāku atbildi, tika uzdots papildus jautājums, ar ko tas varētu būt saistīts, saņemot atbildi: *„Iespējams tāpēc, ka neēju uz sporta zāli. Esmu padevis, diemžēl.”* Pētījuma dalībnieka atbilde liecina par šizofrēnijas izpausmēm un viņa nogurumu cīnīties ar tām. P-6 izsakās: *„Vēders neiziet.”* Šīs sūdzības varētu būt saistītas ar medikamentu blakusefektiem, kā arī ar mazkustīgu dzīvesveidu stacionāra apstākļos. P-10 atbild: *„Man galva sāp citreiz.”*

Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz spēju identificēt savas problēmas, kā arī nepieciešamību saņemt māsas atbalstu, lai uzlabotu savu fizisko labklājību. Svarīga māsas ieinteresētība un atsaucība, lai varētu novērst fizisko diskomfortu un uzlabotu viņu pašsajūtu.

Nākošajā jautājumā: *„Kā Jūs vērtējat personāla atsaucību un iesaistīšanos Jūsu fizisko problēmu risināšanā?”*, pētījuma dalībnieki P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8 un P-9 to vērtē pozitīvi. P-1 atklāj: *„Viss ir apmierināts, visu izdara kā vajag, zāles iedod, ja ir tāda problēma. Piemēram mugura, ja sāp, nu tā tālāk, visas zāles var dabūt.”* P-2 : *„Jā, te ir fiziskās nodarbības”*, atklājot, ka nodaļā, kurā viņš ārstējas, tiek organizētas arī nodarbības fiziskās veselības uzlabošanā. P-3 atbild: *„Labi”*; P-4: *„Pozitīvi”*, paužot apmierinātību ar personāla atsaucību un iesaistīšanos fizisko problēmu risināšanā.

P-5, P-6, P-7, P-8, P-9 jautājums uzreiz nebija saprotams, tāpēc tika uzdots papildus jautājums, vai personāls ir atsaucīgs viņu fizisko problēmu risināšanā, uz kuru katrs atbildēja: „Jā.”

P-10 izsakās: „*Skatoties kā māsiņas dara. Ir laba māsiņa, iedod zāles.*” Uzdodot papildus jautājumu, vai tiek sniegts atbalsts, ja ir vajadzība, tiek saņemta atbilde: „*Pārsvarā jā. Skatoties, kāds personāls. Ir tādi, citi saka, lai pasaka ārstam.*” Tas varētu būt saistīts ar personāla nepietiekošu informācijas sniegšanu pētījuma dalībniekam, izraisot viņam diskomforta izjūtu un neapmierinātību, kā arī ar viņa šizofrēnijas izpausmēm, izsakot sūdzības, kuras realitātē nepastāv. P-11 arī pauž neapmierinātību: „*Te personāls vispār ir tāds, ka šausmas.*” Uzdodot papildus jautājumu par to, ja kaut kas sāp, vai viņam tiek sniegta palīdzība, atbilde ir: „*Nepalīdz. Bļautās. Paprasi, nevar iedot zāles vai ko.*” Tomēr šajā gadījumā viņa nepatika vairāk saistīta ar šizofrēnijas izpausmēm un saasinātu uztveri. Pētījuma dalībnieku atbildes norāda, cik svarīgs ir aprūpes personāla empātija, atsaucība un profesionalitāte, lai pacients justos labi gan fiziski, gan emocionāli.

Uz jautājumu: „**Kādas ir Jūsu fiziskās aktivitātes stacionārā?**”, pētījuma dalībnieku atbildes bija atšķirīgas. P-1 attieksme pret fiziskām aktivitātēm ir pozitīva: „*No rītiem ir rosmes, rīta vingrošana.*” Arī P-3 atklāj: „*Staigāju pa gaiteni.*” P-8: „*Trešdienās un piektdienās mums ir sporta zāle. Tur var iet fiziski hanteles cilāt, bumbu spēlēt. Tur var nodarboties ar stumšanu un grūšanu un tad velšanos un vēl visādi citādi.*” P-9: „*Nu es te kādreiz novusu uzspēlēju, tad tur šahu. Un tā televizoru skatos.*” P-10: „*Tepat vingroju, kačāju muskuļus rokām.*” Uzdodot papildus jautājumu, vai stacionārā notiek arī pastaigas laukā, pētījuma dalībnieks P-1 atbild: „*Ja ir labs laiks, tad var iziet svaigā gaisā, ja ir atļauja.*” P-3 - „*Pastaigās jā.*” P-8: „*Pastaigas ar mums ir.*” P-9: „*Šād tad aiziet.*” P-10: „*Divreiz pēc kafijas pauzes tieku ārā pastaigāties svaigu gaisu.*” Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz pozitīvu attieksmi pret fiziskām aktivitātēm un labprātīgu iesaistīšanos tajās.

Pētījuma dalībnieki P-2, P-4, P-6, P-7, P-11 fiziskajās aktivitātēs iesaistās pasīvi, veidojot mazkustīgu dzīvesveidu stacionārā. Viņu atbildes ir sekojošas - P-2: „*Pagaidām nekādas. Nevaru pastaigāt, sekošanas mānija pavada mani.*” P-4: „*Eju skatīties televizoru.*” P-6: „*Man nav šeit.*” P-7: „*Nu es tikai staigāju pa gaiteni. Citreiz paguļu, man miegs nāk.*” P-11: „*Nav nekādas. Guļu un ēdu. Zāles dzeru un pīpēju.*” Šajos gadījumos būtu svarīgi aktivizēt pacientus un sniegt informāciju par fizisko aktivitāšu nepieciešamību, aicinot piedalīties arī pastaigās laukā.

Jautājumā: „**Kā Jūs sabalansējat fiziskās aktivitātes ar atpūtu stacionārā?**” vairākums pētījuma dalībnieku spēj sabalansēt fiziskās aktivitātes ar atpūtu stacionārā. P-4, P-5, P-6, P-7,

P-8, P-9, P-10 atbildes norāda uz viņu izpratni un spēju sabalansēt fiziskās aktivitātes ar atpūtu. P-4 atbild: „*Es domāju par to. Pie režīma jau sanāk esmu pieradis.*” P-5: „*Normāli. Parasti atpūšos. Ja ir klusā stunda, tad ir jāatpūšas. Kad ir jāpastaigā pa koridoru, es pastaigāju.*” P-6: „*Es parasti atpūšos pēc fiziskajām aktivitātēm. Jā.*” P-7: „*Jā.*” P-8: „*Klusajā stundā izgulēties, jā. Tā sabalansētība, tā ir ļoti apmierinoša.*” P-9: „*Pēc spēlēšanas novusa tāds miers iestājas. [6] Nu tīri normāli, es saprotu.*” P-10: „*Nu tā, nu. Es nevingroju pārāk daudz, pēc tam sirds nevelk. Bet es cenšos pēc iespējas maksimālāk sirdi saudzēt.*” Uzdots papildus jautājums, vai pētījuma dalībnieks klusajā stundā cenšas pagulēt, uz kuru atbilde ir: „*Jā.*”

P-1 uzskata, ka viņa atpūta ir sev tīkamas nodarbības: „*Nu, atpūtu, tas ir novusu var uzspēlēt, tenisu, ja ir pieejams.*” Tomēr konkrētu atbildi par fizisko aktivitāšu un atpūtas sabalansēšanu nesniedz. P-2 saistībā ar šizofrēnijas izpausmēm uzskata, ka: „*Nav nekādas atpūtas. Jācīnās pašam ar sevi, ar to slimību. [Raud].*” P-3 atbild: „*Nekā nebalansēju*”, kas norāda uz to, ka pētījuma dalībnieks neizprot jautājuma būtību. Uzdodot papildus jautājumu par to, vai viņš nav noguris, vai nav tikai atpūta vai tikai fiziskās aktivitātes, atbilde ir: „*Diendusu eju gulēt.*” P-11: „*Es atpūšos. Palasu jauno derību bišku un atkal [..].*” Uzdodot papildus jautājumu par to, vai pētījuma dalībnieks klusajā stundā gul, atbilde ir: „*Nē. Lasu jauno derību un Dievu lūdzu.*” Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz informācijas trūkumu, norādot uz nepieciešamību māsām izglītēt pacientus par fizisko aktivitāšu un atpūtas nepieciešamību fiziskās labsajūtas veicināšanai.

Jautājumā: „***Cik bieži Jums izdodas apmeklēt dušu?***”, vairākums pētījuma dalībnieku - P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9 to apmeklē reizi nedēļā un viņu atbildes ir sekojošas - P-3: „*Nu vismaz reizi nedēļā*”; P-4: „*Reizi nedēļā*”; P-5: „*Vienreiz nedēļā.*” Uzdodot papildus jautājumu par to, vai biežāk nevar iet dušā, pētījuma dalībnieks atbild: „*Ja paprasītu, varbūt, ka var.*” Uzdodot vēl papildus jautājumu par to, vai viņš uzskata, ka pietiek ar vienreiz nedēļā, atbilde ir: „*Nu jā. Neko jau sevišķi nedaram, kaut ko fizisku tādu, lai ietu mazgātos.*” P-6 attieksme pret dušu: „*Vismaz reizi nedēļā.*” P-7: „*Pa sestdienām, svētdienām tikai mazgājos.*” P-8: „*Reizi nedēļā.*” P-9: „*Tagad reizi nedēļā.*” Uzdodot papildus jautājumu par to, vai pētījums dalībnieks neapmeklē biežāk dušu, atbilde ir: „*Biežāk? Jūtos normāli.*” Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz izpratnes trūkumu par biežāka dušas apmeklējuma nepieciešamību vismaz 2 reizes nedēļā un mazgāšanās nozīmīgumu. Atbildes liecina par pašaprūpes traucējumiem, kas noved pie grūtībām socializēties sabiedrībā, ietekmējot sevi emocionāli un fiziski. Nozīmīgs aprūpes personāla atbalsts pašaprūpes veicināšanā, izglītojot pacientus par nepieciešamību apmeklēt dušu.

P-1 atbild: „*Gandrīz katru dienu, ja var sarunāt, tad katru dienu ielaiž.*” P-2: „*Redziet, man ir baiļu sajūtas, ka es varētu vanniņā nokrist.*” Atkārtoti vedinot uz jautājumu, pētījuma dalībnieks atbild: „*Katru dienu kaut vai.*” P-10: „*Iznāk kaut kur trešdienās un piektdienās.*” P-11: „*Katru dienu. Var nedēļā biežāk, pa divi pa trīs reiz, kā kuro reizi.*” Pētījuma dalībnieku atbildes liecina par dušas apmeklējuma nozīmīguma izpratni un pozitīvu attieksmi pret to.

Jautājumā: „*Kas Jūsu ikdienā stacionārā veicina vai traucē regulāru dušas apmeklējumu?*”, pētījuma dalībnieku P-1, P-4, P-7, P-8, P-11 atbildes ir pozitīvas. P-1: „*Nu it kā nekas netraucē. Tur tā atļauja, ja tev ir, tad var iet.*” P-4: „*Pa manīm pozitīvi.*” P-7: „*Nē, man nekas netraucē.*” Par dušas apmeklējuma veicinošiem faktoriem pētījuma dalībnieka atbilde ir: „*Būt tīram.*” un „*... personāls pasaka.*” P-8: „*Nē. Pilnīgi nekādu problēmu nav ar dušā apmeklējumu. Un es esmu apmierināts ar apkalpojošo personālu.*” Papildus jautājumā par to vai personāls veicina dušas apmeklējumu, pētījuma dalībnieks atbild: „*Nu jā. Pasaka jau iepriekš. Laicīgi jau pasaka, kad duša būs un tā. Bet tā kopumā es esmu apmierināts.*” P-11 atbild: „*Nekas netraucē. Paprasi, attaisa vaļā, nomazgājos.*” Papildus jautājumā par to, kas veicina dušas apmeklējumu, atbilde ir: „*Es pats.*” Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz to, ka viņiem ikdienā nekas netraucē iet dušā, minot arī personāla nozīmi regulāram dušas apmeklējumam.

P-3 atbild: „*Nekas*”, norādot uz to, ka arī nekas viņu netraucē un neveicina iet dušā.

Pētījuma dalībnieki P-2, P-6, P-9, P-10 min ikdienā traucējošos faktorus dušas apmeklējumam. P-2 atbild: „*Tā laikam slimība ir, kas mani tura, lai es neietu uz dušu, lai kaut ko nesalauztu, nenosistos.*” Papildus uzdotajā jautājumā par to vai ar personāla palīdzību izdodas nomazgāties, pētījuma dalībnieka atbilde ir: „*Ziniet, es pie personāla negriežos. Es griežos pie sava drauga, viņš man stāv klāt [3], palīdz nodušoties.*” P-6 atbilde par dušas apmeklējuma traucējošiem faktoriem ir šāda: „*Tad, kad līdzekļi beigušies. Tie šampūni beigušies.*” Kā veicinošos faktorus pētījuma dalībnieks atklāj: „*Mati netīri.*” P-9 atbilde ir: „*Piespiežu kārtā jāiet. Kad dušas diena, tad tur pieraksta, kas iet un kuri nav, tos piespiež. Man netraucē nekas.*” P-10 atbild: „*Dušas želeja ātri beigsies.*” Uzdotot papildus jautājumu, vai dušas želeja būs pieejama atkal, kad tā beigsies, pētījuma dalībnieks atbild: „*Jā.*” Viņa atbildes norāda, ka dušas apmeklējumu viņam traucē diskomforts, ko izraisa domāšanas traucējumi. Par dušas veicinošiem faktoriem viņš saka: „*Varētu būt tā, ka vingrošana. Es kā pieaudzis vīrietis gribu skaists, noskūts būt, nevis tā kā [..].*” Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz aprūpes personāla nepieciešamību noskaidrot traucējošos iemeslus un palīdzēt tos novērst, lai pacienti bez satraukuma spētu apmeklēt dušu.

Jautājumā: „**Cik bieži Jums izdodas tīrīt zobus?**”, lielākā daļa pētījuma dalībnieku – P-1, P-3, P-4, P-6, P-7, P-8 zobus tīra katru dienu un viņu atbildes ir sekojošas: P-1: „*No rīta un vakarā*”; P-3: „*No rīta un vakarā*”; P-4: „*Reizi dienā. Biežāk vakarā. Lai būtu pirms miega*”; P-6: „*Divreiz dienā*”; P-7: „*Rītā, vakarā*”; P-8: „*Es katru rītu iztīru zobus.*” P-9 atbild: „*Nu man zobu kā tādi nav. Vienas saknītes. Tā saka, ar zobu pastu izskaloju.*” Uzdots papildus jautājums par to, vai pētījuma dalībnieks tīra zobus, kas viņam ir, uz kuru saņemta atbilde: „*Tos tīru.*”. Viņu attieksme pret zobu higiēnu pozitīvi ietekmē zobu veselību un fizisko labsajūtu.

Pētījuma dalībniekiem, kuriem zobi nebija vispār, atbild šādi: P-2: „*Man nav. [..] Neviena [smejas]*”; P-11: „*Man nav zobu, visi izrauti.*”

P-5 atbild: „*Netīru*”. P-10: „*Šad un tad patīru.*” Papildus jautājumā par to vai pētījuma dalībnieks vismaz vienu reizi dienā tīra zobus, viņš atbild: „*Nē, ne vienreiz dienā. Es jau teicu, ka man smaganas asiņo no zobu birstes.*” Šie pētījuma dalībnieki neizprot zobu higiēnas nozīmīgumu, kas var radīt agrāku zobu bojāšanos, kā arī norāda uz zināšanu trūkumu kā izvairīties no smaganu asiņošanas. Pētījuma dalībniekam P-10 būtu svarīgi saņemt informāciju no aprūpes personāla kā ar to cīnīties, lai iedrošinātu viņu tīrīt zobus katru dienu.

Jautājumā: „**Kas Jūsu ikdienā stacionārā veicina vai traucē regulāru zobu tīrīšanu?**”, gandrīz visi pētījuma dalībnieki uzskata, ka viņiem nekas netraucē tīrīt zobus. P-1 atbild: „*Nekas netraucē.*” P-2: „*Ja man būtu, man nekas netraucētu. Visiem ir zobu pastas pieejamas, higiēnas preces no veikala un aptiekas.*” P-3: „*Nav tādu procesu.*” P-4 nosauc tikai traucējošos faktorus: „*Slinkums kaut kāds.*” P-6 atbild uz papildus jautājumu par to, vai ir kaut kādi faktori, kas traucē regulāru zobu tīrīšanu, uz kuru atbild: „*Nē*”. Papildus jautājumā, noskaidrojot vai personāls veicina zobu tīrīšanu, pētījuma dalībnieks atbild: „*Es pats to daru*”, norādot uz paša iniciatīvu šajā procesā. P-8: „*Nē, zobu tīrīšanā nav traucēklis. Jo zobus iztīrīt es varu katru mīļu brīdi. Kad vien es vēlos, nav ierobežoti laiki.*” P-9: „*Nekas netraucē*”, tomēr nespēj pateikt, kas veicina tīrīt zobus. P-10: „*Lai nespūst.*”

P-5: [Izvairās atbildēt].

P-7 min traucējošos faktorus: „*Visi lūr uz mani. Es saku neskaties, ko es daru. Nu man nepatīk, ka uz manīm skatās.*” Par veicinošajiem faktoriem pētījuma dalībnieks uzsver paša iniciatīvu: „*Es jūtu, kad zobi netīri, ta es ēdiena atliekas iztīrīt, izskaloju ar zobu birsti.*” Šim pētījuma dalībniekam svarīgi nodrošināt apstākļus, lai viņš varētu bez citu klātbūtnes tīrīt zobus un izrādīt empātiju pret viņa slimības izpausmēm.

Nākošajā jautājumā: „**Cik bieži Jūs stacionārā velkat tīru apģērbu?**”, lielākā daļa pētījuma dalībnieku to dara reizi nedēļā. Viņu atbildes ir sekojošas: P-3: „*Reizi nedēļā vismaz*”; P-4: „*Reizi nedēļā*”; P-5: „*Vienreiz nedēļā*”. Uzdodot papildus jautājumu par to vai var

pārgērbties arī biežāk, pētījuma dalībnieks atbild: „Nu, ja var sarunāt, tad jau visu ko var.” P-6: „Vismaz reizi nedēļā.” Uzdodot papildus jautājumu vai var mainīt arī biežāk, ja ir vēlēšanās, atbilde ir: „Jā.” P-7: „Kad mums izsniedz, kad mēs beidzam mazgāties.” Uzdodot papildus jautājumu vai tas ir vienreiz nedēļā, pētījuma dalībnieks atbild: „Nu, man liekas, ka jā.” P-8: „Reizi nedēļā dušas laikā.” Uzdodot papildus jautājumu par to, ja ir vēlēšanās, var arī biežāk, ja ir ko vilkt, pētījuma dalībnieks atbild: „Ja ir vēlēšanās, var arī biežāk.” P-9: „Katru dušas dienu.” Uzdodot papildus jautājumu par to, vai ir vēlēšanās biežāk vilkt tīras drēbes, atbilde ir: „Nē, tā nē.” P-10: „Kad ir dušas diena. Tad es velku tīro apģērbu.” P-11: „Nedēļā reizi. Es pats mazgāju. Bikses izmazgāju, kreklus. Man neder tās lupatas. Tad lielas, tad mazas. Nevar pielasīt bikses.” Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz to, ka tīro stacionārā apģērbu viņiem nodrošina pēc dušas apmeklējuma un arī biežāk, ja nepieciešams, kas ir tik nozīmīgi viņu fiziskās labsajūtas veicināšanai.

P-1 tīro apģērbu velk biežāk pēc savas iniciatīvas: „Var teikt katru dienu vai katru otro dienu. Nu kā tas ir, ja pēc dušas, tad uzreiz tīru.”

P-2 nespēj skaidri atbildēt uz jautājumu.

Jautājumā: „Kas Jūsu ikdienā stacionārā veicina vai traucē tīra apģērba valkāšanu?”, P-2 atklāj savu nepatiku pret stacionāra drēbēm: „Nu redziet, tas apģērbs, ko dod humānā palīdzība, kā saka, viņš jau ir viss nonēsājies gadu, gadu gadiem. Gribētos kaut ko jaunāku, svaigu kaut ko.” P-9: „Nu tā viņš netīrs paliek, i pa to nedēļu reizi [..].” Uzdots papildus jautājums par to, vai viņu veicina vilkt tīru apģērbu sajūta, ka ir pienācis laiks to darīt, pētījuma dalībnieks atbild: „Jā, sajūta.” Lūdzot nosaukt apstākļus, kas viņu traucē vilkt tīru apģērbu, atbilde ir: „Traucē šad tad. Ne to izmēru iedod, jāsāk mainīt.”

Tomēr pārējie pētījuma dalībnieki uzskata, ka viņiem nekas netraucē vilkt tīru apģērbu un viņu atbildes ir sekojošas - P-1: „Nekas netraucē”; P-3: „Nekas”; P-5: „Netraucē”, tomēr veicinošos faktorus nosaukt nevar. P-6: „Es vienkārši nomazgājos, tad jāvelk tīrs.” Uzdodot papildus jautājumu par to, kas traucē vilkt tīro apģērbu, pētījuma dalībnieks atbild: „Nu es nezinu. Nav.” P-7: „Mums izdod drēbes.” P-8: „Nav tādi apstākļi, kas varētu traucēt.” P-10: „Gribu labi izskatīties.” Traucējošos faktorus pētījuma dalībnieks nosaukt nevar: „Es nezinu. Kad ir dušas diena, tad es velku.” P-11: „Nekas netraucē. Pašam gribas tīri staigāt.”

P-4 sniedz neskaidru atbildi.

