



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais  
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001 “Ārstniecības un  
ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”



**Latvijas Universitātes  
P. Stradiņa  
medicīnas koledža**

**MĀCĪBU LĪDZEKLIS**

# **MĀSAS DARBĪBA ILGTERMIŅA PACIENTU APRŪPĒ**

Latvijas Universitātes P. Stradiņa medicīnas koledža

**Gundega Āmara, Inta Banka, Inta Laže,  
Iveta Kokle – Narbuta, Anete Kurklete**

Jūrmala

2021

## ANOTĀCIJA

Metodiskā materiāla mērķis ir pilnveidot un papildināt veselības aprūpes speciālistu – māsu zināšanas, nodrošinot ilgtermiņa pacientu aprūpi dažādos vecuma posmos.

Mācību materiālā tiek sniegta vispārēja informācija par hroniskas saslimšanas jēdzienu, to grupām, diagnostiskiem kritērijiem, medikamentoziem ārstēšanas principiem, un ilgtermiņa aprūpes procesa īpatnībām, kas saistītas ar hroniskām saslimšanām dažādos vecuma posmos.

Metodiskais mācību materiāls ietver informāciju par hronisku pacientu dzīves kvalitāti ietekmējošiem faktoriem, psihoemocionālo un sociālo atbalstu, motivācijas un līdzestības veicināšanu, kā arī efektīvu komunikāciju un saskarsmi ar pacientu un viņa ģimeni, lai nodrošinātu ilgtermiņa sadarbību, uzlabojot pacienta veselības stāvokli hronisku saslimšanu gadījumos.

Mācību materiālu izstrādāja Latvijas Universitātes P. Stradiņa medicīnas koledža.  
Darba autores G. Āmara, I. Banka, I. Laže, I. Kokle – Narbuta, A. Kurklete.

# SATURS

IEVADS .....	5
<b>1. Hroniska slimība, vispārīgs apskats un izpratne par aprūpes procesa vadīšanas pamatprincipiem .....</b>	<b>6</b>
1.1. Hroniskas slimības jēdziens.....	6
1.2. Hronisko slimību grupas.....	7
1.3. Hronisko slimību ietekme uz pacientu psihoemocionālo stāvokli .....	8
1.4. Diagnostiskie kritēriji un metodes .....	10
1.5. Medikamentozās ārstēšanas principi .....	12
1.6. Dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori pacientiem ar hroniskām slimībām.....	13
1.7. Mērķtiecīga uz pacientu centrēta ilgtermiņa aprūpe visos vecuma posmos.....	15
1.8. Multidisciplināra pieeja un sadarbība ilgtermiņa pacientu aprūpē .....	16
<b>2. Ilgtermiņa aprūpes procesa īpatnības pacientiem ar hroniskām slimībām visos vecuma posmos .....</b>	<b>19</b>
2.1. Holistiskas aprūpes procesa modelis pacientiem ar hroniskām slimībām, dokumentējot norises .....	19
2.2. Hroniskas slimības simptomu kontrole, aprūpes diagnozes un pierādījumos balstīta klīniskā aprūpe, sasniedzot un izvērtējot rezultātu .....	19
2.3. Pacienta funkcionēšanas traucējumi, mobilitātes un pašaprūpes spēju nodrošināšana .....	20
2.4. Psiholoģisko, garīgo un sociālo pamatvajadzību nodrošināšana.....	21
2.5. Psihoemocionālais atbalsts pacientiem un ģimenei .....	22
2.6. Pacientu drošība un drošības riski .....	23
2.7. Rehabilitācija un rehabilitācijas pamatprincipi hronisku pacientu veselības uzlabošanā un uzturēšanā .....	24
<b>3. Saskarsmes nianses hronisku pacientu aprūpē un ilgtermiņa komunikācijas nodrošināšanā .....</b>	<b>28</b>
3.1. Saskarsme un savstarpējā sapratne .....	28
3.2. Ētikas pamatnostādnes hronisku pacientu aprūpē .....	30
3.3. Psihosociālie mijiedarbības faktori: pacients un māsa .....	31
3.4. Efektīvas komunikācijas veidošana un komunikācijas barjeras .....	32
<b>4. Motivācijas veidošana pacientiem ar hroniskām slimībām .....</b>	<b>35</b>
4.1. Pacienta līdzestība ārstēšanas un aprūpes procesā .....	35
4.2. Motivācijas un līdzestības veicināšana .....	38

4.3. Gaidas un ekspektācijas hronisku slimību gadījumā no pacienta, ģimenes un māsas skatījumā.....	39
4.4.Mērķu izvirzīšana kā pacientu motivācijas izvēles metodika .....	41
<b>5. Pacientu un viņa ģimenes izglītošana un informācijas sniegšana par veselības stāvokļa uzlabošanas un uzturēšanas iespējām visos vecuma posmos .....</b>	<b>43</b>
5.1. Biopsihosociālā modeļa pamatprincipu izmantošana pacientu izglītošanā pamatvajadzību apmierināšanai un dzīves kvalitātes paaugstināšanai, ar vecuma posma atbilstošām metodēm .....	43
5.2. Pašaprūpes spēja: zināšanas, prasmes un iemaņas .....	45
5.3. Uztura un fizisko aktivitāšu nozīme veselības stāvokļa uzlabošanā .....	46
5.4.Medikamentu lietošanas vispārējo nosacījumu ievērošana .....	47
5.5. Hroniskas slimības simptomu paškontrolē un paasinājuma agrīna atpazīšana .....	48
5.6.Hroniskas slimības paasinājumu preventīvie pasākumi .....	49
<b>6. Normatīvie regulējumi, saistīti ar ilgtermiņa pacientu aprūpi, ārstēšanu un sociālo atbalstu pacientiem .....</b>	<b>51</b>
6.1.Pacientu pienākumi un tiesības.....	51
6.2. Sociālais atbalsts.....	52
<b>IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS .....</b>	<b>56</b>

## IEVADS

Progresīvajā pasaulē kopumā, pateicoties mūsdienu medicīnas attīstībai, strauji pieaug populācijas mūža ilgums, tāpēc būtu svarīgi veicināt veselīgu dzīvesveidu, lai mazinātu dažādus dzīves kvalitāti ietekmējošus faktorus un attālinātu hronisku saslimšanu attīstību. Palielinoties hronisko saslimšanu īpatsvaram, pieaug multimorbiditātes tendence, un pēc Slimību Profilakses un Kontroles Centra (turpmāk tekstā – SPKC) populācijas pētījumiem, vecuma grupā virs 60 gadiem divu hronisku saslimšanu sastopamību sasniedz jau 55%-98% iedzīvotāji [91].

Šādu pacientu ilgtermiņa aprūpe veido lielu slogu veselības aprūpes sistēmai, jo tā jānodrošina primārā, sekundārā un terciārā sektorā, lai saglabātu, uzturētu un atjaunotu dzīves kvalitāti ne tikai iedzīvotājiem darbspējīgā vecumā, bet arī bērniem un senioriem.

Neatkarīgi no hroniskās saslimšanas veida, veicot ilgtermiņa aprūpi, māsa seko līdzī pacienta psihoemocionālajai veselībai, lai saglabātu pacienta līdzestību, ieinteresētību, kas sekmē māsas un pacienta sadarbību nosakot un plānojot aprūpes problēmas un to risināšanu, tādā veidā nodrošinot uz pacientu centrētu aprūpi, un holistisku pieeju.

Māsas darbība ilgtermiņa pacienta aprūpē, nozīmē darbu multidisciplinārā komandā, kad savlaicīgi ir jāsadarbojas arī ar sociālā dienesta institūcijām, un jāsniedz pacientam informācija par dažādām atbalsta iespējām no valsts un pašvaldību iestādēm, kas saistās ar kompensējamiem medikamentiem, veselības stāvokļa kontrolējošām ierīcēm, dažādu funkcionālo palīgierīču nodrošināšanu, kā arī aprūpes iespējām pacienta dzīvesvietā.

# 1. Hroniska slimība, vispārīgs apskats un izpratne par aprūpes procesa vadīšanas pamatprincipiem

## 1.1. Hroniskas slimības jēdziens

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk tekstā – PVO) definīcijai hroniskas, jeb neinfekcijas slimības (*chronical, noncommunicable diseases*) ir lēni progresējošas slimības ar ilgstošu norisi.

Saskaņā ar PVO vadlīnijām, par hronisku slimību tiek atzīti visi veselības traucējumi, kuriem piemīt vismaz viena no šādām pazīmēm:

- novirze no normas ir noturīga;
- tā izraisa noturīgus funkcionālos traucējumus;
- tā izraisa patoloģiskas pārmaiņas;
- nepieciešami specializēti rehabilitācijas pasākumi;
- paredzams, ka ar laiku būs nepieciešama pastāvīga novērošana vai aprūpe, kas jau ir nepieciešama [35].

Pamatā hroniska slimība ir stāvoklis, kas ilgst ļoti ilgu laiku un kuru parasti nevar pilnībā izārstēt, lai gan dažas hroniskās slimības var kontrolēt, izmantojot dzīvesveidu (diētu un vingrinājumus) un noteiktus medikamentus [2].

Hronisku slimību gaitai bieži ir raksturīgi recidīvi, jeb paasinājumi, bet to smaguma pakāpe var pakāpeniski palielināties.

Viens no būtiskākajiem hronisku slimību izplatības pieauguma cēloņiem ir mūža ilguma palielināšanās, līdztekus ekoloģiskiem un individuāliem dzīvesveida faktoriem.

Latvijā, pēc SPKC datiem, cilvēku populācijā, kas ir vecāki par 65 gadiem 88% slimo ar hroniskām slimībām [45].

Populācijas pētījumi liecina, ka palielinoties cilvēka vecumam, ir novērojama tendence, ka indivīdam ir vairākas hroniskas saslimšanas, ko PVO definē kā multimorbiditāti - “divi vai vairāki hroniski veselības stāvokļi vienā inidivīdā”.

Latvijā, pēc SPKC datiem, vairāk kā 30% no pieaugušajiem indivīdiem, jau no 55 gadu vecuma ir vismaz divas hroniskas slimības. (SPKC, 2015.) Savukārt vecumā virs 60 gadiem divu hronisku slimību sastopamība ir 55%-98% iedzīvotāju [91].

Pētījumi rāda, ka noteiktas slimības, saistībā ar hroniskām saslimšanām, mēdz parādīties klāsteros biežāk nekā citas: piemēram, depresija ir saistīta ar insultu un Alcheimera

slimību, bet infekcijas slimības kā tuberkuloze, HIV/AIDS biežāk saistītas ar diabētu un kardiovaskulārām slimībām.

Veselības aprūpes veicējiem ir jāapzinās, ka multimorbiditāte ir progresējošs stāvoklis, kas pasliktina dzīves kvalitāti, un veicina atkārtotu hospitalizāciju, un ir agrīnas nāves iemesls, bet arī tajā pašā laikā pastāv ievērojamas iespējas pacienta veselības stāvokļa stabilizācijai. Šādos gadījumos terapeitiskās pieejas mērķi ir jāapvieno, jāpiešķir prioritātes, jāpielāgojas multimorbiditātes pacienta vajadzībām un iespējām. Pacienta stāvoklis noteikti regulāri jāpārvērtē, izmantojot efektīvas ārstniecības līdzekļu kombinācijas. Nepieciešamības gadījumā piesaistot sociālo atbalstu, ja pacients neizrāda līdzestīgumu [91].

## **1.2. Hronisko slimību grupas**

Hroniskas slimības var skart jebkuru orgānu vai orgānu sistēmu, radot atšķirīgu klīnisko izpausmi, slimības norisi, ārstēšanu un prognozi, ko ietekmē slimības raksturs un cilvēka organisms [96].

Vadoties pēc PVO datiem izplatītākās hroniskās slimības ir kardiovaskulārās sistēmas slimības, elpošanas sistēmas slimības, onkoloģiskās slimības, un cukura diabēts [44]. Un kā galvenās jeb biežāk sastopamās hroniskās slimības tiek minētas - sirds išēmiskā slimība, insults, HOPS jeb hroniska obstruktīva plaušu slimība un astma, bronhektāzes, tuberkuloze, diabēts (piemēram, 2. tipa cukura diabēts) un dažādi ļaundabīgie audzēji [92].

Apkopojot datus, ir secināts, ka ES katru gadu 550 000 cilvēku darbaspējīgā vecumā mirst no šīm četrām galvenajām hronisko slimību grupām [17].

Savukārt, PVO dati liecina, ka vairāk nekā 15 miljoni no visiem nāves gadījumiem, kas saistīti ar hroniskām slimībām, ir iedzīvotājiem vecuma grupā no 30 līdz 69 gadiem [92].

Mūsdienās ir novērojama vēl kāda tendence, kas uzrāda, ka palielinās arī citu hronisku saslimšanu gadījumi, kā, piemēram, hroniskas aknu slimības, hroniskas nieru slimības, hroniskas nervu sistēmas slimības, garīgās veselības traucējumi jeb smagas psihiskas slimības, multisistēmiskas autoimūnās saslimšanas, muskuļu un skeleta sistēmas slimības un daudz citu saslimšanu.

### 1.3. Hronisko slimību ietekme uz pacientu psihoemocionālo stāvokli

Hroniskām slimībām ir būtiska ietekme uz veselību un labsajūtu kopumā. Tām raksturīgi specifiski slimības simptomi, taču tās var izraisīt arī vispārējus nespecifiskus simptomus, piemēram, sāpes, nogurumu un nespēku, apetītes trūkumu, garastāvokļa traucējumus, kas kļūst par pacienta ikdienas sastāvdaļu. Slimības fiziskās izmaiņas var ietekmēt pacienta ārējo izskatu, radot psihoemocionālu spriedzi, pašvērtības zudumu, kā arī samazināt kustību apjomu un izraisīt fiziskus ierobežojumus. Emocionālās izpausmes, kā garastāvokļa traucējumi, apātija, depresija un trauksme, ir bieži sastopamas sūdzības cilvēkiem ar hroniskām slimībām [12].

Pacienta psihoemocionālā stāvokļa disbalanss hroniskas saslimšanas diagnozes noteikšanā var izraisīt ievērojamu stresu un psiholoģisku krīzi.

Psiholoģiska rakstura problēmas un izaicinājumi ir saistīti ar nepieciešamību:

- īstenot dzīvesveida pārmaiņas (piemēram, uztura paradumu maiņa, kaitīgo ieradumu atmešana, u.c.);
- apgūstot jaunas prasmes, lai kontrolētu slimības gaitu un uzlabotu savu veselības stāvokli (piemēram jāveic cukura līmeņa paškontrolē, jāinjicē insulīna preparāti);
- uzņemties atbildību par ikdienā veicamajām aktivitātēm, saistībā ar hroniskas saslimšanas diagnozi (piemēram, tehniski pareizi jālieto aerosols bronhiālās astmas lēkmes novēršanai).

Pēc diagnozes noteikšanas cilvēki bieži izjūt šoku, apjukumu un neticību, kā arī akūta stresa simptomus un pēctraumas stresa traucējumu pazīmes.

Analizējot, pacientu ar hroniskām slimībām uzvedību, emocionālo stāvokli pēc diagnozes noteikšanas un adaptāciju dzīvei, pētījumos bieži izmanto E. Kibleras - Rosas piedāvāto modeli, kurā tiek izšķirtas 5 ar veselības zaudējumu saistītas stadijas:

- nolieguma,
- dusmu,
- kaulēšanās,
- depresijas un
- akceptēšanas stadija [45].

Visbiežāk hroniskas saslimšanas diagnozes noteikšanā pacientiem tiek novērota depresija, kuras cēlonis, vismaz daļēji, ir negatīvas domas par nespēju ietekmēt savu dzīvi, kas saistīta ar veselības stāvokļa uzlabošanu. Pētījumos minēts, ka ap 35% hronisko slimību



pacientu ir depresija, salīdzinot ar 12% cilvēku, kuriem nav hronisku slimību. Šādi dati pieejami par sirds mazspējas, reimatoīdā artrīta un cukura diabēta pacientiem [44].

Šādi pacienti, kuri izjūt depresiju, salīdzinoši ilgāku laiku pavada stacionārā, un ir mazāk motivēti rehabilitācijai, kā arī mazāk vēlas atgriezties darbā jeb iepriekšējās savas dzīves aktivitātēs.

Hronisku pacientu vidū izplatīta ir arī trauksme, ko daļēji izraisa diagnozes radītā nenoteiktība, neziņa par nākotni, fizisko spēju un dzīvesveida ierobežojumi, analīžu un citu izmeklējumu rezultātu gaidīšana, kā arī bailes no komplikācijām [45].

Bieži vien depresija un trauksme spilgtāk izpaužas neilgi pēc hroniskas slimības diagnozes noteikšanas, bet ar laiku tām ir tendence pakāpeniski samazināties.

Hroniskas slimības attīstība vismaz daļēji ir saistīta ar dažādiem dzīvesveida paradumiem, piemēram, smēķēšanu, mazkustību, pārmērīgu alkohola lietošanu, tāpēc pacientiem bieži rodas vainas izjūta, ko sekmē nelabvēlīga sociālās vides ietekme, piemēram, stigmatizācija (stigmatisation).

Hroniska slimība un tās ārstēšana pacientam var izraisīt arī kognitīva rakstura problēmas. Pētījumu rezultāti liecina, ka 21% sieviešu, kam krūts vēzis ir ārstēts ar ķīmijterapiju novēro ilgtermiņa kognitīvā deficīta simptomus, tādus kā atmiņas un uztveres pavājināšanos, salīdzinot ar kontrolgrupu [44].

Izplatītākie psiholoģisko problēmu izraisītie traucējumi pacientiem izpaužas dažādi, un tos galvenokārt nosaka individuālās iezīmes, optimisms, pašefektivitāte, uztvertās informācijas (situācijas) kontrole. Pētījumos ar hroniskām slimībām kā cukura diabētu un hipertensiju, ir pierādīts, ka slimības pozitīvs emocionālais novērtējums ir saistīts ar augstāku personīgo kontroli pār ārstēšanās procesu [50].

### **1.3.1. Psiholoģiskas intervences hronisku slimību pārvarēšanai**

Pastāv daudzveidīgas intervences, kas sekmē psiholoģisko adaptāciju, kā arī samazina hroniskas slimības fiziskos simptomus. Tās ietver pacientu informēšanu, kognitīvi biheiviorālo paņēmieni pielietojumu, kā arī darbu atbalsta grupās. Svarīgi konsultācijas sniegt ne tikai pacientiem, bet arī viņu tuviniekiem, jo tas būtiski sekmē sociālo atbalstu.

- Pacientu informēšana un izglītošana - prasme izprast slimību, lēmumu provocējošos faktorus, un apgūt pašaprūpes paņēmienus. Pēdējos gados arvien vairāk tiek

izmantotas dažādas digitālas tehnoloģijas, mobilās aplikācijas, lai izglītošanas process noritētu efektīvāk.

- Kognitīvi biheiviorālo paņēmienu pielietojums pacientiem un viņu tuviniekiem māca iegūt izpratni par savu domu un emociju ietekmi uz rīcību un attiecībām ar citiem. Muskuļu progresīvā relaksācijas metode, vizualizācija, bioatgriezeniskās saites metode kopumā sekmē hroniskas saslimšanas simptomu mazināšanos un dzīves kvalitātes uzlabošanos.
- Atbalsta grupas, kurās iekļauj pacientus ar līdzīgām slimībām, tādā veidā pacientiem sniedz iespēju salīdzināt dažādas pārvarēšanas stratēģijas un ikdienas problēmu risinājumus, pārrunājot savas subjektīvās izjūtas, diskutējot un sniedzot viens otram savstarpējo sociālo atbalstu [45].

#### **1.4. Diagnostiskie kritēriji un metodes**

Hronisku saslimšanu diagnostikā nozīmīga loma ir pacienta un viņa ģimenes ārsta ciešai sadarbībai, jo sākotnēji ir jāizvērtē pacienta slimības anamnēze un klīniskie simptomi. Veicot diferenciāldiagnostiku un nosakot diagnozi noteikti ir nepieciešama ārsta speciālista konsultācija, kas nosaka nepieciešamos, dažādus specifiskos izmeklējumus, apzinot pacienta saslimšanas simptomātiku, un māsa izglīto pacientu par sagatavošanos attiecīgiem izmeklējumiem.