Uzdodot jautājumu: „Vai atrodoties stacionārā Jūs smēķējat un cik bieži?”, lielākā daļa pētījuma dalībnieki smēķē, izmantojot visus smēķēšanai paredzētos laikus. P-1 atbild: „Smēķēju. Ik pēc stundas.” P-2: „Vai [..], piecreiz dienā.” Uzdodot papildus jautājumu par to, cik cigaretes dienā viņš izsmēķē, atbilde ir: „Pa vienai. Vairāk man nedod [smejas]. Piecas

*cigaretes dienā.*'' P-3: *„Jā. Piecreiz dienā.”* Uzdodot papildus jautājumu par to vai viņš smēķētu biežāk, ja tas būtu iespējams, atbilde ir: *„Ja iespējams, jā.”* P-5: *„Jā. Ziemā piecas reizes. Vasarā ir sešas reizes.”* Uzdots papildus jautājums par to vai visas 5 reizes pētījuma dalībnieks izmanto, atbildi saņemot: *„Jā, es izmantoju.”* P-8: *„Es smēķēju. Piecas reizes dienā.”* P-9: *„Jā. Piecreiz dienā.”* P-11: *„Smēķēju, jā. Piecas reizes dienā. Tas nenozīmē nekas.”* Sniegtās atbildes norāda uz zināšanu trūkumu par smēķēšanas kaitīgumu, kā arī par grūtībām atnest to.

Tikai 4 pētījuma dalībnieki nesmēķē, sniedzot sekojošas atbildes - P-4: *„Nē, es nesmēķēju vispār’’*; P-6: *„Nē’’*; P-7: *„Es vispār nesmēķēju’’*; P-10: *„Es nesmēķēju vispār.’’*

Uzdodot jautājumu: **„Kas veicina vai samazina Jūsu vēlmi smēķēt?”**, atbildes ir sekojošas - P-1: *„Pieradums. Laikam grūti atnest.”* Uzdots papildus jautājums par to vai kompānija veicina smēķēšanu, saņemot atbildi: *„Kompānija it kā neiespaido. Pats gribi, ej smēķē.”* P-5: *„Gribās uzvilkt vienkārši dūmu.”* Uzdots papildus jautājums par to vai kompānija veicina smēķēšanu, atbilde ir: *„Nē, kompāniju nē.”* Uzdodot papildus jautājumu par to vai pagaidām nekas nesamazina vēlmi smēķēt, pētījuma dalībnieks atbild: *„Pagaidām nē.”* P-7: *„Lai savādāk vienkārši būtu. Lai nebūtu tā vientulīgā sajūta. Nu, veicina smēķēšanu tas, kad ir jau pierasts. Ir jau gadu gadiem smēķēts, jo tad tagad arī.”* Uzdots papildus jautājums par to vai kādi apstākļi, kas vedina uz smēķēšanas samazināšanu, saņemot atbildi: *„Jā, ir lejā, tur, pie smēķēšanas būdas speciālās pacientiem, tur ir uzraksts „Smēķēšana nogalina”. Atmetiet jau tagad [smejas].”* Uzdodot papildus jautājumu, lai noskaidrotu vai tas ietekmē pētījuma dalībnieku, atbilde ir: *„Ne, protams, ka nē [smejas]. Gadu gadiem jau ir smēķēts.”* P-9 atbild: *„Nu, nomierinošs kaut kas. Nomierināt nervus.”* Uzdots papildus jautājums par to vai smēķēšanu veicina vēlme pēc kompānijas, atbildi saņemot: *„Nē, tā nav.”* Uzdodot papildus jautājumu, kādi apstākļi mazina vēlmi smēķēt, pētījuma dalībnieks atbild: *„Nū, tādi apstākļi nav.”* P-11: *„Tāpat. Gribās iziet laukā. Savādi visu laiku iekšā klepo un nav gaisa.”* Uzdots papildus jautājums par to vai smēķējot pētījuma dalībniekam ir vēlme pēc kompānijas, atbilde ir: *„Kompāniju es nedomāju. Es viens.”* Uzdodot papildus jautājumu par to vai, lai saudzētu savu veselību nemazinās vēlme smēķēt, atbilde ir: *„Nē.”*

Pētījuma dalībnieku atbildes norāda, ka smēķēšanu veicina pieradums, neatkarīgi no tā vai ir smēķējošo kompānija vai nav. Liela nozīmīga būtu pacientu izglītošanai par smēķēšanas kaitīgumu, kā arī par citām nekaitīgām metodēm nervu nomierināšanai.

Jautājuma: **„Cik lielā mērā Jūs esat apmierināts/a par šizofrēnijas un blakusslimšanu ārstēšanu stacionārā?”**, lielākā daļa pētījuma dalībnieki P-1, P-3, P-4, P-6, P-9, P-10 atklāj savu apmierinātību ar to. P-1 atbild: *„Apmierināts, tikai dažreiz ir, kad pārzāļo.*

*Nū, kad slikti, kad sirds dauzās, slikti paliek. Bet tā viss kārtībā.*'' Uzdotot papildus jautājumu par to vai sniedz atbalstu šādās reizēs, pētījuma dalībnieks atbild: *„Sniedz, jā. Pasaki un tad samazina. Nū, lai uzklausa domas, galvenais, ja jūtās tā kā sliktāk.*'' P-3: *„Apmierināts esmu.*'' P-4: *„Esmu apmierināts, ļoti pat apmierināts.*'' Uzdotot papildus jautājumu, vai viņš izjūt medikamentu blakusefektus, atbilde ir: *„Mēdz būt. Acis velk uz augšu un nepieciešama šprīce. Es eju prasīt šprīci.*'' Uzdotot papildus jautājumu par to vai personāls ir atsaucīgs šajās reizēs, pētījuma dalībnieks atbild: *„Ir, jā. [...] Un pati lielākā problēma palikusi blakusefekti. Acis velk uz augšu. Un tāds nemiers, gribas skriet kaut kur.*'' Atbildēs parādās viņa spēja uzticēties māsām, izjūtot drošības sajūtu, ka viņas vajadzības gadījumā sniedz nepieciešamo atbalstu, norādot uz māsu profesionālu pieeju pacientam, kas tik būtiski šizofrēnijas pacientiem. P-6: *„It kā viss kārtībā.*'' P-9: *„Slimnīcā teicami ārstē.*'' P-10: *„Palīdz. Parunājas ar tevi, nebļauj. Nezinu par blakussaslimšanām. Man šizofrēniju ārstē.*'' Uzdots papildus jautājums, vai pētījuma dalībnieks ir apmierināts ar ārstēšanu stacionārā, atbilde ir: *„Jā.*''

P-5 slimības izpausmes traucē sniegt konkrētas atbildes uz uzdoto jautājumu: *„Es pat nezinu. Zini kas ir? Kā tā šizofrēnija izpaužas? Es vienkārši dakterim teicu, kad es dzirdēju, kad tās balsis var dzirdēt. Bet man nekādas balsis nebija, es vienkārši nezinu kāpēc tā darīju. Tāpēc, ka visi tā dara. [Satraucas]. Nu es saku, citreiz, ka man dod tā, nu zāles ne tādas kā vajag, ta kā inde brīžiem, brīžiem tā kā dod normālas tabletes, tad atkal samaina. Tad ir šķidrās zāles, tad cietās zāles, nu šitā te. Nu kad saka, kāpēc tā ir, [attēlo personālu verbāli] „paprasiet dakterim''. Tad, kad paprasa dakterim, [attēlo ārstu verbāli] „pasaki māsiņai''. Un tā uz riņķi mēs ejam. Un nekādā skaidrībā netieku.*'' Uzdotot papildus jautājumu vai viņš uzskata, ka ir vesels, pētījuma dalībnieks atbild: *„Nu es uzskatu, ka [3]. Es nezinu, tas jāprasa ārstam labāk.*'' Pētījuma dalībnieka atbildes norāda uz informācijas trūkumu par savu saslimšanu un ārstēšanu, tomēr sarunas laikā jūtams, ka šizofrēnijas simptomi viņam traucē izprast ārstēšanu un izveidot kritiku par to.

P-7: *„Nu tagad jā. Garlaicīgi. Man šizofrēnija vispār nav bijusi. Nekad, godīgi sakot. Es nekad neesu ar viņu slimojis.*'' P-8: *„Par šizofrēnijas ārstēšanu slimnīcā es esmu apmierināts. Nu man jau neviens pāri nedara. Tu jau vari pats otram nedarīsi pāri. Nu šizofrēnija es nezinu, kāpēc tieši saistīta, bet es esmu apmierināts.*'' Šiem pētījuma dalībniekiem nav kritikas par savu saslimšanu, tomēr ne tikai ārstu, bet arī māsu ietekme pacientu izglītošanā par saslimšanu varētu veicināt regulāru medikamentu lietošanu pēc izrakstīšanās no slimnīcas, uzlabojot viņu fizisko un emocionālo labklājību, kā arī samazinot atkārtotu hospitalizāciju.

P-2 intervijas laikā grūti koncentrēties uz jautājumu: „*Man jāsamierinās ar to, kas ir. Nu ko es varu pateikt.*” Uzdodot papildus jautājumu, vai šizofrēnijas saasinājumu noņem, pētījuma dalībnieks atbild: „*Saasinājumu jā.*”

P-11 pauž negatīvismu: „*Nē. Zāles daudz dod. Nē, varbūt tās zāles nav vainīgas, kā kaut kas cits.*” Sniegtā atbilde norāda uz to, ka pētījuma dalībnieks nespēj sniegt konkrētu atbildi, jo nav ticis skaidrībā ar savām izjūtām un negatīvi ietekmējošiem faktoriem.

Jautājumā: „***Kā Jūs vērtējat stacionārā saņemto informāciju par to kā sadzīvot ar šizofrēniju un blakussaslimšanām?***”, lielākā daļa pētījuma dalībnieku P-1, P-4, P-5, P-7, P-8, P-9 to vērtē pozitīvi. P-1: „*Pie psihologa var aiziet parunāt un var ārstu. [..].*” Uzdodot papildus jautājumu, vai māsas iesaistās šajā procesā, pētījuma dalībnieka atbilde ir: „*Kā kura. Jā. Ir, kas iesaistās, ir, kas negrib runāt [smejas].*” P-4: „*Apmāca. Ārsti arī. Daļu māsas, daļu ārsti.*” P-5: „*Man ir pozitīvi.*” P-7: „*Jā.*” P-8: „*Notiek vizītes katru pirmdienu, trešdienu un piektdienu. Visi nepieciešamie jautājumi ir pie ārsta. Tad viņam var prasīt, visādus sev interesējošos jautājumus. Tev viņš apskaidro lietas apstākļus. Visus saistošos jautājumus, pacientu jautājumus, to risina dakteris. Un tad tam ārstam es visu to, to informāciju viņš sniedz. Un tad tādā veidā.*” P-9: „*Nu tāda informācija bija, tas arī labs pasākums.*” Uzdodot papildus jautājumu, vai izglītošanā piedalās ārsti, māsas un māsu palīgi, atbilde ir: „*Jā.*”

P-2: „*Jāsamierinās. Jātiek vaļā, kaut kas jādara. Nu kā lai to saka. [4] Jāsadzīvo ir ar savu slimību, ar tām bailēm, to sekošanas māniju. Es neesmu griezies pie māsiņām. Jo pirmām kārtām nav laika diskutēt un runāties, viņām ir savs darbiņš. Arī psihiatriem savs darbiņš ir. Es vienkārši nevaru tā dzīvot vairāk. Man jau domas par pašnāvību. Es to saku, ja, bet es to aizlikts aiz auss. Es 3 reiz taisīju un nesanāca. Tad sanāk kas. Tas, ka man atkal nāk virsū un nezinu, kur mani izolēt. Paturēt vienu pašu kaut kur. Es būtu ļoti priecīgs, es atpūstos, saņemtos, spēkus, visu šajā pasaulē, lai tiktu uz kājām.*”

Pētījuma dalībnieki P-3, P-6, P-10 uzskata, ka viņi netiek izglītoti par to kā sadzīvot ar šizofrēniju un blakussaslimšanām, tomēr sarunas laikā redzams, ka viņi paši neuzdrošinās personālam izteikt savas rūpes un problēmas, ja viņus neuzrunā. P-3: „*Nav tādas informācijas.*” Uzdodot papildus jautājumu par to, vai stacionārā viņu izglīto par saslimšanu un kā sadzīvot ar to, atbilde ir: „*Nē.*” Uzdodot papildus jautājumu par to vai viņš zina, kur meklēt šādu informāciju, atbilde ir: „*Nē.*” Arī P-6 sniedz atbildi: „*Nē.*” Uzdodot papildus jautājumu, vai viņš pats interesējas par to, atbilde ir: „*Nē.*” P-10: „*Man jau nekādu izglītošanu šeit nedod. Ja es paprasu, tad dod.*” Šīs atbildes norāda uz nepieciešamību māsām izrādīt ieinteresētību un atsaucību, lai pacients spētu uzticēties viņām, uzdrošinoties noskaidrot viņiem nepieciešamo informāciju kā sadzīvot ar šizofrēniju un blakussaslimšanām.

P-11 nespēj koncentrēties un atbildēt uz jautājumu.

Nākošajā jautājumā: „**Kas Jūs psiholoģiski uztrauc vai nomāc atrodoties stacionārā?**”, pētījuma dalībnieks P-5 uzskata, ka viņu nekas nenomāc, sniedzot atbildi: „*Nekas, viss ir labi.*”

Pārējie pētījuma dalībnieki nosauca iemeslus, kas viņus stacionārā psiholoģiski nomāc.

P-1: „*Tā, kad gribas vairāk brīvības, negribas ātri iet gulēt. Televizors ierobežots vakaros. Citi slimnieki, ka tur kaut ko [...] nū, ta kā saka, kasās, nu kaut kas tāds.*” P-2: „*Sienas mani nomāc.*

*Nu sanāk, re kur logs vaļā, žalūzijas līdz pusei, man visu laiku liekas, ka pa turieni skatās. Jā, un jādzīvo vienās bailēs. Kameronas ieliktas, man jau tās domas, ka skatās, seko.*” P-3: „*Rutīna.*”

P-4: „*Uztrauc tas, ka televizors ir viens.*” Uzdodot papildus jautājumu par to vai viņam gribētos palātā būt vienam, pētījuma dalībnieks atbild: „*Jā. Viens un ar savām programmām. Ar savām programmām nesanāk, jo visi grib ziņas.*” P-6: „*Tas, ka es, mana dzīve paiet garām. Es neko nevaru darīt. Nevar iesākt darīt, ko es darītu, ja es nebūtu šeit. Tās lietas.*” Uzdots papildus jautājums, kā viņš tiek ar to galā, saņemot atbildi: „*Es? Es vienkārši paguļu gultā un viss.*”

Papildus jautājumā noskaidrots vai dēļ tā nav depresija, atbilde noliedzoša: „*Nē.*” P-7: „*Nu slimnīcā ar tēvu problēmas. Es tēvam nedevu ne ziņu, kur es atrodos. Tāpēc tā viņš arī pameta mani.*” P-8: „*Mani nomāc visvairāk garlaicība. Bet tā, kā var būt slimnīcā, vai ne?*” P-9:

„*Man tādas sūdzības nav. Psiholoģiski neuztrauc nekas. Vienīgi gribās mājās. Es patversmē dzīvoju.*” Uzdots papildus jautājums, vai tās ir skumjas, kad netiek no stacionāra pagaidām projām, atbilde ir: „*Nu jā, tā ir.*” P-10: „*Man citreiz baiļu lēkmes ir. Citreiz bail, no visiem cilvēkiem.*” P-11: „*Troksnis.*” Uzdodot papildus jautājumu par to vai citi pacienti trokšņo, pētījuma dalībnieks atbild: „*Jā. Man klusām patīk.*” Pētījuma dalībnieku sniegtās atbildes norāda, cik tomēr viņiem nepieciešams aprūpes personāla sniegtais psiholoģiskais atbalsts, noskaidrojot neapmierinātības cēloni un palīdzot saprast, kā risināt problēmu. Svarīga ir māsu un māsu palīgu empātija, atsaucība, pozitīva saskarsme, lai uzlabotu pacientu emocionālo stāvokli, kā arī uzklauššana un ieinteresētības izrādīšana.

Jautājumā: „**Kā Jūs vērtējat māsu attieksmi pret Jūsu slimības izpausmēm un atsaucību slimības izpausmju mazināšanā?**”, P-1 un P-11 atklāj māsu empātijas trūkumu attiecībā uz viņu slimības izpausmēm: P-1: „*Nu it kā viss normāli. It kā nav nekas tāds. Nu galvenais, kā saka, [...] šad tad gadās strīdi, kad uzbļauj vai kā, tad pats arī uzvelcies, un tad sākās [smejas].*” Uzdots papildus jautājums vai tā bieži gadās, atbilde ir: „*Bieži nē. Tas parasti sākumā pašā, kad slimnīcā saasinās kaut kas, iestājies, tad tā sanāk parasti. Uz beigām nē, kad raksta ārā.*” Uzdodot papildus jautājumu vai tā varētu būt atsevišķa māsu attieksme, atbilde ir: „*Nu atsevišķa māsu attieksme arī, nepareiza pieeja vai kā. Kad tev uzbļauj, tad, protams,*

*pretī bļausi.*'' Arī P-11 pauž savu neapmierinātību: *„Nekā. Lamājas, bļauj. Diezgan skaļi uzvedas pret slimiem.*'' Intervijas laikā saprotams, ka šis māsu atspoguļojums varētu būt saistīts ar pētījuma dalībnieku saasināto uztveri ārstēšanās laikā un izteiktu negatīvismu pret apkārtējiem. Tas norāda, cik būtiski māsām būt pacietīgām un spēt kontrolēt neapmierinātības izrādīšanu pret šādiem pacientiem un izprast viņu slimības izpausmes.

Pārējie pētījuma dalībnieki vērtē pozitīvi māsu attieksmi un atsaucību attiecībā pret viņu slimības izpausmēm, sniedzot sekojošas atbildes: P-2: *„Nu viņas dara, ko var. Iespēju robežās’’*; P-3: *„Ļoti labi’’*; P-4: *„Viņas ir ļoti atsaucīgas. Viņas vienmēr cenšas palīdzēt’’*; P-5: *„Es uzskatu, ka pozitīva’’*; P-6: *„Nu es nezinu. Māsas neko.*'' Uzdodot papildus jautājumu par to vai viņas ir iecietīgas un atsaucīgas saistībā ar viņa slimības izpausmēm, atbilde ir: *„Jā.*'' P-7: *„Nu es pateikšu godīgi. Ja? Es jūtos normāli. Man sūdzību nekādu nav.*'' P-8: *„Viņas nav saistītas.*'' Uzdodot papildus jautājumu par to vai māsas ir atsaucīgas, ja vajadzīga palīdzība, atbilde ir: *„Jā, ja ir nepieciešama palīdzība.*'' P-9: *„Labi, saprotoši.*''

P-10 nespēj koncentrēties uz jautājumu.

Jautājumā: *„Kā Jūs spējat kontrolēt savus saslimšanas simptomus?’’*, P-2 atbild: *„Slikts garastāvoklis mani pavada visu šito laiku. Lielāko periodu. Kādu gadu, vairāk. Bij tā, ka man bija citas zāles. Un es patinu filmu atpakaļ, sanāca tā, ka filma rāda, ka tajā laikā bija labi, viss biju možs un aktīvs, izgāju koridorī paelpot, kā sajust. Tagad neko nesajūtu vairāk. Tā ir tā problēma. Es nejūtu vairāk neko. Sanāk vot tā gulta, piekalts gultai.*'' P-7 nesniedz skaidru atbildi, tomēr arī šis pētījuma dalībnieks nespēj patstāvīgi kontrolēt savus simptomus: *„Nu man tā bija, vienreiz dabūja saukt dežūrārstu. Man sāpēja, tā šausmīgi kauli sāpēja, ta es nevarēju gulēt visu nakti. Visi palātā krāc. Nu zina kā, man nepatīk, ka krāc cilvēks naktī. Ja? Nu miegu traucē, nosit miegu, es nevaru aizmigt nevaru. A pēc tam es pieeju pie cilvēka, es saku „ pagriezies uz otru pusi, ļauj man gulēt.” Es tā pateicu un viss. Pamodinu, pagriezies uz otru pusi, pateicu, nu un viss. Ta viņš aplusa uzreiz [3] krākt.*''

P-10 nespēj kontrolēt savus simptomus: *„Parasti [...] īsti nekā. Īsti nekā nevaru kontrolēt. Nav jau tā, ka es kādam ar kulakiem. Ja baigi vajag, es aizeju uz savu palātu nomierinos.*'' P-8 necenšas kontrolēt savus simptomus, sniedzot atbildi: *„Pavisam vienkārši, te jau nav, ko kontrolēt. Sēdi mierīgi, nevienam neko sliktu nedari. Tu jau nedrīksti uzbrukt un tev ar neviens nedrīkst uzbrukt. Vai ne? Un tad tādā veidā. Nav jau jākontrolē. Man tiklīdz kaut kas, es varu vērsties pie māsiņām un šo te palīdzību sniegt. Nu man sniegt.*''

Pārējie pētījuma dalībnieki uzskata, ka viņi spēj kontrolēt savus saslimšanas simptomus un viņu atbildes ir sekojošas: P-1: *„Nu it kā spēju kontrolēt.*'' Uzdodot papildus jautājumu, vai stacionārā viņam izskaidro metodes simptomu kontrolēšanai, atbilde ir: *„Nē, nav nekas tāds, it*

kā. *Neesmu dzirdējis. Nu neko tādu tur nemāca, pašiem jātiek ar to galā.*'' P-3: *„Ar gribasspēku. Pozitīvi domājot. Domāšanas stilu mainot.*'' Uzdodot papildus jautājumu vai ir kāda literatūra, kuru viņš izmanto sevis stiprināšanai, atbilde ir: *„Jā, var arī tā teikt.*'' Uzdodot papildus jautājumu par to vai šī literatūra ir psiholoģiska, pētījuma dalībnieks atbild: *„Jā.*'' Uzdodot papildus jautājumu par to vai ar viņu runājis psihologs vai kāds cits speciālists par simptomu pārvarēšanas mehānismiem, atbilde ir: *„Nē.*'' P-4: *„Kad slikti, cenšos nolīst zem segas un sarauties un aizvērt acis, it kā nekā nav. Dažreiz tas izdodas.*'' Uzdodot papildus jautājumu vai psihologs un ārstniecības speciālisti ir stāstījuši, kādas metodes vēl pastāv, pētījuma dalībnieks atbild: *„Nē. Es tikai vienu reizi esmu bijis pie psihologa. Tas bija pirms komisijas.*'' P-5: *„Es māku vadīt sevi. Lai neviens otru neaiztiek, kā izturies. Es jau paņēmu to papīra lapiņu un pateicu, ka es pierakstīšu tos lamu vārdus. Es to kādu dienu izdarīšu, iešu pie galda, paņemšu baltu lapu, uzrakstīšu vārdu, uzvārdu un pēc tam, ka viņš to ir teicis [min rupjus lamu vārdus].*'' Uzdodot papildus jautājumu par to, vai tas attiecas uz citiem pacientiem, atbild: *„Jā, slimnieki. Un nolikšu vienkārši tur [rāda uz gaiteni]. Uz palodzītes, lai lasa, kādi vārdi nāk ārā. Tas tak interesanti, pareizi? [Nedaudz satraucies].*'' P-6: *„Man, es nezinu, man nav. Es visu kontrolēju.*'' Uzdodot papildus jautājumu par to, vai viņš kontrolē sevi ar iekšējo spēku, atbilde ir: *„Jā.*'' Uzdodot papildus jautājumu par to vai speciālisti stāstījuši par simptomu pārvarēšanas metodēm, atbilde ir: *„Nē.*'' P-9: *„Nu es cenšos būt mierīgs. [...] kaut kā atslogoties, vairāk pagulēt.*'' P-11: *„Kontrolēju, jā. Gulēt eju.*'' Uzdodot papildus jautājumu, vai viņš cenšas tikt galā ar iekšējo spēku, atbilde ir: *„Jā.*'' Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz to, ka viņi cenšas kontrolēt saslimšanas simptomus pēc savas izpratnes. Viņu atbildēs izskan arī simptomu kontrole saistībā ar to, lai fiziski neaizskartu apkārtējos, tāpēc vērtīgi būtu ārstniecības speciālistiem izskaidrot pacientiem simptomu pārvarēšanas mehānismus kā to darīt efektīvāk, rezultātā pozitīvi ietekmējot viņu emocionālo labklājību un mazinot citu pacientu savainošanas riskus.

Jautājumā: *„Kādus lēmumus Jums ļauj pieņemt ārstēšanās laikā stacionārā?''*, pētījuma dalībnieki P-1, P-3, P-5, P-8 lēmumu pieņemšanu vairāk saista ar medikamentu lietošanu. P-1: *„Lēmumus tādus, ja es pasaku, ka man zāles ta kā, nu nepanesu vai kā, tas tā kaut kā, nezinu. Ārsts labāk zina.*'' P-3: *„Ar dakteri vienojamies par zāļu mazināšanu.*'' P-4: *„Nav nekādu lēmumu. Ārsts un māsas man visu laiku maina terapiju. Ja šprici prasa, pēc tās kaut ko maina ārsts.*'' Uzdodot papildus jautājumu par to vai viņa lēmumi tiek ņemti vērā, atbilde ir: *„Jā.*'' P-5: *„Varam vienoties par zālēm. Viņi ieklausās, ka es pateicu. Tad noņēma nost, pielika klāt, tad atkal noņēma nost.*'' P-8: *„Jā, tāda lieta ir. Daudzas reizes esmu prasījis,*

*lai man samazina šo te, šo te devu, un tad ārsts atbild: „Jā, es skatīšu to lietu un tad varbūt, ka samazinās.” Ir pēc jūsu teiktā šādi gadījumi.”*

P-9 lēmumu pieņemšanu saista ar smēķēšanu: *„Nu lēmumu smēķēt vai nesmēķēt. Tā lēmumi tā nav.”*

P-6 lēmumus nepieņem, bet paļaujas uz ārstu: *„Es nezinu, man nav tādi lēmumi.”* Uzdodot papildus jautājumu vai viņš paļaujas uz ārstu, atbilde ir: *„Jā. Viņš pats pieņem lēmumu.”*

P-7 un P-10 nespēj sniegt konkrētu atbildi. P-10: *„Man? Kādus lēmumus? Es tā uzreiz nevaru izdomāt. Kādus lēmumus?”*

P-11 sniedz atbildi: *„Nekādus.”*

P-2 nespēj koncentrēties uz jautājumu.

Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz pašvērtības trūkumu un nepārliecinātību, kā arī uz to, ka viņi nav pieraduši patstāvīgi uzņemt atbildību, lai pieņemtu lēmumus. Aprūpes personālam būtu svarīgi iedrošināt pacientus pieņemt dažādus lēmumus patstāvīgi, lai izrakstoties no stacionāra viņi justos drošāki un patstāvīgāki, uzlabojot savu emocionālo labklājību.

Jautājumā: *„Kā tas ietekmē Jūsu emocionālo labsajūtu?”*, pētījuma dalībnieki P-3, P-6, P-10, P-11 emocionālo labsajūtu saistot ar lēmumu pieņemšanu slimnīcā jūtās labi un viņu atbildes ir šādas: P-3: *„Pozitīvi.”* P-6: *„Viss kārtībā ir ar manu emocionālo labsajūtu.”* P-10: *„Es jau pateikšu, grūtāk. Pa nakti apdomāju savu dzīvi. Nu ja tas lēmums ir pareizs, tad apmierina. Parasti cenšos viņu izlabot.”* P-11: *„Labi.”*

P-1: *„Nu, ja tu esi sazāļots un nesanāk zāles samainīt vai samazināt, tad labi nejūtos.”* P-8 vairāk saista emocionālo labsajūtu ar atrašanos slimnīcā: *„Nu manu emocionālo stāvokli, es domāju tas ir grūts gājiens. Šeit atrasties ir ļoti grūti. Šeit praktiski nevar ne pakustēties, nevar kā brīvībā.”* P-2 sniedz neskaidru atbildi: *„Labāk. Ar apziņu, ka man palīdzēs. A tagad es nezinu, nav pieturas punktu pie kā turēties. Man, tu zini, tas salmiņš.”*

P-4, P-5, P-7 nesniedz konkrētu atbildi, bet P-9 nespēj koncentrēties uz jautājumu.

Vairākums pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz to, ka viņi nespēj sasaistīt emocionālo labsajūtu ar lēmumu pieņemšanu stacionārā, dēļ pieraduma, ka viņu vietā lemj slimnīcas personāls, līdz ar to neiedziļinoties savā emocionālajā labsajūtā. Aprūpes personālam būtu svarīgi nepieņemt visus lēmumus pacientu vietā, atstājot viņiem arī izvēles iespējas un palīdzot apzināties viņu emocijas pie izdarītās izvēles.

Jautājumā: *„Kā Jūs vērtējat savas attiecības ar citiem pacientiem stacionārā?”*, pētījuma dalībnieki P-1, P-5, P-10 uzskata, ka attiecības ar citiem pacientiem ir pārsvarā labas,

tomēr gadās arī nesaskaņas. P-1: „*It kā normālas, bet mēdz būt dažādi pacienti. Ir agresīvi pacienti, ir mierīgi un ir tādi, kas nu jā paši ta kā kasās klāt un tad tā sākās citreiz tā kā sākas agresija pret agresiju, ja pa daudz kāds ar agresiju nāk virsū.*” Uzdodot papildus jautājumu par to vai viņam ir arī draugi nodaļa, atbild: „*Ir draugi, protams, jā.*” P-5: „*Nu, ar pacientu x [rāda uz palātas biedru] viss ir kārtībā [smejas].*” Uzdodot papildus jautājumu vai neveidojas konflikti, atbilde ir: „*Nē. Bišķīt pastrīdamies, bet tā neveidojas [smejas].*” P-10: „*Vispār nav sliktas. Ir divi pacienti, kuri ir tādi iecietīgāki. Uzprasa, parunāt gribas. Arī skatoties ar kuru.*” Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz viņu spēju būt impulsīviem, uzsvaru liekot uz māsu un māsu palīgu pastiprinātu iesaistīšanos pacientu novērošanā, laicīgi novēršot viņu impulsīvās darbības.

Pētījuma dalībnieki P-2, P-3, P-4, P-6, P-8, P-9 uzskata, ka viņu attiecības ar citiem pacientiem ir labas. P-2: „*Ļoti labas.*” Uzdodot papildus jautājumu, vai neveidojas konflikti, atbilde ir: „*Nē.*” P-3: „*Ļoti labas.*” P-4: „*Attiecības labas. Mēs ar draugu dalāmies. Ja kādam kaut kas ir, dalāmies. Ja ir kaut kādi pienesumi, un pieņemsim ejam uz veikalu vai kaut ko citu, padalamies.*” P-6: „*Viss pozitīvi notiekas. Kārtis esam spēlējuši.*” P-8: „*Vai, ar citiem pacientiem [..]. Man nav gadījies nekādas saskarsmes ļaunā nolūkā ne ar vienu. Man ir labas attiecības ar apkārtējiem, jo es neredzu iemeslu nekādam uzbrukumam nekādam, ko sliktu veikt jeb teikt vai darīt.*” P-9: „*Labas attiecības. Nekādu problēmu nesagādā kontaktēties ar citiem slimniekiem. Nu ir arī draugi.*”

P-7 emocionāli stāsta par to, kā citi pacienti viņu atstumj: „*Citi mani pasūta. Nu es nezinu, runā rupjības. Ja? Trīs mājas tālāk pasūta pacienti. Es saku: „Priekš kam jūs tā darāt?” Pašam atnāk atpakaļ. Tas ko otram dara, viss atpakaļ nāk.*” Šī atbilde uz jautājumu norāda uz to, cik būtiski māsām izglītot šizofrēnijas pacientus par citu cienīšanu, nenoniecīnāšanu, uzsvaru liekot uz draudzīgu un pozitīvu attiecību veidošanu.

P-11 paužot savu nepatiku pret apkārtējiem, atbild: „*Es nesarunājos. Es pats ar sevi runāju.*” Uzdodot papildus jautājumu, vai viņam negribas kontaktēties ar citiem, atbilde ir: „*Nē. Te nav, man draugu ar nav.*” Šajā gadījumā svarīga aprūpes personāla uzraudzība, lai citi pacienti neapgrūtinātu viņu ar savu uzmanību un neveidojas konflikti. Būtiski arī socializēt šo pacientu, veicinot viņa emocionālo labklājību.

Jautājumā: „*Kādas ir Jūsu attiecības ar aprūpes personālu?*”, lielākā daļa pētījuma dalībnieku P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-7, P-8, P-9, P-11 uzskata, ka attiecības ir labas. P-1: „*Ar aprūpes personālu parasti tādas draudzīgas, labas. Vienīgi, ja nesanāk pa kaut ko konfliktēt. Bet, nū, tas tā retāk.*” P-2: „*Ļoti labas. Atsaucīgas. Un pateica, neej pie uzraugāmās palātas, kur ir pacients x.*” P-3: „*Labas.*” P-4: „*Es uzskatu, labas.*” P-5: „*Viss kārtībā.*” P-7: „*Man ar*

personālu ir ļoti labas attiecības.” P-8: „Ar aprūpes personālu labas. Paprasu kādu drēbju gabalu, ja vajag. Labi, neko sliktu nedara neviens.” P-9: „Labas attiecības. Problēmu nav, sūdzību nav.” P-11: „Labi.”

P-6 nespēj izvērtēt savas attiecības ar personālu: „Attiecības? Es nezinu. Es jau it kā neveidoju.” Uzdots papildus jautājums par to vai viņam labāk patīk vienatnē būt, atbilde ir: „Jā.” Uzdodot papildus jautājumu vai konflikti neveidojas, atbilde ir: „Nē.”

Intervējot P-10 jūtams, ka viņam ir saasināta uztvere un zems pašvērtējums. Viņš uzskata, ka aprūpes personāls viņu nesaprot un sniedz atbildi: „Arī skatoties ar kādu. Ne īsti labas, ne īsti sliktas. Drīzāk, ka sliktas. Parunāju par saviem uzskatiem, par reliģiju, izrunājas pret manīm visādi. Es citreiz kaut ko gribu ieteikt, par eglīti, piemēram. Ir māsiņas, kuras saka, lai es aiztaisos. Jā.” Svarīga māsu un māsu palīgu pozitīvas saskarsmes veidošana ar pacientu, empātija, pacietība, lai viņu neaizskartu, ieklausoties viņa uzskatos, nenoniecīnot tos un ļaujot justies vērtīgam.

Nākošajā jautājumā: „**Kā Jūs vērtējat savu uzvedību konfliktsituācijās?**”, pētījuma dalībnieki P-2, P-3, P-4, P-6, P-7, P-8, P-9, P-11 sniedz atbildes, ka viņi konfliktos neiesaistās. P-2: „Es vienkārši noklusēju, vienalga kas ir. Es neko nevaru darīt.” P-3: „Esmu mierīgs un nosvērts.” Uzdots papildus jautājums vai viņš iesaistās konfliktos, atbilde ir: „Nē.” P-4: „Nav konfliktu.” P-6: „Nav.” P-7: „Tāpēc, ka es piebremzēju. Kur var parunāties, kur nevar, tur es piebremzēju.” P-8: „Es izvairošos no konfliktiem.” P-9: „Nu konfliktsituācijās cenšos neiesaistīties. Vienkārši noklusēju.” P-11: „Es atturošos.”

Pētījuma dalībnieki P-1 un P-10 tomēr iesaistās konfliktos, atklājot, ka spēj būt arī impulsīvi. P-1: „Varbūt kādreiz bišku par daudz. [Smejas]. Nu kaut ko pasaki vai kā, un tad kontakts ir tāds, jā. Nu, piemēram, vai māsa vai kas sauc apsardzi. Kaut kā tā [...] ja kaut kas nepatīk.” Uzdots papildus jautājums, vai viņš bijis impulsīvs, atbilde ir: „Ir bijis, jā, ir bijis. Nu tā, nu ja cits pacients ta kā mani aiztiec, es pretīm.” P-10: „Ja ir konfliktsituācijas, es varu iedot pretīm. Tikai tad būs arī pārkāpums tam otram.” Šīs atbildes norāda, ka pacientiem nepieciešama ne tikai pastiprināta aprūpes personāla uzraudzība, bet arī izglītošana par pareizu saskarsmes veidošanu ar apkārtējiem.

P-5 nespēj sniegt konkrētu atbildi, neatklājot savas izpausmes konfliktu laikā: „Jāmāk atrisināt. Ieklausīties, ko viņš saka. Un tad beidzot pieņemt lēmumu, ko darīt tālāk. [...] Tas ir pareizākais risinājums.”

Jautājumā: „**Kādi aprūpes speciālisti Jūs apmāca veidot labas attiecības ar apkārtējiem?**”, pētījuma dalībnieki P-1, P-2, P-4, P-9, P-10 min ārstus, māsas, psihoterapeitu, psihologu un māsu palīgus. P-1: „Māsas iesaistās vai māsu palīgi. Ja tur kaut kāds konflikts,

liek salīgt un tā kaut kā.” P-2: „Man ir psihoterapeits x slimnīcā. [...] Es pie viņa gāju un arī savu dzīvi stāstīju un to visu apstāstīju. Tādi aplīši, bultiņas. Mani draugi, mani paziņas. Nu viss kopsummā. Un es izlobu to čaulu pats, kas ir. Bet varbūt es neatceros, ko visu es runāju, bet tas viss runātais ir mana galva, dvēsele, sirds. Tad es varu, man vajag atrast sabesedņiku. Tas ir ļoti vērtīgi. Nedēļā reizi mani pieņēma. Viņš teica: „pacient x, tu vienmēr vari nākt”.” Mēs sarunājām, kad nākošreiz jānāk.” P-4: „Ārsts par to runā, jā. [3] Māsas arī, bet kaut kā mazāk.” P-9: „Tā, nū, dakteris, ārstējošais ārsts. Māsas arī.” Uzdots papildus jautājums, vai pozitīvu attiecību veidošanā iesaistās arī māsu palīgi vai psihologs, atbild: „Nu, jā. Māsu palīgi jā. Psihologs arī.” Uzdodot papildus jautājumu, vai tas ir vērtīgi, atbilde ir: „Nu vērtīgi, jā.” P-10: „Man dakters māca labas attiecības.”

Pētījuma dalībnieki P-3, P-6, P-11 uzskata, ka viņus neviens neapmāca veidot labas attiecības ar apkārtējiem. P-3: „Neviens.” P-6: „Mani neviens šeit neapmāca.” P-11: „Nekas nemāca.” Atbildes varētu norādīt uz to, ka pacientu uzvedība neliecina par nepieciešamību izglītēt viņus par labu attiecību veidošanu ar apkārtējiem, tomēr intervijas laikā bija vērojams, ka šie pētījuma dalībnieki ir intraverti un viņiem grūti brīvi komunicēt ar citiem pacientiem. Svarīgi būtu māsām iedrošināt viņus veidot attiecības un apmācīt dažādos veidos, kā to labāk izdarīt, pozitīvi ietekmējot viņu emocionālo labklājību.

P-5 vairāk koncentrējies nevis uz jautājumu, bet savām problēmām: „Es jau palūdzu, kaut kā tā gribētu. Lai viņi manī ieklausās, ko es gribu pateikt. To jūs varat pateikt dakterim. Lai viņš ieklausās, ko es gribu pateikt. Bet es jau viņam nevaru pateikt, viņš visu laiku mani sauc. Un tā viņš mani sauc jau kuro reizi. Lai viņš ieklausās, ko es gribu pateikt. Tas vēl nenozīmē, ka es kaut ko runāju. Ja? Šitā te. Akls aklam rāda ceļu, abi iekrīt bedrē.” Māsām būtu svarīgi noskaidrot pacienta patiesās izjūtas un neskaidros jautājumus, dokumentēt iegūto informāciju un palīdzēt atrisināt viņa problēmas.

P-7 meklē palīdzību pie aprūpes personāla, ja veidojas konflikts: „Es nevienam neuzbāžos.” Uzdots papildus jautājums vai māsas un māsu palīgi runā ar viņu par to, kā veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem, atbild: „Jā. Bet es varu salīgt. Uzturu [...] es pievaldu. Es zinu, kad mana dara pāri, tad es pieeju pie personāla un pasaku. Vai dakterim pasaku. Un pateicu, ka man tas un tas pāri dara. Viss. Es parādu ar pirkstu.” Būtiski māsām izrunāties ar pacientu, noskaidrot situāciju un izglītēt konfliktsituācijā iesaistītos pacientus, virzot sarunu uz citu cienīšanu, pieņemšanu un nepieļaut pazemošanu viņu starpā.

P-8 uzskata, ka viņam padoms nav vajadzīgs un saskarsmi ar apkārtējiem pats prot veidot labi: „Tas viss jau gulstās uz pašu pleciem. Pēc būtības. Ja? Pats tu neko nedari, tad jau ar tās sliktās emocionālās saskarsmes nav, tad arī nav.” Uzdots papildus jautājums par to vai

no personāla puses kādreiz ir ieteikumi, kā veidot labas attiecības, atbild: „Nē, man personīgi nav. Kā uzvesties man nav problēmu.”

Uz jautājumu: „**Kā Jūs vērtējat māsas ieteikumus veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem?**”, visi pētījuma dalībnieki to vērtē pozitīvi. P-1: „Pozitīvi, tas ir ļoti labi. Tas ir tikai labi, ka no malas pamāca kāds [smejas]. Normāli.” P-2: „Es pārlasu visu vai uzklausu un padomāju vai tas der vai neder. Tas ir vērtīgi.” P-3: „Pozitīvi.” P-4: „Labi.” P-5: „Pozitīvi.” P-6: „It kā viss pozitīvi.” P-7: „Ir tā. Jā. Piekrītu. Ir.” P-8: „Ļoti labas. Ja gadījumā ir kāda problēma, tad var attiecīgi, māsas uzreiz reaģē. Ja? Un tas galīgi neietilpst, šis te jautājums.” P-9: „Nu es neko sliktu nevaru pateikt par to. Pozitīvi.” P-10: „Nu ja viņas tā labi dod, tad es, protams, pieņemu, ņemu vērā. Ja ir labs padoms, ņemu viņu vērā.” P-11: „Labi.”

Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz to, ka pacienti grib veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem un ir atvērti uz klausīt māsas par veidiem, kā to labāk izdarīt. Tas parāda, cik svarīgi māsām būt zinošām un veikt šo izglītošanu, ne tikai mazinot konfliktus viņu starpā, bet arī veicinot pozitīvu saskarsmi pacientiem, kuri neprot vai ir grūti komunicēt ar apkārtējiem. Tas būtiski ietekmē viņu emocionālo labklājību.

Jautājumā: „**Kā Jums izdodas ņemt vērā šos ieteikumus?**”, lielākā daļa pētījuma dalībnieku P-1, P-2, P-3, P-4, P-8, P-10, P-11 tas izdodas. P-1: „Izdodas ņemt vērā. Nu tūri labi izdodas ņemt vērā.” P-2: „Nu jā. Ja to uzskatu par vajadzīgu un pareizu, jā. Vai tas būs labs priekš tevis.” P-3: „Mierīgi.” P-4: „Izdodas.” P-8: „Jā. Kā labāk uzvesties.” P-10 un P-11: „Jā.” Viņu atbildes parāda, cik svarīgi māsām viņus izglītot par pozitīvu attiecību veidošanu, veicinot emocionālo labsajūtu ne tikai stacionārā, bet arī izrakstoties no tās savā ierastajā vidē.

P-6: „Nu es jau parasti neesmu klāt, kad tur kaut ko saka.” Tas norāda, ka pacients grib saņemt šos ieteikumus, bet neizrāda to māsām, iespējams kautrējoties uzdot jautājumus. Māsām svarīgi pievērst uzmanību arī pacientiem, kuri ir klusi un mierīgi, jo iespējams, ka viņi kaut kādu iemeslu dēļ neuzdrošinās uzsākt sarunu ar viņām pirmie un noskaidrot jautājumus, kā labāk uzsākt sarunu ar apkārtējiem, kā veidot pozitīvu komunikāciju.

P-5 sāk izteikt murgu idejas, nespējot atbildēt uz jautājumu. P-7 nespējot koncentrēties uz jautājumu, sāk runāt par kaut ko citu. P-9 nespēj skaidri izteikt savu domu.