Hronisku saslimšanu diagnostiskā, kritēriju pamatā izmanto vispārpieņemtas un izstrādātas vadlīnijas, klīniski algoritmi un klīniski ceļi, lai sadarbojoties dažādu jomu speciālistiem un ārstniecības iestādēm, iespējami agrīni tiktu precizēta kāda no saslimšanām, kā arī uzsākta ārstēšana un aprūpe [78].

Piemēram, Multiplās sklerozes diagnoze tiek balstīta uz klīnisko, radioloģisko un laboratorisko pazīmju izvērtējumu, piemērojot “Makdonalda kritērijus” un izslēdzot alternatīvas diagnozes. Agrīna Multiplās sklerozes diagnostika ir ļoti svarīga, jo pieļauj agrīnu terapeitiskās taktikas izvēli. Sākotnēji tiek izvērtētas klīniskās izpausmes – redzes nerva neirīts, jušanas traucējumi, kustību funkcionālie traucējumi, smadzeņu stumbra funkciju traucējumi u.c.. Diagnozes apstiprināšanai nepieciešama radioloģiskā izmeklēšana – magnētiskā rezonanse, kas ir vienīgā radioloģiskā izmeklēšanas metode, kas jāveic agrīni, lai atklātu demielinizējošos procesus centrālajā nervu sistēmā. No specifiskām laboratoriskām izmeklēšanas metodēm tiek veikta cerebrospīnālā šķidrums analīze, kura klīniski neskaidrās situācijās apstiprina demielinizējošos procesus. Vienlaikus asins serumā nosaka albumīna

daudzumu, IgG līmeni, oligoklonālās IgG ķēdes, jo oligoklonālās IgG ķēdes konstatē 95% multiplās sklerozes pacientiem. Multiplās sklerozes diferenciāldiagnostikā tiek izmantots starptautiskas vadlīnijas ar vienotu pieeju iespējamiem klīniskām, paraklīniskām izpausmēm pacientiem ar centrālās nervu sistēmas bojājumiem.

Tāpat kā jebkuras saslimšanas, arī Parkinsona slimības savlaicīgai diagnostikai ir būtiska loma saslimšanas efektīvai terapijas vadībai un pacienta dzīves kvalitātes saglabāšanai. Slimības diagnostika, sevišķi agrīnajā stadijā, var radīt grūtības un 10 - 30% pacientu ar sākumā diagnosticētu Parkinsona slimību vēlāk diagnoze tiek vēlreiz pāskatīta. Parkinsona slimības diagnostikā visplašāk tiek izmantoti Lielbritānijas Parkinsona slimības Biedrības smadzeņu bankas (Queen Square Brain Bank, QSBB) izstrādātie kritēriji.

Neskatoties uz salīdzinoši nesensajiem atklājumiem Parkinsona slimības attēldiagnostikā un ģenētikā, šī saslimšana ir klīniski diagnosticējama.

Pielietojot vienoto Parkinsona slimības novērtējuma skalu, nemotoro simptomu izvērtēšanas skalu, starptautiskās kustību traucējumu skalu, kā arī izvērtējot pacienta funkcionālo traucējumu pakāpes, darba nespējas procentuālu izvērtēšanu pēc Švāba un Inglanda ikdienas aktivitāšu skalas. Ar Parkinsona slimību saistīto bojājumu, aktivitāšu un līdzdalības ierobežojumus izvērtē atbilstoši Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijai (SFK). Pacientiem tiek noteikts arī multifaktoriālais kritiena riska izvērtējums, kas ietver motorās funkcijas, līdzsvara, vides un personālo faktoru izvērtējumu u.c.

Parkinsona slimības laboratoriskā diagnostikā nav rutīnas analīžu, kas apstiprinātu šīs saslimšanas diagnozi. Būtiski ir noteikt laboratorisko analīžu minimumu, lai diferencētu citas ārstējamas patoloģijas, kas mēdz izpausties ar parkinsonisma simptomiem.

Diagnostikā tiek izmantoti medikamentu lietošanas testi - dopamīnerģisko medikamentu terapija (Levodopa), ožas testi, kognitīvie testi.

Pie attēldiagnostikas metodēm, kādas izmanto Parkinsona slimības diagnostikā jāmin transkraniāla sonogrāfija. Substantia nigra (SN) hiperehogenitāte [79].

Latvijas vadošie, attiecīgo jomu speciālisti, balstoties uz pasaulē plaši pielietotām starptautiski atzītu organizāciju aprobētām klīniskajām vadlīnijām, un pielāgojot tajās ietvertos ieteikumus Latvijas situācijai 2018. - 2020. gadā ir izstrādājuši ārstniecības personām praktiski pielietojamu dokumentu kopumu pie dažādām saslimšanu grupām, piemēram, sirds un asinsvadu, garīgās (psihiskās) veselības, perinatālā perioda, bērnu un onkoloģijas jomās. Izstrādātie klīniskie algoritmi un klīniskie ceļi paredzēti, lai veicinātu ārstniecības personu vienotu rīcību, sniegtu atbalstu lēmumu pieņemšanā, tā rezultātā nodrošinot pacientam

kvalitatīvus un drošus veselības aprūpes pakalpojumus iespējami īsākā laika posmā un izvairoties no nepamatoti izdevumiem [78].

Bērniem ar hroniskām slimībām, piemēram, pacientiem ar reimatoloģiskām slimībām ir nodrošināta detalizēta izmeklēšana BKUS (Bērnu klīniskā universitātes slimnīca), pieejama laboratoriskā, vizuālā diagnostika, un īpašos gadījumos tiek pieaicināti citu specialitāšu ārsti. Piemēram, Juvenīlā idiopātiskā artrīta diagnostiskos kritērijus nosaka klīniskās vadlīnijas, ar mērķi nodrošināt pacientiem agrīnu, pasaules vadlīnijām atbilstošu ārstēšanu, vienotu starptautisku terapijas efektivitātes izvērtējumu un dinamisku novērošanu atbilstoši mūsdienu medicīnas prasībām, tādējādi nodrošinot pilnvērtīgu dzīves kvalitāti, novēršot funkcionālās nespējas/invaliditātes rašanos, iekšējo orgānu bojājumus un pat mirstību [79].

Hronisku saslimšanu ārstēšanā pacientam nemitīgi jāvēro savs veselības stāvoklis, lai savlaicīgi pamanītu izmaiņas, kas būtu jāizvērtē un jāizmeklē ar atbilstošām diagnostiskām metodēm. Regulāri sadarbojoties ar ārstējošo ārstu jāveic periodiskie laboratoriskie vai aparāt tehnoloģiju izmeklējumi, lai kontrolētu slimības gaitu, un aizkavētu saslimšanas tālāku attīstību.

## **1.5. Medikamentozās ārstēšanas principi**

Hronisku slimību ārstēšana ietver medikamentozo ārstēšanu un medicīnisko aprūpi, informāciju, prasmes un resursus, kas nepieciešami, lai efektīvi kontrolētu slimību katru dienu. Hroniskas slimības tiek klasificētas kā ilgtermiņa slimības, kas parasti attīstās lēni un pakāpeniski. Sirds slimības, diabēts, astma un hroniska obstruktīva plaušu slimība (HOPS) un artrīts ir tikai dažas no slimībām, kas ietilpst šajā kategorijā.

Pasaulē ir arvien lielāka cilvēku populācija, kuri lieto medikamentus dažādu hronisku slimību ārstēšanai. Katrai no saslimšanu grupām ir savas specifiskas vadlīnijas medikamentozās ārstēšanas principiem.

Pagarinoties cilvēku dzīvidzei un attīstoties dzīves kvalitātes jēdzienam, pieaug nepieciešamība vienlaikus ārstēt vairākas hroniskas saslimšanas, kā rezultātā pacienti lieto dažādu grupu medikamentus. Galvenie ārstēšanas mērķi hronisku slimību gadījumos ir riska faktoru kontrole, simptomu atvieglošana un ar veselību saistītu nevēlamu notikumu iespējamības samazināšana nākotnē.

Literatūrā aizvien biežāk ir aprakstītas kādas no hroniskām saslimšanām, piemēram, sirds asinsvadu slimības, astma, artrīts un depresijas vienlaicīga ārstēšana. Vairāku hronisku slimību vienlaicīga ārstēšana palielina pacientam nepieciešamo ikdienā lietojamo

medikamentu skaitu, kas savukārt palielina medikamentu blakņu un savstarpējās mijiedarbības riskus [16].

## **1.6. Dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori pacientiem ar hroniskām slimībām**

Hronisku slimību pacientiem dzīves kvalitāti ietekmējošie faktori, bieži vien ir saistāmi ar dzīvesveida maiņu, situācijas pieņemšanu un veselības stāvokļa kontroli, līdz ar to cilvēka iepriekšējās ikdienas aktivitātes mainās.

Veiktie pētījumi ES valstīs par hroniskas slimības ietekmi uz pacientu ikdienas aktivitātēm, parāda, ka vidēji 30% cilvēku vecumā virs 65 gadiem ir vismaz viens ikdienas dzīves aktivitātes ierobežojums, ieskaitot ikdienas pamatdarbības, tai skaitā pašaprūpi [28].

No māsu praktiskās darbības skatupunkta dzīves kvalitātes novērtējumam nav formulēta specifiska definīcija, bet ir identificētas piecas konceptuālas pacienta dzīves kvalitātes kategorijas:

- spēja pašam vadīt savu dzīvi;
- iespējamās garīgās un fiziskās kapacitātes līmenis;
- laimes izjūta un apmierinātība ar dzīvi;
- spēja sasniegt personīgos mērķus;
- spēja īstenot sociāli aktīvu dzīvi [85].

Attiecībā uz pacientiem ar hroniskām slimībām izmanto ar veselību saistīto dzīves kvalitātes jēdzienu. Dzīves kvalitāti saistībā ar veselību definē kā ar dzīves ilgumu korelējošu dzīves īpašo vērtību, ar to saprotot klātesošus vai neesošus veselības traucējumus, funkcionālos stāvokļus, objektīvā veselības stāvokļa subjektīvo uztveri, kā arī indivīda sociālās iespējas ar veselību saistītas dzīves kvalitātes uzturēšanā vai uzlabošanā [47].

Ar veselību saistīta dzīves kvalitātes līmeņa novērtējums ietver pašreizējā funkcionēšanas līmeņa novērtējumu, kā arī pacientu ar hroniskām slimībām apmierinātības ar reālo veselības stāvokli salīdzinājumu ar priekšstatīto jeb iedomāto ideālo veselības stāvokli.

Galvenās jomas, kurās aplūko dažādu faktoru ietekmi uz pacientu ar hroniskām saslimšanām ar veselību saistītu dzīves kvalitāti ir fiziskā, psiholoģiskā un sociālā funkcionēšana.

Atkarībā no pacienta konkrētās hroniskās saslimšanas, tiek izdalīti specifiski faktori, kas ietekmē ar veselību saistīto dzīves kvalitāti. Pētījumos ir izvērtēti faktori, kas ietekmē tādu

hronisku slimību pacientus kā onkoloģiskas saslimšanas, HIV, cukura diabēts, CNS saslimšanas, uroloģiskās un gremošanas sistēmas saslimšanas, kā arī dažādas ādas slimības.

Sistemātiskā literatūras pārskatā no 1997. - 2012. gadam konstatēts, ka, piemēram, krūts vēža gadījumos galvenie faktori, kas ietekmē pacientu dzīves kvalitāti, ir psihosociāli faktori: problemātiskas partnerattiecības, seksuālā funkcionalitāte, kā arī pozitīva ķermeņa paštēla trūkums jeb nespēja izvēlēties adaptīvu stresa pārvarēšanas stratēģiju, lai veiktu kognitīvu ķermeņa paštēla pozitīvu pārstrukturēšanu. Cita veida onkoloģiskās saslimšanās kā ietekmējoši faktori uzsvērts sociālā atbalsta un informācijas trūkums, depresijas simptomi un uzvedības faktori kā alkohola un cita veida atkarības [47].

Sirds – asinsrites sistēmas hronisku saslimšanu gadījumos nozīmīgi faktori ir D tipa personība un depresija, pacientiem pēc insulta būtiski faktori ir bojājuma puslodes lokalizācija, parēzes klātesamība, koordinācijas traucējumi, tieksme uz depresiju, kā arī bezmiegs, kas gandrīz visu hronisku saslimšanu gadījumos manifestējas kā dzīves kvalitāti negatīvi ietekmējošs faktors. Hospitalizētiem pacientiem ar sirds mazspēju būtisks faktors ir saņemtie medikamenti trauksmes un depresijas mazināšanai [2].

Cukura diabēta, C hepatīta un HIV gadījumos tiek uzsvērtā savstarpēja vairāku hronisku saslimšanu esamības ietekme, kā arī minēti tādi dzīves kvalitāti ietekmējoši faktori kā aptaukošanās, mazkustīgs dzīvesveids, smēķēšana un alkohola lietošana. Proporcioniāli augsta korelācija tika novērota starp HIV pozitīviem psihiatriskiem pacientiem un suicidālām domām.

Savukārt hronisku uroloģisko un gremošanas sistēmas saslimšanu gadījumos identificēti tādi dzīves kvalitāti negatīvi ietekmējoši demogrāfiskie faktori kā sieviešu dzimums, partnerības statuss - šķīrušies vai atraitņi, ar zemāku izglītības līmeni un slimības pēdējās stadijās. Atzīmējot salīdzinājumu starp dzimumiem, jāuzsver, ka sievietēm tika identificēti tādi faktori kā negatīvāka vides uztvere un neapmierinātība ar finanšu stāvokli.

Pie pacientu ar dažādām hroniskām ādas slimībām dzīves kvalitāti ietekmējošiem faktoriem pieder kādas citas hroniskas slimības esamība, hroniskās ādas slimības norises ilgums, kā arī diagnosticētā slimības smaguma pakāpe. Bez tam kā papildus faktori, kas ietekmē dzīves kvalitāti, pētījumā dominēja sieviešu dzimums, alkohola lietošanas un fizisko aktivitāšu paradumi [27].

## 1.7. Mērķtiecīga uz pacientu centrēta ilgtermiņa aprūpe visos vecuma posmos

Uz pacientu orientēta aprūpe fokusējas uz pacienta individuālajām vajadzībām, vienlaikus ņemot vērā vidi, kurā pacients atrodas, pacienta spējas, prasmes un pieredzi, kā arī plānojot aprūpi noteikti jārespektē pacienta psihoemocionālais stāvoklis un viņa vēlme līdzdarboties jeb līdzestība. Šāda veida aprūpe ir mērķtiecīgi orientēta gan uz akūtās aprūpes pacientiem, gan arī uz ilgtermiņa aprūpi. Veselības aprūpes sniedzēji – māsas, izmantojot šo pieeju, sniedz atbalstu pacientiem un viņu ģimenes locekļiem dažādu medicīnisku un aprūpes jautājumu risināšanā, kas saistīta ar hronisku saslimšanu. Lēmumi, kuri tiek pieņemti saskaņā uz pacientu centrētu parūpi, ir balstīti empātijā un respektā pret pacienta vērtībām, vēlmēm un tiesībām [90].

Uz pacientu centrētas ilgtermiņa aprūpes galvenie elementi:

- **Aprūpe** - plānojot aprūpi un ārstēšanu, ņemt vērā ne tikai ārstēšanas stratēģiju, bet akcentēt tieši pacienta un ģimenes individuālās vēlmes un vajadzības atbilstoši vecuma posmam raksturīgajām vajadzībām. Tas nozīmē izprast, katra pacienta individuālo unikalitāti, un pielāgot aprūpes praksi, pamatojoties uz šīm vērtībām. Uz pacientu centrēta aprūpe ietver pacienta vajadzību atzišanu un respektē pacienta tiesības pieņemt lēmumus jautājumos par veselību un aprūpes iespējām. Uz pacientu centrēta aprūpe ir pazīstama arī kā “uz cilvēku vērsta aprūpe” [90].
- **Kultūra** – uz pacientu vērsta jeb centrētā aprūpē ir svarīgi respektēt pacienta kultūru, vērtības un dzīvesveida izvēli. Kultūras ietekme var izpausties uzskatos, kas skar ģimeni un tās lomas, reliģiju, tradīcijas, garīgumu, priekšstatus par slimību, ārstēšanu, dziedināšanu un nāvi. Dzīvesveids, diēta un stress ir cilvēka uzvedības jomas, kurām ir tieša saikne ar kultūras atšķirībām, un kurām ir svarīga loma tādu hronisku slimību ārstēšanā kā, piemēram, cukura diabēts un hipertensīvā slimība [81].
- **Komunikācija** - efektīva komunikācija ir definēta kā pacienta slimības izpēte, lai izveidotu izpratni par pacienta veselības aprūpes pieredzi [43]. Uz pacientu centrēta aprūpe ietver regulāru informācijas apmaiņu, kas tiek organizētas tikšanās veidā ar pacientiem un/vai viņu ģimenes locekļiem, kurās viņiem tiek

sniegta informācija par turpmāko ārstēšanas taktiku, izmeklējumiem, kā arī neskaidro jautājumu risināšana. Uz pacientu centrēta aprūpe paredz arī tikšanos individuāli, lai iegūtu pacienta atsauksmes par aprūpi, lai rosinātu un motivētu pacienta līdzestību veselības stāvokļa uzlabošanā. Turklāt veselības aprūpes speciālistiem – māsām, ir nepieciešama komunikācija ar pacientu, lai sniegtu informāciju par viņa slimības gaitas attīstību, ārstēšanas iespējām, lai pacienti paši varētu pieņemt apzinātus lēmumus, un turpinātu sadarbotos ar veselības aprūpes veicējiem [90].

- **Sadarbība** - sadarbības veidošana veselības aprūpes darbiniekiem ar pacientiem ir nepieciešama, lai veidotu kopīgu pamatu, uz kura savstarpēji balstoties, var veidot un izstrādāt hroniskas saslimšanas veselības aprūpes plānu [43]. Uz pacientu centrētā aprūpē prioritāri pacientiem ir tiesības noteikt, kā viņi rūpēsies par savu veselību. Pēc nepieciešamās informācijas saņemšanas, lēmuma pieņemšana notiek sadarbībā ar pacientu un viņa ģimeni, jo bez līdzdarbošanās jeb līdzestības šī sadarbība nebūs efektīva, un veselības stāvokļa uzlabošanās norītēs gausāk, nekā abām pusēm kopīgi sadarbojoties [90].

## 1.8. Multidisciplināra pieeja un sadarbība ilgtermiņa pacientu aprūpē

Pēdējos gados multidisciplināra pieeja ir kļuvusi par nozīmīgu un izplatītu veidu, kā organizēt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu kopumā, ne tikai hronisku saslimšanu gadījumos. Multidisciplināra komanda tiek definēta kā:

- sastāvoša vismaz no divu disciplīnu speciālistiem, kuri darbojas dalītas vadības apstākļos, sadarbojoties, lai sasniegtu vienotus komandas mērķus, kas saistīti ar pacienta diagnozes noteikšanu, veselības stāvokļa stabilizēšanu un uzlabošanu;
- starpdisciplināra komanda, kuras kompetencē ietilpst pārmaiņu iniciēšana un lēmumu pieņemšana un īstenošana, lai pēc iespējas ātrāk un efektīvāk tiktu sniegta pacientam nepieciešamā veselības aprūpe;
- efektivitātes aspekts, kura galvenais kritērijs ir komandas sniegums, kas daudzkārt aplūkots pētījumos, novēršot tādus riskus kā negatīvu vai nepietiekoši efektīvu komunikāciju un koordinācijas trūkumu;



- daudzveidīgas aprūpes vajadzības ilgtermiņa pacientu aprūpē, un jo īpaši vecāka gadagājuma cilvēku aprūpes multidisciplināra rakstura nepieciešamību, to pamatojot ar multimorbiditāti senioru grupā [84].

Multidisciplināras komandas darba rezultāti ir atkarīgi no tā, cik efektīvi komandas dalībnieki funkcionē tās vadības, komunikācijas, konfliktu pārvaldības un sadarbības aspektos. Šādā sadarbības modelī liela nozīme ir integrētai multidisciplinārai aprūpes plāna ieviešanai, plāna izstrādes un īstenošanas gaitā organizējot multidisciplināras speciālistu sanāksmes un vadības koordināciju [70].

Multidisciplināras komandas loma ilgtermiņa pacientu aprūpē var būt ļoti nozīmīga, jo, kā konstatēts pētījumos, piemēram, attiecībā uz onkoloģiskām saslimšanām, šādas komandas koordinēta rīcība var samazināt gaidīšanas laiku līdz diagnozei un/vai ārstēšanas uzsākšanai. Savukārt atbalsta personāla iekļaušana komandā palīdz mazināt ārstēšanas blakusparādību izpausmes, kā arī psiholoģisko slogu pacientam kopumā, tādā veidā, paalielinot pacientu apmierinātību ar saņemto veselības aprūpes sniegšanu un līdzestību [83].

Māsas loma jeb uzdevums multidisciplinārā komandā ir nodrošināt drošu, uz pierādījumiem balstītu, kvalitatīvu, visaptverošu un uz pacientu centrētu aprūpi.

Māsu darbības sfēra ietver sevī kā klīnisko, tā ārpus klīnisko starpdisciplināro aprūpes un administratīvo darbību, kas paredzēta pacientu aprūpes programmās, pie dažādām hroniskām saslimšanām. Māsas ir atbildīgas arī par aprūpes vajadzību novērtēšanu un pacientu aprūpes praktisko īstenošanu - atbalstu, aprūpes procesu pārraudzību un izglītošanas/informēšanas nodrošināšanu pacientiem, viņu ģimenei un tuviniekiem. Svarīgi visu māsu apmācībā orientēties uz pielāgošanās, komunikācijas spēju un empātijas attīstīšanu, kas ir pamats veiksmīgai sadarbībai multidisciplinārā komandā [56].

Mūsdienās māasai starpdisciplinārā komandā ir veicami vairāki uzdevumi:

- jābūt savas jomas/specialitātes ekspertei – jā rūpējas par aprūpes plāna izveidi un nodrošināšanu, rehabilitāciju, māsu darba koordināciju u.c.;
- jāpilnveido un jāattīsta māsu praktiskā darba veikšana, kas ir uz pierādījumiem balstītas prakses veicināšana;
- pacientu un kolēģu izglītošana – personāla un pacientu, kā arī pacientu un viņa ģimenes izglītošana par aprūpi, aprūpes problēmām un iespējamo patstāvīgu to risināšanu, attīstot pacienta līdzestību hroniskas saslimšanas ārstēšanā;
- jāsniedz konsultācijas multidisciplinārā darba ietvaros – par māsu praktisko darbību pacientu aprūpē, māsu profesionālās attīstības jautājumu apspriešana,

kā arī māsu praksei nepieciešamo līdzekļu nodrošināšana, lai varētu sniegt pilnvērtīgu pacientu aprūpi;

- jāsadarbojas ar citu specialitāšu pārstāvjiem multidisciplinārā komandā, lai pārstāvētu savu darbības jomu, piedalītos nacionāla, kā arī starptautiska mēroga organizāciju multidisciplinārā darbā [30].

## **2. Ilgtermiņa aprūpes procesa īpatnības pacientiem ar hroniskām slimībām visos vecuma posmos**

### **2.1. Holistiskas aprūpes procesa modelis pacientiem ar hroniskām slimībām, dokumentējot norises**

Holistiska pieeja aprūpē paredz vienotu, sistēmisku izpratni par ķermenī notiekošajiem procesiem, pievēršot nozīmi ne tikai fiziskajiem, bet arī garīgajiem un emocionālajiem aspektiem. Šodien pacientu aprūpē vadošā ir holistiskā aprūpe neatkarīgi no aprūpes jomas un pacienta vecuma. Katram vecuma posmam ir savas īpatnības, vajadzības un atšķirības. Piemēram, bērnu aprūpē, atkarībā no vecuma posma, nepieciešams nodrošināt ne tikai ārsta nozīmēto rekomendācijas izpildi, bet arī jārūpējas par bērna vispārējo fizisko un garīgo labsajūtu, fizioloģisko attīstību, kā arī dažādiem profilaktiskiem pasākumiem, lai saglabātu vai uzlabotu dzīves kvalitāti kopumā. Atkarībā no vecuma, ārstēšanas procesā jāiekļauj gan dažādas attīstošas rotaļas, gan mācību process jāorganizē atbilstoši bērna spējām, ņemot vērā hronisko saslimšanu. Vienlaicīgi jāveic arī aprūpes procesa dokumentēšana, kas atspoguļos saslimšanas progresu, vai veselības stāvokļa stabilitāti. Dokumentējot hroniskas saslimšanas gaitu, bieži vien pacientam pašam ir jāraksta dienasgrāmata (piem., hemofilijas pacientiem), kas ir paša pacienta veidots veselības stāvokļa novērtējuma dokuments, kuru aizpilda patients pats vai viņa līdzcilvēki (vecāki, sieva u.c.). Līdz ar to svarīgi ir iemācīt pareizi novērtēt veselības stāvokli un to dokumentēt, lai nākamajā ārsta apmeklējuma laikā, speciālists var izanalizēt hroniskās slimības attīstību, un atbilstoši rīkoties saistībā ar paredzamo ārstēšanas taktiku.

### **2.2. Hroniskas slimības simptomu kontrole, aprūpes diagnozes un pierādījumos balstīta klīniskā aprūpe, sasniedzot un izvērtējot rezultātu**

Eiropā 86% miršanas gadījumos (4 miljoni gadā) pacienti ir slimojuši ar dažādām hroniskām slimībām. Hroniskās slimības attīstās lēni, turpinās ilgu laiku, un tās nav iespējams pilnībā izārstēt. Daļai no hroniskām saslimšanām ir iespējams sasniegt remisiju, piemēram, dažādām artrītu formām, daļai slimību netiek piemērots jēdziens remisija. Hroniskās saslimšanas rada ciešanas pacientiem un lielu slogu visai veselības aprūpes sistēmai. Apmēram

70 – 80% no visām izmaksām ES tiek tērētas hronisku slimību ārstēšanai. Hronisko slimību dēļ cilvēki nav spējīgi strādāt un gandrīz 25% strādājošie cieš no kādas hroniskas saslimšanas.

Daļu no hroniskām saslimšanām varētu novērst vai aizkavēt ar savlaicīgu veselīga dzīvesveida ievērošanu, piemēram, daļu sirds un asinsvadu slimības, 2. tipa cukura diabētu, u.c., savukārt daļu saslimšanas kontrolēt tādā mēra, lai pacientam palīdzētu justies pēc iespējas labāk un pēc iespējas ilgāku laiku saglabāt aktivitāti, piemēram, multiplā skleroze, demence, u.c.. Rūpējoties par savu veselību, to uzlabojot, vai samazinot turpmāko attīstību, ir nepieciešama regulāra veselības stāvokļa kontrole, lai savlaicīgi pamanītu jaunus slimības simptomus, tos izvērtētu un atbilstoši ārstētu [73].

Māsu praksē, pacienta aprūpes problēmu noteikšanā un risināšanā, tiek pielietotas māsu aprūpes diagnozes, kuras veidotas uz klīniskās aprūpes pētniecības bāzes. Aprūpes process ir sistemātiska, mērķtiecīga māsas darbība pacienta aktuālo vai iespējamo veselības problēmu diagnosticēšanai un novēršanai. Veicot aprūpes procesu, māsa vispirms noskaidro esošo situāciju (ievāc subjektīvo un objektīvo informāciju, veicot pacienta vai tā piederīgo aptauju); pēc informācijas apkopošanas to izvērtē un nosaka esošās un iespējamās problēmas un mērķus. Pēc tam seko aprūpes darbību plānošana, ņemot vērā izvirzītos mērķus, aprūpes plāna realizācija un iegūto rezultātu izvērtēšana. Visu pacienta aprūpes laiku notiek procesa norises analīze, lai nepieciešamības gadījumā mainītu aprūpes mērķus, kas pamatoti esošās un potenciālās aprūpes problēmās, atkarībā no hroniskās slimības attīstības gaitas un pacienta līdzestības [68].

### **2.3. Pacienta funkcionēšanas traucējumi, mobilitātes un pašaprūpes spēju nodrošināšana**

Funkcionēšanas ierobežojumi ir slimības, traumas vai iedzimta defekta izraisīts fizisks vai garīgs traucējums, kas ierobežo personas spējas strādāt, aprūpēt sevi un apgrūtina tās iekļaušanos sabiedrībā [38]. Ilgstoši funkcionēšanas ierobežojums ir veselības traucējumi, kas ilgst nepārtraukti vismaz 6 mēnešus, un kuri ir uzskatāmi par stabiliem (netiek prognozēta stāvokļa būtiska uzlabošanās nākamo vismaz 6 mēnešu laikā), ko var attiecināt uz hronisku slimību grupām. Līdz ar to dažādi ilgstoši funkcionēšanas traucējumi var ietekmēt pacienta pašaprūpi. Pacientam ar prognozējamu invaliditāti, tās risku novērš vai mazina īstenojot individuālu rehabilitācijas plānu, un no valsts budžeta apmaksātus ārstniecības pakalpojumus un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus [38]. Dažādu reimatisma, sirds asinsvadu, plaušu

saslimšanu gadījumos nepieciešams periodiski saņemt ārstnieciskās procedūras specializētā sanatorijā, lai saglabātu dzīvas kvalitāti un attālinātu invaliditātes iestāšanos. Daļu funkcionēšanas ierobežojumu sekas pacientiem mazina vai kompensē, nodrošinot asistenta pakalpojumus. Asistenta pakalpojumus saņem pacienti ar smagas pakāpes funkcionēšanas ierobežojumiem, dažādu darbību veikšanai ārpus mājokļa, kuras savas nespējas dēļ nevar veikt patstāvīgi – nokļūt vietā, kur tā mācās, strādā, saņemt pakalpojumus. Kā arī asistents palīdz I redzes invaliditātes grupas pacientiem apgūt profesionālās izglītības programmas. Redzes traucējumi pacientiem var būt gan kopš dzimšanas, vai tos var iegūt dzīves laikā. Bieži tie var laika gaitā progresēt vai ir nemainīgi, piemēram, aklums. Pilnvērtīga pašaprūpes nodrošināšana ir multidisciplināras komandas darbs. Tā ir dažādu disciplīnu profesionāļu grupa, kurai ir profesionālas zināšanas un kopīgs profesionālās darbības mērķis, kas ir vērsts uz efektīvu funkcionēšanas traucējumu, mobilitātes un pašaprūpes spēju nodrošināšanu. Hronisku saslimšanu gadījumā funkcionēšanas, mobilitātes un pašaprūpes spēju traucējumi pacientiem sākas ilgu laiku pirms invaliditātes piešķiršanas. Nepārejoši pašaprūpes traucējumi ir pacientiem, kuri zaudējuši kādu no ķermeņa daļām, piemēram, roku vai kāju. Izkaisītās sklerozes, insulta pacientiem ir pārvietošanās grūtības, bet Parkinsonisma slimības gadījumā pacientam ir pieaugoši pašaprūpes, pārvietošanās un dažādi funkcionēšanas traucējumi. Bieži vien hroniskai slimībai progresējot, pieaug arī funkcionēšanas, mobilitātes un pašaprūpes traucējumi. Pašaprūpes, pārvietošanās un dažādu funkcionēšanas traucējumu gadījumā, to kompensācijai tiek izmantoti dažādi palīglīdzekļi. Galvenie tehniskie palīglīdzekļi pārvietošanās nodrošināšanai ir personiskās pārvietošanās palīgierīces (piemēram, ratiņkrēsli, kruķi, spieķi), protēzes, ortozes, ortopēdiskie apavi. Pašaprūpes nodrošināšanai dažādas aprūpes palīgierīces: tualetes krēsls, urīna savācējtrauki, šīberi, vanniņa galvas mazgāšanai gultā, palīgierīce kompresijas zeķu uzvilšanai, u.c..

## **2.4. Psiholoģisko, garīgo un sociālo pamatvajadzību nodrošināšana**

Pamatojoties uz A. Maslova vajadzību hierarhijas modeli kā sociālās vajadzības ir minētas ģimene, draudzība, grupas atbalsts, mīlestība, intimitāte, komunikācija. Sociālās vajadzības ir cilvēku pamatvajadzība pēc darba, sabiedriskās aktivitātes, kultūras un garīgās dzīves. Cilvēka garīgās vajadzības satur vēlmi izzināt pasauli, pašrealizāciju, pašattīstību un pašizziņu, neatkarīgi no vecuma. Pacientiem ar hroniskām saslimšanām pēdējās slimības stadijās (neatkarīgi no diagnozes), garīgās aprūpes sniedzējs visbiežāk ir kapelāns, kura

pienākumos ir sniegt garīgu un reliģisku aprūpi pacientam un viņa ģimenes locekļiem neatkarīgi no tā ticības (vai neticēšanas) Dievam [4]. Lai pacients nodrošinātu savas pamatvajadzības, vispirms nepieciešami materiālie resursi. Taču pacientiem, ilgstoši slimojot ar hroniskām saslimšanām, bieži materiālie resursi ir ierobežoti, līdz ar to iespējas apmierināt savas garīgās un sociālās pamatvajadzības ir diezgan ierobežotas. Piemēram, hemofilijas pacientiem, kuri nav saņēmuši profilaktisko terapiju, ir deformētas locītavas, kas ne tikai ierobežo pārvietošanos un pašaprūpi, bet arī ierobežo iespējas strādāt vai vispār tās liedz (materiālais dzīves nodrošinājums – invaliditātes pensija). Līdzīgā situācijā ir visi pacienti, kuru ienākumu avots ir invaliditātes pensija.

Psiholoģisko labsajūtu veido cilvēka personiskās emocijas, pašcieņa, jūtas un intelekts, spēja koncentrēties un veikt garīgu piepūli, bet bailes no sāpēm, ciešanām, bēdām un nāves rada nopietnu ilgtermiņa psiholoģisku diskomfortu [39]. Psiholoģiskās labsajūtas nodrošināšanai, neatkarīgi no saslimšanas diagnozes, nozīmīga ir drošības sajūta un atbalsts ģimenē un sabiedrībā, apmierinātība ar darbu, sadzīvi, savstarpējām attiecībām. utt.

## 2.5. Psihoemocionālais atbalsts pacientiem un ģimenei

Slimojot ar vienu vai vairākām hroniskām saslimšanām, ilgstošā laika periodā pacientiem un viņu ģimenes locekļiem nepieciešams psihoemocionālais atbalsts. Pēc diagnozes uzzināšanas, kura ietekmēs visu turpmāko dzīvi, piemēram, izkaisītā skleroze, onkoloģiskas saslimšanas, u.c., pacients izdzīvo visas slimības pieņemšanas stadijas. Bieži vien pacientam nākas izvērtēt savu līdzšinējo dzīvi un mainīt privātos un profesionālos plānus. Katru slimības pieņemšanas stadiju pavada atšķirīgas emocijas un uzvedība. Ņemot vērā, ka ārstēšanas process visbiežāk ir ilgs un emocionāli nogurdinošs, šajā procesā ir nepieciešams iesaistīt ģimeni. Psiholoģisks atbalsts pacientam ir nozīmīgs ārstēšanas aspekts un ģimenei ir ļoti svarīga loma atbalsta sniegšanas procesā. Tuvinieku atbalstam un sapratnei ir liela ietekme uz pacienta domāšanu un uzvedību, tieši tāpēc arī ģimenei ir svarīgi zināt, cik nozīmīga ir tās loma terapeitiskajā procesā [55].

Kopumā izšķir piecus atbalsta veidus:

- **Informatīvs atbalsts** - parasti sniedz veselības aprūpes speciālisti, informējot pacientu par slimību un tās ārstēšanu;
- **Emocionāls atbalsts** - galvenokārt sniedz pacienta ģimene:
  - cenšas uzzināt un iespēju robežās apmierināt pacienta vajadzības;
  - labvēlīga, iekļūstīga uzklaušana;

- izpratnes izrādīšana;
- gatavības izrādīšana uzsākt sarunu par jebkuru sarežģītu tēmu: “Ja vēlies, mēs varam par to runāt...”;
- maiguma izrādīšana (rokas pieskāriens, apskāviens);
- drošības veidošana attiecībās ar slimnieku: “Esmu blakus, ja būšu Tev vajadzīgs”.

Tomēr sniedzot atbalstu, nepieciešams atcerēties, ka jārespektē pacienta vajadzība pēc vienatnes un nenogurdināt viņu ar klātbūtni. Jāvienojās ar pacientu, ka viņš drīkst un var paziņot, ka vēlas palikt viens.

Sniedzot atbalstu pacientam, neuztraukties, ja svarīgas sarunas laikā iestājas klusums, ļaut viņam izraudāties un izpaust visas savas emocijas, piemēram, dusmas, bailes. Svarīgi pajautāt: “Ko es varu darīt Tavā labā?”.

- **Psiholoģiskais atbalsts** - nodrošina psihologi;
- **Garīgais atbalsts** - mērķtiecīgi nodrošina kapelāni.
- **Materiālais atbalsts** - ļoti nozīmīgs īpaši ilgstošas ārstēšanas laikā; palīdzība ārstēšanas izdevumu segšanā; materiālais aprīkojums, piemēram, sēdrati, pacēlājs, utt., guloša pacienta aprūpei.

Sniedzot emocionālo atbalstu nepieciešams atcerēties, ka pacientam slimības laikā ir tiesības paust dažādas emocijas un uzvedību. Lai pozitīvi atbalstītu pacientu, ejiet soli aiz viņa un reaģējiet uz viņa vajadzībām. Tajā pašā laikā nepieciešams respektēt pacienta lēmumus par ārstēšanos, līdzestību un savu dzīvi [52].

## 2.6. Pacientu drošība un drošības riski

Pacientu drošība ir kopīgs mērķis visiem - gan veselības aprūpes profesionāļiem, gan pacientiem, gan sabiedrībai kopumā. Pacientu drošība ir nepārtraukts process, tiecoties aktīvi atpazīt nedrošās situācijas, darbības un to veicinošos faktorus, kā arī drošas ārstniecības organizatoriskos aspektus [62]. Saistībā ar pacientu drošību visbiežāk tiek runāts par krišanas jeb traumatisma risku. PVO 2007. gada ziņojumā par kritienu prevenciju, gados vecāku cilvēku populācijā, kritienu definē kā notikumu, pēc kura persona negaidīti atrodas uz zemes, grīdas vai citā zemākā līmenī nekā pirms tā, izslēdzot apzinātas izmaiņas ķermeņa stāvoklī, balstoties pret mēbelēm, sienām vai citiem priekšmetiem [93]. Kritieni tiek uzskatīti par globālu veselības problēmu ar fatālu vai nefatālu iznākumu, kad tiek ierobežotas ķermeņa funkcijas un ikdienas aktivitātes.

PVO informē, ka ik gadu tiek reģistrēti 37,3 miljoni kritienu, kas ir pietiekami smagi, lai persona vērstos pēc medicīniskās palīdzības. Šādu kritienu ietekmē vairāk nekā 17 miljoni cilvēku zaudē dzīves gadus invaliditātes dēļ (DALY-disability adjusted life years). Visbiežāk kritieni skar cilvēkus, kas vecāki par 65 gadiem, jauniešus vecumā no 15 līdz 29 gadiem un bērnus vecumā no 15 gadiem vai jaunākus [94]. Īpaši tiek uzsvērts kritienu risks gados vecākiem (virs 65 gadiem) cilvēkiem vienlaikus ar gados vecāku cilvēku skaita pieaugumu. Ar vecumu cilvēka sensorās funkcijas, līdzsvars, koordinācija, kognitīvās funkcijas sāk mainīties, parādās dažādas blakusslimības, kas var ietekmēt kopējo funkcionālo stāvokli. Par galvenajiem kritiena riska faktoriem vecākiem cilvēkiem tiek uzskatīti gaitas, līdzsvara traucējumi un atkārtoti kritieni. Kā iespējamie faktori, kas paaugstina kritienu risku, tiek minēti arī dažādi funkcionālie traucējumi, piemēram, muskuļu vājums, redzes traucējumi, un arī psihotropo medikamentu lietošana [21]. Būtiski kritiena riska izvērtēšanā ir ne tikai iekšējie, bet arī ārējie riska faktori, kuri ietver sevī mājokļa un vides drošību [20]. Kritieni ir otrs nozīmīgākais ārējais nāves cēlonis veciem cilvēkiem Latvijā. Tie veido 13% no visiem ārējiem nāves cēloņiem iedzīvotājiem, kas vecāki par 65 gadiem. Šis rādītājs ir trīs reizes augstāks nekā iedzīvotājiem vecumā līdz 65 gadiem. Vienlaikus ar vecumu kritienu risks strauji pieaug [63]. Vairums kritienu notiek, mijiedarbojoties dažādiem riska faktoriem, – jo vairāk faktoru iedarbojas uz cilvēku, jo lielāks ir kritienu risks. Visbiežāk kritieni notiek iekštelpās, tostarp arī ārstniecības iestādēs [6]. Latvijas veselības aprūpes sistēmas pieņemtajā pacientu izmeklēšanā specifiska kritienu riska novērtēšana netiek iekļauta. Preventīvo pasākumu ietvaros ir izstrādāti informatīvi bukleti un rekomendācijas par kritienu riska faktoriem. Kritienu riska novērtēšana ļauj plānot atbilstošas risku mazinošas iejaukšanās stratēģijas, lai novērstu vai mazinātu kritienu skaitu un līdz minimumam samazinātu ar kritieniem saistītos ievainojumus, kas pacientiem ar dažādiem funkcionālajiem traucējumiem ļautu preventīvi rīkoties, dzīvojot sev drošā vidē [5].