Uzdodot jautājumu: „**Kā Jūs vērtējat personāla sniegto informāciju par Jūsu seksuālo vajadzību nodrošināšanu?**”, pētījuma dalībnieki bija pārsteigti, tomēr sniedza atbildes uz jautājumu. Gandrīz visi atbild, ka neviens nerunā par šo tēmu slimnīcā. P-1: „[Smejas]. Ar to ta kā viss man kārtībā [smejas]. Slimnīcā it kā nav vajadzība pēc tā.” Uzdodot papildus jautājumu, vai ar viņu personāls runā par šo tēmu, atbilde ir: „Nav nekad runājis, nē. Nav bijusi tāda vajadzība.” P-2: „Nu kas vīrietim atliek.” Uzdodot papildus jautājumu vai personāls ar

viņu par šīm tēmām runā, atbilde ir: „Nē.” P-3: „Nav tāda.” P-4 uzreiz nespēj atbildēt uz jautājumu. Uzdodot papildus jautājumu par to vai personāls ar viņu runā par šīm tēmām, atbilde ir: „Nē.” P-7: „Nu es uzskatu, ka man viss ir kārtībā.” Uzdodot papildus jautājumu, vai par šo tēmu nevajag runāt personālam, atbilde ir: „Nē. To ne.” P-8: „Nu seksuālo informāciju es neesmu saņēmis. Nekad [smejas].” Uzdots papildus jautājums vai viņš uzskata, ka šo tēmu vajadzētu stacionārā runāt, atbilde ir: „Tas nav iespējams. Par to nerunā, man liekas [smejas], lai paliek intīmā vai privātās dzīves saskarsmē.” P-9: „Tāda informācija nav bijusi.” Uzdodot papildus jautājumu, vai par šo tēmu vajadzētu personālam runāt ar pacientiem, pētījuma dalībnieks atbild: „Nu es domāju, tā ir katra personīgā darīšana. Un kā kurš to uztver.” P-10: „Nerunā neviens.”

P-11 izrāda vienaldzību pret šo jautājumu: „A man neinteresē.”

P-5 un P-6 arī atbild, ka par šo tēmu stacionārā personāls ar viņiem nerunā, tomēr uzskata, ka par to vajadzētu runāt. P-5: „Nē, nevienu reizi vēl nav runājuši. Bet par to vajadzētu parunāt.” Uzdodot papildus jautājumu, kam pēc viņa domām būtu jārunā ar pacientiem par šo tēmu, atbilde ir: „Es domāju, tur jāiesaistās dakterim. Tur iet pa ķēdīti viss uz augšu. No apakšas uz augšu. Kas gribēs piedalīties, piedalīsies. Kas nepiedalīsies, tas nepiedalīsies. Grupā.” P-6: „Šeit nav.” Uzdodot papildus jautājumu par to vai būtu vajadzība tādas tēmas apspriest, atbilde ir: „Jā.” Uzdots papildus jautājums, kam tas būtu jādara, pētījuma dalībnieks atbild: „Es nezinu. Māsām.” Uzdodot papildus jautājumu vai māsām būtu jāuzdrošinās par to runāt ar pacientiem, atbilde ir: „Jā.” Šīs atbildes aicina speciālistus apspriest jautājumus seksuālo vajadzību nodrošināšanu, iedrošinot uzdot neskaidros jautājumus un sniedzot izskaidrojošu atbildi pacientiem, kuriem tas nepieciešams.

Jautājumā: „**Kā apkārtējā vide stacionārā ietekmē Jūsu emocionālo labsajūtu?**”, lielākā daļa pētījuma dalībnieku P-4, P-5, P-6, P-7, P-9, P-11 uzskata, ka tā viņus ietekmē pozitīvi. P-4: „Tāds dzelzains stāvoklis nav. Bija kaut kad, bet ne šajā slimnīcā. Agrāk laikapstākļi ietekmēja, tagad vispār vairs neietekmē.” Uzdots papildus jautājums, viņš stacionārā jūtās emocionāli labi, atbilde ir: „Jā.” P-5: „Nē, es sadzīvoju ļoti labi.” P-6: „Pozitīvi.” P-7: „Nu, es uzturos normāli, zolīdi, nevienu neaizskaru, nevienam pāri nedaru. Es zinu, ja izdarīšu pāri, pārkāpums būs.” P-9: „Nu labi ietekmē, problēmu nav. Nu tā, vienkārši mājās gribās. Nedaudz satraukums, kad es tikšu ārā.” P-11: „Labi.”

P-1 tomēr min faktorus, kas viņu stacionārā negatīvi ietekmē: „Nu, ja netraucē citi, liek mierā, tad viss kārtībā. Nu, piemēram ja tu gribi atpūsties, pagulēt vai grāmatu, kad tev staigā uz tavu palātu un neliek visu laiku mieru, tad it kā nav normāla atpūta. Arī slimnīcas režīmā gribētos vēlāk iet gulēt un arī televizoru ilgāk paskatīties. Nu tas, kas interesē.” Arī P-3, P-8

un P-10 atklāj stacionāra vides negatīvo ietekmi - P-3 : „Jā, gribētos, lai palātā ir televizors, [...] kaut kādas galda spēles.” P-8 nespēj konkrēti nosaukt vides negatīvos faktorus: „Šeit ir grūti.” P-10: „Kad kaut ko jaunu uzzina par mani ne tādu, vai kaut ko pasaka par mani tādu, tad es pasaku pretīm. Man asaras nāk. Es ar tiem pacientiem [3] nav tā, ka es gribētu, bet citreiz mani aiztiek ar vārdiem un citreiz ar darbiem arī aiztiek.” Pētījuma dalībnieku atbildes norāda uz nepieciešamību pēc aprūpes personāla atbalsta un pastiprinātas uzraudzības, nepieļaujot, ka viņi traucē vai pazemo citus pacientus. Māsām būtiski izglītot pacientus, kuri cenšas citus ietekmēt fiziski un emocionāli, kā arī nepieciešamības gadījumā sazinoties ar ārstu izsniegt papildus terapiju.

P-2 psihiskā stāvokļa dēļ nespēj koncentrēties uz jautājumu.

Jautājumā: „**Kādas Jums ir iespējas pilnveidot sevi garīgi stacionārā apstākļos?**”, gandrīz visi pētījuma dalībnieki katrs savā veidā pilnveido sevi garīgi stacionārā un izpratne par garīgumu katram ir atšķirīga. P-1: „Ir, kad nāk mācītāji arī. Kaut ko ar sportu var kaut ko nodarboties. Grāmatas palasīt. Ir nodaļas, kurās esmu bijis, arī bibliotēkas, arī internets ir pieejams, kā kurā vietā.” P-2: „Radio klausāms katru dienu.” P-3: „Lasīt grāmatas, vēl var paklausīties mūziku, var skatīties televizoru.” P-4: „Grāmatas man ir. [...] Krievu latviešu grāmata latviešu valodas iemācīšanai. Tas kaut kā piedod krāsas [...], ne tas kā krāsas, bet nodarbošanās sanāk.” P-5: „Vot, zini kā? Grāmatu.” Uzdots papildus jautājums, vai viņš radio raidījumus klausās, atbild: „Nē, labāk grāmatu. Bet vienkārši es to grāmatu paņēmta, es viņu te skatījos, ceturto reizi lasīšu. „Advokāts”, ļoti laba grāmata atnākusi no Amerikas uz Latviju un iztulkota. Tagad cilvēki iet un ņem to grāmatu. Bet man patīkās vislabākais. Jūs jau tieši to pašu darāt. Pieliekat mikrofonu klāt, ja? [Atstāsta grāmatas saturu].” P-6: „Es nezinu. Var skatīties, es nezinu, kaut kādus tur tos, tās bildes, ka te pie sienām piekarinātas. Es nezinu. Televizoru var skatīties.” P-8: „Lasīt grāmatas var, novusu var iet spēlēt. Trenažieru zāle ir, var iet un tad tādā veidā.” P-9: „Nu tā es neesmu domājis par to garīgo pilnveidošanu. Vienīgi televizoru paskatos. Ziņas kaut kādas skatos, filmu kādu.” P-10: „Garīgi, jā, es lasu grāmatas. Galvenokārt par to tautisko literatūru. Vienkārši par vēsturi. Tādas. Par indiāņiem patīk, par mitoloģiju patīk, tādas man patīk. Es esmu lasījis te.” Pētījumu dalībnieku atbildes norāda uz vēlmi garīgi pilnveidoties, ko viņi stacionārā spēj realizēt

P-7 uzskata, ka viņš nespēj stacionārā garīgi pilnveidoties: „Nu man ļoti garlaicīgi. Pieradis mājās šancēt. Aizeju citam piepalīdzu, kaut ko nopelnīt.” Uzdodot papildus jautājumu, vai viņš savas garīgās intereses stacionārā var apmierināt, atbild: „Nevar.”

P-11 šādas tēmas neinteresē: „Neinteresē.”

Jautājumā: **„Kādu atbalstu Jūs saņemat no personāla, lai apmierinātu savas garīgās vajadzības?**, pētījuma dalībnieki P-1, P-3, P-4 uzskata, ka personāls iesaistās viņu garīgo vajadzību apmierināšanā. P-1: *„Piemēram, koncerts, kur var aiziet, nu tas pats ar mācītājiem parunāt, piemēram, kad atnāk kāds. Uz bibliotēku aiziet, grāmatas paņemt.”* Uzdodot papildus jautājumu, vai māsas interesējas par to, kas viņu garīgi interesētu un kā to nodrošināt, atbilde ir: *„Tīri tā neviens to nav jautājis. Nezinu, nav neko jautājis neviens.”* Uzdodot papildus jautājumu vai ergoterapeiti sadarbojas ar viņu, atbilde ir: *„Šad tad sadarbojas, jā.”* P-3: *„Jā. Mierīgāk uzvesties vai lasīt grāmatas.”* P-4 garīgo attīstību saskata attieksmē, kas balstīta uz rūpēm: *„Viņi rūpējas. Ja es esu ēst, viņi obligāti ies un ja pieņemsim, ja teikšu, ka negribu iet, tā ir bijis, viņi teiks: „Ej paēd, tur viss ir labs, paņem sierīņu, paņem to, ej mierīgi paēd”.*

P-7: *„Es vispār, nemāku ne lasīt, vispār. Es nelasu grāmatas. Es klausos, megnetafons, radio ir. Un es izeju mierīgi koridorī, klusiņām uzlieku rādio un paklausos.”* Pētījuma dalībnieka atbilde norāda, ka personāls neiesaistās viņa garīgo vajadzību nodrošināšanā, tomēr neliedz viņam nodarboties ar savām interesēm.

P-8 atzīst, ka garīguma jēdziens viņam grūti saprotams: *„Šīs te attiecības nodrošina man pats ai kjū. Un otrs, kas nodrošina tās attiecības, ir [...] Jā. Šīs te garīgās vajadzības ļoti, ļoti grūti [3], ir ļoti, ļoti grūti analizējamās. Tās ārsts analizē. Ja? Ja ir kāda vēlme jeb vajadzība, tad šis te ārsts visu, visu, gatavs runāt un pasniegt.”*

P-10 un P-6 atzīst, ka viņu garīgās intereses personāls nenodrošina: *„Es jau īsti nezinu, kad to priesteri vedīs. Personāls jau priesteri nevedīs. Jārunā ar dakterīti, lai to priesteri atved. Kāds derīgs rituāls ir, kuru var palātā veikt.”* Uzdots papildus jautājums vai neviens netraucē palātā to veikt, atbilde ir: *„Arī, kā kuro reizi. Bet pārsvarā nē, netraucē.”* P-6: *„Te nesaņemu neko tādu.”* Pētījuma dalībnieku atbildes norāda, cik būtiski aprūpes personālam iesaistīties pacientu garīgo vajadzību noskaidrošanā un nodrošināšanā, pozitīvi ietekmējot viņu emocionalitāti.

P-9 un P-11 uzskata, ka personāla atbalsts viņam nav vajadzīgs garīgo vajadzību apmierināšanā: *„Pabalstu, tā īpaši pabalstu man nav vajadzīgs.”* P-11: *„Es tādas nedomāju.”*

P-2 un P-5 nespēj koncentrēties uz jautājumu.

Jautājumā: **„Kādi būtu Jūsu ieteikumi aprūpes personālam, lai uzlabotu šizofrēnijas pacientu emocionālo labsajūtu stacionārā?”**, pētījuma dalībnieki P-1, P-4, P-5, P-6, P-10 uzskata, ka vajadzētu mainīt attieksmi pret pacientiem. P-1: *„Ieteikumi būtu [...] vai kad sanāks strīds vai piemēram, kaut kas tāds, ka tik daudz nevajag ta kā uzvilkties un bļaut. Mierīgi parunāt un tad visu var atrisināt. Es domāju tā.”* P-4: *„Varbūt vairāk ieklausīties viedoklī, vairāk ieklausīties.”* P-5: *„Es domāju tā, ka jāieklausās viens otrā. Tas ir vispareizākais.”* P-

6: „, Es nezinu. Attieksmi vajadzētu pamainīt.” P-10: „Būt iecietīgiem, pret tādiem, kā es. Jā. Kas tur vēl [...] Būt pacietīgiem pret mani. Un izturēties labi pret tādiem kā es, šizofrēnijas pacientiem. Jo redz, man ir šizofrēnija, tad var aizskart, slikti kaut ko pateikt par mani. Tas mani, tas mani tā kā ļoti aizvairo. Gribu, lai viņi vairāk tā nedara.”

Pētījuma dalībnieki grib, lai personāls vairāk velta viņiem uzmanību - P-2: „Vajag biežāk nodarboties ar to visu, ja? Runāties, dalīties domās, ieteikt kaut ko. Tāds grūts jautājums, varbūt man pašam tagad grūtāk atbildēt. Ļoti, ļoti perspektīvs jautājums.” P-3: „Ārstiem būtu rūpīgāk jāizturas. Pārāk maz laika laikam tiek veltīts.” P-9: „Nū, vairāk parunāties par kaut ko.” Uzdodot papildus jautājumu, vai vairāk gribas komunikāciju ar personālu, atbilde ir: „Jā.”

P-7: „Nu kā lai pasaka. Oi, nu kā lai pasaka. Nu es domāju, kā labāk izārstēt to šizofrēniju. Šizofrēniju nevar izārstēt, tāpēc jādzer tad ir zāles. Tikai zāles.” Uzdots papildus jautājums vai, ja būtu cerība slimību izārstēt, tad emocionāli savādāk justos, atbild: „Jā.”

P-8: „Vairāk kustības. Jo kustības ir ļoti, ļoti maz. Kustību, jā [smejas]. Es jau teicu, ir šīs te trenežieru zāles un viss pārējais. Bet nodaļā tā atrasties[...]. Es jau gadiem te atrodos šeit. Nezinu kādā sakarā. Pusotru gadu jau te mani pārveda uz šeieni un tad šīs te kustības. Es jau vairākus gadus te esmu un tā kustība ir maza.” Pētījuma dalībnieka atbilde norāda, ka slimnīcā svarīgi veicināt pacientu fiziskās kustības, piedāvājot vairāk sporta nodarbības vai citas aktivitātes saistītas kustībām, lai uzlabotu fizisko pašsajūtu.

P-11 intervijas laikā vērsot savu negatīvismu pret apkārtējiem nespēj arī sniegt ieteikumus personālam, lai uzlabotu pacientu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā, atbildot: „Nekā.”

## Diskusija

Apkopojot pētījuma rezultātus var secināt, ka aktuāla šizofrēnijas pacientu problēma ir *pasīva zobu higiēnas veikšana*. Novērojot pētījuma dalībniekus, lielākā daļa pētījuma dalībnieku 47 novērošanas gadījumos neveic regulāru zobu higiēnu, bet intervijas laikā 3 pētījuma dalībnieki atklāja, ka viņi zobus tīra reti. Arī Dž. Tredgets savā pētījumā atklāj šādu problēmu šizofrēnijas pacientiem atrodoties stacionārā un noskaidro, ka medicīnas speciālisti nav jautājuši viņiem par viņu mutes veselību. Autors izstrādājis mutes dobuma veselības veicināšanas brošūru, lai palīdzētu šizofrēnijas pacientiem un medicīnas darbiniekiem veicināt izpratni par zobu higiēnas nepieciešamību (65).

Novērojumā iegūtie rezultāti atklāj, ka lielākai daļai pētījuma dalībnieku 46 novērojuma gadījumos ir *pasīva izturēšanās*, kas varētu būt saistīts ar nogurumu, bet interviju laikā 5 pētījuma dalībnieki atklāja, ka viņi nav pietiekoši aktīvi. Arī S. Raffards un kolēģi savā pētījumā raksta, ka šizofrēnijas pacienti izjūt nogurumu, kas traucē piedalīties dažādās aktivitātēs, ieskaitot darbu, studijas, brīvā laika pavadīšanu un sabiedriskās aktivitātes. Autori uzskata, ka nogurumu varētu mazināt uzvedību ietekmējošas psiholoģijas metodes (57). T. J. Seihans un kolēģi savā pētījumā secinājuši, ka šizofrēnijas pacientiem papildus medicīniskajai ārstēšanai, aprūpei un psihoterapijai jāpiemēro fizioterapija un rehabilitācijas pieeja, lai mazinātu nogurumu (60).

Novērojuma rezultāti norāda, ka lielākai daļai šizofrēnijas pacientu 70 novērošanas gadījumos trūkst zināšanas, kā *pārvaldīt savu psihisko stāvokli*. Intervijas laikā 3 pētījuma dalībnieki atzīst, ka neprot kontrolēt savu psihisko stāvokli, tomēr arī pārējie pētījuma dalībnieki nesniedz pārliecinošu atbildi. E. S. Abd ELhai un kolēģi savā pētījumā piedāvā izmantot dzirdes halucināciju vadības modeli, kurš vērsts uz sistemātiskas dzirdes halucināciju pašpārvaldīšanas veicināšanu. Autori uzskata, ka māsai nozīmīga loma kā personai, kura atbildīga par efektīvas pacientu simptomu pārvaldības veicināšanu. Halucināciju pārvaldības mērķis ir samazināt simptomu smagumu un negatīvu nelabvēlīgu iedarbību (1). B. Izidorčiks un kolēģi raksta, ka pacientiem svarīgi attīstīt kontroli pār savu stāvokli, veicināt psiholoģisko un personīgo attīstību, reaģējot uz stresu un simptomu saasināšanos. Harmonijas izjūta ir svarīgs personīgais resurss, kas saistīts ar emocionālo labklājību. Pētījumos ar pacientiem, kuriem ir paaugstināts psihozes risks un veselīga kontrole pār situāciju, atklājas, ka pie zemāka naidīguma un aizspriedumiem viņi labāk pārvar savas problēmas. Autori secina, ka harmonijas un izturības spēja pārvarēt stresu, kā arī terapeitiskā iejaukšanās un psiholoģiskās palīdzības pielāgošana var būt nozīmīga atveseļošanās procesā (32).

Kaut arī intervijas laikā tikai 2 pētījuma dalībnieki atklāj *neprasmi veidot attiecības ar apkārtējiem*, pacientu novērojumos katrs pētījuma dalībnieks kādā no novērošanas reizēm izrādīja atklātu nepatiku pret kādu no pacientiem, akcentējot nespēju veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem. E. Dzivota un kolēģi savā pētījumā raksta, ka socializēties var palīdzēt ģimene, terapija, psihosociāla ietekme un rehabilitācija, kas neitralizē cēloņus, dēļ kuriem pacientu sociālās dzīve pasliktinājusies. Nepieciešama sociālo prasmju apmācība, kas iemāca pacientiem atgriezties situācijā, kad viņi spēja pilnvērtīgi darboties savā vidē. Būtiska izpratne, iecietība, pieņemšana, drošības sajūtas nodrošināšana un iespējas atjaunot sociālo lomu, neskatoties uz traucētu psihisko komfortu. Autori uzskata, ka sociālo prasmju treniņi ievērojami uzlabo viņu sociālo darbību, bet pacientu un viņu ģimeņu izglītošana samazina pašstigmatizācijas līmeni. Pētījumā minētas jaunas ārstēšanas formas, kā datorizēta apmācība, kognitīvās elastības apmācība, kognitīvās rehabilitācijas apmācība, kognitīvās pilnveides apmācība, kognitīvā maņu apmācība un laipnības meditācija (19).

Apkopojot novērošanas rezultātus, 60 novērošanas gadījumos redzams, ka aktuāla problēma pacientiem ir *smēķēšana*. Arī intervijas laikā 7 pētījuma dalībnieki atklāj, ka viņi izmanto visas nodaļas režīmā paredzētās smēķēšanas reizes. K. Katere un kolēģi savā pētījumā piedāvā izmantot ne tikai smēķēšanas atmešanas farmakoterapiju, bet arī grupas uzvedības smēķēšanas atmešanu smēķētājiem ar šizofrēniju, nodrošinot apmēram 10 min līdz 1 stundu grupas kognitīvās uzvedības smēķēšanas atmešanas ārstēšanu vienā apmeklējumā. Šajās nodarbībās speciālisti iesaista vienaudžus, kuri veiksmīgi atmetuši smēķēšanu, kas ir īpaši noderīgi, lai palielinātu cerības uz ārstēšanu. Viņi ir kā paraugs, kas sniedz tiešu pieredzi par smēķēšanas atmešanas papildu ieguvumiem finanšu un veselības sfērā (9).

Intervējot pētījuma dalībniekus noskaidrojas, ka viņi slikti izprot *garīguma jēdzienu*, tomēr viņu vēlmes norāda uz tā nepieciešamību un personāla atbalstu tā saņemšanā. R. T. H. Ho un kolēģi savā pētījumā atklājuši, ka pacienti un veselības aprūpes speciālisti garīgumu uzskata par cilvēka labsajūtas, pacientu rehabilitācijas un viņu dzīves neatņemamu sastāvdaļu. Pacienti garīgumu uzskata par mīlestības un aprūpes piešķiršanas un saņemšanas avotu, savukārt speciālisti to uzskata par atbalsta saņemšanas un simptomu pārvaldības līdzekli. Kopīgas izpratnes veidošana par garīguma jēdzienu un tā nozīmīgumu rehabilitācijā starp pacientiem un garīgās veselības profesionāļiem ir būtisks pirmais solis, lai atbalstītu šizofrēnijas pacientu garīgo veselību. Autori uzskata, ka garīgums var palīdzēt pacientiem slimības atveseļošanās procesā, atvieglojot viņu autonomiju un palīdzot dzīvot un augt ārpus slimības noteiktajiem ierobežojumiem. Garīguma veicināšana var palielināt iekšējo spēku,

personisko apziņu un pasaules pieņemšanu, tādējādi uzlabojot spēju tikt galā ar stresu, nenoteiktību un neskaidrību, piemēram, pēkšņu slimības sākumu (31).