## **2.7. Rehabilitācija un rehabilitācijas pamatprincipi hronisku pacientu veselības uzlabošanā un uzturēšanā**

Rehabilitācijas jēdziena izpratne Latvijā ir ļoti dažāda. Atbilstoši PVO (2011.) “rehabilitācija” tiek definēta, kā pasākumu kopums, kas palīdz personām, kurām ir, vai kurām var iestāties invaliditāte, atjaunot un uzturēt savu optimālo funkcionēšanu mijiedarbībā ar apkārtējo vidi.



Rehabilitācijas galvenais darbības mērķis ir pacienta funkcionēšanas uzlabošana jeb modificēšana personas interesēs, kas vairumā gadījumu prasa aktīvu personas pašas līdzdarbošanos rehabilitācijas procesā. Rehabilitācijas medicīna ārstniecībā izmanto divas galvenās stratēģijas:

- **Ārstējošo** jeb kuratīvo, kurā tiek pielietotas dažādas diagnostikas un ārstēšanas tehnoloģijas;
- **Rehabilitējošo** stratēģiju, kas balstās uz dažādu terapiju izmantošanu, pacienta un piederīgo apmācību, vides modificēšanu u.tml. [89].

Pēdējās desmitgadēs, ņemot vērā demogrāfiskās pārmaiņas, pieaugošo saslimstību ar neinfekciozām saslimšanām, kā arī augstāku izdzīvojušo skaitu pēc akūtām smagām saslimšanām, palielinās pacientu skaits ar hroniskām saslimšanām un ilgstošiem funkcionāliem ierobežojumiem. Tas savukārt palielina nepieciešamību pēc ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumiem un attiecīgas aprūpes [95]. Biežākās saslimšanas, kas izraisa ilgstošus funkcionālos ierobežojumus ir saslimšanas ar augstu mirstības risku. Augstu ienākumu valstīs visbiežāk rehabilitācija notiek pacientiem ar cerebrovaskulārām saslimšanām, sirds išēmisko slimību (SIS) un hronisku obstruktīvu plaušu slimību (HOPS) [54]. Pacientu rehabilitēšanā ir pietiekoši daudz pierādījumu, kas liecina par kvalitatīvu rehabilitācijas pakalpojumu pozitīvu ietekmi uz pacientiem ar minētajām saslimšanām. Turklāt vienlīdz būtiski ir gan agrīni, intensīvi stacionāri rehabilitācijas pasākumi, lai sekmētu funkcionālo atjaunošanos, uzlabotu dzīves kvalitāti, neatkarību un samazinātu hospitalizācijas ilgumu, gan rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšana visā aprūpes periodā, tādējādi novēršot funkcionālo pasliktināšanos [72].

Rehabilitācijas pakalpojumiem, to plānošanai un sniegšanai jābūt orientētai uz pacienta individuālajām vajadzībās un mērķiem, respektējot viņa izvēli un vērtības. Rehabilitācijas nodrošināšanai nepieciešama dažādu medicīnas disciplīnu sadarbība. Multidisciplināra sadarbība nozīmē iespēju dažādiem profesionāļiem sadarboties vienādu īstermiņa mērķu sasniegšanai ar līdzīgām metodēm (kompetenču pārklāšanās), kā arī atsevišķu uzdevumu savstarpēju deleģēšanu un integrētas apmācības veicināšanu. Primārās aprūpes komanda, kura ģeogrāfiski ir lokalizēta un sadarbojas ģimenes ārsta prakse un fizioterapeita un/vai ergoterapeita prakse, ir viens no biežākajiem integrētas rehabilitācijas un primārās aprūpes modeļiem, kuru ieguvums ir profesionāļu savstarpējā komunikācija, koordinācija un uzticēšanās. Savukārt no pacientu perspektīvas tas ir ērts modelis, jo viena lokalizācija mazina transporta un citus izdevumus, atvieglo rehabilitācijas pasākumu plānošanu. Šāds modelis var

tikt īstenots lokālajos veselības centros, primārās aprūpes komandās, koppraksēs, medicīnas centros, u.c..

Savukārt, lai nodrošinātu ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumus pacienta mājās vai specializētus pakalpojumus, kā efektīvs modelis darbojas mobilās komandas (mobile teams) un satelītās vienības (satellite units), kas darbojas pie terciārās aprūpes institūcijām (rehabilitācijas klīnikām/centriem), tomēr šādu modeli visbiežāk ierobežo profesionālo resursu trūkums, kā arī augstās izmaksas. Alternatīvs risinājums varētu būt telerehabilitācijas pakalpojumu attīstīšana [41].

Šobrīd Latvijā darbojas t.s. dalītās aprūpes modelis, jo ilgtermiņa rehabilitāciju koordinē ārsts speciālists (sastādot rehabilitācijas plānu un nosūtot pie funkcionālajiem speciālistiem pakalpojuma saņemšanai). Primārās aprūpes sniedzēji šāda modeļa ietvaros, vai nu vispār netiek iesaistīti, vai tiek iesaistīti pastarpināti, saņemot informāciju par rehabilitācijas norisi. Līdz ar to modelis neveicina sadarbību un rada primārās veselības aprūpes un rehabilitācijas fragmentāciju [53].

Ilgtermiņa rehabilitācijas pasākumi pacienta dzīvesvietā vienmēr ietver tādas elementus kā:

- pašpārvaldes spēju attīstīšana;
- sekundārā profilakse, dzīvesveida modifikācija;
- ikdienas autonomijas atgūšana;
- dalības veicināšana, iedrošinot un atbalstot piedalīšanos sev svarīgās un jēgpilnās aktivitātēs.

Visi šie pasākumi kopumā ir vērsti uz katra pacienta kā personas adaptāciju (uz pacientu centrēta aprūpe) un fokusēti uz dzīvi, atbalstot pacientu viņa dzīves mērķu īstenošanā.

Pacientiem ar hroniskām saslimšanām un ilgstošiem (paliekošiem vai progresējošiem) funkcionāliem traucējumiem ir būtiski attīstīt pašpārvaldes spēju, apgūstot un lietojot pašpārvaldības metodes vienlaikus ar veselīga dzīvesveida paradumiem un sekundārās profilakses pasākumiem, ko var panākt, izmantojot uz pacientu centrētas intervences, apzinot katra pacienta vajadzības, vērtības un pieredzi, lai atbalstītu viņu un iedrošinātu [66].

Pēdējā laikā aizvien biežāk, lai uzlabotu paškontroli (piemēram, monitorētu fizioloģiskos rādītājus - arteriālo asinsspiedienu, HbA1c., SpO2 u. c.), fizisko aktivitāšu apjomu (piemēram, soļu skaitu) un veicinātu līdzestību un veselīga dzīvesveida ieviešanu, tiek izmantotas dažādas mobilās aplikācijas, kas uzrāda labākus rezultātus, salīdzinot ar

klasiskajām metodēm (konsultācijām, grupu nodarbībām). Šādu aplikāciju izmantošana un efektivitāte visvairāk ir pētīta 2. tipa cukura diabēta pacientiem [7].

### **3. Saskarsmes nianšes hronisku pacientu aprūpē un ilgtermiņa komunikācijas nodrošināšanā**

#### **3.1. Saskarsme un savstarpējā sapratne**

Hroniskas saslimšanas uzskatāmas par galveno nāves un invaliditātes cēloni pasaulē, tādēļ jo kvalitatīvāka un veiksmīgāka ir veselības aprūpes speciālistu un pacientu saskarsme, jo potenciāli lielāka ir pacienta iesaiste un līdzdarbība slimības ārstēšanā un veselības stāvokļa stabilizēšanā.

Saskarsme ir esamības daļa, dinamisks process, ko ietekmē kompleksi faktori, un kura laikā tiek īstenoti mēģinājumi veidot kopību ar citiem cilvēkiem, izplatīt idejas, vērtības un veidot attieksmes. Prasmīga māsas un pacienta saskarsme ilgtermiņa pacientu aprūpē sekmē pacienta emociju regulāciju, kas palīdz izprast medicīniska rakstura informāciju, kā arī identificēt pacienta vajadzības, vēlmes un cerības saistībā ar ilgtermiņa aprūpi hroniskas saslimšanas gadījumā. Saskarsmes procesu ietekmē pacienta emocionālais un fiziskais stāvoklis, kā arī iepriekšējā saskarsmes pieredze.

Pētījumos secināts, ka pozitīva saskarsme ar veselības aprūpes speciālistu palielina pacienta apmierinātību ar veselības aprūpi [34]. Tiek uzskatīts, ka saskarsme ir māsu darba nozīmīga sastāvdaļa, lai nodrošinātu kvalitatīvu pacientu aprūpi [46].

Saskaņā ar pētījumiem un māsu klīnisko praksi efektīvu saskarsmi ilgtermiņa pacientu aprūpē veicina vairāki faktori:

- pacienta uzticēšanās konkrētai māasai;
- atklātība, kura sekmē māsas, veselības aprūpes speciālista ieteikumu un profesionālo norāžu izpildi;
- informācijas pareiza uztvere, jo māasai ir jāpārlicinās, ka pacients dzird un saprot teikto - stresa situācijās raksturīgi, ka pacienti dzird tikai 60-70% no teiktā, turklāt dzirdētais ir selektīvi atlasīta informācija jeb tas, ko pacients vēlas dzirdēt, tiecoties samazināt trauksmi;
- informācijas nozīmīgums konkrētajā brīdī jeb aprūpes situācijā;
- māasai jātiecas radīt labvēlīgu un draudzīgu atmosfēru, lai saskarsmes situācija veidotos maksimāli brīva, vienlaikus netraucējot aprūpes mērķu sasniegšanu;
- vēlams noskaidrot, kā pacients redz māsas palīdzību konkrētās problēmas risināšanā;

- saziņas veids, vienkārša, pacientam saprotama valoda, dažkārt māsai saskarsmē ar pacientu jāizmanto pat iespēju robežās individualizēts (atbilstošs pacienta spējām un vajadzībām), saziņas veids, kas ietver pacienta informētas piekrišanas iegūšanu nepieciešamības gadījumā (pacienta tiesības lemt par savu veselības aprūpi);
- veiksmīgas saskarsmes nodrošināšanas nolūkā veselības aprūpes speciālistam ieteicams apgūt emociju pašregulāciju un maksimāli attīstīt apzinātību attiecībā uz saziņu ar pacientu [80].

Hronisku saslimšanu gadījumos pastāv nepieciešamība pēc efektīvas ilgtermiņa pārvaldības ar pacienta iesaisti slimības ārstēšanā un līdzestību, bet praksē diemžēl tikai 50% pacientu ievēro visus rekomendētos norādījumus [25].

Hronisku saslimšanu pašpārvalde pacientam nozīmē gan jaunu uzvedības veidu apguvi, gan jau pierastās uzvedības maiņu. Šāda uzvedības maiņa vai jaunas apguve ir tieši atkarīga no efektīvas jeb kvalitatīvas saziņas ar veselības aprūpes speciālistiem.

Uz pacientu centrētā saskarsmē māsas izmanto empātiju pret pacienta vajadzībām un kultūras kontekstu, tādā veidā veicinot savstarpējo sapratni. Būtisks ir pacientam sniegtais emocionālais atbalsts, kā arī zināšanas par to, kā pacientam un viņa ģimenei palīdzēt pārvarēt nenoteiktības situāciju saistībā ar slimību, ilgstošu ārstēšanās periodu un atveseļošanās prognozi. Nozīmīgi pamatelementi veiksmīgā veselības aprūpes speciālistu un pacientu saskarsmē ir pacienta autonomijas veicināšana, palīdzot orientēties veselības aprūpes sistēmā, ģimenes un tuvinieku atbalsta piesaistīšana, kā arī abpusēja atklātības nodrošināšana [69].

Savukārt māsām saskaroties ar sarežģījumiem saskarsmē ar hroniskiem pacientiem tiek ieteikts izvēlēties komunikāciju atkarībā no pacientam raksturīgā depresīvā vai agresīvā noskaņojuma.

Depresīvi noskaņoti hroniski slimi pacienti mēdz izturēties noteiktā veidā - ķermeņa valodā dominē sagumusi poza, nolaists skatiens, savukārt kognitīvajā sfērā vērojamas grūtības koncentrēties, ir novērots, ka pacienti aizmirst māsas vai paša sacīto, ir nepieciešami atgādinājumi. Šāda veida pacientiem var būt problēmas ar personīgās higiēnas ievērošanu, kā arī ar precizitāti pacienta dienas plānā, piemēram, dažādas aprūpes manipulācijas vai medikamentu lietošanu. Māsas rīcība šajos gadījumos ietver atbalstu pacienta izjūtām, koncentrēšanos uz vispārīgu, atbalstošu sarunu, nevis konkrētas tēmas uzspiešanu, vietas un laika atvēlēšanu pacienta izjūtām, parādot to nozīmīgumu. Māsām arī jāņem vērā, ka pacienta klusēšana intervences gadījumā nenozīmē, ka tā nav ievērota vai tiek noraidīta.

Savukārt agresīvi noskaņoti pacienti savas izjūtas pauž caur saspringtu ķermeņa pozu, sejas izteiksmi, sakniebtām lūpām, savilkām dūrēm, skaļu runu. Māsas nevajadzētu reaģēt aizsargājoties vai uzbrūkoši, bet gan mierīgi un iejūtīgi. Šāda veida pacienta uzvedība nav personiski vērsta pret konkrēto māsu, kas veic aprūpi, bet gan izsaka pacienta emocionālo stāvokli un spēju pārvarēt stresu, lai kontrolētu situāciju, un vadītu situāciju. Saskarsmē māsa var lūgt pacientu pārvietoties uz citu, komfortablāku sarunas vietu, apsēsties, un runāt klusāk, lai spētu saprast runāto un sniegt nepieciešamo palīdzību. Sarunā ar pacientu būtiski ir uzklaut pacientu bez komentāriem, lai viņš varētu izteikt savu pozīciju un justos saprasts. Brīdī, kad pacients ir izteicies, māsa var precizēt viņa dusmu cēloni vai sfēru, kā arī sniegt empātisku situācijas atspoguļojumu, izsakot līdzjūtību par situāciju, kādā ir pacients. Tāpat māsas uzdevums sarunā ar pacientu, ir viņa virzīšana uz izpratni, kā pareizi būtu jāveic kādas konkrētas darbības, noteiktā situācijā, kas radījusi sarežģījumus hroniskas slimības ārstēšanās procesā. Māsu profesionālā kompetence nozīmē apzināties, ka ne visi pacienti pieņem intervences, kas saistāms, nevis ar māsu darbību, bet gan ar nelielas daļas pacientu garīgā stāvokļa īpatnībām [18].

### **3.2. Ētikas pamatnostādnes hronisku pacientu aprūpē**

Ar grieķu cilmes jēdzienu ētika plašākā nozīmē saprot labākas un pilnīgākas individuālās dzīves un sociālo attiecību komunikācijas un organizācijas lauku, kas ietver morāli, gan tās pamatojumu - ētiku, gan reālo dzīves attiecību kvalitāti. Šaurākā nozīmē ētika vairāk tiek attiecināta uz cilvēka apziņu, lemtānu, rīcību un pašpilnveidi [75].

Mūsdienās ētika tiek atzīta par praktisko filozofiju, kuras uzdevums ir sniegt padomu, kā labāk dzīvot un sasniegt laimi – ne tikai zināt teoriju, bet prast to praktiski pielietot problēmu risināšanā un lēmumu pieņemšanā.

Pacientu tiesības lemt par savu veselības aprūpi atzīst visā pasaulē, nosakot to likumos un ētikas kodeksos. Pacientam ir tiesības saņemt visu nepieciešamo informāciju, lai šo lēmumu pieņemtu

No ētiskā viedokļa jāakcentē uz pacientu vērstas aprūpes nozīmi, kas ietver cieņu pret indivīdu, informējot, uzklautot un iesaistot pacientus lēmumos, kas saistās ar viņa veselību nolūkā pēc iespējas sekmēt hroniski slimā pacienta aktivitāti. Māsas aprūpes kontekstā sastopas ar ētiskiem konfliktiem, piemēram, pacienta autonomijas robežām, pašaprūpes prakses veicināšanas piemērotību konkrētos gadījumos, pievēršot uzmanību arī pacienta sociālajam kontekstam [14].

Vairākās profesijās, tai skaitā mūsu, uzvedību, kā arī konfliktu risināšanu nosaka ētikas kodeksi, kas ir organizācijas kultūras dokumenti ar regulatīvu nozīmi, tomēr formalizācijas un sankciju ziņā atšķiras no likumu krājumiem [37]. Ētikas kodeksi nosaka rīcību specifiskās, profesionālās ētiskās situācijās, tādās kā interešu konflikts, dāvanu pieņemšana, un procedūras, kas veicamas gadījumos, ja ētikas kodekss tiek pārkāpts - sankcijas, kas regulē ētisku rīcību.

Mūsu Ētikas kodeksos, kuros ietverti universāli pamatelementi, kuru ievērošanā balstās mūsu praktiskā darbība:

- māsa savā praksē izturas ar līdzjūtību un cieņu pret katras personas vērtībām un unikālajām īpašībām;
- māsas darba prioritāte ir pacients, neatkarīgi no tā, vai tas ir indivīds, ģimene, grupa vai kopiena;
- māsa aizstāv un aizsargā pacienta tiesības, veicina veselību un drošību;
- māsa atbildīgi pieņem lēmumus un rīkojas atbilstoši pienākumam nodrošināt optimālu pacienta aprūpi;
- māsas atbildība attiecas arī uz pienākumu pret sevi attiecībā uz personiskās veselības un drošības veicināšanu un profesionālās izaugsmes turpināšanu;
- māsa uztur un pilnveido darba ētisko vidi un apstākļus, kas veicina drošu un kvalitatīvu pacientu veselības aprūpi;
- māsa iesaistās profesionālajā pētniecībā, izstrādājot profesionālos standartus un veidojot veselības politiku;
- māsa sadarbojas ar citiem veselības aprūpes speciālistiem un sabiedrību, lai aizsargātu cilvēktiesības un mazinātu veselības stāvokļa atšķirības dažādās sabiedrības grupās;
- izmantojot profesionālo organizāciju kapacitāti, māasai jāformulē mūsu darba vērtības, jāuztur profesijas integritāte un sociālā taisnīguma principi [24].

Pamatojoties uz ētikas pamatelementiem tiek realizēta jeb nodrošināta uz pacientu centrēta aprūpe neatkarīgi no tā, kāda veida aprūpe mācai ir jāveic.

### **3.3. Psihosociālie mijiedarbības faktori: pacients un māsa**

Psihosociālo mijiedarbības faktoru analīze pamatojas klasiskajās māszinību teorijās, laika gaitā izvirzot jaunas tēmas, piemēram, no 20.gadsimtam raksturīgā pacienta vajadzību izvērtējuma, līdz mijiedarbību analīzei arī no mūsu vajadzību pozīcijas mūsdienās.

Jau klasiskajā Betijas Nūmenas māszinību teorijā 20.gadsimta otrajā pusē tika uzsvērti indivīda mijiedarbību ar vidi nozīmīgums, kas praksē nozīmēja attīstīt izpratni par mijiedarbību ar pacientu un pārorientēt vienpusēju uzmanības fokusu no objektīvām manipulācijām uz prasmēm veidot efektīvu mijiedarbību, kas plašākā kontekstā nozīmē sociālo, ekonomisko un politisko vidi. Mūsdienās, teorētiski pamatojot māsu un pacientu mijiedarbību, joprojām tiek plaši izmantots pieņēmums, ka personība atrodas nepārtrauktā iekšēju un ārēju dinamisku ietekmju un mijiedarbību zonā. Tas attiecas gan uz pacientiem, gan uz māsām, tādēļ nav mērķtiecīgi aplūkot tikai pacientu vajadzības un ietekmējošos faktorus, ignorējot māsu profesionālās darbības aspektus un personības faktorus [9].