Apkopojot novērošanas protokolā iegūtos rezultātus var secināt, ka *ergoterapeitu sadarbība ar šizofrēnijas pacientiem* saistīta ar zīmēšanu vai gleznošanu, kas tikai dažiem pētījuma dalībniekiem interesē. Tomēr viņu iespējas sniedzas daudz plašāk. K. Morris un kolēģi uzsver eroterapijas nozīmīgumu šizofrēnijas pacienta labklājībā. Autori uzskata, ka ergoterapeitu iejaukšanās cilvēkiem ar šizofrēniju vērsta uz dzīves kvalitātes un sociālās līdzdalības uzlabošanu, pielāgojot indivīdam svarīgas darbības un vidi, lai veicinātu prasmju attīstību un palielinātu viņu pārliecību par ikdienas uzdevumu izpildi - praktiska pašaprūpe, sadzīves prasmes, piemēram, ēdiena gatavošana un budžeta plānošana, darba iemaņas, brīvā laika aktivitātes, sociālo prasmju attīstīšana, aprūpētāja atbalsts. Ergoterapeiti papildina citu daudzprofesionālās komandas locekļu prasmes, atbalstot un dodot iespēju pacientiem turpināt piedalīties ikdienas dzīvē, iesaistoties viņam nozīmīgās aktivitātēs un uzsvaru liekot uz funkcijas uzlabošanu, nevis uz šizofrēnijas simptomu ārstēšanu. Pārveidojot ikdienas aktivitātes un/vai vidi, ergoterapeiti atvieglo jēgpilnu iesaistīšanos dzīves aktivitātēs. Ergoterapeita mērķis ir izmantot indivīdam svarīgas darbības, lai palīdzētu viņiem paaugstināt prasmes, kas var palīdzēt dzīvot pilnvērtīgu dzīvi (47). Arī stacionārā, kurā tika veikts pētījums būtu svarīgi paplašināt ergoterapijas darbību, palīdzot šizofrēnijas pacientiem kļūt neatkarīgākiem, veicinot viņu fizisko un emocionālo labklājību. Ergoterapeiti un aprūpes personāls darbojoties komandā spētu veicināt arī *pašaprūpes problēmas*, kuras varēja novērot pētījuma laikā. Lielākā daļa pētījuma dalībnieki 55 novērošanas gadījumos ar pierunāšanu negribīgi apmeklēja dušu un *rokas mazgāt pirms ēdienreizēm* pacienti pretestību izrādīja 52 novērošanas gadījumos.

Vērtīgi būtu stacionārā x virzīties uz minēto ārzemju autoru ieteikumiem, tuvinot savu darbību jaunākajām metodēm un iespējām, lai šizofrēnijas pacienti pēc iespējas vairāk izjustu fizisko un emocionālo labklājību ārstēšanās laikā stacionārā.

Lai turpinātu pētījumus par šizofrēnijas pacientu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā un pašaprūpes veicināšanu, nākotnē varētu izvirzīt sekojošas pētījumu tēmas: „*Pašaprūpes veicināšanas metodes pacientiem ar šizofrēnijas stacionārā*”, „*Šizofrēnijas pacientu izglītošana fiziskās un emocionālās labklājības veicināšanai stacionārā*” un „*Ergoterapijas nozīmīgums šizofrēnijas pacientu fiziskās un emocionālās labklājības veicināšanai stacionārā.*”

## Secinājumi

Pētījumā mērķis bija noskaidrot fiziskās un emocionālās labklājības rādītājus pacientiem ar šizofrēniju stacionārā.

1. Novērojumos un intervijās iegūtie rezultāti norāda, ka vairākumā gadījumu šizofrēnijas pacienti ir pārlietu pasīvi saistībā ar samazinātām fiziskām aktivitātēm. Lielākajā daļā novērojuma gadījumos pētījuma dalībniekiem trūka prasmes atpūsties, tomēr intervijā iegūtajos rezultātos lielākā daļa pētījuma dalībnieku izprata atpūtas un fizisko aktivitāšu nozīmi fiziskās labklājības veicināšanā.

2. Gan novērojumu, gan interviju rezultāti lielākai daļai pētījuma dalībnieku uzrāda pašaprūpes traucējumus, pārsvarā dušu apmeklējot vienu reizi nedēļā. Novērojumu rezultāti vairākumam pētījuma dalībnieku parāda arī nepietiekošu zobu higiēnu un izvairīšanos no roku mazgāšanas pirms ēdienreizēm.

3. Novērojumos un intervijās iegūtie rezultāti atklāj, ka vairākums pētījuma dalībnieku izmantoja visas režīmā paredzētās smēķēšanas reizes 5 reizes dienā.

4. Novērojumu rezultāti norāda, ka lielākai daļai pētījuma dalībnieku bija samazināta vēlme kontaktēties ar apkārtējiem, viņi pasīvi iesaistījās lēmumu pieņemšanā un viņiem bija samazināta interese uz klausīt māsu ieteikumus emocionālās labklājības veicināšanai.

5. Novērojumu rezultātos redzams, ka lielākā daļa pētījuma dalībnieku patstāvīgi nespēj pārvaldīt savu psihisko stāvokli.

6. Visos novērošanas gadījumos māsu sadarbība ar psihologu vai psihoterapeitu veidojās tikai sagatavojot pacientus nodarbībai.

7. Vairākums pētījuma dalībnieku novērojum laikā neiesaistījās ergoterapijas nodarbībās jaunu prasmju apgūšanai saistībā ar ergoterapeitu piedāvājumu pārsvarā zīmēt.

8. Intervijās pacienti personālam iesaka mainīt attieksmi pret viņiem, veltīt viņiem vairāk laika un nodrošināt plašākas kustību iespējas ārstēšanās laikā stacionārā.

9. Apkopojot pētījuma rezultātus, pacientiem nepieciešams atbalsts galvenokārt pašaprūpes veicināšanā, ikdienas iemaņu apgūšanā, kā arī informācijas iegūšanā par smēķēšanas kaitīgumu, saskarsmes veidošanu un psihiskā stāvokļa pārvaldīšanu.

## Ieteikumi

1. Vērtīgi būtu ergoterapijas speciālistiem stacionārā apmācīt pacientus ikdienas iemaņām – gatavot ēst, izvēlēties un veikt brīvā laika aktivitātes, plānot budžetu, uzlabot pašaprūpes prasmes un attīstīt sociālās prasmes.

2. Svarīgi veidot komandas darbu starp māsām un psihologiem/psihoterapeitiem, kopīgi izvērtējot pacientu psihisko stāvokli un spējas, lai efektīvāk virzītu aprūpes procesu un uzlabotu pacientu emocionālo labklājību.

3. Māsām efektīvāk vajadzētu celt šizofrēnijas pacientu pašapziņu un neatkarības sajūtu, lai viņi kļūtu patstāvīgāki, vairāk uzņemtos atbildību par sevi un iemācītos pieņemt lēmumus ne tikai atrodoties stacionārā, bet arī atgriežoties savā ierastajā vidē.

4. Māsu asociācijai būtu vēlams garīgās veselības aprūpes māsām organizēt tālākizglītības kursu par pacientu emocionālās un fiziskās labklājības veicināšanu stacionārā, kā arī par pašaprūpes prasmju veidošanu.

## Izmantotā literatūra un avoti

1. Abd Elhay ES, El-Bilsha MA, El-Atroni MH. *The Effect of Auditory Hallucinations Management Program on Quality of Life For Schizophrenic Inpatients, Egypt*. IOSR Journal of Nursing and Health Science [Internets]. 2017. [Skatīts 15.08.2020.]. Pieejams: [https://www.researchgate.net/profile/Eman\\_Ahmed9/publication/313866932\\_The\\_Effect\\_of\\_Auditory\\_Hallucinations\\_Management\\_Program\\_on\\_Quality\\_of\\_Life\\_For\\_Schizophrenic\\_Inpatients\\_Egypt/links/58d37273a6fdccd24d43ca19/The-Effect-of-Auditory-Hallucinations-Management-Program-on-Quality-of-Life-For-Schizophrenic-Inpatients-Egypt.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eman_Ahmed9/publication/313866932_The_Effect_of_Auditory_Hallucinations_Management_Program_on_Quality_of_Life_For_Schizophrenic_Inpatients_Egypt/links/58d37273a6fdccd24d43ca19/The-Effect-of-Auditory-Hallucinations-Management-Program-on-Quality-of-Life-For-Schizophrenic-Inpatients-Egypt.pdf)
2. Afe TO, Bello-Mojeed M, Ogunsemi O. *Perception of service satisfaction and quality of life of patients living with schizophrenia in Lagos, Nigeria*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2016. [Skatīts 11.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4821928/>
3. Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. Elsevier Health Sciences; 2017. 616 p.
4. Andersen G, Schaebel H, Gehr J, Glenthøj B, Nielsen MØ. *Quality of Life and Association with Symptoms in Patient with Schizophrenia Six Years After First Episode Psychoses*. Oxford University Press [Internets]. 2020. [Skatīts 11.07.2020.]. Pieejams: [https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/46/Supplement\\_1/S128/5839544?searchresult=1](https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/46/Supplement_1/S128/5839544?searchresult=1)
5. Avila J, Villacrés L, Rosado D, Llorca E. *Cognitive Deterioration and Quality of Life in Patients with Schizophrenia: A Single Institution Experience*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2020. [Skatīts 22.08.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7039358/>
6. Azaiez C, Miller A, Lancon C, Clay E, Auquier P, Llorca PM, Toumi M. *Health related quality of life in patients having schizophrenia negative symptoms – a systematic review*. Informa UK Limited [Internets]. 2018. [Skatīts 12.07.2020.]. Pieejams: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20016689.2018.1517573>
7. Berghöfer A, Martin L, Hense S, Weinmann S, Roll S. *Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model*. Springer Nature Switzerland AG [Internets]. 2020. [Skatīts 22.08.2020.]. Pieejams: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-020-02470-0>
8. Castle D, Baker AL, Bonevski B. Editorial. *Smoking and Schizophrenia*. Frontiers Media S.A [Internets]. 2019. [Skatīts 21.07.2020.]. Pieejams: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00738/full>

9. Cather C, Pachas GN, Cieslak KM, Evins AE. *Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internet]. 2017. [Skatīts 06.03.2021.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5646360/>
10. Chan CKP, Ho RTH. *Discrepancy in Spirituality among Patients with Schizophrenia and Family Care-Givers and Its Impacts on Illness Recovery: A Dyadic Investigation*. Oxford University Press [Internet]. 2016. [Skatīts 23.07.2020.]. Pieejams: <https://academic.oup.com/bjsw/article/47/1/28/2452349>
11. Chaudhury S, Rani Das P, Murthy PS, Diwan C, Patil AA, Jagtap B. *Quality of life in psychiatric disorders*. Journal of Trends in Biomedical Research; 2018. 1: 1 - 4.
12. Das S, Punnoose VP, Doval N, Naird VY. *Spirituality, religiousness and coping in patients with schizophrenia: A cross sectional study in a tertiary care hospital*. Science Direct [Internet]. 2018. [Skatīts 22.07.2020.]. Pieejams: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178117317158>
13. Davis T. *What Is Well-Being? Definition, Types, and Well-Being Skills*. Sussex Publishers, LLC [Internet]. 2019. [Skatīts 12.10.2020.]. Pieejams: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/click-here-happiness/201901/what-is-well-being-definition-types-and-well-being-skills>
14. De Pinho LG, Pereira A, Chaves C. *Nursing interventions in schizophrenia: the importance of therapeutic relationship*. Med Crave Group Kft [Internet]. 2017. [Skatīts 26.07.2020.]. Pieejams: <https://medcraveonline.com/NCOAJ/nursing-interventions-in-schizophrenia-the-importance-of-therapeutic-relationship.html>
15. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. *Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: A hospital-based cross-sectional study*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internet]. 2020. [Skatīts 14.08.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7039432/>
16. Desalegn D, Girma S, Tessema W, Yeshigeta E, Kebeta T. *Quality of Life and Associated Factors among Patients with Schizophrenia Attending Follow-Up Treatment at Jimma Medical Center, Southwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study*. Psychiatry journal [Internet]. 2020. [Skatīts 22.08.2020.]. Pieejams: <https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2020/4065082/>
17. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. *Schizophrenia Care Plan Interventions For Nurses*. Nurse Buff [Internet]. 2019. [Skatīts 26.07.2020.]. Pieejams: <https://www.nursebuff.com/schizophrenia-care-plan/>

18. Durgoji S, Muliya KP, Jayarajan D, Chaturvedi SK. *Quality of Life in Schizophrenia: What is Important for Persons with Schizophrenia in India?* Europe PMC [Internet]. 2019. [Skatīts 09.07.2020.]. Pieejams: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc6753704>
19. Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubzda A, Olajossy M. *Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia.* Annals of Agricultural and Environmental Medicine [Internet]. 2018. [Skatīts 21.07.2020.]. Pieejams: <http://www.aaem.pl/Social-functioning-and-the-quality-of-life-of-patients-diagnosed-with-schizophrenia,72507,0,2.html>
20. Eurostart Statistics Explained. *Quality of life indicators - measuring quality of life.* About Statistics Explained [Internet]. 2020. [Skatīts 12.07.2020.]. Pieejams: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_indicators\\_-\\_measuring\\_quality\\_of\\_life#Framework\\_for\\_measuring\\_quality\\_of\\_life](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators_-_measuring_quality_of_life#Framework_for_measuring_quality_of_life)
21. Ferliana H, Damayanti NA, Aisyah DN, Huda N, Ernawati D. *Determinants of family independence in caring for hebephrenic schizophrenia patients.* Journal of Public Health Research; 2020. 9: 149 -150.
22. Geerts K, Bongers I, Buitengeweg D, Nieuwenhuizen C. *Quality of Life of People with Severe Mental Health Problems: Testing an Interactive Model.* International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2020. [Skatīts 14.08.2020.]. Pieejams: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/3866>
23. Goldsmith DR, Rapaport MH. *Inflammation and Negative Symptoms of Schizophrenia: Implications for Reward Processing and Motivational Deficits.* National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internet]. 2020. [Skatīts 05.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7044128/>
24. Goldstone LW. *Unmet Medical Needs and Other Challenges in the Treatment of Patients With Schizophrenia.* AJMC [Internet]. 2020. [Skatīts 08.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ajmc.com/journals/supplement/2020/unmet-medical-needs-new-treatments-and-health-economics-associated-with-schizophrenia-supplement/unmet-medical-needs-and-other-challenges-in-the-treatment-of-patients-with-schizophrenia->
25. Gonzalo A. *Faye Abdellah: 21 Nursing Problems Theory.* Nurseslabs [Internet]. 2019. [Skatīts 14.07.2020.]. Pieejams: <https://nurseslabs.com/faye-g-abdellahs-21-nursing-problems-theory/>
26. Gonzalo A. *Virginia Henderson: Nursing need theory.* Nurseslabs [Internet]. 2019. [Skatīts 29.06.2020.]. Pieejams: <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>

27. Grohol MJM. *Schizophrenia symptoms*. Psych Central [Internets]. 2020. [Skatīts 05.07.2020.]. Pieejams: <https://psychcentral.com/schizophrenia/schizophrenia-symptoms/>
28. Harvey PD, Strassing MT, Silberstein J. *Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment*. SAGE journals [Internets]. 2019. [Skatīts 14.08.2020.]. Pieejams: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2043808719865693>
29. Hasan AA, Tumah H. *Determinants of quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics*. John Wiley & Sons, Inc [Internets]. 2019. [Skatīts 27.07.2020.]. Pieejams: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12278>
30. Herzog AE. *Schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders*. Posted by admin in Nursing [Internets]. 2017. [Skatīts 25.07.2020.]. Pieejams: <https://nursekey.com/schizophrenia-and-schizophrenia-spectrum-disorders/>
31. Ho RTH, Chan CKP, Lo PHY, Wong PH, Chan CLW, Leung PPY, Gan EYHC. *Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study*. Springer Nature Switzerland AG [Internets]. 2016. [Skatīts 21.07.2020.]. Pieejams: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-016-0796-7>
32. Izydorczyk B, Sitnik-Warchulska K, Kühn-Dymecka A, Lizińczyk S. *Resilience, Sense of Coherence, and Coping with Stress as Predictors of Psychological Well-Being in the Course of Schizophrenia. The Study Design*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2019. [Skatīts 20.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6480495/>
33. Jenkinson C. *Quality of life*. Encyclopædia Britannica, Inc [Internets]. 2020. [Skatīts 09.07.2020.]. Pieejams: <https://www.britannica.com/topic/quality-of-life>
34. Kaskie RE, Graziano B, Ferrarelli F. *Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2017. [Skatīts 25.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5614792/>
35. Kathleen Romito. Martin J. Gabica, E. Gregory Thompson, Christine R. Maldonado. *Schizophrenia*. Regents of the University of Michigan [Internets]. 2019. [Skatīts 05.07.2020.]. Pieejams: <https://www.uofmhealth.org/health-library/aa46937>
36. Kroplijs A, Raščevska M. *Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs*. Raka, 2010. 126 – 134 lpp.
37. Laine A, Välimäki M, Pekurinen V, Löyttyniem E, Marttunen M, Anttila M. *Feasibility, Acceptability, and Preliminary Impacts of Web-Based Patient Education on Patients With*

- Schizophrenia Spectrum Disorder: Quasi-Experimental Cluster Study*. JMIR Publications [Internets]. 2019. [Skatīts 26.07.2020.]. Pieejams: <https://www.jmir.org/2019/10/e13073/>
38. Latvijas Republikas tiesību akti. *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. Latvijas vēstnesis [Internets]. 2002. [Skatīts 16.07.2020.]. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>
39. Lim MWZ, Lee J. *Determinants of Health-Related Quality of Life in Schizophrenia: Beyond the Medical Model*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2018. [Skatīts 09.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6305274/>
40. Līcis J, Līce J. *Šķeltā dvēsele*. Klīniskais gadījums psihiatrijas praksē. SIA Izdevniecība Pilatus [Internets]. 2020. [Skatīts 01.11.2020.]. Pieejams: <https://www.doctus.lv/raksts/medicina-un-farmacija/kliniskie-gadijumi/skelta-dvesele-4332/>
41. Maroney M. *An update on current treatment strategies and emerging agents for the management of schizophrenia*. AJMC [Internets]. 2020. [Skatīts 08.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ajmc.com/journals/supplement/2020/unmet-medical-needs-new-treatments-and-health-economics-associated-with-schizophrenia-supplement/an-update-on-current-treatment-strategies-and-emerging-agents-for-the-management-of-schizophrenia>
42. Martin P. *6 Schizophrenia Nursing Care Plans*. Nurseslabs [Internets]. 2019. [Skatīts 26.07.2020.]. Pieejams: <https://nurseslabs.com/schizophrenia-nursing-care-plans/>
43. Martin P. *3 Suicide Behaviors Nursing Care Plans*. Nurseslabs [Internets]. 2019. [Skatīts 23.07.2020.]. Pieejams: <https://nurseslabs.com/suicide-behaviors-nursing-care-plans/>
44. Mental Health: Evidence & Research, Department of Mental Health & Substance Dependence. *WHOQOL-SRPB*. WHO, Geneva, Switzerland [Internets]. 2002. [Skatīts 11.07.2020.]. Pieejams: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77778/WHO\\_MSD\\_MER\\_Rev.2012.05\\_eng.pdf;jsessionid=1B63E74E7994ACFEF352E876460FBEA6?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77778/WHO_MSD_MER_Rev.2012.05_eng.pdf;jsessionid=1B63E74E7994ACFEF352E876460FBEA6?sequence=1)
45. Mihretie GB, Legas GM, Asnakew SA, Azale TB, Abera MW. *Magnitude and associated factors of disability in patients with schizophrenia attending Gondar, Felegehiwot and Debretabor hospitals Amhara North West 2019 Ethiopia: Institutional based cross – sectional study*. Research Square [Internets]. 2019. [Skatīts 21.07.2020.]. Pieejams: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-25718/v1/fc9dcba3-4f30-4aa4-b76a-f8b67b77cd75.pdf>
46. Millier A, Horváth M, Ma F, Kóczián K, Götze A, Toumi M. *Healthcare resource use in schizophrenia, EuroSC findings*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National

- Library of Medicine [Internets]. 2017. [Skatīts 15.08.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5645906/>
47. Morris K, Syed A, Reid G, Spencer S. *Occupational therapy delivered by specialists versus non-specialists for people with schizophrenia*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2016. [Skatīts 06.03.2021.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457935/>
48. National Institute of Mental Health. *Schizophrenia*. National Institute of Mental Health [Internets]. 2018. [Skatīts 28.06.2020.]. Pieejams: [https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia.shtml#part\\_154881](https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia.shtml#part_154881)
49. National Alliance on Mental Illness. *Schizophrenia*. NAMI [Internets]. 2020. [Skatīts 04.07.2020.]. Pieejams: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Schizophrenia>
50. NIH U. S. National Library of Medicine. *Schizophrenia*. U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2020. [Skatīts 05.07.2020.]. Pieejams: <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/schizophrenia#genes>
51. Nurse Key. *Manipulative Behaviors*. Posted by admin in Nursing [Internets]. 2016. [Skatīts 25.07.2020.]. Pieejams: <https://nursekey.com/20-manipulative-behaviors/>
52. Nurse Key. *Schizophrenia and Psychotic Disorders/Symptoms*. Posted by drzezo in Nursing [Internets]. 2016. [Skatīts 24.07.2020.]. Pieejams: <https://nursekey.com/schizophrenia-and-psychotic-disorderssymptoms/>
53. Nursing Theorist. *Faye Abdellah - Twenty one nursing problems*. Lorma colleges nursing informatics [Internets]. 2018. [Skatīts 27.07.2020.]. Pieejams: <http://lormacollegesnursinginformatics2018.blogspot.com/2018/07/faye-abdellah.html>
54. Nursing theory. *Henderson's Nursing Need Theory*. Alice Petiprin, Nursing-Theory.org [Internets]. 2016. [Skatīts 26.07.2020.]. Pieejams: <http://nursing-theory.org/theories-and-models/henderson-need-theory.php>
55. Our Health Service. *Schizophrenia*. Health Service Executive [Internets]. 2019. [Skatīts 05.07.2020.]. Pieejams: <https://www2.hse.ie/conditions/mental-health/schizophrenia/schizophrenia-symptoms.html>
56. Parekh R. *What is a schizophrenia?* American Psychiatric Association [Internets]. 2020. [Skatīts 20.07.2020.]. Pieejams: <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>
57. Raffard S, Rainteau N, Bayard S, Laraki Y, Norton J, Capdevielle D. *Assessment of the efficacy of a fatigue management therapy in schizophrenia: study protocol for a randomized,*

- controlled multi-centric study (ENERGY)*. Research Square [Internets]. 2020. [Skatīts 20.07.2020.]. Pieejams: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-26064/v2/b320b221-fe3b-4fb4-ab4a-9904e4c735e4.pdf>
58. Scheewe TW, Jörg F, Takken T, Deenik J, Vancampfort D, Backx FJG, Cahn W. *Low Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness in People With Schizophrenia: A Comparison With Matched Healthy Controls and Associations With Mental and Physical Health*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2019. [Skatīts 19.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6404550/>
59. Семенова НД, Бурьгина ЛА, Палин АВ, Матросова МИ. *КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С ШИЗОФРЕНИЕЙ ВАМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ*. СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ [Internets]. 2019. [Skatīts 22.08.2020.]. Pieejams: [https://psychiatr.ru/files/magazines/2020\\_02\\_scp\\_1551.pdf](https://psychiatr.ru/files/magazines/2020_02_scp_1551.pdf)
60. Seyhan TY, Bezgin S, Sertel M, Kurtoğlu F. *A comparison of sleep, fatigue and quality of life of asymptomatic and schizophrenic individuals*. Research Gate GmbH [Internets]. 2019. [Skatīts 20.07.2020.]. Pieejams: [https://www.researchgate.net/publication/331155990\\_A\\_comparison\\_of\\_sleep\\_fatigue\\_and\\_quality\\_of\\_life\\_of\\_healthy\\_and\\_schizophrenic\\_individuals](https://www.researchgate.net/publication/331155990_A_comparison_of_sleep_fatigue_and_quality_of_life_of_healthy_and_schizophrenic_individuals)
61. Slimību profilakses un kontroles centrs. *Statistikas dati*. Slimību profilakses un kontroles centrs [Internets]. 2018. [Skatīts 10.03.2021.]. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistikas-dati>
62. Stanga V, Turrina C, Valsecchi P, Sacchetti E, Vita A. *Well-being in patients with schizophrenia, mood and personality disorders attending psychiatric services in the community. A controlled study*. Science Direct [Internets]. 2019. [Skatīts 21.07.2020.]. Pieejams: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X19300094>
63. Stilo SA, Murray RM. *Non-Genetic Factors in Schizophrenia*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2019. [Skatīts 04.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6745031/>
64. Tartakovsky M, Grohol JM. *Schizophrenia Treatment*. Psych Central [Internets]. 2020. [Skatīts 06.07.2020.]. Pieejams: <https://psychcentral.com/schizophrenia/schizophrenia-treatment/>
65. Tredget J. *Raising awareness of oral health care in patients with schizophrenia*. Nursing Times; 2019. 12: 21 – 25.

66. Uni Assignment centre. *Virginia Hendersons Needs Theory Nursing Essay*. Uni Assignment. com [Internets]. 2020. [Skatīts 17.07.2020.]. Pieejams: <https://www.uniassignment.com/essay-samples/nursing/virginia-hendersons-needs-theory-nursing-essay.php>
67. Varcarolis EM. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Elsevier, Inc; 2016. 175 p.
68. Waite F, Myers E, Harvey GA, Espie AC, Startup H, Sheaves B, Freeman D. *Treating Sleep Problems in Patients with Schizophrenia*. National Center for Biotechnology Information [Internets]. 2016. [Skatīts 25.07.2020.]. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26751571/>
69. Wander C. *Schizophrenia: Opportunities to Improve Outcomes and Reduce Economic Burden Through Managed Care*. AJMC [Internets]. 2020. [Skatīts 08.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ajmc.com/journals/supplement/2020/unmet-medical-needs-new-treatments-and-health-economics-associated-with-schizophrenia-supplement/schizophrenia-opportunities-to-improve-outcomes-and-reduce-economic-burden-through-managed-care>
70. Wayne G. *Risk for Injury*. Nurseslabs [Internets]. 2017. [Skatīts 23.07.2020.]. Pieejams: <https://nurseslabs.com/risk-for-injury/>
71. Western M, Tomaszewski W. *Subjective Wellbeing, Objective Wellbeing and Inequality in Australia*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2016. [Skatīts 23.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5047468/>
72. WHO. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. WHO [Internets]. 2020. [Skatīts 09.07.2020.]. Pieejams: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
73. World Health Organization. *Schizophrenia*. WHO [Internets]. 2019. [Skatīts 28.06.2020.]. Pieejams: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
74. World Health Organization, *Slimību profilakses un kontroles centrs*. SSK-10. Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija. 10. redakcija, 5. izdevums, 2016, 1. sējums. Pasaules veselības organizācija; 2015. 337-340 lpp.
75. Yin S, Njai R, Barker L, Siegel PZ, Liao Y. *Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [Internets]. 2016. [Skatīts 12.07.2020.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4940947/>

## **Pielikumi**

# 1. Pielikums. Ētikas komitejas atzinuma atļauja

1.pielikums LU KRMI Zinātniskās izpētes  
Ētikas komisijas nolikumam.  
Apstiprināts: LU KRMI ZP sēdē

## LATVIJAS UNIVERSITĀTES KARDIOLOĢIJAS UN REĢENERATĪVĀS MEDICĪNAS INSTITŪTA ZINĀTNISKĀS IZPĒTES ĒTIKAS KOMISIJA PIETEIKUMS

### I. PĒTĪJUMA VADĪTĀJS

Vārds, uzvārds: Signe Mežinska Zinātniskais grāds: Dr.sc.soc. Amats: Asoc. Prof.  
Zinātniskās iestādes nosaukums (*augstskola, fakultāte, katedra, institūts, laboratorija*): Latvijas  
Universitāte  
Adrese: Jelgavas iela 3, Rīga, LV - 1004  
Tālr.: 29146661 E-pasts signe.mezinska@gmail.com

II. PĒTĪJUMA NOSAUKUMS Fiziskā un emocionālā labklājība pacientiem ar šizofrēniju  
stacionārā

### III. PĒTĪJUMA IZPILDĪTĀJI

Vārds, uzvārds: Iļona Martuka Zinātniskais grāds \_\_\_\_\_ Amats: māsa  
Zinātniskās iestādes nosaukums (*augstskola, fakultāte, katedra, institūts, laboratorija*): Latvijas  
Universitāte, Māzinību fakultāte, maģistratūras programma  
Adrese: Jelgavas iela 3, Rīga, LV - 1004  
Tālr.: 26460173 E-pasts: ilonakristine@inbox.lv

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_ Zinātniskais grāds \_\_\_\_\_ Amats \_\_\_\_\_  
Zinātniskās iestādes nosaukums (*augstskola, fakultāte, katedra, institūts, laboratorija*) \_\_\_\_\_  
Adrese \_\_\_\_\_  
Tālr. \_\_\_\_\_ E-pasts \_\_\_\_\_

(*Nepieciešamības gadījumā, var papildināt pētījuma izpildītāju skaitu*)

### IV. PĒTĪJUMA KOPSAVILKUMS

#### A. PLĀNOTAIS PĒTĪJUMA DALĪBNIKU SKAITS:

Pētījuma dalībnieki būs garīgās veselības aprūpes pacienti ar šizofrēniju. Plānots pētīt 40  
pacientus

(*Jānorāda, vai pētījumā ir iesaistītas īpaši aizsargātās grupas, piemēram, – nepilngadīgie, grūtnieces, pacienti ar garīgās veselības traucējumiem.*)

## B. PĒTĪJUMA PROTOKOLA PAMATOJUMS

*(Jānorāda pētījuma mērķis, hipotēze, pamatojot to ar zināmiem līdzīgiem pētījumiem un atsaucēm uz zinātnisko literatūru.)*

*Mērķis:* Noskaidrot fiziskās un emocionālās labklājības rādītājus pacientiem ar šizofrēniju stacionārā

*Pētījuma jautājums:* Kādi ir fiziskie un emocionālie labklājības rādītāji pacientiem ar šizofrēniju stacionārā?

Darba autore strādājot psihoneiroloģiskajā slimnīcā novērojusi, ka daudzi pacienti vēlas ātrāk izrakstīties no slimnīcas, bieži rīko savstarpējus konfliktus ar pacientiem un aprūpes personālu, sūdzas par garlaicību, minimāli izsaka savu viedokli, bieži jūtās emocionāli nomākti un nepietiekoši izprot pamatsaslimšanas un blakussaslimšanu ārstēšanas nepieciešamību. Pacienti slikti ievēro personīgo higiēnu, daudz smēķē. Māsām nepietiek katram pacientam individuāli veltīt laiku tik daudz, cik tas būtu nepieciešams, līdz ar to saskarsme un individuāla nodarbošanās ar viņu ne vienmēr ir pietiekoša, radot pacientos neapmierinātību.

Pētījums būtu svarīgs, lai novērotu pacientu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā, novērojot arī māsu aprūpi saistītu ar fizisko un emocionālo labklājību. Noskaidrojot arī pacientu viedokli intervijas veidā varētu atklāties patiesās pacienta izjūtas, apmierinātība, neapmierinātība ar aprūpi, attieksme pret ārstēšanos, informācijas pieejamība viņam saprotamā veidā, māsu attieksme, atsauce, kā arī ieteikumi, kuri varētu uzlabot viņu fizisko un emocionālo labsajūtu. Iegūtie rezultāti varētu mainīt aprūpes pieeju pacientam ar šizofrēniju, kas mazinātu viņu nepatiku ārstēties slimnīcā. Pētījuma rezultāti parādītu arī pacientu izglītošanas nozīmīgumu uz kā pamata varētu domāt par izglītošanas dokumentāciju māsām.

## C. PĒTĪJUMA PROTOKOLA ĪSS APRAKSTS

*(Jāapraksta zinātniskā pētījuma plāns un norise: paredzamais pētījuma dalībnieku skaits, to dzimums un vecums, vai pētījumā tiks izmantoti cilvēka bioloģiskā materiāla paraugi (to iegūšanas veids – daudzums/ tilpums), vai tiks izmantota personu sniegtā informācija, iepriekšējo izmeklējumu rezultāti, kā arī metodes un tehnoloģijas, kas tiks izmantotas pētījumā.)*

Pētījumā izvēlēti pacienti ar šizofrēniju vecumā no 18 līdz 55 gadiem, gan vīrieši, gan sievietes. Pirmajā posmā tiks veikts novērojums par šo pacientu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā, aprūpes ietekmi un izglītošanas nozīmi fiziskās un emocionālās labsajūtas veicināšanā, izmantojot arī māsu dokumentāciju par pacientiem. Tiks izmantota informācija no pacientu aprūpes lapām, kurās novērtēts viņu psihiskais un fiziskais stāvoklis. Pacienti un māsas zinās, ka viņi tiks novēroti. Kopumā paredzēts novērot 40 pacientus un 24 māsas. Otrajā posmā tiks noskaidrots šizofrēnijas pacientu viedoklis par savu fizisko un emocionālo labklājību stacionārā un ieteikumi tās uzlabošanai intervijas veidā. Intervija ar pacientiem aizņems apmēram 1 stundu tikšanās telpā. Pētījumā iesaistīto un neiesaistīto pacientu ārstēšana ne ar ko neatšķirsies. Pētījumā netiks izmantoti bioloģiskā materiāla paraugi.

## D. PĒTĪJUMA IZPILDES TERMIŅI

Sākums: 14.12.2020.gads

Beigas: 28.02.2021.gads

E. PĒTĪJUMA NORISES VIETA (-AS): VSIA slimnīcā „Gintermuiža” 6 nodaļās notiks novērojums. Pēc novērojuma nodaļu pacientu tikšanās telpā notiks intervija ar pacientu

F. INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA: *(Jānorāda informācija, kā tiks informēti pētījuma dalībnieki, un kā tiks iegūta informētā piekrišana no pētījuma dalībniekiem un/vai viņu vecākiem vai aizbildņiem, ja personas ir nepilngadīgas vai sasniegušas 14 gadu vecumu. Jānorāda, vai tiks izmantota*

informācija no personas medicīniskajiem dokumentiem. Gadījumā, ja pētījumā izmantota dalībnieku anketēšana, jānorāda, vai atspoguļotā informācija būs anonīma vai daļēji anonīma (kodēta).

Jānorāda, kādā veidā tiks aizsargāts pētījumā iesaistīto personu privātums, un kā tiks nodrošināta datu konfidencialitāte. Jānorāda, cik ilgi tiks uzglabāta pacientu informācija, tai skaitā izmeklējumu rezultāti vai audu paraugi un kā un kur tie tiks iznīcināti.)

Pētījumā tiks uzaicināti piedalīties pacienti ar šizofrēniju vecumā no 18 līdz 55 gadiem, gan vīrieši, gan sievietes, kas ārstējas stacionārā un ir spējīgi paust savu gribu un sniegt informēto piekrišanu dalībai pētījumā. Informācija par to, kuri pacienti ir spējīgi paust savu gribu un sniegt informēto piekrišanu dalībai pētījumā tiks saņemta no ārsta. Pētījumā tiks aicinātas piedalīties arī māšas, kuras aprūpē šos pacientus. Pacienti un māšas tiks informēti par pētījuma mērķi, norisi, riskiem un ieguvumiem, pētījuma dalībnieku tiesībām, t.sk. par tiesībām jebkurā brīdī pārtraukt dalību pētījumā bez jebkādam nelabvēlīgām sekām. Potenciālajiem pētījuma dalībniekiem būs iespēja uzdot jautājumus par pētījumu un saņemt atbildes. Ja pētījuma dalībnieks pēc iepazīšanās ar informāciju par pētījumu piekritīs piedalīties pētījumā, viņš tiks aicināts parakstīt informētās piekrišanas veidlapu. Veidlapa tiks parakstīta divos eksemplāros – viens paliks pie pētnieces, bet otrs tiks izsniegts pētījuma dalībniekiem.

Pētījumā ar pacientu piekrišanu tiks izmantota informācija no pacientu aprūpes lapām, kurās novērtēts viņu psihiskais un fiziskais stāvoklis. Personas datu apstrāde notiks atbilstoši LR Fizisko personu datu apstrādes likuma prasībām. Pētījuma dalībnieku sniegtās atbildes un novērojuma dati tiks kodēti, nevienam, izņemot pētījuma veicēju, nebūs iespējams sasaistīt ar kodētos datus ar pacientu vai māsu personīgi. Pētījuma dalībnieku sniegtās atbildes būs konfidenciālas un tiks izmantotas tikai pētījuma ietvaros, tās nebūs pieejamas ārstējošam ārstam, citiem ārstiem, veselības aprūpes speciālistiem. Pētījuma dalībnieku sniegtās atbildes tiks iekļautas maģistra darbā tikai apkopotā veidā, ārstniecības iestādes nosaukums maģistra darbā būs anonimizēts. Pētījuma rezultāti tiks iekļauti maģistra darba pētījuma rezultātu un analīzes daļā. Intervija tiks ierakstīta audio ierakstā un uzglabāta līdz pētījuma rezultātu analīzes pabeigšanai maģistra darbā. Pēc rezultātu analīzes pabeigšanas audio ieraksti un jebkādi citi identificējami personas dati tiks iznīcināti.

Pētījuma dalībnieku piedalīšanās pētījumā ir brīvprātīga. Pētījuma dalībniekiem ir tiesības atteikties piedalīties pētījumā vai pārtraukt dalību pētījumā jebkurā laikā un atteikšanās piedalīties pētījumā vai dalības pārtraukšana neradīs nekādu nevēlamu ietekmi uz pacientiem sniegtās veselības aprūpes kvalitāti.

## V. RISKI UN IEGUVUMI

1. Izskaidrot pētījuma procedūru iespējamās blakusparādības, fiziskos riskus (sāpes, veselības pasliktināšano utml.), un psiholoģiskos riskus, kas var rasties pētījuma dalībniekiem protokola izpildes gaitā.
2. Izskaidrot veikto pretpasākumus, lai mazinātu riskus un aizsargātu pētījuma dalībnieku tiesības un labklājību.
3. Izskaidrot šā pētījuma potenciālos ieguvumus (i) pētījuma dalībniekiem (ja tādi paredzami) un (ii) sabiedrībai.

1. Intervijas laikā pacientam var saasināties psihiskais stāvoklis vai rasties nevēlēšanas turpināt interviju. Šajā gadījumā intervija tiks pārtraukta, sniegts psiholoģiskais atbalsts un pacients tiks pavadīts uz savu palātu.
2. Pētījumā tiks iesaistīti tikai pacienti, kuri paši brīvprātīgi piekrīt pētījumam, spējīgi izprast informēto piekrišanu un ir spējīgi parakstīties par to.
3. Potenciālie ieguvumi:
  - (i) Pētījuma dalībnieks var izteikties par savu fizisko un emocionālo labklājību slimnīcā un izskatīt arī ieteikumus, lai mainītos aprūpe šizofrēnijas pacientam stacionārā un viņam atgriežoties turpmāk

būtu patīkamāk ārstēties slimnīcā. Pacientam ir patīkami, kad par viņu interesējas un cenšas uzlabot apstākļus viņa fiziskajai un emocionālai labklājībai.

(ii) Sabiedrībai ieguvums būtu mainot attieksmi pret šizofrēnijas pacientu, mazinoties stigmat. Ja ņemtu vērā šo pacientu izjūtas un mainītu aprūpes taktiku, pacienti kļūtu pārliecinātāki par sevi, drošāki, vairāk iekļautos sabiedrībā un nebūtu tik atstumti, kā tas ir šobrīd.

**VI. APLIECINĀJUMS** Es, Signe Mežinska (projekta vadītājs), ievērošu pētījuma protokolu, Pasaules medicīnas asociācijas Helsinku deklarāciju par ētikas principiem medicīnas pētniecībai ar cilvēkiem, Eiropas padomes Oviedo konvenciju par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā, un uz zinātnisko pētniecību un personas datu aizsardzību attiecināmos Latvijas Republikā spēkā esošus normatīvos aktus. Man ir pienākums ziņot par protokola izmaiņām Ētikas komisijai un zinātniskā pētījuma rezultātiem kompetentām pētniecības iestādēm un komisijām.

Datums \_\_\_\_\_ Paraksts \_\_\_\_\_

Šo vietu aizpilda LU KRMI Zinātniskās izpētes Ētikas komisija

**VII. PARAKSTI**

APSTIPRINĀTS

NEAPSTIPRINĀTS \_\_\_\_\_

Datums 26. 11. 2020.

Paraksts, atšifrējums

*S. Mežinska* / L. PLARAKS  
LU KRMI Zinātniskās izpētes Ētikas komisija

Datums 26. 11. 2020.