Māsai ar pacientu ir visciešākais kontakts ilgtermiņa pacientu aprūpes procesā. Māsu profesionālajā darbībā saskaras ar dažādiem riska faktoriem: ķīmiskiem, fizikāliem, bioloģiskiem, ergonomiskiem, organizatoriskiem un psihosociāliem. Mūsdienās psihosociālie mijiedarbības faktori ir plaši aprakstīti un tiek izprasti kā kompleksa multifaktoriāla sistēma, pārklājoties ar darba vides faktoriem: organizācijas klimatu un kultūru, darba prasībām un darba izpildes kontroli, sadarbību ar kolēģiem un darbā saņemto atbalstu. Literatūrā tiek uzsvērts, ka nelabvēlīga darba vide rada stresu un māsu izdegšanu darbā [87].

Šaurākā nozīmē māsu un pacientu psihosociālie mijiedarbības faktori nozīmē intensīvu starppersonu saskarsmi, mijiedarbojoties māsu un pacientu daudzveidīgo personību īpatnībām, kā arī komplicētām situācijām profesionālajā darbībā, kas izraisa distresu. Būtiska nozīme ir arī māsu profesionālo darbību pastāvīgi pavadošajai atbildībai par citu personu veselību un pat dzīvību [13].

Psihosociālās mijiedarbības pozitīvā risinājumā svarīga kā pacientu informēšana, pacientu vajadzību ievērošana, tā arī māsu savas personības izpratne – zināšanas par indivīda iekšējo, neiropsiholoģisko struktūru, kas rada uzvedību likumsakarības, māsu individuālas darbošanās jēgas un mērķa izpratni, kas determinē apzinātu rīcību starppersonu attiecībās [61].

### **3.4. Efektīvas komunikācijas veidošana un komunikācijas barjeras**

Izpratne par efektīvu komunikāciju, prasmēm un barjerām aprūpes procesā un sagaidāmo rezultātu plānošana ir uz pacientu vērsta holistiskas aprūpes priekšnoteikums. Komunikācijas jēdziena etimoloģiskā izcelsme saistās ar kopības veidošanu, savukārt mūsdienās komunikāciju izprot konkrētāk kā informācijas nodošanas dinamisku procesu no vienas personas otrai, turklāt informācijas nodošanā ietverot ne tikai vārdus, bet arī neverbālās



zīmes, simbolus, attēlus, grafikus u.c. [34]. Komunikācijas procesā partneri cenšas realizēt savus mērķus, vajadzības un intereses. Informācijas nodošana neizslēdz nolūku ietekmēt otru, izplatot idejas un attieksmes. Komunikācijas procesu starp personām veido septiņi galvenie elementi: sūtītājs, kodēšana, ziņa jeb kodētā informācija, komunikācijas kanāls, uztvērējs jeb adresāts, dekodēšana un atgriezeniskā saite. Komunikācija ir iespējama, ja partneriem ir vienāda vai līdzīga informācijas kodifikācijas un dekodifikācijas sistēma [42].

Parasti, nosūtītais ziņojums nav tas pats, kas saņemtais ziņojums, ziņojumu dekodēšana ir atkarīga no pacienta individuāliem faktoriem un iekšējās uztveres. Tas nozīmē, ka saņēmēja interpretācija par dzirdēto, iespējams, neatbilst sūtītāja teiktajam.

Veselības aprūpes speciālistu un pacientu komunikācijas centrā ir pacients, bet tās mērķis - izveidot pozitīvas starppersonu attiecības, atvieglot informācijas apmaiņu un sekmējot pacientu līdzdalību lēmumu pieņemšanas procesos, tādēļ efektīvas komunikācijas nodrošināšana ir īpaši nozīmīga [65].

Māsas saziņa ar pacientu notiek gan verbāli - sarunājoties, gan neverbāli rīkojoties, demonstrējot un izpildot nepieciešamo darbību kopā ar pacientu..

Komunikācijai ir saturs un vērtība, un, lai saziņa būtu efektīvi produktīva, galvenā uzmanība jāpievērš tās kodolam, it īpaši māsu praksē. Efektīva komunikācija būs atkarīga no tā, kā abas puses izprot saziņas modeli - mijiedarbību, kurā katrs sūtītājs darbojas arī kā uztvērējs un otrādi. Nespēja atpazīt un neievērot komunikācijas divvirziena kustību bieži noved pie negatīviem vispārīnājumiem un attieksmes, kas ir neefektīvas komunikācijas rezultāts.

Pētījumos konstatēts, ka neskatoties uz pozitīvas komunikācijas starp māsu un pacientu nozīmīgumam, lielākoties tiek konstatēta negatīva komunikācija, kas ne vien neuzlabo pacienta aprūpes rezultātus, bet arī samazina māsu apmierinātību ar darbu vai pat māsu altruistisko ievirzi, kas mēdz būt profesionālās izvēles pamatā.

Neskatoties uz to, ka māsas ir ieguvušas zināšanas par efektīvu komunikāciju, tomēr tās reti tiek izmantotas praksē, lai mijiedarbotos ar pacientu. Tiek uzskatīts, ka galvenais faktors situācijas maiņai ir apzinātās komunikācijas barjeras [57].

Efektīvu māsu un pacientu komunikāciju var traucēt virkne psiholoģisko barjeru, kas ietver:

- analogiskās spriešanas mehānismus jeb savu vēlmju, īpašību un attieksmju projicēšana uz komunikācijas partneri;
- statiskas ekspektācijas, kas nozīmē kāda pieņēmuma par cilvēku pārnesi no vienas uz vairākām viņa darbības sfērām, vai no viena laikposma uz citiem, ko iespējams

skaidrot ar vēlmi pēc psiholoģiski nepretrunīgas informācijas, kā arī ar idealizācijas un uztveres inerces mehānismiem;

- stereotipizācija, kas attiecas uz grupu stereotipisku uztveri, piedēvējot nereti uz diskriminācijas robežas balansējošus pieņēmumus gan grupām, gan indivīdiem, kuri pieder šīm grupām [57].

Pie komunikācijas barjerām māsu darbā pieder arī neapmierinātība ar darbu un darba slodzi, pazemināta motivācija, darba rutīna, vilšanās savā profesionālā kompetencē, māsas un pacienta kultūras atšķirības, atbildības samazināšanās un apātijas veidošanās attiecībā uz māsas profesionālajiem pienākumiem pret pacientu. Lai mazinātu darba vides izraisītas komunikācijas barjeras, nepieciešams veidot atbalstošu darba vidi, kas attiecas uz institucionālo pārvaldības kvalitāti. Savukārt māsas un pacienta kultūras atšķirību pārvarēšanā iesaka iesaistīt pacienta ģimenes locekļus, bet, lai stiprinātu ticību māsas profesionālajai kompetencei, svarīgi laikus meklēt kolēģu atbalstu, iesaistīties atbalsta grupā, saņemt supervizora darba izvērtējumu un ieteikumus, kā arī profesionāli pilnveidoties tālākizglītībasursos, stiprinot profesionālo pārliecību par saviem spēkiem [74].

## 4. Motivācijas veidošana pacientiem ar hroniskām slimībām

### 4.1. Pacienta līdzestība ārstēšanas un aprūpes procesā

“Pacienta līdzestība ir kādas personas rīcības sakrītība ar medicīnas personāla ieteikumiem veselības saglabāšanā un iekļauj gan personīgos ieradumus (piemēram, ēšanas, fizisko aktivitāšu), gan ierašanos uz vizītēm pie speciālista, gan medikamentu regulāru un pareizu lietošanu pēc norādījumiem“ [45].

Līdzestības jēdziens *adherence* (no angļu val.) izpratnē, ietver skatījumu uz pacientu kā informētu, mērķtiecīgu un neatlaidīgu ārstniecības un aprūpes procesa dalībnieku. Šajā nozīmē līdzestība tiek saprasts kā ilgstošs, dinamisks, komplekss un saskaņots, uz sadarbību vērsts process starp līdztiesīgiem dalībniekiem. Līdzestību šajā izpratnē var raksturot kā līdzdalību savas veselības uzlabošanas procesā [45].

Pacientu līdzestību nosaka vairāki faktori:

- attieksme pret veselību - subjektīvā veselības uztvere un slimības uztvere;
- ģimenes atbalsts, audzināšana;
- slimības smagums, izveseļošanās prognoze;
- pacienta personības īpašības, dzimums;
- lietojamo medikamentu daudzums un efektivitāte;
- izglītība, veselības jēdziena pratība;
- finansiālās iespējas;
- nepieciešamība būt aktīvam, nezaudēt dzīves kvalitāti.

Hroniskas slimības izraisa bioloģisku, psiholoģisku un sociālu faktoru kombinācija un tās nav izārstējamas, bet cilvēka pielāgošanās hroniskai slimībai ir tieši saistīta ar pārliecību par veselību un slimību [44].

Analizējot pētījumus, var secināt, ka līdzestība veselības aprūpei ir saistīta ar personas veselības novērtējumu un slimības uztveri.

Pašnovērtēts veselības stāvoklis, jeb subjektīvā veselības uztvere iekļauj bioloģiskās, psiholoģiskās un sociālās dimensijas par personas pašas uztveri par savas veselības stāvokli, kas var nebūt redzams ārēji, bet tam vajadzētu pievērst lielāku nozīmi pārbaudot veselību [64].

Subjektīvā veselības uztvere, jeb pašnovērtētā veselība ir aktīvs kognitīvs, komplicēts process, tā ir agrīna - gan pozitīva, gan negatīva pieredze par veselību, cerības un gaidas. Savas veselības novērtējums nav statisks fenomens, bet tas pamatojas uz psiholoģiskiem procesiem, kuru ietekmē gan ārēji, gan iekšēji faktori [15]. Īrijas populācijas pētījumā, zemāks subjektīvās

veselības novērtējums tika pierādīts cilvēkiem ar hroniskām slimībām. Tādas hroniskas slimības kā neiroloģiskās slimības, vēzis, reimatoīdais artrīts ir saistīti ar zemu veselības novērtējumu un negatīvu slimības uztveri. Atsevišķos pētījumos ir pierādīta negatīva saistība starp depresīviem simptomiem, hroniskām sāpēm un subjektīvo pašvērtējumu. Vācijas pētījumā, sāpju negatīvā saistība, tika pierādīta tieši sievietēm ar zemu veselības subjektīvo uztveri [58].

Indivīda slimības uztvere ir gan fiziska, gan emocionāla, gan saistīta ar slimības izraisītajiem rezultātiem. Kā, piemēram, trauksmi un iepriekšējo pieredzi par slimību. Disfunkcija ir atkarīga ne tikai no slimības smaguma, bet arī kā pacients uztver savu slimību un spēj tikt galā ar to. Kā indivīds uztver un reaģē uz slimību ir atkarīgs no viņa paša pieņēmuma par standartu un normalitāti, kas ir izveidojies no viņa ikdienas pieredzes. Indivīds pieņem lēmumu, lai saprastu savu veselības stāvokli un rastu piemērotu ārstēšanās veidu [10]. Cilvēka izturēšanos slimības laikā nosaka priekšstati par slimību. Ir izpētīts, ka būtiskākie faktori, ko cilvēki novērtē pēc saslimšanas ir slimības izpausmes, cēloņi, sekas, ilgums un ārstēšanās efektivitāte. Šo faktoru kopums veido priekšstatu par slimību un nosaka slimības pārvarēšanas veidus. Slimības uztvere pacientiem ar hroniskām slimībām ir dinamisks process. Katra personība izveido savu problēmu risināšanas metodi, ejot cauri dažādām slimības stadijām, pie dažādām hroniskām saslimšanām. Tā ir spēja ģenerēt tādu veselības uzvedību, lai sasniegtu mērķi [76].

Veselības pratība (Health literacy) - indivīda izziņas un sociālās prasmes, kas nosaka indivīda nodomu un spējas iegūt, saprast un izmantot informāciju, kā labāk saglabāt un uzturēt veselību, tā ir arī prasme izmantot šo informāciju pārvēršot to zināšanās [88].

Zema veselības pratība ir definēta kā problēma ne tikai vāji attīstītās, bet arī pārtikušās valstīs, bet uzlabojot veselības pratību, var tikt uzlabotas pacienta spējas novērtēt savu veselību un būt līdzestīgākam, piemēram, Austrālijā veiktajā šķērsgriezuma pētījumā, kurā piedalījās 578 pacienti ar hroniskām kardiovaskulārām slimībām, tika pierādīts, ka adekvāts veselības pratības līmenis tika demonstrēts kā svarīgs komponents hronisku slimību menedžmentā, samazinot riska faktoros un komplikācijas [22].

Veselības pārliecība - tā raksturo personas sapratni par slimības un simptomu nopietnību, par rekomendētās ārstniecības priekšrocībām un trūkumiem, kā arī nosaka pacientu līdzestību vai nelīdzestību savai veselības aprūpei.

Personības iezīmes kā emocionālie un kognitīvie faktori var ietekmēt līdzestību veselības aprūpei. Personai jāspēj uztvert un atcerēties norādes, instrukcijas par ārstēšanas

režīmu, medikamentiem. Cilvēki ar garīgās veselības traucējumiem, piemēram, depresiju ir nelīdzestīgāki, jo ārstēšanās ir atkarīga no cilvēka emocionālā jūtīguma.

Sociālā situācija (ienākumi, dzīvesvieta, ģimenes situācija u.c. faktori) ietekmē līdzestību. Pētījumi liecina, ka tie pacienti, kuriem ir pieejams sociālais atbalsts, ģimenes, draugu, domubiedru atbalsts, un kuriem ir mazāk konfliktu ģimenē, biežāk ievēro medicīniska rakstura rekomendācijas un arī ārstēšanās režīmu [44].

Nelīdzestības iedalījumā nošķir racionālo nelīdzestību (rational nonadherence) un kreatīvo nelīdzestību (creative nonadherence).

Dati par nelīdzestību dažāda veida veselības aprūpei ir atšķirīgi no 15-93%. Pētījumos ASV un Lielbritānijā ir pierādīts, ka: 14-21% pacientu neiegādājas izrakstītos medikamentus, 30- 50% pacientu ignorē zāļu lietošanas instrukcijās rakstīto, 12-20% lieto citu cilvēku medikamentus. Tomēr visbiežāk tiek atzīmēta medikamentu lietošanas nelīdzestība (medication non - adherence), pasaules pētījumi rāda, ka vismaz 50% pacientu ar hroniskām slimībām medikamentus lieto nelīdzestīgi - pārāk reti vai nemaz, daļu medikamentus neiegādājas pat, ja tās kompensē valsts. Vairāk nekā puse no šiem pacientiem ir hipertensijas pacienti, kuri zāļu nelietošanas dēļ piedzīvojuši insultu vai kardiālu veselības stāvokļa saasinājumu.. PVO ziņo, ka aptuveni 50 % no medikamentiem, kas nozīmēti hronisku slimību ārstēšanai attīstītajās valstīs netiek lietoti pareizi, bet 40% pacientu nelīdzestīgi attiecas pret savu ārstēšanas režīmu [1].

**Racionālā nelīdzestība** ir apzināta ārstēšanās režīma neievērošana, balstoties uz dažādiem iemesliem:

- medikamentu lietošanas blakusparādības;
- uzskats, ka nozīmētie medikamenti nevar palīdzēt;
- finanšu trūkums, lai iegādātos nozīmētos medikamentus;
- medikamentu lietošanas instrukcijas sajaukšana vai aizmiršana;
- vēlme “pārbaudīt vai slimība vēl joprojām pastāv”.

**Kreatīvā nelīdzestība** izpaužas noteiktās ārstēšanas shēmas mainīšanā vai papildināšanā:

- samazinot devu (lai uzkrātu medikamentu rezervi);
- pacients pats iegādājas medikamentus saslimšanas simptomiem, par kuriem nav ziņojis ārstējošam ārstam, un tos lieto papildus ārsta nozīmētajai terapijai;
- maina noteikto medikamentu devu (piemēram, astoņas tabletes dienā četru tablešu vietā, lai samazinātu ārstēšanās kursu);

Kā galvenie iemesli, kāpēc pacients neievēro ārstniecības plānu ir, mēdz būt:

- problēmas noliegšana (asimptomātiska slimība, nav traucējošu simptomu);
- ārstēšanas izmaksas;
- uztveres grūtības (atmiņas traucējumi, demence);
- netīkams ārstēšanas process (dažādas medikamentu blaknes);
- uzticības trūkums ārstniecībai;
- negatīva iepriekšējā pieredze [1].

## 4.2. Motivācijas un līdzestības veicināšana

Veselības motivācija ir viens no svarīgākajiem veselības uzvedības determinantiem, kas ir iekļauts daudzās veselības uzvedības teorijās, tas ir dinamisks process, multidimensionāla subsistēma, kas ir personības izvēles process iesaistīt, nepieciešamās kompetences veselības uzlabošanā.

Veselības uzvedības mērķis - veselības profilakse (ievērot veselīgu diētu).

Slimības uzvedības mērķis - meklēt risinājumu veselības problēmu jautājumos (apmeklēt ārstu).

Uzvedība slimnieka lomā – mērķis kļūt veselam (lietot izrakstītos medikamentus).

Veselībai traucējošie ieradumi “uzvedības patogēni” (smēķēšana, neveselīgs uzturs).

Veselību uzlabojošā uzvedība “uzvedības imunogēni” (apmeklēt ārstu un pārbaudīt veselību jeb regulāri sekot līdzi savam veselības stāvoklim) [59].

Lai cilvēki nopietni uztvertu savu saslimšanu un rekomendēto ārstēšanas procesu un plānu, viņiem reāli jānovērtē slimības smaguma pakāpe un simptomi [44].

Gadījumos, kad ir redzami un jūtami nepatīkami simptomi, tas veicina cilvēka līdzdalību ārstēšanās procesā, cilvēks kļūst līdzestīgāks, jo ir pārliecināts, ka ārstēšana palīdzēs saslimšanu mazinot vai novēršot. Pacientu līdzestība mazinās, ja izvēle prognozes nav ir minimālas. Par to liecina pētījumi, piemēram, pacientam ar ļaundabīga audzēja diagnozi, kuram ir nelielas izredzes izdzīvot, tiek novērots, ka līdzestība ārstējošai terapijai samazinās [44].

Nozīmīgs līdzestības mainīgais rādītājs ir pašefektivitāte. Pacientiem ar hroniskām slimībām pašefektivitāte nozīmē personības kompetenci, vēlmi un prasmes tikt galā ar slimību. Tas ir pētījumos pierādīts kā nozīmīgs faktors pacienta slimības uzvedības regulēšanā un slimības simptomu kontrolē [50]. Tā paaugstina spēju pielāgoties dzīves izaicinājumiem un saglabāt neatkarības līmeni un kontroli pār savu dzīvi. Pašefektivitāte hronisku slimību, piemēram, cukura diabēta un kardiovaskulāro slimību gadījumā sekmē līdzestību [44].

Pētījumā, pacientiem ar sirds mazspēju, iesaistot viņus aktīvā savas slimības menedžmentā, tika novērtēts pašefektivitātes līmenis, un rezultātā tika pierādīts, ka samazinājās depresijas simptomi, un pacientiem ar augstāku pašefektivitāti tika sekmēta aktīvāka pacienta līdzdalība un līdzestība ārstēšanās procesam [44].

Līdzestība rekomendētajai terapijai ir atkarīga no komunikācijas un pacienta izglītošanas, jo pētījumi pierāda, ka pacienti, kuriem ir labas attiecības ar veselības aprūpes sniedzēju, labāk ievēro nozīmēto terapiju un rekomendācijas. Pacienta līdzestības veicināšanai ir jāparedz ilgāks konsultāciju laiks, jo komunicējot, atbildot uz pacienta neskaidrajiem jautājumiem, ir iespējams noformulēt pacienta veicamos uzdevumus, kas viņam pašam ir paveicami savas veselības uzlabošanā. Līdzestību uzlabo ģimenes, draugu, domubiedru atbalsts, bet mazina sociālā izolācija. Sociālais atbalsts ir svarīgs pacientiem, kuriem ir hroniskas slimības, tomēr tam jābūt adekvātam un jābūt vērstam gan uz pacientu, gan arī radnieku/tuvinieku apmācību un iesaistīšanu hronisku saslimšanu ārstēšanas procesu nodrošināšanā.

Savukārt par līdzestību mazinošiem apstākļiem tiek uzskatīti pacientu neapmierinātība, kas saistīta ar organizatoriskiem un vides aspektiem, piemēram, ilgi jāgaida, lai saņemtu pakalpojumu (konsultāciju), neērta pakalpojuma saņemšanas laiks, vai tiek piedāvāta pārāk sarežģīta ārstēšanās shēma (pacients aizmirst, sajauc utt.). Līdzestību mazina arī ilgtermiņa terapija.

### **4.3. Gaidas un ekspektācijas hronisku slimību gadījumā no pacienta, ģimenes un māsas skatījumā**

Pacientam pielāgojoties hroniskai slimībai, stresa pārvarēšanas stratēģijas izvēle ir saistīta ar uzskatiem par slimību, veselību un tās cēloņiem, kas veidojas slimības uztveres un tās izvērtēšanas rezultātā. Pielāgojoties hroniskai slimībai, pacientam tā jāintegrē savā dzīvē, jo katra hroniska slimība nosaka nepieciešamību mainīt iepriekšējās aktivitātes. Un ir jārod vēlme spēt vadīt savu slimību un veikt nepieciešamo pašaprūpi, piemēram, cukura diabēta pacientam jākontrolē glikozes līmenis asinīs un jāveic diētas korekcija. Nespēja integrēt slimību savā dzīvē, noved pie slimības saasināšanās, un vispārējā veselības stāvokļa pasliktināšanos.

Ir novērots, ka pacientiem ar atšķirīgām hroniskām saslimšanām praktiski neatšķiras priekšstati par slimību. Būtiskākie faktori, ko cilvēki novērtē pēc saslimšanas ir slimības izpausmes, cēloņi, sekas, ilgums un ārstēšanās efektivitāte [44].

Pacientu priekšstati par slimību, saistībā ar dažādiem komponentiem ir apkopoti tabulā Nr. 4.1. [44].

4.1. tab. Leventāla (Leventhal) slimības priekšstatu modeļa komponenti.

Komponenti	Priekšstati par slimību
Simptomi	Priekšstats par slimības būtību, pazīmēm ( simptomiem) un saistību starp tām.
Cēlonība	Priekšstats par slimības cēloņiem (ārēji/iekšēji, no indivīda atkarīgi/ neatkarīgi, stabili/mainīgi).
Ilgstamība	Priekšstats par sagaidāmo slimības ilgumu (īslaicīga, hroniska vai cikliska, mainīga slimības gaita ar saasinājumiem un remisiju).
Slimības sekas	Indivīda priekšstats par slimības sekām, par to, cik smagas ir šīs sekas un kāda, atbilstoši cilvēka priekšstatam ir slimības ietekme uz viņa fizisko, sociālo un psihisko funkcionēšanu, sagaidāmo dzīves ilgumu, un ar veselību saistīto dzīves kvalitāti.
Ārstēšanās efektivitāte	Pacienta priekšstats par to, cik lielā mērā slimību var izārstēt vai pakļaut kontrolei (cik lielā mērā tās izpausmes var ierobežot), kā arī par paša pacienta lomuslimības ārstēšanā (spēju pašam kontrolēt slimības gaitu).

Lielā mērā daļu no faktoriem, kuri ietekmē līdzestību, ir iespējams koriģēt. Pacientu vajadzētu iedrošināt piedalīties lēmumu pieņemšanā par terapiju, būtu jādod viņam iespēja izteikt savas vēlmes un viedokli, kā viņš raugās uz atveseļošanās etapiem. Vai ārsta nozīmēta terapija viņam ir pieņemama [45]. Pacienta vēlēšanās un iespējas iesaistīties ārstēšanā ir atkarīgas arī no tādiem faktoriem kā izglītības līmenis, izpratne par savu slimību un medikamentiem tās ārstēšanai, vēlme pēc autonomijas, pieejamā veselības aprūpes sistēma un, protams, arī etniskā piederība [45].

Faktori, kas ietekmē izpratni par pacientu līdzestību un līdzdalību ārstēšanās procesā ir saistoši arī pacienta piederīgajiem, kuri piedalās un nodrošina pacientu aprūpi, ikdienas aktivitātes un sociālo atbalstu. Piemēram, pēc izrakstīšanās no stacionāra pacienti ar insultu nokļūst atpakaļ savā dzīves vietā, kur viņam un viņu piederīgajiem ir jātiek galā pašiem ar jauno radušos situāciju. No tā, cik gatavi un zinoši ir piederīgie, būs atkarīga slimnieka tālākais izveseļošanās process.



Lai pacienta atveseļošanās no hroniskas saslimšanas noritētu veiksmīgi, piederīgajiem/tuviniekiem ir jābūt zināšanām par to, kas ir šī slimība, jo tai ir vajadzīga specifiska ārstēšana, aprūpe, veselīga dzīves veida ievērošana un rehabilitācija. Ir jābūt gataviem un zinošiem, ka vajadzēs iemācīt insultu pārcietušajam cilvēkam no jauna runāt, ģērbties, vannoties, gatavot ēst, iekļauties atkal sabiedrībā. Lai tuvinieks to varētu nodrošināt, tam ir jājūtas zinošam par slimību, piemēram, insultu pārcietušās personas aprūpi un slimības dabu, kā arī par slimnieka atveseļošanās prognozēm [60].

Nepieciešamība pēc tuvinieku iesaistes rehabilitācijas un ārstēšanas procesā ir saistīta ar slimības izraisītu nespēju nodrošināt pašaprūpi un ikdienas aktivitātes. Pastāv jautājums - cik tad zinoši ir piederīgie, un kur rast informāciju, cik pieejama tā ir?

ASV veiktajā māsu pētījumā ir pierādīta radnieku/tuvinieku loma, veicot asistenta pienākumus, novērst vai attālināt atkārtotu insultu un sekundāras komplikācijas. Pētījumā ir pierādīts, ka multidisciplinārās komandas - māsas, fizioterapeita, ergoterapeita u.c. speciālistu izveidotā izglītojošā programma gan radniekiem, gan pacientiem uzrāda labus rezultātus insulta sekundārajā profilaksē, salīdzinot intervences grupu ar kontroles grupu. Tieši pacientu un radnieku izglītošana par insultu un riska faktoriem, spēja ātri reaģēt uz izmaiņām pacienta veselības stāvoklī, nodrošināt ikdienas aktivitātes un pamatvajadzības pierādīja pozitīvu tendenci novērst nelabvēlīgus notikumus [60].

Veselības aprūpes personālam jābūt izglītotam sadarbībā ar pacienta piederīgajiem. Piederīgo iespējamā līdzdalība ir atkarīga ne tikai no gatavības iesaistīties, ne tikai no viņu fiziskajām un garīgajām spējām, bet arī no viņa attiecību īpatnībām ar pacientu. Pacienta ar hronisku neārstējamu slimību, piemēram, insultu pārcietušā cilvēka aprūpēšana ir nogurdinošs, bieži vien, stresu izraisošs un smags, ilgstošs darbs. Pastāv neziņa, dusmas, nogurums, emocionāls saspringums un bažas par nākotni. Arī tuviniekiem šajā situācijā būtu nepieciešams emocionāls atbalsts. Nīderlandē veiktajā pētījumā, novērtējot pacientu piederīgo izdegšanas sindroma līmeni, tika pierādīta saistība starp insulta smaguma pakāpi pacientam un piederīgā aprūpētāja izdegšanu [19].

#### **4.4. Mērķu izvirzīšana kā pacientu motivācijas izvēles metodika**

Izvēloties veidus kā pacientu un viņa piederīgos motivēt sasniegt hroniskas saslimšanas ārstēšanas sasniegumus jeb mērķus, jāvērs uzmanība:

- uz problēmu vērstu pārvarēšanu - informācijas meklēšanu, problēmu risināšanu, sociālā atbalsta izmantošanu, slimības pieredzes ieguvumu identificēšanu, emociju paušanu.

- uz emocijām vērstu stratēģiju - noliegumu, norobežošanos, emociju apspiešanu, relaksācijas prasmju apguvi.

Abas stratēģijas ir efektīvas konkrētās situācijās. Uz problēmu vērstā pārvarēšana: pacients ar cukura diabētu regulāri kontrolē glikozes līmeni asinīs, ievēro diētu, injicē insulīnu, bet lai viņam nerastos grūtības iekļauties sabiedrībā, relaksācijas prasmju apguve palīdz pārvarēt ar hronisko slimību saistīto stresu. Pacients ir jāorientē uz reāli sasniedzamiem mērķiem, mazinot neīstenojamas gaidas (expectations), piemēram, ka slimība ir pilnībā izārstējama [45].

Pacientu ar hroniskām slimībām informēšanai un izglītošanai ar hroniskām slimībām aizvien vairāk tiek izmantotas digitālo tehnoloģiju izglītojošais materiāls, uzdevumi ar automātisku atgriezenisko saiti, dažādas mobilās aplikācijas - smēķēšanas pārtraukumi, ēšanas paradumu maiņa, svara kontrole, fiziskās aktivitātes un hroniskās slimības pārvaldīšanas principi. Tas ļauj ērti un ātri pieslēgties tīmeklim jebkurā laikā un vietā, var aptvert vairāk pacientu/pacientu grupu ar kādu konkrētu hronisku saslimšanu, lai sniegtu informāciju [45].

## **5. Pacientu un viņa ģimenes izglītošana un informācijas sniegšana par veselības stāvokļa uzlabošanas un uzturēšanas iespējām visos vecuma posmos**

### **5.1. Biopsihosociālā modeļa pamatprincipu izmantošana pacientu izglītošanā pamatvajadzību apmierināšanai un dzīves kvalitātes paaugstināšanai, ar vecuma posma atbilstošām metodēm**

Biopsihosociālais modelis tiek definēts kā veselību un slimību ietekmējošie faktori, kuri aptver bioloģisko, psiholoģisko un sociālo jomu slimību novērtēšanā, profilaksē un ārstēšanā [26],

Pētījumi liecina, ka biopsihosociālais modelis būtu vispiemērotākais hronisku pacientu ilgtermiņa aprūpē, kaut arī tā ieviešana tiek uzskatīta par būtisku izaicinājumu veselības pakalpojumu sniedzējiem [36].

Ilgtermiņa pacientu aprūpē, piemēram, diabēta gadījumā, ir biopsihosociālie faktori, kuros var identificēt veselības problēmas, tā var būt depresija un trauksme. Diabēta simptomu paškontrolē ietver sarežģītus uzdevumus, proti, zāļu regulāru lietošanu, glikozes līmeņa kontrolēšanu asinīs, uztura pielāgošanu un svara kontroli, vingrinājumus, kāju kopšanu, kā arī slimības un tās komplikāciju pārvarēšanu. Biopsihosociālais modelis pacientiem sniedz vairāk iespēju piesaistīt atbalsta personas, kas aktīvi piedalās pacienta slimības ārstēšanā, palīdz viņiem pielāgot paškontroli, lai kontrolētu slimības norises un uzlabotu ārstēšanas prognozi [36].

Visi faktori savstarpēji ir saistīti, izmaiņas vienā līmenī mijiedarbības rezultātā izraisa izmaiņas kādā citā ar veselību saistītā aspektā.

Bioloģiskie faktori – vīrusi, baktērijas, hormoni, audu bojājumi, ģenētiskie faktori. Psiholoģiskie faktori – uzvedība, pārliecības, uzskati, slimības uztvere, kognitīvās ilūzijas, stresa uztvere un stresa pārvarēšana. Sociālie faktori – sociāli ekonomiskais stāvoklis, etniskā piederība, izglītība, nodarbošanās [82].

Biopsihosociālā modeļa loma ir īpaši svarīga pētījumos par to, kā psiholoģiskais stress ietekmē somatisko slimību attīstību, jo ir identificēta mijiedarbība starp nervu, endokrīnās, imūnās un citām organisma sistēmām stresa situācijās. Šis modelis ir veicinājis izmaiņas psiholoģijā un socioloģijā. Medicīnā modelis sniedza vislielāko ieguldījumu profilaktisko

programmu izstrādē sabiedrības veselības jomā un medicīnas profesionāļu izglītībā māsu studiju programmās [26].

Biopsihosociālā modeļa pacientu aprūpes ietvaros praksē lietotie pamatprincipi:

- Riska uzvedības modificējošu paņēmieni izmantošana;
- Psiholoģiskā atbalsta lietošana sāpju kontrolē;
- Relaksācijas programmu piemērošana riskam pakļautiem pacientiem;
- Saziņas uzlabošana starp veselības aprūpes darbiniekiem un pacientiem;
- Dzīves kvalitātes uzlabošanas programmu ieviešana hroniskiem pacientiem un cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem;
- Vispārējās rehabilitācijas izstrāde un piemērošana personām ar invaliditāti;
- Individuālo psiholoģisko metožu efektivitātes novērtēšana slimību profilaksē un ārstēšanā;
- Psiholoģiskās palīdzības un atbalsta metožu izstrāde un pielietošana ilgstoši slimiem pacientiem un viņu ģimenēm (onkoloģija, AIDS);
- To personu identificēšana, kurām ir augsts risks saslimt [26].

Pacienta izglītošana galvenokārt ir plānots process māsas praksē, bet bieži tā var būt arī reakcija uz pacienta jautājumiem, kas ir pacientam nozīmīgi konkrētajā situācijā un brīdī [8]. Māsa pacientu apmācības procesā izvērtē pacienta bioloģiskās, sociālās un psiholoģiskās vajadzības un izglītošanas procesu veido pacienta individuālajām vajadzībām atbilstoši esošajam vecumposmam.

Par dzīves kvalitāti ir ļoti daudz pētījumi, bet ar veselību saistītajos dzīves kvalitātes pētījumos kā svarīgākie koncepti tiek izvirzīti – veselības stāvoklis, kognitīvās funkcijas, emocionālais stāvoklis, sociālās funkcijas, spēja pildīt sociālās lomas un subjektīvā labklājība [77].

Vairāki pētījumi liecina, ka pensijas vecuma cilvēki par vissvarīgāko atzīst veselību. Veselība tiek izvirzīta, kā prioritāte dzīves kvalitātes jēdzienā, jo tās zaudēšana saistās ar kontroles, patstāvības un neatkarības zaudēšanu. Tai pat laikā pētījumos ir pierādīts, ka dzīves kvalitātes uztvere ir ļoti individuāla, un ne vienmēr cilvēki ar hroniskām slimībām to vērtē kā zemu [48].

Pacientu izglītošanas mērķi pamatvajadzību apmierināšanai un dzīves kvalitātes paaugstināšanai var būt dažādi un pēc satura var dublēties:

- Kognitīvi - saslimšana, profilakse, izmeklējumi, medikamenti, rehabilitācija;

- Praktiski - konkrētas darbības, medikamentu un medicīniskā aprīkojuma lietošana, vingrinājumi ķermenim, relaksācijas vingrinājumi;
- Sociāli psiholoģiski - perspektīvas, vērtību izpratne, motivācijas attīstība, iespējas uzlabot dzīves kvalitāti, mazināt riska uzvedību, attīstīt stresa pārvarēšanas mehānismus [8].

Kopumā biopsihosociālā modeļa pamatprincipu izmantošana ilgtermiņa pacientu aprūpē sniedz iespēju saglabāt, uzturēt un varbūt pat atjaunot pacienta pamatvajadzību apmierināšanu un dzīves kvalitātes paaugstināšanu, kas līdz ar hroniskas slimības attīstību zināmā mērā samazinājās.

## **5.2. Pašaprūpes spēja: zināšanas, prasmes un iemaņas**

Pašaprūpe ir ikviena cilvēka rūpes un atbildība par savu veselību un labklājību gan ķermeņa, gan prāta izpratnē. Tās ir lietas, ko cilvēki dara katru dienu, parasti par to īpaši nedomājot, lai saglabātu labu fizisko un garīgo veselību, apmierinātu sociālās un psiholoģiskās vajadzības, novērstu slimības un nelaimes gadījumus, tajā pat laikā rūpētos par sevi gan nelielu saslimšanu, gan hronisku slimību situācijās, kas prasa specifiskas un niansētas zināšanas un prasmes. Hronisku slimību situācijās pašaprūpes spēja palīdz cilvēkam labāk un veiksmīgāk par sevi rūpēties, pēc iespējas ilgāk uzturot un saglabājot patstāvību un pašnoteikšanos [3].

Pašaprūpe tiek definēta kā indivīda rīcība, kas veicina veselīgu dzīvesveidu, apmierina viņa sociālās, emocionālās un psiholoģiskās vajadzības, rūpes par hronisku slimību izraisītiem stāvokļiem, novērš turpmāku saslimšanu vai nelaimes gadījumus. Visi pacienti ar hroniskām slimībām pieņem lēmumus, veic izvēli un darbības, kas ietekmē viņu pašaprūpi un paškontroli, kā rezultāti ietekmē viņu veselību kopumā [33].

Pacientiem ar hroniskām slimībām pašaprūpe tiek definēta kā veselības uzturēšanas process, izmantojot veselību veicinošus un slimību kontrolējošus pasākumus. Šī definīcija atspoguļo domu, ka pašaprūpe ietver vispārīgas un specifiskas darbības, kas ir jāveic, lai pacienti ar hroniskām slimībām spētu saglabāt savu fizisko un emocionālo stabilitāti. Tas var nozīmēt, piemēram, gan adekvātu miega režīmu, gan izrakstīto medikamentu lietošanu, gan stresa mazināšanas pasākumus un fiziskās aktivitātes.

Pašaprūpes procesa laikā pacients vēro savas hroniskās saslimšanas simptomus un seko līdzī simptoms pārmaiņām, ko savukārt dēvē par hroniskas slimības simptomu paškontroli. Slimības simptomi ir galvenais iemesls, kāpēc cilvēki apmeklē veselības aprūpes speciālistus. Reaģējot uz simptomiem, pacientiem bieži tiek ieteikts mainīt aktivitātes līmeni, lietot

medikamentus, mainīt uzturu vai konsultēties ar konkrētu aprūpes sniedzēju par prasmju veidošanas un attīstīšanas metodēm un vingrinājumiem [67].

Iemaņas, prasmes un zināšanas veido pašaprūpes spēju kopumā. Iemaņa ir māka, kas ir nostiprinājusies ilgstošas vingrināšanās procesā [40]. Māsas, izglītojot pacientus, māca pamatiemaņas, kuras ir nepieciešamas, lai pacients adaptētos dzīvei ar kādu konkrētu hronisku saslimšanu.

Zināšanas savukārt ir faktu, procesu, jēdzienu un likumsakarību apguve atbilstoši vecumam, personības attīstībai un spējai lietot atbilstošas tehnoloģijas. Tās attīstot, cilvēks spēj parādīt padziļinātas zināšanas un izpratni no veselības zinātnes vai profesionālās jomas, integrējot svarīgāko jēdzienu un likumsakarību izpratni. Sniedzot pacientam zināšanas, māsa veicina viņā līdzestību hroniskas saslimšanas aprūpē, kas uzlabo pašaprūpes iemaņu apgūšanu [51].

Prasmes ir spēja pielietot iegūtās zināšanas. Attīstot prasmju līmeni no vienkāršā līdz augstākam, tiek attīstīta spēja veikt augsti kvalificētas profesionālas funkcijas, izmantot inovācijas attiecīgajā nozarē un spēt patstāvīgi tās izvērtēt. Piemēram, cukura diabēta gadījumā glikometra lietošana, lai pēc ārsta rekomendācijām kontrolētu un fiksētu cukura līmeni asinīs [51].

Pašaprūpe ne tikai koncentrējas uz veselību un labklājību, bet arī uz paškontroli. Paškontrolē nozīmē, ka cilvēki izmanto savas stiprās puses un spēj ietekmēt vai samazināt apstākļus, kuri ierobežo pacientu dzīvi, kā arī attīstīt un darīt lietas, kas ļauj justies laimīgiem, lai uzlabotu savu veselības stāvokli kopumā [3].

### **5.3. Uztura un fizisko aktivitāšu nozīme veselības stāvokļa uzlabošanā**

Uzturs tiek uzskatīts par vienu no neaizstājamām sastāvdaļām, kas nepieciešamas pilnvērtīgai dzīvei. Piemērots uzturs veicina veselīgu attīstību, veselīgu novecošanos un lielāku izturību pret slimībām. Turpretī nepieciešamo uzturvielu trūkums izraisa veselības problēmas un slimības. Pārtikā ir septiņas galvenās uzturvielas, t.i., ogļhidrāti, olbaltumvielas, vitamīni, minerālvielas, šķiedrvielas, tauki un ūdens. Šīs vielas var klasificēt kā makroelementus un mikroelementus. Makroelementus iegūst lielos daudzumos, turpretī mikroelementus - mazos daudzumos.

Pētījumos ir pierādītas korelācijas starp cilvēku patērēto uzturvielu daudzumu un saglabātu veselību. Ja diēta un uzturs tiek apvienoti ar fiziskām aktivitātēm, tad rezultāts var

dot nozīmīgu ieguldījumu veselīga svara uzturēšanā, samazinot hronisku slimību risku un veicinot veselības stāvokļa uzlabošanu [31].

Fiziskās aktivitātes, fiziskās sagatavotības un veselības korelācijas ir aprakstītas Toronto modelī. Šīs komponentes savā starpā veido sistēmu, kurā viens elements iespaido pārējos. Uzlabojot vai pasliktinoties fiziskām aktivitātēm izmainās cilvēka fiziskā sagatavotība un veselība. Izmainoties cilvēka veselības stāvoklim, izmainās fiziskās aktivitātes un fiziskā sagatavotība. Pētījumos ir secināts, ka palielinot fiziskās aktivitātes vai fizisko sagatavotību ir iespējams uzlabot vispārējo veselības stāvokli. Fiziskās aktivitātes šajā modelī integrē sevī gan ikdienas pienākumus darbā un mājās, gan izklaides un sporta nodarbības ikdienā. Ar veselību Toronto modelī tiek saprasta cilvēka fiziskā, psiholoģiskā un sociālā veselība, kas sasaucas ar iepriekš aprakstīto biopsihosociālo pieeju pacientu aprūpē [32].

Vairākos pētījumos, kuros ir skatītas korelācijas starp fiziskām aktivitātēm un veselības stāvokļiem. Regulāras fiziskās aktivitātes spēj novērst funkcionālas izmaiņas, kuras rodas saistībā ar novecošanās radītajām fiziskajām izmaiņām. Mazkustīgs dzīvesveids rosina dažādu hronisku slimību attīstību un funkcionālu mazspēju [32].

Cilvēki ar hroniskām saslimšanām, regulāri nodarbojoties ar fiziskām aktivitātēm, iegūst labāku veselību, labāku mobilitāti un līdzsvara sajūtu, uzlabotu dzīves kvalitāti un lielāku neatkarību, turklāt viņiem ir vieglāk kontrolēt savu svaru. Svarīgi ir akcentēt arī psihoemocionālās veselības un labsajūtas uzlabošanu [29].

#### **5.4. Medikamentu lietošanas vispārējo nosacījumu ievērošana**

Lielākā daļa veselības aprūpes speciālistu, īpaši māsas, zina un praktizē pamatprincipu “pieci pareizi”: pareizais pacients, pareizās zāles, pareizais laiks, pareizā deva un pareizais veids – tas ir drošs medikamentu lietošanas standarts.

Pētījumi liecina, ka daudzi cilvēki nelieto zāles atbilstoši ieteikumiem. Pacientiem ar hroniskām saslimšanām, kuru simptomi saistīti ar atmiņas traucējumiem vai apjukumu, vai kuriem ir jālieto vairāki medikamenti, var būt īpaši grūti atcerēties pareizi lietot medikamentus.

Pareiza medikamentu lietošana uzlabo pacientu veselību un dzīves kvalitāti, var pat glābt dzīvību, tomēr pētījumi liecina, ka liela daļa cilvēku tos nelieto pareizi. Tā rezultātā rodas nevajadzīgas blakusparādības, nelabvēlīga mijiedarbība ar citiem medikamentiem un pasliktinās vispārējais veselības stāvoklis. Rezultātā pacienta slimības simptomi netiek

kontrolēti, kā arī ārsts nevar izvērtēt vai medikaments ir piemērots pacientam, jo tas netiek pareizi lietots [86].

Lai nodrošinātu pareizu medikamentu lietošanu, ir izstrādāta rekomendējoša atbalsta sistēma:

- Rakstiska vai elektroniska atgādinājuma sistēmas izveide par laikiem, kad jālieto zāles vai jāizraksta atkārtota recepte;
- Medikamentu lietošanas iekļaušana ikdienas rutīnā;
- Medikamentu glabāšana oriģinālā iepakojumā;
- Medikamentu glabāšana vienā atsevišķā skapī, lai var kontrolēt medikamentu plūsmu un laicīgi vērsties pie ārsta, kad būs nepieciešama jauna recepte zālēm.
- Precīzi jāievēro medikamenta lietošanas instrukcijas norādījumi. Nedrīkst smalcināt tabletes (ja nav citādi norādīts), nedrīkst atvērt kapsulas, nedrīkst pārtraukt zāļu lietošanu, iepriekš nekonsultējoties ar savu ārstu;
- Pacienti tiek rekomendēti izveidot medikamentu sarakstu, kurā ir norādīts, kādam nolūkam ir paredzēts katrs medikaments. Šī saraksta dublikātam būtu jāatrodas pie vēl kāda no ģimenes locekļiem;
- Ja rodas blakusparādības, pacientam tiek rekomendēti sazināties ar savu ārstu, nevis pēkšņi pārtraukt lietot zāles;
- Pacienti tiek rekomendēti pārliecināties, ka zāles tiek pareizi uzglabātas un tiek ievērots medikamenta ekspluatācijas derīguma termiņš [86].

## **5.5. Hroniskas slimības simptomu paškontrolē un paasinājuma agrīna atpazīšana**

Slimību simptomu paškontrolē ir dinamisks, interaktīvs un process, kam jāpievērš uzmanība katru dienu. Paškontrolē attiecas uz pacienta spēju kopā ar ģimenes locekļiem un veselības aprūpes speciālistiem kontrolēt simptomus, vadīt ārstēšanu, dzīvesveida izmaiņas un veselības stāvokļa psihosociālās, kultūras un garīgās sekas. Paškontrolē nozīmē spēju pārraudzīt slimību, izstrādāt un izmantot kognitīvās, uzvedības un emocionālās stratēģijas, lai uzturētu apmierinošu dzīves kvalitāti [71].

Hronisku slimību simptomu paškontrolē ir izvirzīti trīs galvenie uzdevumi:

- medicīnisko simptomu kontrolē, piemēram, medikamentu lietošana un regulāras ārsta vai citu aprūpes speciālistu konsultācijas;



- uzvedības kontrole, piemēram, dzīvesveida vai dzīves paradumu maiņa un pielāgošana;
- emocionālā regulācija, ieskaitot emociju apstrādi, kas rodas hroniskas saslimšanas rezultātā [71].

Hronisku slimību gadījumā paškontroles process ietver uzdevumus un prasmes, kas saistītas ar slimības pārvarēšanu, kā arī pāreju no slimības fokusa vajadzībām līdz slimības integrēšanai cilvēka dzīvē. Slimības paškontroles pārvaldībai tiek izvirzīti uzdevumi: emociju apstrāde, pielāgošanās, slimības integrēšana ikdienas dzīvē un jēgas izveidošana [71].

Lai uzlabotu psiholoģiskos rezultātus, emociju risināšana ir svarīgs paškontroles aspekts, kurā būtu nepieciešama speciālista palīdzība. Emocionālā apstrāde ietver dažādu emociju izpēti un izteikšanu, kā arī sērošanu, reaģējot uz veselības vai funkcionēšanas zudumu. Pacienta samierināšanās ar citādo dzīvi, kas ir izveidojusies slimības rezultātā, veidojas caur pielāgošanos jaunajiem uzdevumiem un prasmēm. Slimības iekļaušana ikdienas dzīvē ietver uzdevumus un prasmes mainīt savu dzīvesveidu un meklēt dzīves kvalitāti paaugstinošas iespējas, līdzsvarojot jēgpilnu darbību veikšanu ar pienācīgu uzmanību slimības jeb veselības vajadzībām. Šiem procesiem ir laika aspekts, kurā emocionālai apstrādei zināmā mērā jānotiek pirms pielāgošanās, kurai savukārt jānotiek pirms jēgas veidošanās; tomēr šie procesi, iespējams, pārklājas un mijiedarbojas viens ar otru [71].

## **5.6. Hroniskas slimības paasinājumu preventīvie pasākumi**

Hronisku saslimšanu terapijā viens no galvenajiem uzdevumiem ir akūtu paasinājumu novēršana. Piemēram, plaušu slimību gadījumos smēķēšanas pārtraukšana, rehabilitācija, vakcinācija, inhalējamo un iekšķīgi lietojamo zāļu kombinācijas var samazināt kopējo akūtu paasinājumu risku. Pat ja neskatoties uz profilaksi, notiek paasinājums, tā ārstēšanai bieži nav nepieciešama pacienta stacionēšana, ārstēšanu var veikt arī ambulatori [11].

Apkopojot pētījumos publicēto, var secināt, ka hronisku slimību paasinājumu var aizkavēt, ievērojot preventīvos pasākumus:

- pareiza medikamentu lietošana;
- simptomu paškontrole ikdienā;
- rehabilitācijas programmas;
- riska uzvedības mazināšana;
- skābekļa terapija plaušu slimību gadījumos;

- hroniskās saslimšanas preventīviem mērķiem atbilstošs uzturs;
- fiziskās aktivitātes atbilstoši sasniedzamajiem mērķiem;
- imunizācija;
- higiēnas ievērošana infekcijas risku kontrolei [11].

## **6. Normatīvie regulējumi, saistīti ar ilgtermiņa pacientu aprūpi, ārstēšanu un sociālo atbalstu pacientiem**

### **6.1. Pacientu pienākumi un tiesības**

Nodrošinot ilgtermiņa aprūpi dažādos vecuma posmos, liela nozīme ir pacienta līdzestībai, personas attieksmei un vēlmei iesaistīties sava veselības stāvokļa uzlabošanā. Bet, lai aprūpes mērķi būtu sasniedzami, un aprūpe būtu atbilstoša pacienta iespējām, kā arī atbilstoša hroniskas slimības gaitai, pacientam ir savi pienākumi un tiesības, kas tiek noteikti normatīvos regulējumos.

“Pacientu tiesību likums” nosaka, ka:

- pacientam ir tiesības saņemt no ārstējošā ārsta informāciju par savu veselības stāvokli, tajā skaitā par slimības diagnozi, ārstēšanas, izmeklēšanas un rehabilitācijas plānu, prognozi un sekām, arī slimības radītajiem funkcionēšanas ierobežojumiem, profilakses iespējām, kā arī tiesības pēc ārstniecības ietvaros veiktas izmeklēšanas un ķirurģiskās vai cita veida invazīvās iejaukšanās, saņemt informāciju par ārstniecības rezultātiem, par iepriekš neparedzētu iznākumu un tā iemesliem;
- pacientam ir pienākums rūpēties par savu veselību [62].

Ja pacienta veselības stāvoklis to pieļauj, viņam ir pienākums aktīvi iesaistīties ārstniecībā un savu iespēju un zināšanu robežās sniegt ārstējošam ārstam informāciju:

- kas nepieciešama ārstniecības nodrošināšanai;
- par savām slimībām, kas var apdraudēt citu personu dzīvību vai veselību;
- par iepriekš dotajām piekrišanām un atteikumiem attiecībā uz ārstniecību;
- par ārstniecības laikā notikušajām veselības stāvokļa izmaiņām [62].

Pacients piekrītot ārstēšanai, sniedz informēto piekrišanu, kas apliecina pacienta piekrišanu ārstniecībai, kuru viņš dod mutvārdos, rakstveidā vai ar tādām darbībām, kas nepārprotami apliecina piekrišanu, turklāt dod to brīvi, pamatojoties uz ārstniecības personas savlaicīgi sniegto informāciju par ārstniecības mērķi, risku, sekām un izmantojamām metodēm [62].

Hronisku slimību ārstēšana un aprūpe ir ilgstošs process, un gadījumos, kad pacients patvaļīgi pārtrauc ārstēšanu, tai skaitā, pamet ārstniecības iestādi, par savu rīcību neinformējot savu ārstējošo ārstu, tas noteikti ir jānorāda pacienta medicīniskajos dokumentos [62].

Pacientam ārstēšanas un aprūpes laikā, piekrītot ārstēšanas plānam, ir pienākums ievērot visus ar ārstēšanu un aprūpi saistītos ārstniecības personu norādījumus, kā arī nepieciešamības gadījumā iesaistīt savus tuviniekus. Ilgtermiņa bērna aprūpē (nepilngadīga pacienta), hroniskas slimības gadījumā, viņa tiesiskie pārstāvji ir vecāki vai aizbildnis, kuri pieņem lēmumus saistībā ar saslimšanas ārstēšanu.

Nepilngadīga pacienta (līdz 14 gadu vecumam) ārstniecība pieļaujama, ja viņa likumiskais pārstāvis par to ir informēts un devis savu piekrišanu. Nepilngadīgam pacientam ir tiesības tikt uzklautam un atbilstoši savam vecumam un briedumam piedalīties ar ārstniecību saistītā lēmuma pieņemšanā, kā arī saņemt no ārstniecības personas savam vecumam un briedumam saprotamu informāciju, lai ilgtermiņā bērns arī izprastu savu veselības stāvokli, spētu to kontrolēt, iesaistītos aprūpē un ārstēšanā [62].

Jāpiemin arī, ka pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas vai radījuši apstākļi ārstniecības laikā, kā arī tiesības uz atlīdzību par izdevumiem, kas saistīti ar ārstniecību, ja ārstniecība ir bijusi nepieciešama, lai novērstu vai mazinātu ārstniecības laikā nodarītā kaitējuma nelabvēlīgās sekas pacienta dzīvībai vai veselībai. Tādos gadījumos pacientam jāpieprasa atlīdzība no Ārstnieciskā riska fonda [62].

## 6.2. Sociālais atbalsts

Sociālais atbalsts ir no valsts un pašvaldības sniegts daļējs vai pilna apjoma pakalpojums, personas veselības stāvokļa uzlabošanai, stabilizēšanai un uzturēšanai.

Pacientam saistībā ar hronisku saslimšanu un atbilstošu diagnozi, ģimenes ārsts informē par iespēju saņemt visu aprūpei nepieciešamo, piemēram, kompensējamus medikamentus, aprūpes palīg līdzekļus un dažādus citus ar ārstēšanu saistītus pakalpojumus.

Valstī noteiktie normatīvie regulējumi nosaka kārtību un informē par iespējām saņemt atbilstošus pakalpojumus pacientiem ar ilgtermiņa veselības problēmām:

- Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”;
- Valsts apmaksātu veselības aprūpi mājās – Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumi Nr. 138 “Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu” un “Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums”;

- Ministru kabineta 2012. gada 18. decembra noteikumi Nr. 942 "Kārtība kādā piešķir un finansē asistenta pakalpojumu pašvaldībā, augstskolā un koledžā";
- Tehnisko palīgīdzekļu saņemšanas kārtību regulē Ministru kabineta 2009. gada 15. decembra noteikumi Nr. 1474 "Tehnisko palīgīdzekļu noteikumi";
- Kompensējamie medikamenti, to saraksts pieejams Nacionālā veselības dienesta tīmekļa vietnē;
- Enterālās un parenterālās barošanas nodrošinājumu pieaugušajiem nosaka Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība";
- Personām ar stabiliem funkcionēšanas traucējumiem invaliditātes un darbaspēju ekspertīzi veic Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija VDEĀVK [62].

Valsts apmaksātu veselības aprūpi mājās var saņemt pacienti, kuriem ir noteiktas saslimšanas. Piemēram, pacientam ar hronisku saslimšanu un pārvietošanās traucējumiem veselības aprūpe mājās tiek nodrošināta līdz 30 kalendārajām dienām, kas var tikt pagarināta pēc atkārtota pacienta izvērtējuma. Veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz sertificēta māsa vai ārsta palīgs, bet medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz – sertificēts fizioterapeits, ergoterapeits vai audiologopēds. Medicīnisko rehabilitāciju mājās sniedz laika periodā, kas norādīts nosūtījumā un medicīniskās rehabilitācijas izstrādātajā plānā, bet ne ilgāk par 60 dienām. Gadījumā, ja šie pakalpojumi mājās ir nepieciešami ilgāk, tad fizikālās medicīnas un rehabilitācijas ārsts sniedz atkārtotu atzinumu par pacientu. Valsts apmaksātu fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizīti var saņemt noteiktu grupu pacienti, ar noteiktām diagnozēm, līdzīgi kā valsts kompensējamām higiēnas precēm. Piemēram, pacientiem ar diagnozi - audzējs, endokrīnās un vielmaiņas slimības, garīga atpalcība, nervu un cerebrovaskulārās slimības, u.c.

Zāļu kompensācijas sistēma nodrošina pacientiem iespēju saņemt noteiktu slimību ārstēšanai nepieciešamos medikamentus, kurus pilnībā vai daļēji apmaksā valsts, un kuri iekļauti valsts kompensējamo zāļu sarakstā.

Savukārt, invaliditātes grupas noteikšanai ģimenes ārsts dokumentus var gatavot 26 nedēļas (6 mēnešus) pēc saslimšanas, adresējot tos Valsts darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijai (VDEĀK).

Pacientiem ar funkcionālajiem traucējumiem par valsts budžeta līdzekļiem tiek nodrošināti pašaprūpes palīglīdzekļi, dažādas individuāli izgatavojamas protēzes, elpošanas tehniskie palīglīdzekļi u.c.

Enterālās un parenterālās barošanas nodrošinājums pieaugušajiem par valsts finansējumu tiek izvērtēts Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcā - enterālās un parenterālās barošanas pacientu aprūpes kabinetā [49].

Lēmumu par pacientam nepieciešamo paliatīvo aprūpi (atsāpināšana, brūču kopšana, izgulējumu kopšana, diētas plāna izstrādāšana) pieņem ģimenes ārsts vai ārstējošais ārsts speciālists.

Pacientiem, kuriem funkcionālo traucējumu dēļ ir objektīvas grūtības sevi aprūpēt, ir tiesības uz nepieciešamās aprūpes līmenim atbilstošu sociālās aprūpes pakalpojumu. Šos pakalpojumus nodrošina katra reģiona pašvaldības. Pacients vai pacienta tuvinieki var vērsties pēc dzīvesvietas sociālajā dienestā, lai rakstveidā iesniegtu pieprasījumu sociālai aprūpei. Sociālā dienesta darbinieki novērtē personas vajadzības, veic materiālo un fizisko resursu novērtējumu, piešķir sociālo palīdzību vai pabalstu.

Patreiz sociālās aprūpes pakalpojumu veidi dzīvesvietā ir pieejami diezgan plašā sortimentā, un tas ir atkarīgs no pašvaldības iespējamā piedāvājuma. Piemēram, aprūpe dzīvesvietā, aprūpētājs dzīvesvietā, “ drošības poga “ (lai klients savās mājās justos drošs, arī būdams viens, bez radniekiem vai aprūpētāja, un nenonāktu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās), pavadonis – asistents, silto ēdienreizu piegāde dzīvesvietā un pansija.

Sociālā aprūpe mājās ietver šādus pakalpojumus:

Personiskā aprūpe:

- palīdzība personiskās higiēnas nodrošināšanā;
- palīdzība apģērbties;
- palīdzība ēdienreizes nodrošināšanā vai barošana;
- palīdzība protēžu uzkopšanā, medikamentu uzņemšanā;
- ārsta un citu medicīnas darbinieku izsaukšana, izglītošana par nepieciešamo aprūpi.

Pie papildus pakalpojumiem pieder:

- dzīvojamo telpu uzkopšana;
- pārtikas produktu piegāde;
- palīdzība ēdiena pagatavošanā u.c. [35].

Savukārt psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu ir tiesīgas saņemt tādas personas, kurām nepieciešams atbalsts psihosociālo problēmu risināšanā, ja šīs problēmas apgrūtina šo personu iekļaušanos sabiedrībā, kā arī personām ar prognozējamu vai pirmreizēju invaliditāti, kuras cēlonis ir onkoloģiska slimība, atbilstoši individuālajam rehabilitācijas plānam un ģimenes ārsta atzinumam. Bērnam, kuram saskaņā ar ārstu konsīlija lēmumu nepieciešama paliatīvā aprūpe, un ar viņu vienā mājsaimniecībā dzīvojošiem ģimenes locekļiem vai audžuģimenei. Un vienam aprūpējamās personas izraudzītam tuviniekam, ja persona un tuvinieks norāda uz nepieciešamību pakalpojumu saņemt kopā un šo nepieciešamību pamato attiecīgā onkoloģiskā slimība.

Sociālais atbalsts - aprūpe vai rehabilitācija, pacientiem ar hroniskām saslimšanām un viņu tuviniekiem sniedz iespēju un atbalstu katram individuāli, bet pacientam ir jābūt motivētam līdzdarboties un ieinteresētam noritošos procesos.

## IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

1. Apinis P. (2019.) Globāla epidēmija - pacientu nelīdzestība ārstniecībā un tas izpausmes Latvijā, Latvijas Ārsts, 2019(7)
2. Audi G., Korologou A., Koutelekos I., Vasilopoulos G., Karakostas K., Makrygianaki K., Polikandrioti M. (2017.) Factors Affecting Health Related Quality of Life in Hospitalized Patients with Heart Failure. *Cardiology research and practice*  
Pieejams: <https://doi.org/10.1155/2017/4690458>
3. Balmana M. (2015.) Common Core Principles to support self-care.  
Pieejams: <https://www.skillsforcare.org.uk/Documents/Topics/Self-care/Common-core-principles-to-support-self-care.pdf>
4. Baltiņa D., Jansone A. (2009.) Paliatīvā aprūpe. Rīga
5. Bambīte U., Mihejeva I., Vētra A., Baško D., Kārkliņa A., (2015.) Kritienu riska izvērtēšana un tā saistība ar funkcionēšanas traucējumiem RAKUS stacionārā “Gaiļezers” pacientiem ar cerebrovaskulārām slimībām. Rīga
6. Berry S., Kiel D. P., (2014.) Falls: Prevention in nursing care facilities and the hospital setting.  
Pieejams: <http://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-nursing-care-facilities-and-the-hospital-setting>
7. Bērziņa G., Šmite D., (2019.) Rehabilitācijas procesa organizēšana pacientiem primārās veselības aprūpes līmenī, Rīga
8. Bēta G. (2017.) Māsu profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā. Promocijas darbs. Liepājas Universitāte  
Pieejams:  
[https://www.liepu.lv/uploads/files/Beta\\_Prom%20darbs%20\\_03\\_02\\_2017%20-%20PR.pdf](https://www.liepu.lv/uploads/files/Beta_Prom%20darbs%20_03_02_2017%20-%20PR.pdf)
9. Bolton, J.H. (2010.) The Experience of Persons Diagnosed with Tuberculosis in a Developing Country, Pro Quest LLC
10. Bowling, A. (2014.) Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services. Milton Keynes: McGraw-Hill Education
11. Burchette J.E., Campbell G.D., Geraci S. A. (2016.) Preventing hospitalizations from acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease.  
Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28104101/>



12. Casarella, J. (2020.) Dealing With Chronic Illnesses and Depression.  
Pieejams: <https://www.webmd.com/depression/guide/chronic-illnesses-depression>
13. Circenis, K. (2013.) Praktizējošu māsu profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālie aspekti un tos ietekmējošie faktori. Promocijas darbs. Rīga: RSU
14. Coronado-Vázquez V., Canet-Fajas C., Ramírez-Durán M. V., Gómez-Salgado J., Robles-Romero J. M., Fagundo-Rivera J., & Romero-Martín M. (2020.) Nursing Care Ethical Implications Regarding Chronic Patients at Hospital Discharge. Healthcare (Basel, Switzerland)  
Pieejams: <https://doi.org/10.3390/healthcare8020167>
15. Darker C. D., Donnelly-Swift E., Whiston L., Moore F., & Barry J. M. (2016.) Determinants of self-rated health in an Irish deprived suburban population - a cross sectional face-to-face household survey. BMC Public Health, 16(1)
16. Doos L., Roberts E. O., Corp N., Kadam U.T. (2014.) Multi-drug therapy in chronic condition multimorbidity: a systematic review  
Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5942538/>
17. ECDA-EPHA Joint Report (2019.) Towards an EU Strategic Framework for the Prevention of Non-communicable Diseases  
Pieejams: [https://alliancechronicdiseases.org/wp-content/uploads/04.-Summary\\_report\\_-\\_Event\\_Towards\\_the\\_SDGs\\_what\\_place\\_for\\_chronic\\_diseases\\_on\\_the\\_EU\\_agenda\\_post\\_2019\\_16th\\_May.pdf](https://alliancechronicdiseases.org/wp-content/uploads/04.-Summary_report_-_Event_Towards_the_SDGs_what_place_for_chronic_diseases_on_the_EU_agenda_post_2019_16th_May.pdf)
18. EDTNA/ERCA (2017.) Art of Communication Nurses Guide to Implementing Best Practice in Communication
19. Ekstam L., Johansso, U., Guidetti S., Eriksson G., & Ytterberg C. (2015.) The combined perceptions of people with stroke and their carers regarding rehabilitation needs 1 year after stroke: a mixed methods study. BMJ open, 5(2)  
Pieejams: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/2/e006784>
20. Fuller G. Falls in the elderly (2000.) American Family Physician, Falls in the elderly  
Pieejams: <http://web.a.ebscohost.com.db.rsu.lv/dynamed/detail?vid=4&sid=3e587f96-dafd-479c-852b-d419b4fe65f3%40sessionmgr4004&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZHluYW1lZC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#db=dme&AN=115430&anchor=General-Information>

21. Ganz D. A., Bao Y., Shekelle P. G., Rubenstein L. Z. (2007.) Will my patient fall? Pieejams:<http://web.a.ebscohost.com.db.rsu.lv/dynamed/DisplayEPFTdb=mdc&AN=17200478&ftt=p&site=ehost-live&direct=true&linktitle=Falls%20in%20the%20elderly&currentchunkid=115430&sid=3e587f96-dafd-479c-852b-d419b4fe65f3@sessionmgr4004&vid=4>
22. González-Chica D. A., Mnisi Z., Avery J., Duszynski K., Doust J., Tideman P., Stocks N. (2016.) Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian General Practice. Plos ONE, 11(3)
23. Gruen R. L., Weeramanthri T. S., Knight S. E., Bailie R. S. (2004.) Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database Syst Rev.
24. Haddad L.M., Geiger R.A. (2020.) Nursing Ethical Considerations. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
25. Hamine S., Gerth-Guyette E., Faulx D., Green B.B., Ginsburg A.S., Impact of Health Chronic Disease Management on Treatment Adherence and Patient Outcomes: A Systematic Review. J Med
26. Havelka M., Despot Lucanin J., Lucanin D., (2009.) Biopsychosocial model - The integrated approach to health and diseases  
Pieejams:[https://www.researchgate.net/publication/24395493\\_Biopsychosocial\\_model\\_-\\_The\\_integrated\\_approach\\_to\\_health\\_and\\_disease](https://www.researchgate.net/publication/24395493_Biopsychosocial_model_-_The_integrated_approach_to_health_and_disease)
27. He Z., Marrone G., Ou A. et al. (2020.) Factors affecting health-related quality of life in patients with skin disease: cross-sectional results from 8,789 patients with 16 skin diseases. Health Qual Life Outcomes 18  
Pieejams: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01542-6>
28. Health at a Glance: Europe (2020.) : State of Health in the EU Cycle. Chronic diseases and disabilities among older people.  
Pieejams:  
<https://www.oecdilibrary.org/sites/f44c34f1en/index.html?itemId=/content/component/f44c34f1-en>
29. Ivaščenko T., Dūdiņa K., (2019.) Veselības aprūpe personām ar invaliditāti – profilakse un veselības veicināšana: riska faktoru mazināšana, veselīga dzīvesveida un fizisko aktivitāšu veicināšana. Mācību materiāls.  
Pieejams:[https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/58\\_Vesel%C4%ABbas%20aprupe%20personam%20ar%20invaliditati.pdf](https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/58_Vesel%C4%ABbas%20aprupe%20personam%20ar%20invaliditati.pdf)

30. Jokiniemi K., Miettinen M. (2020.) Specialist Nurses' Role Domains and Competencies in Specialised Medical Healthcare: A Qualitative Descriptive Study.
31. Kapur R., (2020.) Role of food and nutrition in promoting health and well-being.  
Pieejams:[https://www.researchgate.net/publication/342521798\\_Role\\_of\\_Food\\_and\\_Nutrition\\_in\\_Promoting\\_Health\\_and\\_Well-being](https://www.researchgate.net/publication/342521798_Role_of_Food_and_Nutrition_in_Promoting_Health_and_Well-being)
32. Kaupužs A. (2011.) Fiziskās aktivitātes veselības veicināšanai 65 -70 gadus veciem cilvēkiem. Promocijas darbs. Latvijas Sporta pedagoģijas akadēmija  
Pieejams:  
[https://www.lspa.lv/files/research/theses/A.Kaupuzs/Promocijas\\_darbs.pdf](https://www.lspa.lv/files/research/theses/A.Kaupuzs/Promocijas_darbs.pdf)
33. Kennedy A., Rogers A., Bower P. (2007.) Support for self care for patients with chronic disease.  
Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2071971/>
34. Kourakos, Michael & Fradelos, Evangelos & Papathanasiou, Ioanna & Saridi, Maria & Kafkia, Theodora. (2017.) Communication as the Basis of Care for Patients with Chronic Diseases. American Journal of Nursing Science. Special Issue: Nursing Education and Research
35. Krakovjaks P., Kšižanovskis D., Modliņska A. (2018.) Slimnieka ārstēšana, aprūpe un rehabilitācija mājas apstākļos. Hroniskas slimības. Zinātne, Rīga
36. Kusananto H., Agustian D., Hilmento D., (2018.) Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review.  
Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069638/>
37. Lasmane, S. (2011). Komunikācijas ētika. Valsts pētījumu programma nacionālā identitāte/Sociālo un politisko pētījumu centrs
38. Latvijas Vēstnesis: 09.06.2010. Invaliditātes likums. LR likums  
Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/211494-invaliditates-likums>
39. Laže I., Āmara G., Kurklete A., (2019.) Ergonomijas principi onkoloģijas pacientu aprūpē. Jūrmala
40. Letonika.
41. Lunde P., Nilsson B. B., Bergland A., Kværner K. J., Bye A. (2018.) The effectiveness of smartphone apps for lifestyle improvement in noncommunicable diseases. Systematic review and meta-analyses. J Med Internet Res, 4;20(5), e162. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.2196/jmir.9751.; Wu, X., Guo, X., Zhang, Z. (2019.) The efficacy of mobile phone apps for lifestyle modification in diabetes. Systematic review and meta-

- analysis. JMIR Mhealth Uhealth, 15; 7(1), e12297. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.2196/12297].
42. Lunenburg F.C. (2010.) Communication: The process, barriers, and improving effectiveness. *Schooling*. 1(1)
43. Marissa K., Constand, Joy C., MacDermid, Vanina Dal Bello-Haas, Mary Law (2014.) Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare  
Pieejams: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-27>
44. Mārtinsone K., Sudraba V. (2016.) *Veselības psiholoģija*. RSU, Rīga
45. Mārtinsone K. Sudraba V. (2019.) *Veselības psiholoģija*. RSU, Rīga
46. McCabe C. (2004.) Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *J Clin Nurs*. 13(1)
47. Megari K. (2013.) Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health psychology research*, 1(3), e27.  
Pieejams : <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
48. Mežinska S., (2010.) Hroniskas slimības subjektīvā pieredze un pensijas vecuma cilvēku dzīves kvalitāte. Promocijas darbs. Rīgas Stradiņa Universitāte  
Pieejams: <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/3380>
49. Mičule M., Šankova E., Balcerbula A., Mihejeva I. (2020.) *Insults. Informācija pacientiem un viņu piederīgajiem*, Rīga, RAKUS
50. Mineva K., Peeva K. (2016). Predictors of emotional illness perception in patients with chronic diseases. *Trakia Journal Of Sciences*, 14(4)
51. Ministru kabinets.(2017.) Noteikumi par Latvijas izglītības klasifikāciju.  
Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/291524-noteikumi-par-latvijas-izglitibas-klasifikaciju>
52. Monastirska E., (2009.) *Pacienta psiholoģiskais atbalsts*.  
Pieejams: <http://nutriciaoncology.lv/pacienta-psihologiskais-atbalsts/>
53. Mulvale G., Embrett M., Razavi S. D. (2016.) 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*
54. Murray C. J., Vos T., Lozano R., Naghavi M., Flaxman A. D., Michaud C., et al. (2012.) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries

- in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*
55. Nell Dunn, red. (2009.) *Opowieści o raku*, Via Medica, Gdańsk
56. NHS Institute for Innovation and Improvement, Coventry House, University of Warwick Campus. (2008.) *Multidisciplinary Team Working*
57. Norouzinia R., Aghabarari M., Shiri M., Karimi M., Samami E. (2015.) *Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients*. *Global Journal of Health Science*
58. Nützel, A., Dahlhaus, A., Fuchs, A., Gensichen, J., König, H.-H., Riedel-Heller, S., Bickel, H. (2014.) *Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in Germany*. *BMC Family Practice*, 15, 1.  
Pieejams: <http://doi.org/10.1186/1471-2296-15-1>
59. Ogden, J. (2012.) *Health Psychology*. London: McGraw-Hill Education. 38
60. Ostwald S. K., Godwin K. M., Ye F., & Cron S. G. (2013.) *Serious adverse events experienced by survivors of stroke in the first year following discharge from inpatient rehabilitation*. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 38(5)  
Pieejams: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/rnj.87>
61. Oyetunde M.O. and Akinmeye A.J. (2015.) *Factors Influencing Practice of Patient Education among Nurses at the University College Hospital, Ibadan*. *Open Journal of Nursing* 5
62. *Pacientu tiesības un pienākumi*. (2020.) Veselības ministrija.  
Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/pacienta-tiesibas-un-pienakumi>
63. Pavasare K., Skrulle J., Štāle M., Rozentāle G. (2012.) *Latvijas gados vecu iedzīvotāju veselības stāvoklis un to ietekmējošie faktori*. Rīga: Slimību kontroles un profilakses centrs.
64. Pu C., Tang G.-J., Fang Y.-T., & Chou Y.-J. (2012.) *Which Domain of Self-Rated Health Best Predicts Medical Care Utilization Among Taiwanese Adults?* *Journal of Epidemiology*, 22(5)  
Pieejams: <http://doi.org/10.2188/jea.JE20110144>
65. Rathert C., Mittler J.N., Banerjee S, McDaniel J. (2017.) *Patient-centered communication in the era of electronic health records: What does the evidence say?* *Patient Educ Couns*. 100(1)

66. Rees S., Williams A. (2009.) Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBI Libr Syst Rev*, 7(13)
67. Riegel B., Westland H., Iovino P., Barelds I., Bruins Slot J., Stawnychy M.A., Osokpo O., Tarbi E., Trappenburg J.C.A., Vellone E., Strömberg A., Jaarsma T., (2021.) Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review.  
Pieejams: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920301991>
68. Rupenheite M., (2010.) Māszinību teoriju un aprūpes procesa pielietojums pacientu aprūpē. Izdales materiāls
69. Rutten, L.J.F., Hesse, B.W., Sauver, J.L.S., Wilson, P., Chawla, N., Hartigan, D.B., et al. (2016). Health self-efficacy among populations with multiple chronic conditions: the value of patient-centered communication. *Adv Ther.*; 33:1440.
70. Schepman S., Hansen J., de Putter I., Batenburg R., Bakker D. (2015.) The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. *International journal of integrated care*.
71. Schulman-Green D., Jaser S., Faith M., Alonzo A., Grey M., (2012.) Goodrich D. and A., McCorkle R., Schorske F., Nancy W., Redeker S., Reynolds N., Whittemore R. Processes of self-management in chronic illness.  
Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3366425/>
72. Scrutin, T. D., Giardini A., Chiovato L., Spanevello A., Vitacca M., Melazzini M., Giorgi G. (2019). The new frontiers of rehabilitation medicine in people with chronic disabling illnesses. *European Journal of Internal Medicine*
73. Seikels M., (2020.) Veselība. Ceļā uz labāku hronisko slimību profilaksi un ārstēšanu.  
Pieejams: [https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus\\_newsletter\\_lv.htm](https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_lv.htm) [ES biļetens](#)
74. Shafipou, V., Mohammadi E., Ahmadi F. (2014.) Barriers to Nurse-Patient Communication in Cardiac Surgery Wards: A Qualitative Study. *Global journal of health science*

75. Shaver P., Mikulincer M., Schwartz B. (2012.) Choice, Freedom and Autonomy. Meaning, Morality and Choice: The Social Psychology of Existential Concerns. Washington: American Psychological Association.
76. Sing, R. (2011.) Psychological Model of Illness. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
77. Sīlis V. (2010.) Latvijas iedzīvotāju veselības uzvedība un dzīves kvalitāte. Promocijas darbs. Rīgas Stradiņa Universitāte  
Pieejams: [https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/Vents\\_Silis\\_disertacija.pdf](https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/Vents_Silis_disertacija.pdf)
78. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2020.) Klīniskie algoritmi un pacientu ceļi.  
Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi>
79. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2020.) Klīnisko vadlīniju datu bāze.  
Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/klinisko-vadliniju-datu-baze>
80. Spyropoulos M.N. (2017.) Communication between doctor and patient in contemporary times. Am J Orthod Dentofacial Orthop
81. Susan J. Shaw, Cristina Huebner, Julie Armin, Kathryn Orzech, James Vivian (2008.) The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management  
Pieejams: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.2303&rep=rep1&type=pdf>
82. Stokenberga I., Freimane G., Sudraba V., (2015.) Psiholoģija 2. Zvaigzne ABC, Rīga
83. Taberna M., Gil Moncayo F., Jané-Salas E., Antonio M., Arribas L., Vilajosana E., Peralvez Torres E., Mesía R. (2020.) The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. Frontiers in oncology  
Pieejams: <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00085>
84. Temkin-Greener H., Gross D., Kunitz S., Mukamel D. (2004.) Measuring Interdisciplinary Team Performance in a Long-Term Care Setting. Medical care. 42. 472-81.
85. Tothova V., Bártlová S., Dolák F., Kaas J., Kimmer D., Maňhalová J., Martinek L., Olišarová V. (2014.) Quality of life in patients with chronic diseases. Neuro endocrinology letters.
86. Turner S. (2021.) How to manage your medications at home.

Pieejams: <https://patient.info/news-and-features/how-to-manage-your-medications-at-home>

87. Tuvevesson H., Eklund M. (2014.) Psychosocial Work Environment, Stress Factors and Individual Characteristics among Nursing Staff in Psychiatric In-Patient Care. International journal of environmental research and public health.

88. Upmale I. (2013.) Pieaugušo veselības izglītības darba organizācija un vadība primārās veselības aprūpes māsas praksē. Promocijas darbs, Rīga

89. Vētra A., (2019.) Rehabilitācija onkoloģiskajiem pacientiem akūtās, subakūtās un ilgtermiņa rehabilitācijas periodā. Rīga

90. Vicky C., Cameron Zr. (2021.) Person-Centered Care and Its Importance to Nursing Homes

Pieejams: <https://experience.care/blog/person-centered-care-and-its-importance/>

91. Voichevovska J. (2020.) Ko mēs zinām un ko nezinām par multimorbiditāti - problēmas un izaicinājumi. Latvijas Ārsts 2020(09)

92. World Health Organization. (2021.)\_Noncommunicable diseases.

Pieejams:[https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1)

93. World Health Organization, (2007.) Global Report on Falls Prevention in Older Age.

Pieejams:[http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)

94. World Health Organization Fact sheets (2012.)

Pieejams: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/)

95. World Health Organization (2017.) Rehabilitation 2030: A call for action. Meeting report.

Pieejams:[https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030Meeting\\_Report\\_plain\\_text\\_version.pdf](https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030Meeting_Report_plain_text_version.pdf)

96. Yarbro C.H., Wujcik D., Gobel B.H. (2016.) Cancer Nursing. Principles and Practice. (8<sup>th</sup>Edt).

Pieejams: [UK: Jones & Bartlett Learning](http://www.jonesandbartlettlearning.com)