Paraksts, atšifrējums

*[Signature]* / I. PREVALINS  
LU KRMI Zinātniskās izpētes Ētikas komisija

## Pacientu novērošanas protokols

### Fiziskās un emocionālās labklājības rādītāji, komentāri un vērtējums

Datums:

Laiks:

Nodaļa:

Pētījuma dalībnieka kods:

Vērtējums no 0 - 5 baļļu sistēmā:

*0 – rādītājs nav novērots*

*1 – ļoti zems rādītājs*

*2 – zems rādītājs*

*3 – vidējs rādītājs*

*4 – augsts rādītājs*

*5 – ļoti augsts rādītājs*

Labklājības rādītāji	Komentāri	Vērtējums
<b><i>Fiziskā labklājība:</i></b>		
1. Diskomforta izjūta		
2. Enerģija trūkums		
3. Ēšanas traucējumi		
4. Pārlietu aktīvs		
5. Pārlietu pasīvs		
6. Prasme atpūsties		
7. Smēķēšana		
8. Dušas apmeklējums bez atgādināšanas		
9. Zobu higiēna bez atgādināšanas		
10. Roku mazgāšana pirms ēdienreizēm		
11. Fiziskās aktivitātes		
12. Līdzestība blakussaslimšanu ārstēšanā		

13.Līdzestība pamatsaslimšanas ārstēšanā		
14.Spēja patstāvīgi ģērbties atbilstoši laikapstākļiem		
15.Līdzestība medikamentu lietošanā		
<b><i>Emocionālā labklājība:</i></b>		
1.Pazemināts garastāvoklis		
2.Pašapziņas traucējumi		
3.Spēja pārvaldīt psihisko stāvokli		
4.Iesaistīšanās lēmumu pieņemšanā		
5.Pozitīvas saskarsmes veidošana		
6.Vēlme veidot attiecības ar apkārtējiem		
7.Seksualitātes izrādīšana		
8.Impulsivitātes izrādīšana pret apkārtējiem		
9.Jaunu prasmju apgūšana sadarbojoties ar ergoterapeitu		
10.Pacientu nodarbinātība		
11.Iespēja noskaidrot, kādus medikamentus saņemt to izsniegšanas laikā		
12.Iespēja paust personisko pārliecību		
13.Iespēja lasīt psiholoģisku vai reliģisku literatūru		
14.Iespēja klausīties mūziku un radio		
15.Iespēja skatīties televizoru		
16.Iespēja veidot rokdarbus, gleznot vai zīmēt		
17.Ieinteresētība uz klausīt ieteikumus emocionālās labklājības veicināšanai		

**Māsu novērošanas protokols**

Fiziskās un emocionālās labklājības rādītāji, komentāri un vērtējums

Datums:

Laiks:

Nodaļa:

Pētījuma dalībnieku kods:

Vērtējums no 0 - 5 baļļu sistēmā:

*0 – rādītājs nav novērots**1 – ļoti zems rādītājs**2 – zems rādītājs**3 – vidējs rādītājs**4 – augsts rādītājs**5 – ļoti augsts rādītājs*

<b>Labklājības rādītāji, nodrošinot aprūpi pacientam</b>	<b>Komentāri</b>	<b>Vērtējums</b>
<b><i>Fiziskā labklājība:</i></b>		
1. Apetītes kontrole		
2. Svara kontrole		
3. Vēdera izejas kontrole		
4. Šķidruma uzņemšanas kontrole		
5. Pašaprūpes veicināšana		
6. Regulāra palātu vēdināšana		
7. Māsu dokumentācija par pacientu fizisko stāvokli		
8. Kontrole pār medikamentu lietošanu		
9. Pacientu izglītošana par fiziskās labklājības veicināšanu		
10. Ģimenes iesaistīšana aprūpē fiziskā stāvokļa uzlabošanai		
<b><i>Emocionālā labklājība:</i></b>		

1.Pozitīvas saskarsmes veidošana ar pacientiem		
2.Māsas atsaucība pacientu vajadzībām		
3.Māsas sadarbība ar psihologu un/vai psihoterapeitu		
4.Pacientu izglītošana par emocionālo labklājību		
5.Pacientu izglītošana par seksuālām vajadzībām		
6.Ģimenes izglītošana par emocionālo labklājību		
7.Palīdzība veikt pašaprūpi		
8.Kontrole pār pacientu attieksmi pret apkārtējiem		
9.Uzslavas izteikšana pacientiem par zīmējumiem un rokdarbiem		
10.Drošas vides nodrošināšana pacientiem		

## Intervijas jautājumi

1. Kādas ir Jūsu galvenās sūdzības par fizisko veselību stacionārā?
2. Kā Jūs vērtējat personāla atsaucību un iesaistīšanos Jūsu fizisko problēmu risināšanā?
3. Kādas ir Jūsu fiziskās aktivitātes stacionārā?
4. Kā Jūs sabalansējat fiziskās aktivitātes ar atpūtu stacionārā?
5. Cik bieži Jums izdodas apmeklēt dušu?
6. Kas Jūsu ikdienā stacionārā veicina vai traucē regulāru dušas apmeklējumu?
7. Cik bieži Jums izdodas tīrīt zobus?
8. Kas Jūsu ikdienā stacionārā veicina vai traucē regulāru zobu tīrīšanu?
9. Cik bieži Jūs stacionārā velkat tīru apģērbu?
10. Kas Jūsu ikdienā stacionārā veicina vai traucē tīra apģērba valkāšanu?
11. Vai atrodoties stacionārā Jūs smēķējat un cik bieži?
12. Kas veicina vai samazina Jūsu vēlmi smēķēt?
13. Cik lielā mērā Jūs esat apmierināts/a par šizofrēnijas un blakussaslimšanu ārstēšanu stacionārā?
14. Kā Jūs vērtējat stacionārā saņemto informāciju par to kā sadzīvot ar šizofrēniju un blakussaslimšanām?
15. Kas Jūs psiholoģiski uztrauc vai nomāc atrodoties stacionārā?
16. Kā Jūs vērtējat mūsu attieksmi pret Jūsu slimības izpausmēm un atsaucību slimības izpausmju mazināšanā?
17. Kā Jūs spējat kontrolēt savus saslimšanas simptomus?
18. Kādus lēmumus Jums ļauj pieņemt ārstēšanās laikā stacionārā?
19. Kā tas ietekmē Jūsu emocionālo labsajūtu?
20. Kā Jūs vērtējat savas attiecības ar citiem pacientiem stacionārā?
21. Kādas ir Jūsu attiecības ar aprūpes personālu?
22. Kā Jūs vērtējat savu uzvedību konfliktsituācijās?
23. Kādi aprūpes speciālisti Jūs apmāca veidot labas attiecības ar apkārtējiem?
24. Kā Jūs vērtējat mūsu ieteikumus veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem?
25. Kā Jums izdodas ņemt vērā šos ieteikumus?
26. Kā Jūs vērtējat personāla sniegto informāciju par Jūsu seksuālo vajadzību nodrošināšanu?
27. Kā apkārtējā vide stacionārā ietekmē Jūsu emocionālo labsajūtu?

28. Kādas Jums ir iespējas pilnveidot sevi garīgi stacionāra apstākļos?
29. Kādu atbalstu Jūs saņemat no personāla, lai apmierinātu savas garīgās vajadzības?
30. Kādi būtu Jūsu ieteikumi aprūpes personālam, lai uzlabotu šizofrēnijas pacientu emocionālo labsajūtu stacionārā?

## Kontentanalīze intervijai

<b>1. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kādas ir Jūsu galvenās sūdzības par fizisko veselību slimnīcā?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Ar muguru ir sūdzības, it kā. Tā kā sāp. Es pa naktīm neizguļu.”	-Diskomforts	-Problēma
P-2	„Garīgā pasaule. Man visu laiku ir sirds. Man brīžiem uznāk vājuma sajūta.”		
P-4	„Nedaudz fiziski vājš esmu kļuvis. Novājēju.”		
P-6	„Vēders neiziet.”		
P-10	„...man galva sāp citreiz.”		
<b>2. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kā Jūs vērtējat personāla atsaucību un iesaistīšanos Jūsu fizisko problēmu risināšanā?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Viss ir apmierināts, visu izdara kā vajag, zāles iedod, ja ir tāda problēma. Piemēram mugura, ja sāp, nu tā tālāk, visas zāles var dabūt.”	-Pozitīva attieksme -Negatīva attieksme -Profesionāla pieeja	-Atsaucība
P-2	„Jā, te ir fiz nodarbības.”		
P-3	„Labi.”		
P-4	„Pozitīvi.”		
P-5	Uzdots papildus jautājums: „ <b>Personāls ir atsaucīgs, ja Jūs griežaties pēc vajadzības?</b> ” „Jā.”		
P-6	Uzdots papildus jautājums: „ <b>Vai personāls ir atsaucīgs risināt Jūsu problēmas?</b> ”		

P-7	„Ir, jā.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Bet atsaucība ir? Palīdz Jums?</b> ” „Ir. Jā.”		
P-8	„Jā. Ļoti labi, atsaucīgi. Ja ir nepieciešams, tad medikamentus iedod, kad prasa.”		
P-9	„Atsaucība ir, jā.”		
P-10	„Pārsvārā jā. Skatoties, kāds personāls.”		
P-11	„Te personāls vispār ir tāds, ka šausmas.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Ja jums kaut kas sāp, jums palīdz tomēr?</b> ” „Nepalīdz. Bļautās. Paprasi, nevar iedot zāles vai ko.”		

### 3. Intervijas jautājums

#### Kādas ir Jūsu fiziskās aktivitātes stacionārā?

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Rīta vingrošana.” „Ja ir labs laiks, tad var iziet svaigā gaisā...”	-Gribasspēks -Nepieciešamība	-Pozitīva attieksme
P-2	„Pagaidām nekādas.”	-Izpratne	-Spējas
P-3	„Staigāju pa gaiteni.”	-Iespēju	-Iespējas
P-4	„Eju skatīties televizoru.”	izmantošana	
P-5	„... darboties tajā pulciņā. ... tur cep citreiz pankūkas, ābolus.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Nav kaut kādi ierobežojumi? Pastaigāties?,</b> „Pagaidām nav.”	-Zināšanu trūkums -Nespēks -Samierināšanās	-Informētības trūkums
P-6	„Man nav šeit. Būtu, bet dēļ kovida ir aizslēgts. Trenežierzāle.”		
P-7	„Nu es tikai staigāju pa gaiteni. Citreiz paguļu, man miegs nāk.”		
P-8	„Trešdienās un piektdienās mums ir sporta zāle. ... fiziski hanteles cilāt, bumbu spēlēt. Tur var nodarboties ar stumšanu un grūšanu		

P-9	<p>... velšanos un vēl visādi citādi.”</p> <p>„Pastaigas ar mums ir.”</p> <p>„... kādreiz novusu uzspēlēju, tad tur šahu.</p> <p>... televizoru skatos.”</p> <p>Uzdots papildus jautājums: „ <i>Bet pastaigā labprāt piedalāties?</i>”</p> <p>„Šad tad aiziet.”</p>		
P-10	<p>„Vingroju, kačāju muskuļus rokām.”</p> <p>„Divreiz pēc kafijas pauzes tieku ārā pastaigāties svaigu gaisu.”</p>		
P-11	<p>„Staigāju.”</p>		

#### 4. Intervijas jautājums

##### Kā Jūs sabalansējat fiziskās aktivitātes ar atpūtu slimnīcā?

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdzieni</i>
P-1	„...novusu var uzspēlēt, tenisu, ja ir pieejams. Apmēram tā.”	-Zināšanas	-Informācijas trūkums
P-2	„Nav nekādas atpūtas. Jācīnās pašam ar sevi, ar to slimību. [Raud].”	-Slimības	-Attieksme
P-3	„Nekā nebalansēju.” „Diendusu eju gulēt”.	izpausmes	-Spēja atpūsties
P-5	„Normāli.” „Ja ir klusā stunda, tad ir jāatpūšās. Kad ir jāpastaigā pa koridoru, es pastaigāju.”		
P-6	„Es parasti atpūšos pēc fiziskajām aktivitātēm.”		
P-7	„Es runāju ar draugiem, sarunājos.”		
P-8	„Klusajā stundā izgulēties ... Tā sabalansētība, tā ir ļoti apmierinoša.”		
P-9	„Pēc spēlēšanas novusa tāds miers iestājas. [6] Nu tīri normāli, es saprotu.”		
P-10	„... cenšos pēc iespējas maksimālāk sirdi saudzēt.”		

P-11	<p>Uzdots papildus jautājums: „<i>Jūs cenšaties arī klusajā stundā pagulēt?</i>”</p> <p>„Jā.”</p> <p>„... aktivitātes te nekādas nenotiek.”</p> <p>Uzdots papildus jautājums: „<i>Un atpūsties Jūs varat?</i>”</p> <p>„Es atpūšos.”</p>		
------	---	--	--

### 5. Intervijas jautājums

#### Cik bieži Jums izdodas apmeklēt dušu?

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Gandrīz katru dienu.”	-Slinkums	-Personīgās higiēnas attieksme
P-2	„Katru dienu kaut vai. Katru dienu.”	-Pieradums	
P-3	„Nu vismaz reizi nedēļā.”	-Izpratnes trūkums	
P-4	„Reizi nedēļā.”		
P-5	„Vienreiz nedēļā.”		
P-6	„Vismaz reizi nedēļā.” „Tas atkarīgs no fiziskām aktivitātēm.”		
P-7	„Pa sestdienām, svētdienām tikai mazgājos.”		
P-8	„Reizi nedēļā.”		
P-9	„Tagad reizi nedēļā.”		
P-10	„... trešdienās un piektdienās.”		
P-11	„Katru dienu, var nedēļā biežāk, pa divi pa trīs reiz, kā kuro reizi.”		

### 6. Intervijas jautājums

#### Kas Jūsu ikdienā slimnīcā veicina vai traucē regulāru dušas apmeklējumu?

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Nu it kā nekas netraucē. Tur tā atļauja, ja tev ir, tad var iet.”	-Režīms -Slimības	-Apstākļi
P-2	„Tā laikam slimība ir, kas mani tura, lai es neietu uz dušu, lai kaut ko nesalauztu, nenosistos.”	izpausmes -Paša vēlme -Slinkums	-Attieksme

P-5	Uzdots papildus jautājums: „ <b>Ar personāla palīdzību viss izdodas veiksmīgi?</b> ” „... es pie personāla negriežos. Es griežos pie sava drauga, viņš man stāv klāt [3], palīdz nodušoties...”	-Izpratnes trūkums	-Informācijas trūkums		
P-6	„Pa manīm pozitīvi.” „Tad, kad līdzekļi beigušies. Tie šampūni beigušies un drēbes nav tīras.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Un kas Jūs parasti veicina iet uz dušu?</b> ” „Es nezinu. Mati netīri.”				
P-7	„Būt tīram.” „Nē, man nekas netraucē.”				
P-8	„Nē. Pilnīgi nekādu problēmu nav ar dušā apmeklējumu.”				
P-9	„... piespiedu kārtā jāiet. Kad dušas diena, tad tur pieraksta, kas iet un kuri nav, tos piespiež.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Kas Jūs traucē šo te regulāro dušas apmeklējumu?</b> ” „Man netraucē nekas.”				
P-10	„Dušas želeja ātri beigsies.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Kas Jūs veicina dušas mazgāšanos?</b> ” „... vingrošana. Es kā pieaudzis vīrietis gribu skaists, noskūts būt, nevis tā kā [..].”				
P-11	„Nekas netraucē. Paprasi, attaisa vaļā, nomazgājos.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Kas veicina?</b> ” „Es pats.”				
<b>7. Intervijas jautājums</b>					
<b>Cik bieži Jums izdodas tīrīt zobus?</b>					
Šifra Nr.	Satura vienība			Kategorija	Jēdziens

P-1	„Katru vakaru. No rīta un vakarā.”	-Zināšanu trūkums	-Informācijas
P-2	„Man nav. [...] Neviena [smejas].”	-Izpratne	trūkums
P-3	„No rīta un vakarā.”	-Pieradums	
P-4	„Reizi dienā.” „Biežāk vakarā. Lai būtu pirms miega.”	-Slinkums	-Attieksme pret
P-5	„Netīru.”	-Slimības	zobu higiēnu
P-6	„Divreiz dienā.”	izpausmes	
P-7	„Rītā, vakarā.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Katru dienu, ja?</b> ” „Jā.”	-Veselība	
P-8	„... katru rītu iztīru zobus...”		
P-9	„... man zobu kā tādi nav. Vienas saknītes. ... , ar zobu pastu izskaloju.”		
P-10	„Šad un tad patīru.”		
P-11	„Man nav zobu, visi izrauti.”		

### 8. Intervijas jautājums

#### Kas Jūsu ikdienā slimnīcā veicina vai traucē regulāru zobu tīrīšanu?

Šifra Nr.	Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
P-1	„Nekas netraucē.”	-Slinkums	-Attieksme
P-2	„Ja man būtu, man netraucētu nekas netraucētu.”	-Zināšanas	-Informētība
P-3	„Nav tādu procesus.”	-Slimības	-Apstākļi
P-4	„Slinkums kaut kāds.”	izpausmes	
P-6	„Es pats to daru.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Ir kaut kādi faktori, kas traucē regulāru zobu tīrīšanu?</b> ” „Nē.”		
P-7	„Visi lūr uz mani. Es saku neskaties, ko es daru. Nu man nepatīk, ka uz manīm skatās.”		

P-8	Uzdots papildus jautājums: „ <i>Tā ir paša iniciatīva, ja?</i> ” „Es jūtu, kam zobi netīri, ta es ēdiena atliekas iztīrīt, izskaloju ar zobu birsti.” „...zobu tīrīšanā nav traucēklis ... Jo zobus iztīrīt es varu katru mīļu brīdi. Kad vien es vēlos, nav ierobežoti laiki. Bez laika ierobežojumiem zobu tīrīšanai.”		
P-9	„Nekas netraucē.”		
P-10	„Lai viņi nesapūst.” Uzdots papildus jautājums: „ <i>Kas Jūs traucē regulāru zobu tīrīšanu? Tā smaganu asiņošana?</i> ” „Jā”.		
<b>9. Intervijas jautājums</b>			
<b>Cik bieži Jūs slimnīcā velkat tīru apģērbu?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„... katru dienu vai katru otro dienu. ...ja pēc dušas, tad uzreiz tīru.”	-Pieradums -Izpratne	-Attieksme -Informētība
P-3	„Reizi nedēļā vismaz.”		
P-4	„Reizi nedēļā.”		
P-5	„Vienreiz nedēļā.”		
P-6	„Vismaz reizi nedēļā.”		
P-7	„Kad mums izsniedz, kad mēs beidzam mazgāties.”		
P-8	„Reizi nedēļā dušas laikā.”		
P-9	„Katru dušas dienu.”		
P-10	„Kad ir dušas diena. Tad es velku tīro apģērbu.”		
P-11	„Nedēļā reizi.”		
<b>10. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kas Jūsu ikdienā slimnīcā veicina vai traucē tīra apģērba valkāšanu?</b>			

<i>Šifra nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Nekas netraucē.”	-Samierināšanās	-Apstākļi
P-2	„... apģērbs, ko dod humānā palīdzība, ..., viņš jau ir viss nonēsājies gadu gadiem. Gribētos kaut ko jaunāku, svaigu kaut ko.”	-Bezizeja -Pienākuma sajūta	-Attieksme
P-3	„Nekas.”		
P-5	„Netraucē.” „... ja dod, piemēram, veļu jāmaina, tad es to daru.”		
P-6	„Es vienkārši nomazgājos, tad jāvelk tīrs.”		
P-7	„Mums izdod drēbes.”		
P-8	„Nē, netraucē nekā.”		
P-9	„Nu tā viņš netīrs paliek, i pa to nedēļu reizi [..].” „Traucē šad tad. Ne to izmēru iedod, jāsāk mainīt.”		
P-10	„Gribu labi izskatīties.” Uzdots papildus jautājums: <b>„Kas Jums traucē tīrā apģērba valkāšanu? Ir kaut kādi traucēkļi?”</b> „Es nezinu. Kad ir dušas diena, tad es velku.”		
P-11	„Pašam gribās tīri staigāt.” „Nekas netraucē.”		

**11. Intervijas jautājums**  
**Vai atrodoties slimnīcā Jūs smēķējat un cik bieži?**

<i>Šifra nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Smēķēju.” „Ik pēc stundas.”	-Zināšanu trūkums	-Informācijas trūkums
P-2	„Pa vienai. Vairāk man nedod [smejas]. [3] Piecas cigaretes dienā.”	-Atkarība -Vajadzība	-Pieradums
P-3	„Jā piecreiz dienā.”	-Gribasspēks	-Kaitīgais ieradums
P-4	„Nesmēķēju vispār.”	-Zināšanas	-Attieksme
P-5	„Jā. Ziemā piecas reizes. Vasarā ir sešas reizes.”	-Veselība -Naudas ekonomija	-Informētība

P-6	„Nē.”		
P-7	„Es vispār nesmēķēju.”		
P-8	„Es smēķēju. Piecas reizes dienā.”		
P-9	„Jā. Piecreiz dienā.”		
P-10	„Es nesmēķēju vispār.”		
P-11	„Smēķēju, jā. Piecas reizes dienā.”		

## 12. Intervijas jautājums

### Kas veicina vai samazina Jūsu vēlmi smēķēt?

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Pieradums. Laikam grūti atmest.”	-Pieradums	-Apstākļi
	„Kompānija it kā neiespaido.”	-Zināšanu trūkums	-Informētības
P-5	„Gribās uzvilkt vienkārši dūmu.”	-Bezatzbildīgums	trūkums
	Uzdots papildus jautājums: <b>„Kompāniju varbūt gribās?”</b>		
	„Nē, kompāniju nē.”		
P-8	„Lai savādāk vienkārši būtu. Lai nebūtu tā vientulīgā sajūta.” „Veicina smēķēšanu tas, kad ir jau pierasts.”		
P-9	„Nomierināt nervus.”		
	Uzdots papildus jautājums: <b>„Ir kaut kādi apstākļi, kas Jūs mazina šo te vēlmi smēķēt?”</b>		
	„... tādi apstākļi nav.”		
P-11	„Tāpat. Gribās iziet laukā. Savādi visu laiku iekšā klepo un nav gaisa.”		
	Uzdots papildus jautājums: <b>„Kompāniju gribās uzsmēķēt?”</b>		
	„Kompāniju es nedomāju. Es viens.”		

## 13. Intervijas jautājums

### Cik lielā mērā Jūs esat apmierināts/a par šizofrēnijas un blakussaslimšanu ārstēšanu slimnīcā?

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
------------------	-----------------------	-------------------	-----------------

P-1	„Apmierināts, tikai dažreiz ir, kad pārzāļo. ... kad slikti, kad sirds daudzās ... Bet tā viss kārtībā.”	-Zināšanas -Pozitīva attieksme -Zināšanu trūkums	-Apmierinātība
P-2	„Man jāsamierinās ar to, kas ir.”		-Informētības trūkums
P-3	„Apmierināts esmu.”		
P-4	„Esmu apmierināts, ļoti pat apmierināts.”		
P-5	„... citreiz, ka man dod tā, nu zāles ne tādas ta kā vajag, ta kā inde brīžiem, brīžiem tā kā dod normālas tabletes, tad atkal samaina. Tad ir šķidrās zāles, tad cietās zāles, nu šitā te.”		
P-6	„It kā viss kārtībā.”		
P-7	„Nu tagad jā.”		
P-8	„... es esmu apmierināts.”		
P-9	„Slimnīcā teicami ārstē.”		
P-10	„... palīdz. Parunājas ar tevi, nebļauj.”		
P-11	„Nē. Zāles daudz dod.”		

#### 14. Intervijas jautājums

**Kā Jūs vērtējat slimnīcā saņemto informāciju par to kā sadzīvot ar šizofrēniju un blakussaslimšanām?**

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„... pie psihologa var aiziet parunāt un var ārstu.” Uzdots papildus jautājums: <b>„Māsas iesaistās šajā procesā?”</b> „Kā kura. Jā. Ir, kas iesaistās, ir, kas negrib runāt [smejas].”	-Zināšanas -Uzdrošināšanās vaicāt -Pieejamība -Atvērtība -Apmierinātība	-Informētība -Pozitīva attieksme
P-2	„Es neesmu grieziens pie māsiņām. Jo ... nav laika diskutēt un runāties, viņām ir savs darbiņš ir. Arī psihiatriem savs darbiņš ir.”	-Drošība	
P-3	„Nav tādas informācijas.”		
P-4	„Apmāca.”		
P-5	„Man ir pozitīvi.”		

P-6	„Nē.”		
P-7	„Jā.”		
P-8	„Visus saistošos jautājumus, pacientu jautājumus, to risina dakteris. Un tad tam ārstam es visu to, to informāciju viņš sniedz.”		
P-9	„Nu tāda informācija bija, tas arī labs pasākums.”		
P-10	„Man jau nekādu izglītošanu šeit nedod.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Informāciju Jums tomēr aprunājas, padomu dod?</b> ” „Ja es paprasu, tad dod.”		
<b>15. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kas Jūs psiholoģiski uztrauc vai nomāc atrodoties slimnīcā?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„... gribas vairāk brīvības,... negribas ta kā ātri iet gulēt. Televizors ierobežots vakaros. Citi slimnieki ka tur kaut ko ... kā saka, kasās.”	-Diskomforts	- Neapmierinātība
P-2	„Sienas mani nomāc. Nu sanāk re kur logs vaļā, žalūzijas līdz pusei, man visu laiku liekas, ka pa turieni skatās. Jā, un jādzīvo vienās bailēs. Kameras ieliktas, man jau tās domas, ka skatās, seko.”		
P-3	„Rutīna.”		
P-4	„Uztrauc tas, ka televizors ir viens.” „Ar savām programmām nesanāk, jo visi grib ziņas.”		
P-5	„Nekas, viss ir labi.”		
P-6	„... mana dzīve pāriet garām. Es neko nevaru darīt. Nevar iesākt darīt, ko es darītu, ja es nebūtu šeit.”		

P-8	„Man tādas sūdzības nav. Psiholoģiski neuztrauc nekas. Vienīgi gribās mājās.”		
P-11	„Troksnis.” Uzdots papildus jautājums: „ <i>Citi pacienti trokšņo?</i> ” „Jā. Man klusām patīk.”		

### 16. Intervijas jautājums

**Kā Jūs vērtējat māsu attieksmi pret Jūsu slimības izpausmēm un atsaucību slimības izpausmju mazināšanā?**

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Nu it kā viss normāli. It kā nav nekas tāds... šad tad gadās strīdi, kad uzbļauj vai kā, tad pats arī uzvelcies.” „Nu atsevišķa māsu attieksme arī, nepareiza pieeja vai kā. Kad tev uzbļauj, tad, protams, pretī bļausi.”	-Slimības izpausmes -Pozitīvisms -Negatīvisms	-Attieksme
P-2	„Nu viņas dara, ko var. Iespēju robežās.”		
P-3	„Ļoti labi.”		
P-4	„Viņas ir ļoti atsaucīgas. Viņas vienmēr cenšas palīdzēt.”		
P-5	„Es uzskatu, ka pozitīva.”		
P-6	„Nu es nezinu. Māsas neko.” Uzdots papildus jautājums: „ <i>Viņas ir iecietīgas pret Jūsu slimības izpausmēm?</i> ” „Jā.” Uzdots papildus jautājums: „ <i>Atsaucību Jūs saņemat nepieciešamības gadījumā?</i> ” „Jā.”		
P-7	Uzdots papildus jautājums: „ <i>Attieksme ir normāla?</i> ” „Normāla. Jā.”		
P-9	„Labi, saprotoši.”		
P-11	„Nekā. Lamājas, bļauj. Diezgan skaļi uzvedas pret slimiem.”		

<b>17. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kā Jūs spējat kontrolēt savus saslimšanas simptomus?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Nu it kā spēju kontrolēt.”	-Zināšanas	-Informētība
P-2	„Jā, es dakteriem saku. Bet tagad es neko nevaru pateikt.”	-Zināšanu trūkums	-Informācijas trūkums
P-3	„Ar gribasspēku.”		
P-4	„Jā, varu. Kad slikti, cenšos nolīst zem segas un sarauties un aizvērt acis, it kā nekā nav. Dažreiz tas izdodas.”		
P-5	„Es māku vadīt sevi. Lai neviens otru neaiztiek...”		
P-6	„Es visu kontrolēju.”		
P-8	„... te jau nav, ko kontrolēt. Sēdi mierīgi, nevienam neko sliktu nedari. Tu jau nedrīksti uzbrukt un tev ar neviens nedrīkst uzbrukt. ... Nav jau jākontrolē. Man tiklīdz kaut kas, es varu vērsties pie māsiņām un šo te palīdzību sniegt. Nu man sniegt.”		
P-9	„Nu es cenšos būt mierīgs. [...] kaut kā atslogoties, vairāk pagulēt.”		
P-10	„Īsti nekā nevaru kontrolēt. Nav jau tā, ka es kādam ar kulakiem. Ja baigi vajag, es aizeju uz savu palātu nomierinos.”		
P-11	„Kontrolēju, jā. Gulēt eju.”		
<b>18. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kādus lēmumus Jums ļauj pieņemt ārstēšanās laikā slimnīcā?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Ja es pasaku, ka man zāles ... nepanesu vai kā, tas tā kaut kā, nezinu.” Uzdots papildus jautājums: „ <i>Ne vienmēr izdodas lēmumu pieņemt?</i> ”	-Zināšanu trūkums -Nepārlicinātība -Vēlmju robeža	-Informācijas trūkums  -Iespējas

	„Ne vienmēr, jā. [3] Tas ir atkarīgs no katra ārsta un kā tu runā.”		
P-3	„Ar dakteri vienojamies par zāļu mazināšanu.”		
P-4	„Nav nekādu lēmumu.”		
P-5	„Varam vienoties par zālēm. Viņi ieklausās, ka es pateicu. Tad noņēma nost, pielika klāt, tad atkal noņēma nost.”		
P-6	„Es nezinu, man nav tādi lēmumi.”		
P-8	„Burtiski praktiski nekādus.”		
P-9	„Nu lēmumu smēķēt vai nesmēķēt. Tā lēmumi nav.”		
P-11	„Nekādus.”		
<b>19. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kā tas ietekmē Jūsu emocionālo labsajūtu?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Nu, ja tu esi sazāļots un nesanāk zāles samainīt vai samazināt, tad labi nejūtos.”	-Samierināšanās -Apmierinātība	-Izjūtas
P-2	„Labāk. Ar apziņu, ka man palīdzēs.”	-Diskomforts	
P-3	„Pozitīvi.”		
P-6	„Viss kārtībā ir ar manu emocionālo labsajūtu.”		
P-7	„Es jūtos tīri labi te slimnīcā. Atpūties esmu, nomazgāts, paēdināts, siltumā.”		
P-8	„Nu manu emocionālo stāvokli, es domāju tas ir grūts gājiens. Šeit atrasties ir ļoti grūti. Šeit praktiski nevar ne pakustēties, nevar kā brīvībā.”		
P-9	„Miers. Es skatos televīziju. Tēvs palīdz.”		
P-10	„... grūtāk. Pa nakti apdomāju savu dzīvi.”		
P-11	„Labi.”		
<b>20. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kā Jūs vērtējat savas attiecības ar citiem pacientiem slimnīcā?</b>			

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„It kā normālas, bet mēdz būt dažādi pacienti. Ir agresīvi pacienti, ir mierīgi un ir tādi, kas nu jā paši ta kā kasās klāt un tad tā sākās citreiz agresija pret agresiju, ja pa daudz kāds ar agresiju nāk virsū.”	-Prasme -Spējas -Slimības simptomi -Nepārliecinātība par sevi	-Saskarsme
P-2	„Ļoti labas.”		
P-3	„Ļoti labas.”		
P-4	„Attiecības labas.”		
P-5	„Nu, ar pacientu x [rāda uz palātas biedru] viss ir kārtībā [smejas].”		
P-6	„Viss pozitīvi notiekas.”		
P-7	„Citi mani pasūta. Nu es nezinu, runā rupjības. Ja? Trīs mājas tālāk pasūta pacienti. Es saku:„ Priekš kam jūs tā darāt?” Pašam atnāk atpakaļ. Tas ko otram dara, viss atpakaļ nāk.”		
P-8	„Man nav gadījies nekādas saskarsmes ļaunā nolūkā ne ar vienu. Man ir labas attiecības ar apkārtējiem, jo es neredzu iemeslu nekādam uzbrukumam nekādam, ko sliktu veikt jeb teikt vai darīt.”		
P-9	„Labas attiecības. Nekādu problēmu nesagādā kontaktēties ar citiem slimniekiem.”		
P-10	„Vispār nav sliktas. Ir divi pacienti, kuri ir tādi iecietīgāki. Uzprasa, parunāt gribas.”		
P-11	„Es nesarunājos. Es pats ar sevi runāju.”		
<b>21. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kādas ir Jūsu attiecības ar aprūpes personālu?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>

P-1	„... parasti tādas draudzīgas, labas. Vienīgi, ja nesanāk pa kaut ko konfliktēt. Bet ... tas tā retāk.”	-Prasme -Spējas -Slimības simptomi	-Saskarsme
P-2	„Ļoti labas.”	-Nepārliecinātība	
P-3	„Labas.”	par sevi	
P-4	„Es uzskatu, labas.”		
P-5	„Viss kārtībā.”		
P-6	„Es jau it kā neveidoju.”		
P-7	„Man ar personālu ir ļoti labas attiecības.”		
P-8	„Ar aprūpes personālu labas ... Labi. Labi, neko sliktu nedara neviens.”		
P-9	„Labas attiecības. Problēmu nav, sūdzību nav.”		
P-10	„Ne īsti labas, ne īsti sliktas. Drīzāk, ka sliktas.” „... izrunājas pret manīm visādi.”		
P-11	„Labi.”		

## 22. Intervijas jautājums

### Kā Jūs vērtējat savu uzvedību konfliktsituācijās?

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Varbūt kādreiz bišku pa daudz. [Smejas].” „... ja cits pacients ta kā mani aiztiek, es pretīm.”	-Impulsivitāte -Atturība	-Spēja pārvaldīt sevi
P-2	„Es vienkārši noklusēju, vienalga kas ir.”		
P-3	„Esmu mierīgs un nosvērts.”		
P-4	„Nav konfliktu.”		
P-5	„... jānāk atrisināt. Ieklausīties, ko viņš saka. Un tad beidzot pieņemt lēmumu, ko darīt tālāk.”		
P-7	„Kur var parunāties, kur nevar, tur es piebremzēju.”		
P-8	„Es izvairos no konfliktiem.”		
P-9	„Konfliktsituācijās cenšos neiesaistīties.”		

P-10	„Ja ir konfliktsituācijas, es varu iedot pretīm.”		
<b>23. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kādi aprūpes speciālisti Jūs apmāca veidot labas attiecības ar apkārtējiem?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1 P-3 P-4 P-6 P-7 P-8 P-9 P-10 P-11	<p>„... māsas iesaistās vai māsu palīgi.”</p> <p>„Neviens.”</p> <p>„Ārsts par to runā. Māsas arī, bet kaut kā mazāk.”</p> <p>„Mani neviens šeit neapmāca.”</p> <p>Uzdots papildus jautājums: „<b>Kas ar Jums runā, ka vajag veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem. Varbūt ārsti, māsas, māsu palīgi?</b>”</p> <p>„Arī māsu palīgi.”</p> <p>Uzdots papildus jautājums: „<i>Un māsas?</i>”</p> <p>„Jā.”</p> <p>„Tas viss jau gulstās uz pašu pleciem...Pats tu neko nedari, tad jau ar tās sliktās emocionālās saskarsmes nav, tad arī nav.”</p> <p>„Ārstējošais ārsts.” „Māsas arī.”</p> <p>Uzdots papildus jautājums: „<b>Varbūt māsu palīgi iesaistās?</b>”</p> <p>„Nu, jā. Māsu palīgi jā.” „Psihologs arī.”</p> <p>„Dakteris.”</p> <p>„Nekas nemāca.”</p>	-Negatīvisms	-Apmācība -Informētība -Informācijas trūkums
<b>24. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kā Jūs vērtējat māsas ieteikumus veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Pozitīvi, tas ir ļoti labi. Tas ir tikai labi, ka no malas pamāca kāds [smejas].”	-Zinātkāre -Pozitīvisms -Zināšanas	-Attieksme

P-2	„... uzklausu un padomāju vai tas der vai neder. Tas ir vērtīgi.”		
P-3	„Pozitīvi.”		
P-4	„Labi.”		
P-5	„Pozitīvi.”		
P-6	„It kā viss pozitīvi.”		
P-7	Uzdots papildus jautājums: „ <i>Tas ir tā kā pozitīvi?</i> ” „Jā.”		
P-8	„Ļoti labas. Ja gadījumā ir kāda problēma, tad var attiecīgi, māsas uzreiz reaģē.”		
P-9	„Nu es neko sliktu nevaru pateikt par to.”		
P-10	„... ja viņas tā labi dod, tad es, protams, ... ņemu vērā. Ja ir labs padoms, ņemu viņu vērā.”		
P-11	„Labi.”		
<b>25. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kā Jums izdodas ņemt vērā šos ieteikumus?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„... tīri labi izdodas ņemt vērā.”	-Pozitīvisms	-Spējas
P-2	„Ja to uzskatu par vajadzīgu un pareizu, jā.”	-Centība	
P-3	„Mierīgi.”		
P-4	„Izdodas.”		
P-6	„Nu es jau parasti neesmu klāt, kad tur kaut ko saka.”		
P-7	„Es cenšos savaldīties un brīžiem iznāk tas, ka es netur tie nervi.”		
P-8	„Jā. Kā labāk uzvesties.”		
P-9	„Nu es pēc dabas esmu mierīgs, man izdodas neiesaistīties xxxx.”		
P-10	„Jā.”		
P-11	„Jā.”		

<b>26. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kā Jūs vērtējat personāla sniegto informāciju par Jūsu seksuālo vajadzību nodrošināšanu?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Nav nekad runājis, nē. Nav bijusi tāda vajadzība.”	-Zināšanu trūkums	-Informācijas trūkums
P-2	Uzdots papildus jautājums: „ <b>Ar Jums par to runā?</b> ” „Nē.”	-Kautrība	
P-3	„Nav tādu.”		
P-4	Uzdots papildus jautājums: „ <b>Vai kāds runā ar jums par to?</b> ” „Nē.”		
P-5	„Nē, nevienu reizi vēl nav runājuši. Bet par to vajadzētu parunāt.”		
P-6	„Šeit nav.”		
P-8	„Nu seksuālo informāciju es neesmu saņēmis. Nekad [smejas]. Tas nav iespējams. Par to nerunā, man liekas.”		
P-9	„Tāda informācija nav bijusi.”		
P-10	„Nerunā.”		
P-11	„Nu es nerunāšu par tādām tēmām.”		
<b>27. Intervijas jautājums</b>			
<b>Kā apkārtējā vide slimnīcā ietekmē Jūsu emocionālo labsajūtu?</b>			
<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„...ja netraucē citi, liek mierā, tad viss kārtībā. Nu, piemēram ja tu gribi atpūsties, pagulēt vai grāmatu, nū, kad tev staigā uz tavu palātu un neliek visu laiku mieru, tad it kā nav normāla atpūta. Arī slimnīcas režīmā	-Pozitīvisms -Nomācoša sajūta -Neaizsargātība	-Vides ietekme

P-3	gribētos vēlāk iet gulēt un arī televizoru ilgāk paskatīties.” „... gribētos, lai palātā ir televizors, [...] kaut kādas galda spēles.”		
P-4	„Tāds dzelžains stāvoklis nav.” Uzdots papildus jautājums: „ <i>Nekā negatīva te nav?</i> ” „Nekā nav. Agrāk laikapstākļi ietekmēja, tagad vispār vairs neietekmē.”		
P-5	„Ļoti labi sadzīvoju.”		
P-6	„Pozitīvi.”		
P-8	„Šeit ir grūti.”		
P-9	„Nu labi ietekmē, problēmu nav, ... vienkārši mājās gribās. Nedaudz satraukums, kad es tikšu ārā.”		
P-10	„Xxxx Kad kaut ko jaunu uzzina par mani ne tādu, vai kaut ko pasaka par mani tādu, tad es pasaku pretīm. Man asaras nāk. ... Es ar tiem pacientiem [3] nav tā, ka es gribētu, bet citreiz mani aiztiek ar vārdiem un citreiz ar darbiem arī aiztiek.”		
P-11	„Labi.”		

## 28. Intervijas jautājums

### Kādas Jums ir iespējas pilnveidot sevi garīgi slimnīcas apstākļos?

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„Ir, kad nāk mācītāji arī. Kaut ko ar sportu var nodarboties. ... grāmatas palasīt ... arī internets ir pieejams.”	-Izpausme -Nepieciešamība -Dažādība	-Garīgās iespējas
P-2	„Radio klausāms katru dienu.”		
P-3	„Lasīt grāmatas, vēl var paklausīties mūziku, var skatīties televizoru.”		
P-4	„Grāmatas man ir. [...] Krievu latviešu grāmata latviešu valodas iemācīšanai. Tas		

	kaut kā piedod krāsas [..], ne tas kā krāsas, bet nodarbošanās sanāk.”		
P-5	„Vot, zini kā? Grāmatu. ... „Advokāts”, ļoti laba grāmata atnākusi no Amerikas uz Latviju un iztulkota. Tagad cilvēki iet un ņem to grāmatu. Bet man patīkās vilabākais. Jūs jau tieši to pašu darāt.”		
P-6	„Var skatīties, es nezinu, ..., tās bildes, ka te pie sienām piekarinātas ... Televizoru var skatīties.”		
P-7	„Nevar.”		
P-8	„Lasīt grāmatas var, novusu var iet spēlēt. ... trenāžieru zāle ir.”		
P-9	„... neesmu domājis par to, garīgu pilnveidošanu. Vienīgi televizoru paskatos. Ziņas kaut kādas skatos, filmu kādu.”		
P-10	„Garīgi, jā, es lasu grāmatas. Galvenokārt par to tautisko literatūru. Vienkārši par vēsturi. Tādas. Par indiāņiem patīk, par mitoloģiju patīk, tādas man patīk. Uzdots papildus jautājums: „ <i>Jums izdodas tādas slimnīcā dabūt?</i> ”		
	„Es esmu lasījis te.”		
P-11	„Neinteresē.”		

## 29. Intervijas jautājums

**Kādu atbalstu Jūs saņemat no personāla, lai apmierinātu savas garīgās vajadzības?**

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„... koncerts, kur var aiziet, nu tas pats ar mācītājiem parunāt, piemēram, kad atnāk kāds. Uz bibliotēku aiziet, grāmatas paņemt.”	-Neizpratne -Nepieciešamība -Cerība	-Neatbalstīšana -Atbalsts
P-2	„Redziet, mēs ar personālu varam runāt, ja ir laiks.”		

P-3	„Viņi rūpējas.”		
P-6	„Te nesaņemtu neko tādu.”		
P-7	„Es vispār, nemāku ne lasīt, vispār. Es nelasu grāmatas. Es klausos megnetafons, radio ir. Un es izeju mierīgi koridorī, klusiņām uzlieku rādio un paklausos.”		
P-8	„Jā. Šīs te garīgās vajadzības ļoti grūti ... grūti analizējamas. Tās ārsts analizē. Ja? Ja ir kāda vēlme jeb vajadzība, tad šis te ārsts visu, visu.”		
P-9	„... īpaši pabalstu man nav vajadzīgs.” Uzdots papildus jautājums: „ <b>Jūsu intereses ir, tās, kas ir pieļaujamas nodaļā, to Jums atļauj?</b> ” „Nu jā. Šahu uzspēlēt, novusu.”		
P-10	„Es jau īsti nezinu, kad to priesteri vedīs. Personāls jau priesteri nevedīs. Jārunā ar dakterīti, lai to priesteri atved. Kāds derīgs rituāls ir, kuru var palātā veikt.”		
P-11	„Es tādas nedomāju.”		

### 30. Intervijas jautājums

**Kādi būtu Jūsu ieteikumi aprūpes personālam, lai uzlabotu šizofrēnijas pacientu emocionālo labsajūtu slimnīcā?**

<i>Šifra Nr.</i>	<i>Satura vienība</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Jēdziens</i>
P-1	„... kad sanāks strīds ... ka tik daudz nevajag ta kā uzvilkties un bļaut. Mierīgi parunāt un tad visu var atrisināt.”	-Attieksme -Ieinteresētība -Empātija	-Ieteikumi
P-2	„Vajag biežāk nodarboties ar to visu, ja? [5] Runāties, dalīties domās, ieteikt kaut ko.”	-Fiziskās aktivitātes	
P-3	„Ārstiem būtu rūpīgāk jāizturas. Pārāk maz laika laikam tiek velīti.”		
P-4	„Varbūt vairāk ieklausīties viedoklī, vairāk ieklausīties.”		

P-5	„Es domāju tā, ka jāieklausās viens otrā. Tas ir vispareizākais.”		
P-6	„Attieksmi vajadzētu pamainīt.”		
P-7	„Nu es domāju, kā labāk izārstēt to šizofrēniju.”		
P-8	„Vairāk kustības. Jo kustības ir ļoti maz.”		
P-9	„... vairāk parunāties par kaut ko.”		
P-10	„Būt iecietīgiem, pret tādiem, kā es. ... Būt pacietīgiem pret mani. Un izturēties labi pret tādiem kā es, šizofrēnijas pacientiem. Jo redz, man ir šizofrēnija, tad var aizskart, slikti kaut ko pateikt par mani. Tas mani, tas mani tā kā ļoti aizvaino.”		

Maģistra darbs „Fiziskā un emocionālā labklājība pacientiem ar šizofrēniju stacionārā”  
izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

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

Autors: Ilona Martuka \_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds) (paraksts) (datums)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītājs: Dr.sc.soc, asoc. Prof. Signe Mežinska \_\_\_\_\_

(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts) (datums)

Recenzents: Dr.paed., dr. Margarita Puķīte \_\_\_\_\_

(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts) (datums)

Darbs iesniegts LU Medicīnas fakultātē \_\_\_\_\_

(datums)

Sekretāre: Līga Svārupa \_\_\_\_\_

(paraksts) (datums)

Darbs aizstāvēts maģistra gala pārbaudījuma komisijas sēdē \_\_.\_\_.2021. prot.

Nr. \_\_\_\_\_

Komisijas sekretāre: \_\_\_\_\_

(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts)