



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”**

**Metodiskais materiāls**

# **MĀSAS DARBĪBA PSIHIATRIJAS PACIENTU APRŪPĒ**

Jekaterina Jeremejeva

**Rīga**

**2021**

## Anotācija

Metodiskais līdzeklis neformālās izglītības programmai “Māsas darbība psihiatrijas pacientu aprūpē” ir izstrādāts māsām, kuras strādā veselības aprūpes un veselības veicināšanas institūcijās, lai pilnveidotu viņu profesionālās zināšanas, prasmes un kompetences psihiatrijas pacientu aprūpē.

Metodiskā līdzekļa mērķis ir pilnveidot izpratni par psihiatriskās un narkoloģiskās aprūpes tiesisko regulējumu Latvijā, sniegt zināšanas par psihisko traucējumu un slimību klasifikāciju, to etioloģiskiem faktoriem, klīniskiem simptomiem un sindromiem, un pilnveidot māsu profesionālās kompetences par aprūpes procesa īpatnībām pacientiem ar psihiskās veselības traucējumiem.

Metodiskā līdzekļa autore ir garīgās veselības aprūpes māsa Jekaterina Jeremejeva, kas izstrādāts sadarbībā ar profesionālās tālākizglītības un pilnveides izglītības iestādi “Salvum TD”.

Metodiskais materiāls ir sagatavots Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” ietvaros un paredzēts izmantošanai Latvijas Republikas teritorijā.

# SATURS

Ievads	
1. Psihiskie traucējumi.....	5
1.1. Psihiatriskās un narkoloģiskās aprūpes tiesiskais regulējums Latvijā.....	5
1.2. Biopsihosociālais modelis psihiatrijas pacientu aprūpē.....	11
1.3. Psihisko traucējumu un slimību klasifikācija un etioloģiskie faktori .....	13
1.4. Psihisko traucējumu klīniskie simptomi un sindromi.....	15
1.4.1. Uztveres traucējumi .....	15
1.4.2. Domāšanas traucējumi .....	16
1.4.3. Atmiņas traucējumi .....	17
1.4.4. Emociju (afekta) traucējumi.....	17
1.4.5. Apziņas traucējumi.....	19
1.4.6. Miega traucējumi.....	21
1.4.7. Psihisko traucējumu sindromi .....	22
2. Aprūpes procesa īpatnības pacientiem ar psihiskās veselības traucējumiem .....	25
2.1. Novērtēšanas kritēriji.....	26
2.2. Aprūpes diagnozes, to klasifikācija .....	28
2.2.1. Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā F90 – F99 .....	29
2.2.2. Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot psihiskos F00 – F09.....	29
2.2.3. Garastāvokļa traucējumi (afektīvi traucējumi) F30 -F39 .....	29
2.2.4. Šizofrēnija un šizofrēnijas spektra traucējumi F20 -F29.....	30
2.2.5. Garīga atpalcība F70 -F79 un Psihiskās attīstības traucējumi F80 - F89.....	30
2.2.6. Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ F10 - F19 .....	30
2.3. Aprūpes diagnoze, aprūpes mērķis un māsas darbības.....	31
2.4. Aprūpes dokumentācija .....	34
2.4.1. Aprūpes procesa dokumentēšana .....	35
2.5. Pacientu dinamiskās novērošanas principi un tās nodrošināšana .....	36
2.6. Medikamentu administrēšanas principi un medikamentozās aprūpes īpatnības .....	38
2.7. Pacientu ar agresīvu uzvedību aprūpe .....	42
3. Komunikācijas īpatnības psihiatrijas pacientu aprūpē.....	43
3.1. Pacientu un tuvinieku izglītošana .....	45
4. Māsas loma pacientu psihiskās veselības veicināšanā.....	46
Literatūras saraksts .....	48

# Ievads

Pēdējos gados arvien vairāk uzmanības tiek veltīta garīgās veselības jautājumu uzlabošanā, lai cilvēki spētu pārvarēt ikdienas stresu, produktīvi strādāt un dot ieguldījumu sabiedrībai.

Māsas darbības spektrs ir ļoti plašs un nozīmīgs. Atbilstoši MK 24.03.2009. noteikumu Nr.268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu" grozījumiem, kas stājas spēkā no 01.01.2022. noteikts, ka vispārējās aprūpes māsu ar specializāciju psihiatriskajā un narkoloģiskajā aprūpes kompetencē ietilpst padziļināta patstāvīgas aprūpes plānošana, sniegšana, aprūpes rezultātu izvērtēšana pacientiem ar psihiskās veselības traucējumiem un slimībām, aprūpes kvalitātes kontrole un analīze [5]. Tādēļ māsām ar specializāciju psihiatriskajā un narkoloģiskajā aprūpē ārstniecisko darbību veikšanai ir nepieciešamas teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas psihisko traucējumu un slimību etioloģijā, diagnostikā, ārstēšanā un psihiatriskā rehabilitācijā. Māsām jānodrošina pacientu aprūpe, jāpārzina medikamentozās terapijas principi dažādu psihiskās veselības traucējumu un slimību gadījumos, t. sk. pacientiem ar atkarībām u.c.

Ņemot vērā māsas profesijas standartā noteiktos profesionālās darbības uzdevumus, lai nodrošinātu kvalitatīvu uz pacientu orientētu aprūpi, arī vispārējās aprūpes māsām bez specializācijas psihiatrijā un narkoloģijā ir būtiski pilnveidot savas profesionālās kompetences par psihiatrijas pacientu aprūpi.

Metodiskā materiāla pirmajā daļā ir apraksts par psihiatriskās un narkoloģiskās aprūpes tiesisko regulējumu Latvijā, par biopsihosociālā modeļa piemērošanu psihiatrijas pacientu aprūpē, par psihisko traucējumu un slimību klasifikāciju, par etioloģiskiem faktoriem un par psihisko traucējumu klīniskiem simptomiem un sindromiem.

Otrajā daļā aprakstītas aprūpes procesa īpatnības pacientiem ar psihiskās veselības un attīstības traucējumiem, un pacientiem ar atkarībām, un iespējamās aktuālās un potenciālās aprūpes diagnozes, aprūpes procesa plānošana, īstenošana, izvērtēšana un dokumentēšana.

Trešajā daļā ir apraksts par komunikācijas un saskarsmes īpatnībām psihiatrijas pacientu aprūpē. Ceturtajā daļā tiek sniegts ieskats par māsas lomu psihisko traucējumu profilaksē un psihosociālās rehabilitācijas nodrošināšanā.

# 1. Psihiskie traucējumi

## 1.1. Psihiatriskās un narkoloģiskās aprūpes tiesiskais regulējums Latvijā

Pēc Pasaules veselības organizācijas definīcijas: "Veselība ir pilnīgas fiziskās, garīgās un sociālās labklājības stāvoklis, nevis tikai slimības vai nespējas neesamība. Psihiskā veselība ir labklājības stāvoklis, kurā indivīds realizē savas spējas, tiek galā ar parastajām dzīves situācijām, var strādāt produktīvi un spēj dot ieguldījumu sabiedrībai". [31]

Psihiskā veselība ir stāvoklis, kurā cilvēks apzinās savas iespējas, spēj pārvarēt ikdienas stresu, produktīvi strādāt un dot ieguldījumu kopienai. Laba sabiedrības garīgā jeb psihiskā veselība ir būtisks nosacījums stabilas, drošas un labklājīgas sabiedrības veidošanai. [30]

Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģiona stratēģijas "Veselība - 21" ("Veselība visiem 21.gadsimtā") 6.mērķis "Garīgās veselības uzlabošana" paredz, ka līdz 2020.gadam jāuzlabo iedzīvotāju psiholoģiskā labklājība un cilvēkiem ar psihiskās veselības problēmām jābūt pieejamiem kvalitatīviem, pacientu vajadzībām atbilstošiem garīgās veselības aprūpes dienestiem. Atbilstoši "Latvijas Nacionālajam attīstības plānam 2014.-2020.gadam", "Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam" ņemot vērā sabiedrības veselības rādītājus, viena no prioritārajām jomām ir psihiskā veselība, kuras uzlabošanai, saskaņā ar Eiropas Sociālā fonda 2014.-2020.gada plānošanas perioda ietvaros atbalstāmajām darbībām, galvenā loma ir veselības veicināšanai un slimību profilaksei. Psihiskā veselība ir noteikta kā viena no prioritātēm Latvijā Eiropas Savienības fondu ietvaros, par kuru izstrādātas tīklu attīstības vadlīnijas un tiek īstenoti pasākumi gan veselības veicināšanas un slimību profilakses jomās, gan cilvēkresursu un infrastruktūras attīstības jomās. Lai uzlabotu iedzīvotāju prasmes un iesaistīšanos savas un līdzcilvēku psihoemocionālās labklājības veicināšanā, būtiski ir iedzīvotājiem skaidrot psihiskās veselības nozīmi, piedāvāt dažādus praktiskus risinājumus un palīdzības iespējas savas psihiskās veselības veicināšanai, kā arī mazināt aizspriedumus pret psihiskām saslimšanām sabiedrībā. [6,12]

2017.gadā Latvijā psihiskie un uzvedības traucējumi (atbilstoši Starptautiskās funkcionēšanas nespējas un veselības klasifikācijai) bija reģistrēti vairāk nekā 89 000 personām jeb 4,6% Latvijas iedzīvotāju. 2017.gada beigās psihiskie un uzvedības traucējumi ir reģistrēti 42285 vīriešiem jeb 4753 uz 100 000 vīriešu, 47383 sievietēm jeb 4535 uz 100 000 sievietēm.

Saskaņā ar Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2020. gada aptaujas datiem, pēdējā mēneša laikā sasprindzinājumu, stresu un nomāktību ir izjutuši 46,1% iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 74 gadiem. 7,9% iedzīvotāju atzīmējuši, ka sasprindzinājumu, stresu un nomāktību izjūt bieži (5,7% vīriešu un 9,9% sieviešu). 6,6% no aptaujātajiem respondentiem sūdzējušies par depresiju pēdējā mēneša laikā, savukārt 24,7% respondentu

sūdzējušies par bezmiegu. Nomierinošus līdzekļus pēdējās nedēļas laikā lietojuši 11,1% aptaujāto, sievietes biežāk nekā vīrieši (attiecīgi 14,8% un 7%). Psihoemocionālās labklājības veicināšanā ļoti būtiska loma ir psiholoģiski labvēlīgas, atbalstošas un izpratnē balstītas vides veidošanai ģimenē, skolā, attiecībās ar draugiem, attiecībās ar līdzcilvēkiem, sabiedrībā u.c. [9]

Attiecībā uz bērnu psihisko veselību ģirgāšanās skolā ir bieži sastopams vardarbības veids ar izteikti negatīvu ietekmi uz psihi. Ģirgāšanās izplatība Latvijā ir augsta - par to liecina ne tikai 13,6% augstais cietušo skolēnu īpatsvars 11, 13 un 15 gadu vecuma grupās, bet arī fakts, ka 42 valstu un reģionu vidū, kas piedalās starptautiskajā Skolēnu veselības paradumu pētījumā, pēc 2014. gada rādītājiem Latvija atrodas augstajā 2.vietā pēc ģirgāšanās upuru īpatsvara gan 11, gan 13, gan 15 gadus veco skolēnu vidū [12].

Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījumā 2017./2018. mācību gadam ir minēts, ka pasaulē no 10% līdz 20% bērnu un pusaudžu ir diagnosticējami psihiski un/vai uzvedības traucējumi, un tieši pusaudžu periodā dažādu psihisko un emocionālo traucējumu attīstības risks būtiski pieaug. Pēc Pasaules Veselības organizācijas veiktajiem aprēķiniem puse visu psihisko traucējumu sākas vecumā līdz 15 gadiem, un tādējādi šis cilvēka dzīves posms ir kritisks savlaicīgai psihisko un uzvedības traucējumu atpazīšanai un intervencei. Neatpazīti un neārstēti šie stāvokļi būtiski ietekmē bērnu attīstību, viņu panākumus mācībās un potenciālu turpmākai produktīvai un piepildītai dzīvei. [9]

Pētījumā noskaidrots, ka pusaudžiem izplatītākās ir atkārtotas (t.i., veselības sūdzības vismaz reizi nedēļā) sūdzības par sliktu garastāvokli/aizkaitināmību (52,9%), grūtībām iemigt (43,6%), nervozitāti (39,1%), nomāktību (31,2%), kam seko 11 somatiskās sūdzības par regulārām galvassāpēm, muguras un vēdera sāpēm, un galvas reiboņiem [12].

Veicot aptauju par elektronisko ierīču izmantošanu, noskaidrots, ka to skolēnu īpatsvars, kuri elektroniskās ierīces darba dienās izmanto mājas darbu pildīšanai, „sērfošanai” internetā, saziņai vismaz trīs stundas dienā, palielinās, pieaugot vecumam abu dzimumu grupās. Salīdzinot aptauju rezultātus, kopš 2006.gada vēro tendenci, ka kopumā pieaug zēnu un meiteņu īpatsvars, kuri elektroniskās ierīces, piemēram, datoru, planšetdatoru vai viedtālruni, izmanto mājasdarbu pildīšanai, „sērfošanai” internetā, „tvītošanai”, e-pastam „čatošanai” u.tml. trīs vai vairāk stundas dienā darba dienās. Līdzīga kopējā pieaugošā tendence raksturīga arī brīvdienās. Salīdzinot ar 2014.gada aptaujas datiem, vērojams īpatsvara samazinājums gan zēnu, gan meiteņu grupās, kuri darba dienās spēlēm elektroniskajās ierīcēs izvēlās trīs un vairāk stundas. Pieaudzis zēnu īpatsvars, kuri brīvdienās spēlēs elektroniskajās ierīcēs pavada trīs un vairāk stundas. [12]

Pēc aptaujas rezultātiem tika noskaidrots, ka pusaudžiem novērojami arī miega laika traucējumi, t.i. miegā pavada mazāk par 7 stundām, t.i., mazāk par minimālo pietiekamo miega

ilgumu. Ir secināts, ka brīvdienās mazāk nekā 7 stundas miegā pavada kopumā 4,4% pusaudžu – 5,7% zēnu un 3,1% meiteņu, skolas dienās 19,3% pusaudžu miegā pavada mazāk par minimālo pietiekamo 7 stundu skaitu. Lielākais pusaudžu īpatsvars, kuri miegā pavada mazāk par 7 stundām ir 15 gadu vecumgrupā – 28,4% zēnu un 34,3% meiteņu.

Aptaujā par smēķēšanu noskaidrots, ka kopumā 10,2% skolēnu norāda, ka vismaz vienu dienu pēdējā mēneša laikā ir smēķējuši. Būtiski lielāks ir 15 gadu skolēnu īpatsvars, kuri ir vismaz vienu dienu smēķējuši pēdējā mēneša laikā (20,7% zēnu un 24% meiteņu smēķējuši pēdējā mēneša laikā). Bija novērojama augstākā izplatība 15-gadīgo skolēnu grupā, kuri pēdējo 30 dienu laikā vismaz vienu dienu ir lietojuši elektronisko cigareti. Gandrīz ik dienas (20 un vairāk dienas) pēdējo 30 dienu laikā elektronisko cigareti ir lietojuši 2,1% zēnu un 0,6% meiteņu.

Pieminot alkohola lietošanu, novērots, ka Latvijā pusaudži alkoholu pamēģina lietot ļoti agrā vecumā. 15 gadu vecumā tikai 39,5% zēnu un 31,8% meiteņu nekad alkoholiskos dzērienus nav lietojuši. Pieaugot vecumam, palielinās arī pusaudžu īpatsvars, kuri pirmo reizi lietojuši alkoholu, vairāk nekā tikai pagaršojusi. Turklāt, meiteņu īpatsvars, kuras alkoholu pirmo reizi ir lietojušas 13, 14 un 15 gadu vecumā, ir augstāks nekā zēnu īpatsvars attiecīgajā vecumā. Pēc 2018.gada aptaujas datiem secināts, ka vairāk kā puse 15 gadīgo pusaudžu norāda, ka nekad nav bijuši piedzērušies. [12, 29]

Pusaudžu īpatsvars, kurus emociju, koncentrēšanās vai uzvedības grūtības subjektīvi satrauc vai apbēdina, gan zēniem, gan meitenēm 11 gadu vecumgrupā ir līdzīgs, bet, vecumam pieaugot, dzimuma grupās iezīmējas pretējas tendences - zēnu īpatsvars, kurus uztrauc emocionālās vai uzvedības grūtības, samazinās, bet meiteņu – palielinās. Pēc Latvijas Skolēnu 2018.gada veselības paradumu pētījuma datiem vismaz 1 no 6 pusaudžiem atzīmējis klīniski nozīmīgu emocionālo vai uzvedības grūtību līmeni. [12, 29]

Psihiatrisko un narkoloģisko aprūpi Latvijā regulē vairāki likumi, t.sk. Ārstniecības likums un Sociālās palīdzības likums.

**Ārstniecības likumā** (turpmāk – Likums) definēts psihiatriskās palīdzības jēdziens - individuāla psihisko slimību profilakse, ambulatora vai stacionāra diagnostika, ārstēšana, rehabilitācija un aprūpe personai ar garīgās veselības traucējumiem. Ir noteikta psihiatriskā palīdzība bez pacienta piekrišanas, kas paredz stacionāro diagnostiku, ārstēšanu, rehabilitāciju un aprūpi personai ar garīgās veselības traucējumiem bez šīs personas piekrišanas. [1]

Likuma X nodaļas 61.pantā ir noteikts, ka alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības slimnieku ārstēšana notiek labprātīgi pēc viņu vēlēšanās narkoloģiskajās ārstniecības iestādēs Ministru kabineta noteiktajā kārtībā [1].

62.pantā ir noteikts, ka gadījumos, kad sakarā ar alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu lietošanu, piedalīšanos azartspēlēs vai datorspēlēs slimnieks izdara sabiedriski bīstamas darbības, sistemātiski izdara administratīvos pārkāpumus vai ar savu rīcību apdraud sevi, savus tuvākos radniekus vai sabiedrību, tiek piemēroti likumā noteiktie sociālās un psihosociālās rehabilitācijas piespiedu līdzekļi, bet nepilngadīgajiem — audzinoša rakstura piespiedu līdzekļi.

63.pantā aprakstīti alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības slimnieka sociālās un psihosociālās rehabilitācijas piespiedu līdzekļi, kas paredz:

- ņemšanu policijas profilaktiskajā uzskaitē un policijas rakstveida brīdinājumu, ka slimniekam jāizbeidz alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu lietošana, piedalīšanās azartspēlēs vai datorspēlēs un ar to saistītu administratīvo pārkāpumu izdarīšana, kā arī obligāti jāsāk ārstēšanās;
- ņemšanu narkoloģiskajā uzskaitē un motivācijas veidošanu, lai ieinteresētu slimnieku sākt labprātīgu ārstēšanos no alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības;
- tiesas nolēmumu par notiesātā pienākumu ārstēties.

Likuma XI nodaļā par psihiskām slimībām 65.pantā ir paredzēts, ka personām ar psihiskiem traucējumiem un psihiskām slimībām ir jānodrošina visas pilsoņa, politiskās, ekonomiskās un sociālās tiesības, kuras paredz likums. Psihiskie traucējumi vai psihiskā slimība nedrīkst būt par iemeslu cilvēka diskriminācijai.

67.pantā ir noteikts, ka psihiatriskā palīdzība balstās uz brīvprātības principu un nosaka, ka stacionāro palīdzību sniedz psihiatriskajā ārstniecības iestādē vai ārstniecības iestādes psihiatriskajā nodaļā, ja slimnieka veselības stāvokļa dēļ to nav iespējams veikt ambulatori vai dzīvesvietā. Pacientu var stacionēt psihiatriskajā ārstniecības iestādē ar viņa rakstveida piekrišanu, pamatojoties uz konstatētajiem psihiskajiem traucējumiem un psihiatra motivētu lēmumu par psihiskās veselības izmeklēšanas, ārstēšanas un rehabilitācijas nepieciešamību psihiatriskajā ārstniecības iestādē. Pacienta piekrišanu stacionēšanai pievieno medicīniskajiem dokumentiem.

Likuma 68.pantā ir noteikta kārtība, kādos gadījumos tiek nodrošināta psihiatriskā palīdzība bez pacienta piekrišanas, t.i. ja pacients:

- ir draudējies vai draud, centies vai cenšas nodarīt sev vai citai personai miesas bojājumus vai ir izturējies vai izturas varmācīgi pret citām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nopietni miesas bojājumi pacientam pašam vai citai personai;



- ir izrādījis vai izrāda nespēju rūpēties par sevi vai savā aizbildnībā esošām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nenovēršama un nopietna personas veselības pasliktināšanās.

Ir noteikts, ja, sniedzot psihiatrisko palīdzību, ir nepieciešama pacienta stacionēšana psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez viņa piekrišanas, psihiatru konsilijs 72 stundu laikā izmeklē pacientu un pieņem lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez pacienta piekrišanas vai par šīs palīdzības pārtraukšanu.

69.<sup>1</sup> pants paredz, ka pacientam, kurš stacionēts psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez viņa piekrišanas, un pacientam, kuram ārstniecība psihiatriskajā ārstniecības iestādē noteikta kā medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis kriminālprocesā, ir:

- 1) Pacientu tiesību likumā noteiktās pacienta tiesības;
- 2) tiesības saņemt un nosūtīt vēstules, saņemt pasta sūtījumus (pienesumus), izmantot saziņas līdzekļus, lai kontaktētos ar personām ārpus psihiatriskās ārstniecības iestādes, tikties ar radniekiem un citām personām, kā arī tiesības uz ikdienas pastaigu.

Par šīm tiesībām ārstniecības persona nekavējoties informē pacientu viņam saprotamā formā un ņemot vērā pacienta vecumu, briedumu un pieredzi. Ja nepieciešams, ārstniecības persona minēto informāciju sniedz atkārtoti.

(2) Ja pastāv tieši draudi, ka patients psihisku traucējumu dēļ var nodarīt miesas bojājumus sev vai citām personām vai patients izrāda vardarbību pret citām personām, ārstam ir tiesības aizliegt pacienta tikšanos ar radniekiem un citām personām un ikdienas pastaigu. Aizliegumu nekavējoties atceļ, ja pacienta radītais apdraudējums vairs nepastāv. Ārsts pacienta medicīniskajā dokumentācijā atspoguļo aizlieguma pielietošanas iemeslu un ilgumu.

(6) Gadījumos, kad pastāv tieši draudi, ka patients psihisku traucējumu dēļ var nodarīt miesas bojājumus sev vai citām personām vai patients izrāda vardarbību pret citām personām un ar mutisku pārliecināšanu nav izdevies pārtraukt apdraudējumu, psihiatriskajās ārstniecības iestādēs ir tiesības izmantot šādus ierobežojošus līdzekļus:

- 1) fiziska ierobežošana, izmantojot fizisku spēku pacienta kustību ierobežošanai;
- 2) mehāniska ierobežošana, pielietojot ierobežošanas saites vai siksnas;
- 3) medikamentu ievadīšana pacientam pret viņa gribu;
- 4) ievietošana novērošanas palātā. [1]

Pakalpojumi, kurus sniedz personām ar psihiskās (garīgās) veselības traucējumiem ir reglamentēti LR Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā. Tajos ietilpst aprūpe Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas tiek nodrošināti pilngadīgām personām ar smagiem un ļoti smagiem garīga rakstura traucējumiem, kurām nav nepieciešama atrašanās specializētā ārstniecības iestādē un kuru stāvoklis neapdraud



apkārtējos, ja nepieciešamā pakalpojuma apjoms pārsniedz aprūpei mājās, dienas aprūpes centrā vai grupu mājā (dzīvoklī) noteikto sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojuma apjomu [2].

## 1.2. Biopsihosociālais modelis psihiatrijas pacientu aprūpē

Biopsihosociālo modeli (BBM) pirmoreiz skaidroja psihiatrs Džordžs L. Enžels žurnālā *Science* 1977. gadā., apgalvojot, ka veselību un labsajūtu izraisa sarežģīta bioloģisko, psiholoģisko un sociokulturālo faktoru mijiedarbība. Dž. Enžels apstrīdēja biomedicīnas pieeju, jo tajā netika ņemti vērā daudzi citi faktori, kas var ietekmēt garīgo veselību un veselību kopumā. Tādi faktori kā audzināšana, uzskati, prasmes tikt galā ar stresu, trauma un attiecības netika ņemti vērā. Dž. Enžels to uzskatīja par nepareizu. Viņš ierosināja jaunu domāšanas veidu par garīgo veselību, kas iekļāva sociālo, psiholoģisko un bioloģisko faktoru nozīmi psihiskās veselības saglabāšanā. Tas bija biopsihosociālā modeļa pamats. Biopsihosociālais modelis noraidīja biomedicīnas modeli kā dogmu un bija balstīts uz sistēmas perspektīvu. [23]

Šis modelis norāda, ka prāts, ķermenis un vide mijiedarbojas, izraisot slimības. Biopsihosociālais modelis ir pretrunā ar tradicionālo medicīnas modeli, jo tajā tiek ņemti vērā faktori, kuriem līdz šim nepievērsa uzmanību, izvērtējot slimības procesu vai veselības stāvokli. Modeļa bioloģiskā sastāvdaļa attiecas uz faktu, ka patogēni, piemēram, mikrobi un toksīni, izraisa slimību. Psiholoģiskā / uzvedības sastāvdaļa meklē iespējamus psiholoģiskos cēloņus tādai veselības problēmai kā paškontroles trūkums, emocionāls satricinājums un negatīva domāšana. Biopsihosociālā modeļa sociālā daļa izskaidro, kā dažādi sociālie faktori, piemēram, sociālekonomiskais statuss, kultūra, nabadzība, tehnoloģijas un reliģija, var ietekmēt veselību. Pārvaldot veselības problēmas, ir svarīgi ņemt vērā visus trīs faktoros. [23, 24]

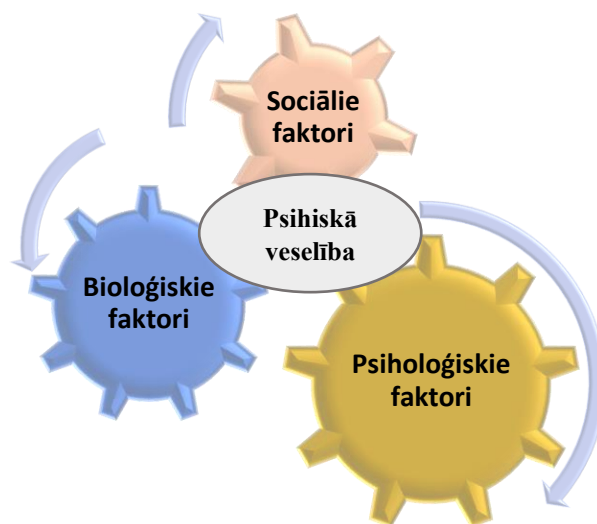
### Biopsihosociālā modeļa piemērošana

Piem., Sociālā izolācija un bezdarbs  depresija / sevis apsūdzēšana / mazkustīgs dzīvesveids  hiperholesterinēmija / miokarda infarkts / diabēts.

Biopsihosociālais modelis norāda, ka vēža / diabēta / garīgo traucējumu ārstēšanā jāpievērš uzmanība problēmas bioloģiskajiem, psiholoģiskajiem un sociālajiem komponentiem.

Piemēram, tagad ir pierādīts, ka šizofrēnijai ir ģenētiska sastāvdaļa. Tomēr šo stāvokli var izraisīt daži traumatiski vai stresa pilni dzīves notikumi, piemēram, slikts un haotisks ģimenes attiecību modelis bērnībā. Tas ir vairāk nekā viens faktors, kas var veicināt slimības attīstību.

Depresiju var izraisīt dažādu notikumu sajaukums (piemēram, emocionāla vardarbība bērnībā vai traumas pieaugušā vecumā, piemēram, šķiršanās) un personas ierastie veidi, kā spriest par sevi un savu pieredzi. Arī šo problēmu izraisīja ne viens vien faktors.



1.2.attēls. Biopsiholoģiskā modeļa faktoru un psihiskās veselības mijiedarbība. [23, 24]

**Bioloģiskie faktori, kas ir saistīti ar personas bioloģiju:**

- iedzimtība;
- smadzeņu attīstība un smadzeņu bojājumi,
- slimības;
- mobilitāte;
- fizioloģiskās īpatnības.

**Sociālie faktori:**

- izglītības līmenis;
- dzīves traumas;
- stress, ikdienas slodzes uztvere;
- ģimenes attiecības,
- vides ietekme: bezdarbs, nabadzība, karš.

**Psiholoģiskie faktori, kas saistīti ar personas personīgo sfēru un ietver:**

- domas,
- emocijas,
- uzvedību,
- kognitīvos procesus,
- pārvarēšanas stilu,
- psihopatoloģijas, personības īpatnības,
- uzvedība slimības laikā u.c. [23]

### **1.3. Psihisko traucējumu un slimību klasifikācija un etioloģiskie faktori**

Psihisko un uzvedības traucējumu cēloņi ir daudzveidīgi - vairāki ģenētiskie, vides faktori, kas papildinot viens otru, var būt kā priekšnosacījums psihisko traucējumu attīstībai.

Psihisko slimību cēloņus iedala vairākās grupās. Vienā no tiem ir pārmantotība. To pierāda klīniski novērojumi, kas liecina, ka, ja ģimenē ir cilvēks ar psihiskiem traucējumiem, tad, salīdzinot ar vispārējo populāciju, ir lielāks risks, ka arī bērnam var attīstīties psihiski traucējumi. Piemēram, abu vecāku šizofrēnija rada par 46 % lielāku risku šizofrēnijas attīstībai arī šo vecāku bērniem, pacientiem ar depresiju ģimenes anamnēzē ir augstāks risks depresijas attīstībai, arī augstāks suicīda risks. Zinātnieki ir identificējuši gēnus, kuri ir saistīti ar noteiktu psihisko traucējumu paaugstinātu iespējamību. Piemēram, šizofrēnijas gadījumā ir vairāk nekā 100 gēni, kuriem, domājams, ir saistība ar šo traucējumu attīstību dzīves laikā. Pēc zinātnieku pētījumiem, šizofrēnijas attīstības pamatā var būt iedzimtais defekts galvas smadzeņu hipokampā. [21,28]

Izmaiņas neiromediātoru veidošanās procesā galvas smadzenēs var būt iemesls psihisko traucējumu attīstībai. Psihisko traucējumu attīstībā nozīme ir serotonīnam, dopamīnam, noradrenalīnam, acetilholīnam un citiem neiromediātiem.

Mātes infekciju slimības, dzīves veids (smēķēšana, psihoaktīvo vielu lietošana) grūtniecības laikā, dzemdību patoloģijas (sarežģītas dzemdības, hipoksija dzemdību laikā, priekšlaicīgas dzemdības vai pārnēsāta grūtniecība) var būt pa iemeslu psihisko slimību attīstībai.

Liela nozīme ir audzināšanai un attiecību veidošanai ģimenē. Aprūpes trūkums, saskarsmes grūtības nosaka augstāku risku personības, šizofrēnijas traucējumu, depresijas un trauksmes attīstībai. Saņemot pretrunīgus vēstījumus, bērni nav spējīgi veidot uzticēšanos [28].

Psihotraumējoši faktori bērnībā un pusaudža periodā, t.sk. fiziska, emocionāla vai seksuāla vardarbība tiek saistīta ar augstākiem riskiem psihisko saslimšanu attīstībai. Visbiežāk attīstās depresīvi, neirotika vai trauksmes spektra traucējumi, kā arī personības traucējumi.

Paaugstināts psihoemocionālā stresa līmenis, trauksmaini notikumi dzīvē rada neirobioloģiskās izmaiņas galvas smadzenēs, kas, savukārt, saistītas ar stresa regulācijas mehānismiem. Izmaiņas šajā sistēmā ir saistītas ar psihisko traucējumu attīstību vai manifestāciju. [21]

Lielāks risks saslimt ar depresiju ir cilvēkiem, kuriem ir noteiktas personības iezīmes - paškritiskums, perfekcionisms, trauksmainība, zems pašvērtējums. Ilgstošs stress, nelabvēlīgi vides faktori un psihoaktīvo vielu lietošana arī ir saistīts ar augstāku depresijas attīstības risku.

Depresīvus simptomus var izraisīt arī fiziska slimība un dažu medikamentu lietošana. [18, 19, 20]

Pēc biopsihosociālā modeļa, piemēram, atkarību veicinošie faktori ir:

- **Bioloģiskie faktori:** iedzimtība, vielas panesamība, smadzeņu organiska nepilnība pie nervu un psihiskām slimībām, kā riska faktors ātrākai atkarības sindroma attīstībai.
- **Psiholoģiskie faktori:** motīvu kopums, kas pamudina uz psihoaktīvo vielu lietošanu, grūtības piemēroties apkārtējai videi, konflikts ar apkārtesošiem, neapmierinātība, nesapratne, nepilnvērtības sajūta, neadekvāts pašvērtējums, nepietiekama paškontrole, saskarsmes grūtības, mērķtiecības trūkums, ziņkārība, nespēja pretoties vides spiedienam.
- **Sociālie faktori:** vielas pieejamība (tai skaitā cena), tradīcijas, sabiedrībā valdošā attieksme pret apreibinošo vielu lietošanu, maznodrošināto vidē izplatītāka problēma, modernais dzīves stils, īpaša loma masu saziņas līdzekļiem, ģimene – nepilna, problemātiska, asociāla, pārlietu rūpīga. [15,16]

## 1.4. Psihisko traucējumu klīniskie simptomi un sindromi

Simptoms ir anormāla veselības stāvokļa pazīme, brīdinājuma signāls, ka cilvēka veselība varētu būt apdraudēta. Psihisko slimību simptomi ir saistīti ar uztveres, emociju, domāšanas u.c. traucējumiem.

Sindroms ir simptomu kopums, kas ir saistīts ar vienu vai vairākām veselības problēmām. Veidojošie sindromu simptomi ir dinamiski, var mainīties un pat pazust.

Šajās apakšnodaļās ir īsi aprakstīti psihisko traucējumu simptomi un sindromi.

### 1.4.1. Uztveres traucējumi

Maņu orgāni - redzes, dzirdes, ožas, garšas un taustes, sniedz informāciju par apkārt esošiem stimuliem, veidojot sajūtas par reāli esošo priekšmetu īpašībām. Šo priekšmetu īpašības atspoguļojas vienotā kopumā.

**Ilūzijas** - reālus priekšmetus vai parādības cilvēks uztver citādi, nekā tie ir realitātē. Ilūzijām ir fizisks, reāls pamats. Izšķir: ožas, garšas, redzes, dzirdes, taustes ilūzijas.

Ilūzijas var būt arī psihiski veselīgiem cilvēkiem, tomēr tās ir īslaicīgas un viegli koriģējamas.

**Halucinācijas** - neesoši objekti kļūst par reāliem. Izdala: ožas, garšas, redzes, dzirdes, taustes un viscerālās halucinācijas.

- **Redzes halucinācijas:**

- **fotopsijas** ir vienākršas, elementāras redzes halucinācijas bez konkrētas formas, lieluma un priekšmetiskuma;
- **īstās redzes halucinācijas** veido priekšmeti, kas ir reālā dzīvē un/vai fantastiskās ainas. Halucinatorie priekšmeti varētu būt dažāda lieluma.

- **Dzirdes halucinācijas:**

- akusmas - cilvēks dzird atsevišķas skaņas, ne vārdus;
- verbalās halucinācijas – dzird veselās frāzes, teikumus, sarunas;
- pēc satura - neitrāls saturs vai imperatīvas (pavēloša rakstura) dzirdes halucinācijas.

- **Ožas halucinācijas** - cilvēks izjūt nepatīkamu smaku apkārtējā vidē vai viņam šķiet, ka pats nepatīkami ož.

- **Garšas halucinācijas** - cilvēks var sajūst nepatīkamu piegaršu ēdienam, piemēram, matus mutes dobumā.

- **Taustes (taktīlas) halucinācijas** – nepatīkamas sajūtas ādas virspusē vai tieši zem tās.

- **Viscerālās halucinācijas** - sajūtas ķermenī, ka ir kāds veidojums vai svešķermenis. Pēc apstākļiem, kad rodas halucinācijas, izšķir funkcionālās, reflektoriskās, hipnagoģiskās un Šarļa Bonī halucinācijas.

- **Pseudohalucinācijas** raksturojas ar to, ka:
  - reālie priekšmeti atšķiras no halucinācijas tēliem;
  - tiem trūkst objektīvās realitātes sajūtas;
  - ir uzspiests, mākslīgs raksturs;
  - parasti projicējas ķermeņa iekšpusē;
  - cilvēks neuztver to kritiski, neuzskata par slimības izpausmi.
- **Senestopātijas** - neparastas, dīvainas, grūti aprakstāmas izjūtas. Cilvēks spēj atšķirt šīs sajūtas no sāpēm. Tās lokalizējas dažādās ķermeņa daļās, nav izskaidrojamas ar somatiskām slimībām un nepadodas ārstēšanai.
- **Metamorfopsijas** - mainās apkārtējo reālo priekšmetu lieluma vai formas uztvere.
  - Mikropsija: visu redz samazinātā veidā;
  - Makropsija: visu redz palielinātā veidā;
  - Dismegalopsija: priekšmetus redz izkropļotā veidā.

**Ķermeņa shēmas traucējumi.** Cilvēkam ir sajūta, ka ir mainīts viss ķermenis vai kādas ķermeņa daļas lielums. Redzes kontrolē šīs sajūtas pāriet, novēršot skatienu, sajūtas atjaunojas. Bieži ir kopā ar metamorfopsiju. Var būt īslaicīgi vai ilgstoši. Novēro organisko centrālās nervu sistēmas slimību, piemēram, šizofrēnijas un epilepsijas gadījumā. [10]

#### 1.4.2. Domāšanas traucējumi

Domāšana ir izziņas process, kas atklāj sakarības un atšķirības starp objektiem, parādībām un norisēm. Tikai cilvēkam ir spēja spriest un secināt. Domāšanas operācijas - salīdzināšana, klasifikācija, analīze, sintēze, vispārināšana un konkretizācija, parasti notiek vienlaicīgi. Tā rezultātā cilvēks veido slēdzienus un spriedumus. Slimības gadījumos domāšanas procesā rodas traucējumi.

##### **Domāšanas traucējumi pēc formas:**

- Paātrināta domāšana;
- Palēnināta domāšana;
- Patoloģiski pamatīga domāšana;
- Perseverācija;
- Verbigerācija;
- Nesakarīga domāšana;
- Rezonēšana;
- Saraustīta domāšana;
- Simboliska domāšana;
- Autiska domāšana;
- Paraloģiska domāšana.



### Domāšanas traucējumi pēc satura:

- Uzmācības;
- Pārspīlēšanas idejas;
- Murgi:
  - Interpretatīvie murgi (hipohondriskie, izgudrošanas, iemīlēšanas, greizsirdības, fiziska defekta, apsēstības, reformēšanas murgi);
  - Tēlainie murgi (attiecību, īpaša nozīmīguma murgi);
  - Afektīvie murgi (sevis noniecināšana, pašapsūdzības, nihilisma);
  - Ierosinātie murgi;
  - Reziduālie murgi;
  - Pārspīlēšanas murgi. [10]

### 1.4.3. Atmiņas traucējumi

Atmiņa ir centrālās nervu sistēmas process, kas nodrošina informācijas uztveri, iegaumēšanu, uzglabāšanu, kā arī reproducēšanu jeb atcerēšanos. 1.4.3.1. tabulā ir piedāvāta atmiņas traucējumu klasifikācija [10].

#### Atmiņas traucējumu klasifikācija

1.4.3.1. tabula

Kvantitatīvi atmiņas traucējumi	Kvalitatīvi atmiņas traucējumi
<b>Amnēzija</b> A tipa amnēzijas (uzkrātās informācijas pazaudēšana): <ul style="list-style-type: none"><li>- Fiksācijas amnēzija;</li><li>- Retrogrāda amnēzija;</li><li>- Progresējoša amnēzija;</li><li>- Anterogrāda amnēzija;</li><li>- Anteroretrogrāga amnēzija.</li></ul> B tipa amnēzija (kļūdas informācijas meklēšanā): <ul style="list-style-type: none"><li>- Disociatīvā amnēzija;</li><li>- Histēriska amnēzija.</li></ul> <b>Hipermnēzija.</b> <b>Hipomnēzija.</b>	<b>Paramnēzija (atmiņas maldi)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kriptomnēzija - apslēptas atmiņas, kas uzpeld apziņā, kad tieši vai netieši uz tām aizrāda (asociāciju izraisītas atmiņas); arī atmiņas, kas līdz apziņai nenonāk, bet, zemapziņā pastāvēdamas, kā nosacījuma reflekss izraisa emocionālu pārdzīvojumu; grūtības atšķirt pagātnes reālu notikumu no lasītā, dzirdētā vai redzētā;</li><li>- Konfabulācija ;</li><li>- Pseudoreminiscence.</li></ul>

### 1.4.4. Emociju (afekta) traucējumi

Emocijas ir cilvēku reakcija uz ārējās vides vai iekšējām izmaiņām, situāciju reālais atspoguļojums subjektīva pārdzīvojuma formā. Emocijas palīdz orientēties un novērtēt apkārtējās vides priekšmetus un parādības atkarībā no tā, cik tie ir vēlamī vai nevēlamī. Tās bieži vien nosaka cilvēka uzvedību. Emocijas galvenokārt ir atkarīgas no centrālās nervu

sistēmas īpatnībām, bet atkarīgas arī no audzināšanas, vispār pieņemtajām pieklājības normām, dzīves pieredzes un cilvēka ieradumiem. Garastāvokļa svārstības var būt novērojamas katram cilvēkam. Par patoloģiju liecina tāds garastāvoklis, kas mainās bez iemesla, vai pēc maznozīmīga notikuma vērojamas ilgstošas un dziļas tā izmaiņas. Šo stāvokļu pārskats ir aprakstīts 1.4.4.1. tabulā. [10]

1.4.4.1. tabula

Stāvoklis	Stāvokļa raksturojums
Hipotīmija	Nomākts garastāvoklis.
Hipertīmija	Pacilāts garastāvoklis.
Eiforija	Garīgs un emocionāls stāvoklis, kam raksturīga galēji saasināta labsajūta.
Apātija	Patoloģiskais stāvoklis, kas izpaužas pilnīgā vienaldzībā pret sevi un apkārtni. Garastāvoklis nav ne pacilāts, ne nomākts. Parasti rodas mazkustīgums vai pat pilnīgs sastingums. Cilvēks savu stāvokli nejūt kā nepatīkamu, tāpēc arī ne par ko nesūdzas.
Disforija	Pastāvīga grūtsirdība. Ļaunums un īgnums. Cilvēks var būt agresīvs, viegli sakaitināms un nomākts.
Emociju nenoturība	Stiprs garastāvokļa mainīgums (labilitāte). Neattīstās līdz hipertīmijai vai depresijai.
Emocionāls trulums	Emociju līmeņa samazināšanās. Personai saglabājas primitīvas reakcijas un emociju izpausme, kas saistīta tikai ar pamata instinktu apmierinātību, bet izzūd dziļas emocijas.
Ekstāze	Jūsmīgs, intensīvi pacilāts garastāvoklis.
Afekta stāvoklis	Spēcīgs un īslaicīgs emocionāls stāvoklis, ko izraisa straujas pārmaiņas cilvēkam svarīgos dzīves apstākļos. Raksturīga apziņas sašaurināšanās, uzmanību pārņem afektu izraisījušie apstākļi un to uzspiestā rīcība. Vēlāk var neatcerēties afektu izraisījušā notikuma atsevišķas epizodes.
Trauksme	Nepatīkam priekšnojauta par kādu iespējamu nelaimi vai draudiem. To pavada iekšējās sasprindzinājums, nomāktība un izmisums.
Depresija	Nomākts garastāvoklis, intereses un prieka zudums, ko pavada vainas vai zema pašvērtējuma sajūta, miega un ēstgribas traucējumi, zems enerģijas līmenis un vājas koncentrēšanas spējas.
Mānija	Pacilāts, neatbilstoši apstākļiem, garastāvoklis. Var mainīties no bezrūpīgas jautrības līdz nekontrolējamam uzbudinājuma. Raksturīga pastiprināta enerģija, pārmērīga aktivitāte, runas plūdi, samazināta vajadzība pēc miega, koncentrēšanas grūtības. Raksturīgs pārmērīgs pašvērtējums un pašpaļāvība, lieluma idejas.
Hipomānija	Patoloģiski samērā nedaudz paaugstināts garastāvoklis, kurš izpaužas ar pastiprinātu fizisko un garīgo aktivitāti, savu reālo spēju pārvērtēšanu, saīsinātu miega periodu, nepārdomātu un pārdrošu rīcību, kā arī visu apkārtējo pasauli redzot pārspīlēti pozitīvā gaisotnē.

### 1.4.5. Apziņas traucējumi

**Depersonalizācija** – sava “es” pārvērtības sajūta. Var attiekties gan uz psihiskām, gan fiziskām sajūtām. Dažreiz cilvēkam šķiet, ka viņš kļuvis par citu cilvēku, citu būtni. Depersonalizācija novērojama depresijas un murgu periodā, kā arī aptumšotas apziņas stāvoklī.

**Derealizācija** - konkrētajai realitātei neatbilstoša sajūta. Atšķirībā no ilūzijām un halucinācijām formālā uztvere pilnīgi saglabājusies, mainās tikai iekšējā attieksme pret apkārtējiem priekšmetiem. Cilvēks šaubās par apkārtējās vides reālo esamību. Rodas sajūta, ka nedzīvie priekšmeti kļūst bīstami un draudoši.

**Apjukums (neizpratnes afekts)**. Sākoties akūtiem psihotiskiem traucējumiem, cilvēks pārdzīvo neizpratni par to, kas ar viņu notiek. Zūd spēja orientēties, sakarā ar to cilvēks kļūst bezpalīdzīgs.

**Aptumšota apziņa**. Pārveidota apkārtējās vides atspoguļošana cilvēka apziņā. Šis stāvoklis ir akūts un cilvēkam nepieciešams sniegt neatliekamu palīdzību stacionārā.

Apziņas traucējumiem raksturīgi 4 kritēriji:

- atrautība no ārpasaules – pārtrūkst saikne ar cilvēkiem, apkārtējo vidi un tajā notiekošo;
- dezorientācija – sākumā novēro dezorientāciju laikā. Stāvoklim pasliktinoties, zūd orientācija telpā un savā personā;
- fragmentāra domāšana - zūd spēja aptvert situāciju kopumā, spriedumi kļūst nepamatoti, pavirši, runa nesakarīga. Cilvēks zaudē spēju aptvert un analizēt reālo situāciju;
- amnēzija par neskaidrās apziņas periodu - atmiņas par aptumšotās apziņas periodu ir fragmentāras vai vispār nesaglabājās. Pēc psihiskā stāvokļa uzlabošanas novēro koncentrēšanas un iegaumēšanas spēju samazināšanu vai zaudēšanu par aptumšotas apziņas laiku.

Apziņas traucējumi var būt dažāda ilguma un dziļuma. Tie rodas pēc epilepsijas lēkmēm, smadzeņu traumām, audzējiem, smagiem psihiskiem pārdzīvojumiem u.c. patoloģiskiem stāvokļiem. [10]

#### **Aptumšotas apziņas sindromi**

- **Apdullums** - stāvoklis, kam raksturīga stipri pavājināta ierosināmība. Apdullums rodas pēc epilepsijas lēkmēm, traumām, intoksikācijām. Tas var pāriet komā. Lai saņemtu cilvēka reakciju, nepieciešami stiprāki, nekā parasti, kairinājumi: spilgtāka gaisma, skaļāks balss tonis, stiprs pieskāriens. Atbildes var saņemt tikai uz vienkāršiem un īsiem jautājumiem. Murgu un halucināciju nav. Atmiņas par pārdzīvoto nesaglabājas.
- **Delīrijs** – akūts aptumšotas apziņas stāvoklis ar spilgtām ilūzijām, redzes halucinācijām un murgiem, dezorientāciju laikā un telpā, miega traucējumiem. Saglabājas orientācija attiecībā uz savu personu. Pārsvarā sākas vakara krēslā un pastiprinās naktī. Sākumā pacients apzinās

savu stāvokli, bet stāvoklim attīstoties, zūd slimības apziņa un visus pārdzīvojumus uztver kā realitāti. Garastāvoklis un uzvedība atbilst halucināciju un murgu saturam.

### **Delīrija stadijas:**

- Aroddelīrijs - halucināciju tematika saistīta ar pacienta profesiju;
- Murminošais (musitējošais) delīrijs – raksturīga neskaidra un klusa runa, nesakarīga murmināšana. Novērojams neliels motorisks uzbudinājums gultas robežās – pacients aplasa sev apkārt iedomātus diegus, spalvas, atgrūž segu, tausta un velk sev klāt palagu, kaut ko liek mutē. Stāvoklim attīstoties, var iestāties sopors un koma.

Pārsvarā pacients neatceras smaga delīrija epizodes, vieglākos gadījumos var pastāstīt par psiholoģiskiem pārdzīvojumiem.

- **Amence** - aptumšotas apziņas stāvoklis, kam raksturīgs apjukums un nesakarīga domāšana. Naktī amence var pāriet delīrijā un stāvoklim attīstoties, sākas sopors un koma. Izvešēšanās periodā ilgstoši saglabājas smaga astēnija ar pilnīga amnēzija par aptumšotās apziņas periodu.
- **Apziņas krēsla** - akūts aptumšotas apziņas stāvoklis, iestājas un izbeidzas pēkšņi. Ilgst no dažām minūtēm līdz 1-2 stundām, retāk – dienām. Pacients spēj pareizi veikt automatizētas darbības, kustēties, pārvietoties, pārdzīvo murgus un halucinācijas. Rīcība var kļūt sabiedriski bīstama. Pēc tās izbeigšanās iestājas pilnīga amnēzija par notikušo.
  - Ambulatoriskais automātisms – stāvoklis bez murgiem, halucinācijām un sasprindzinājuma. Pacients staigā, neapzinās, kur grib nokļūt. Ārēja uzvedība ir pareiza un nepievērš uzmanību. Spēj atbildēt uz elementāriem jautājumiem, atstājot noguruša, izklaidīga cilvēka iespaidu.
  - Halucinātori – paranoīds variants, kad pacientam ir spilgtas halucinācijas un murgi, kuru ietekmē pacients rīkojas. Pēc satura traucējumi ir draudoši, pacients izjūt bailes un nemieru, attiecīgi reaģē ar aizstāvēšanu vai uzbrukumu. Par pacienta pārdzīvojumiem var uzzināt tikai pēc viņa rīcības, jo kontakts ar viņu nav iespējams. Parasti pēc notikušā iestājas pilnīga amnēzija.
  - Epileptoforms uzbudinājums - pacients ir stiprāk uzbudināts, murgi un halucinācijas spilgtāk izteikti, daudz plašāka mēroga. Šis stāvoklis ir viens no visbīstamākajiem stāvokļiem psihiatrijā, jo pacients ir pilnīgi dezorientēts un var būt nežēlīgi agresīvs – var pat izdarīt slepkavības. Par upuriem var kļūt jebkurš cilvēks, kas pagadās ceļā. Šo periodu pilnīgi neatceras un ir neizpratnē par sekām.
- **Oneiroīds** - ir dziļš aptumšotās apziņas stāvoklis. Nepieciešama neatliekamā palīdzība stacionāra apstākļos. Oneiroīda laikā pacients pārdzīvo bijušus un nebijušus notikumus, to fantastiskas kombinācijas. Tomēr sapņiem līdzīgie pārdzīvojumi var būt arī ikdienišķāki un

mazāk fantastiski. Oneiroīdais stāvoklis šizofrēnijas pacientiem parasti kombinējas ar katatoniju. Pēc oneiroīda, izņemot ļoti smagus slimības gadījumus, atmiņas par pārdzīvoto saglabājas.

- **Sopors** - ir subkomatozs stāvoklis. Kontakts ar pacientu nav iespējams, apkārtējās pasaules uztvere aprobežojas ar reflektorām atbildes reakcijām. Saglabāti normālie un parādās patoloģiskie refleksi.

**Koma** - (bezsamaņa) ir dziļākais aptumšotās apziņas stāvoklis. Tās laikā pilnīgi izzūd visas atbildes reakcijas uz apkārtni, to skaitā arī aizsargrefleksi. Par komu atmiņa nesaglabājas. Psihiatrijas praksē komatozos stāvokļus novēro pēc epileptiskām lēkmēm, kā arī pēc ārstnieciskā elektrošoka. [10]

#### 1.4.6. Miega traucējumi

Miega traucējumi izpaužas ar izmaiņām kā miega ilgumā, tā miega ritmā un dziļumā. Personai var būt grūtības iemigt vai pamosties. Biežāk novēro iemigšanas traucējumus. Aizejot gulēt parastajā laikā, neizdodas iemigt. Izjūt nemieru, pārvalda domas par bijušajiem notikumiem, bažas par nākamo dienu. Šos simptomus novēro pēc pārpūles un smagiem psihiskiem pārdzīvojumiem, ka arī pacientiem ar depresiju, maniakālo sindromu.

Miega ilgums var samazināties arī tad, kad pacients var viegli iemigt, bet neguļ pietiekami ilgi, naktī vairākas reizes pamostas pēc nepatīkamiem sapņiem. Šādas pamošanās vienā naktī var būt atkārtoti. Miega sajūtas var trūkt depresiju gadījumos, kā arī pēc ilgstošas neiroleptisko līdzekļu lietošanas, kā zāļu blakusefekts.

#### Miega traucējumu veidi

- **Hipersomnija** – stāvoklis ar pārmērīgu miegainību dienā un miega lēkmēm vai ieilgušu pāreju pilnīgā nomodā stāvoklī pamostoties.
- **Insomnija** – iemigšanas un miega ilguma traucējumi.
  - Akūts bezmiegs - cēlonis ir saistīts ar emocionālo un fizisko diskomfortu. Akūtu bezmiegu var izraisīt stress, akūta slimība, ārējās vides kairinātāji. Akūts bezmiegs var rasties laika joslu maiņas rezultātā, pamatā gulēt iešanas laika nesakritība ar bioloģisko laiku.
  - Hronisks bezmiegs - cēlonis ir dažādi faktori, kas iedarbojas atsevišķi vai kombinācijā, kas iespaido miega un nomoda ciklu, vai maina miega fizioloģiju: psihiskās, somatiskās un/vai neiroloģiskās slimības. Var būt saistīts ar citiem miega traucējumiem (nemierīgo kāju sindroms, periodiskās locekļu kustības, miega apnoja u.c.)

- **Murgaini sapņi** – ilgi biedējoši sapņi, kas pamodina REM (*rapid eye movements* - ātro acu kustību miegs) miega nakts otrā daļā. Iemigšana pēc murgiem ir kavēta, detalizēti saglabājas sapnī redzētais. Murgu laikā paātrinās sirdsdarbība un elpošana.
- **Miega baiļu sajūta** - novēro lēnā miega 3. un 4. fāzē nakts pirmajā pusē. Miega saturs līdzīgs murgainiem sapņiem. Sapnī redzēto neatceras vai atceras daļēji, pēc pārdzīvojuma ātri iemieg. Tiek novēroti simpātiskās nervu sistēmas uzbudinājuma simptomi – svīšana, paātrināta sirds darbība un elpošana, paaugstināts asinsspiediens, paplašinātas acu zīlītes.
- **Somnambulisms** (mēnessērdzība) – novēro nakts pirmajā trešdaļā lēnā miega laikā. Cilvēks apsēžas gultā, var staigāt, veikt dažādas kustības, runāt, skatīties apkārt ar neredzošu skatienu. Situācija var būt bīstama, jo cilvēks var traumēties, ieskrienot sienā vai izejot pa logu, var nokrist no trepēm. Bērniem kustības pārsvarā ir lēnas un mazāk bīstamas, bet pieaugušo uzvedība ir bīstama kustību ātruma, spēka un agresivitātes dēļ. Atmiņas par notikušo nesaglabājas, cilvēks atgriežas gultā vai turpina gulēt ārpus tās.
- **Miega apreibums** – nespēja pilnīgi atmosties pēc piecelšanās. Raksturīga dezorientācija, koordinācijas grūtības, automātiskas kustības, miegainība, galvas sāpes, grūtības pildīt uzdevumus darbā vai skolā.
- **Krākšana un elpošanas traucējumi miegā**
- **Obstruktīva miega apnoja** (OMA) - ir elpošanas traucējumi naktī. “*Obstructio*” latīņu valodā nozīmē “nosprostojums”, bet “*apnoe*” sengrieķu valodā apzīmē “bez elpas”.
- **Narkolepsija** – pamatā ir traucēta to smadzeņu darbība, kura kontrolē miega un nomoda līdzsvaru. Raksturīgi 4 simptomi:
  - Miegainība dienā un pēkšņas miegainības lēkmes;
  - Katapleksija - pēkšņa vājuma uzbrukumi;
  - Miega paralīze – īslaicīga nespēja runāt vai kustēties iemigšanas vai pamošanās laikā;
  - Halucinācijas aizmigšanas un pamošanās laikā - spilgtas akustiskās vai vizuālās vīzijas, līdzīgas miegam, kas rodas aizmigšanas vai pamošanās laikā. Tos sauc par "nomoda sapņiem", jo cilvēks saprot, ka viņš vēl neguļ, bet jau sāk sapņot. Parasti šīs vīzijas pavada bailes un satraukums.
- **Parasomnija** - raksturīgi nepatīkami ķermeniski un uzvedības fenomeni, kas rodas miega laikā. [10]

#### 1.4.7. Psihisko traucējumu sindromi

**Paranojālais sindroms** - veido sistematizēti ikdienišķā satura interpretatīvie murgi. Tajos ir ietvertas īstenībai tuvas, reālā dzīvē iespējamās konfliktsituācijas. Cilvēks var kļūt sociāli bīstams, izdarīt noziegumus. Nepieciešama papildinformācija, lai atšķirtu reālo konfliktu no slimības.

Iedala:

- Paranojālie hipohondriskie murgi – cilvēks pārliecināts, ka viņam ir smaga, reizēm neārstējama slimība un nepārtraukti meklē palīdzību.
- Paranojālie kaitēšanas murgi – vērsti pret tuvākiem cilvēkiem, kaimiņiem, ģimenes locekļiem. Apgalvo, ka tie apzog, bojā pārtiku u.c. Griežas pēc palīdzības policijā, citās iestādēs. Raksturīgi veciem cilvēkiem, pārsvarā sievietēm.
- Paranojālie greizsirdības murgi – raksturīgi šizofrēnijas pacientiem un alkoholatkarīgiem.
- Paranojālie izgudrošanas murgi – cilvēks ir pārliecināts, ka izdarījis cilvēcei nozīmīgu atklājumu, bet citi ļaunprātīgi kavē ieviest to dzīvē. Meklējot „taisnību”, vajā tos, kuri nejauši vai dienesta stāvokļa dēļ saskaras ar viņu.

**Paranoīdālais sindroms** - veido murgi, pseidohalucinācijas un psihiskā automātisma simptomi. Slimībai progresējot, psihotisko pārdzīvojumu tematika kļūst daudz plašāka, pārsniedz ticamības robežu. Attīstās vajāšanas murgi, var parādīties uztveres traucējumi – sākumā verbālās ilūzijas, vēlāk dzirdes halucinācijas.

**Psihiskā automātisma (Kandinska-Klerambo) sindroms** - ir centrālais paranoīdālā sindroma komponentes, ko veido iedarbības murgi un pseidohalucinācijas. Cilvēks izjūt vajātāju uzspiestus, pret paša gribu izraisītus, traucējumus. Sākumā jūt iedarbību uz domām, jūtām, garastāvokli. Pret paša gribu paradās domu uzplūdi (to sauc par mentismu vai mantismu), ko pavada stipru baiļu sajūtas. Pēc tam var pievienoties sajūta par iedarbību, kas izraisa sāpes un nepatīkamas senestopātiskas sajūtas dažādās ķermeņa daļās. Vēlāk cilvēks spēj atšķirt sajūtas, kas radušā “iedarbības” rezultātā, no īstām somatiskām sajūtām.

**Parafrēniskais sindroms** - ja slimība attīstās, paranoīdālo sindromu var nomainīt parafrēniskais sindroms. Saglabājas visas paranoīdālā sindroma pazīmes, bet murgu, halucināciju, psihiskā automātisma tematika kļūst fantastiska.

- Paralītiskie lieluma murgi – murgu idejas paradās uz pacilāta, eiforiska garastāvokļa fona, tiem ir milzīgs mērogs.
- Kotāra sindroms – depresīvi parafrēnisks sindroms ar somatisku tematiku. Pacients bieži noliedz savu vai kādas sava ķermeņa daļas esamību. Viņš redz savu ķermeni un atceras, ka reiz bijis dzīvs, tomēr nespēj saprast, ka tāds ir joprojām, nopietni tic, ka staigā apkārt kā dzīvais mironis.

Slimībai ir trīs stadijas. Pirmajā stadijā pārmāc melanholijs vai depresija. Otrajā stadijā sāk parādīties sajūta, ka pacients vai kāda viņa ķermeņa daļa ir mirusi. Trešajā stadijā ir neiespējami pārliecināt pacientu, ka patiesībā viņš ir dzīvs.

**Verbālās halucinozes sindroms** - rodas pēkšņi monologa vai dialoga veidā. Var būt komentējoša vai imperatīva halucinoze. Murgu un halucināciju saturs ir vienāds. Pret savu

stāvokli ir nekritisks. Halucināciju ietekmē pacients var rīkoties neadekvāti, agresīvi pret sevi un apkārtējiem. Pārsvārā verbālā halucinoze attīstās naktī vai vakara stundās.

**Psihiskais automātisms** - cilvēks izjūt, ka paša psihiskie procesi nepieder viņam, bet tiek uzspiesti no ārpuses.

Izšķir 3 variantus:

- Ideatoriskais - sajūta, ka kāds atņem paša domas un uzspiež svešas;
- Senestopatiskais - dažādas nepatīkamas sajūtas, kas rodas dažādās ķermeņa daļās un tiek izjustas kā ārējās iedarbības rezultāts;
- Kinestētiskais - sajūta, ka kustības vai otrādi, visa ķermeņa vai ķermeņa daļas nekustīgums, ir ārējās iedarbības rezultāts.



## 2. Aprūpes procesa īpatnības pacientiem ar psihiskās veselības traucējumiem

Daudzu gadu laikā māsas nodrošina pacientu aprūpi. Aprūpes process ir sistemātisks, dinamisks process, kurā māsa, mijiedarbojoties ar klientu, citiem veselības aprūpes sniedzējiem, ievāc, apkopo un analizē informāciju par pacienta fizisko un psiholoģisko stāvokli, garīgām, kognitīvām un funkcionālām spējām, sociokulturālo vidi un pacienta atbalsta sistēmām. Māsu darbībā novēro sistemātisku, zinātnisku pieeju aprūpes nodrošināšanā [25].

Atbilstoši LR MK 17.04.2009.gada noteikumiem Nr. 268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu" māsas (vispārējās aprūpes māsas) ar specializāciju psihiatriskajā un narkoloģiskajā aprūpes kompetencē ir padziļināta patstāvīgas aprūpes plānošana un veikšana, aprūpes rezultātu izvērtēšana pacientiem ar psihiskās veselības traucējumiem un slimībām (t. sk. pacientu ar atkarībām) un aprūpes kvalitātes kontrole un analīze. Māsu kompetencē ir līdzdalība diagnostisko un ārstniecisko procedūru veikšanā psihiatrijā un narkoloģijā, sadarbībā ar psihiatriskās rehabilitācijas komandas dalībniekiem, piedalīšanās psihiatriskās rehabilitācijas procesa īstenošanā, profilaktisko, izglītojošo pasākumu plānošanā un īstenošanā dažāda vecuma sabiedrības grupām par psihiskās veselības traucējumiem, slimībām un aprūpi. [5]

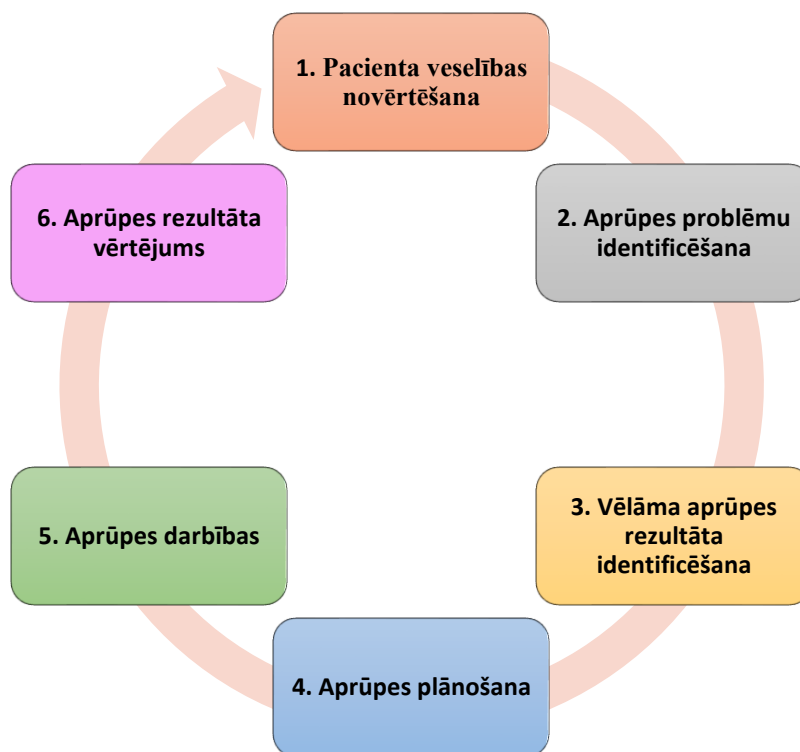
Māasai ar specializāciju psihiatriskajā un narkoloģiskajā aprūpē ārstniecisko darbību veikšanai ir nepieciešamas teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas par:

- psihisko traucējumu un slimību etioloģiju, diagnostikas, ārstēšanas un psihiatriskās rehabilitācijas pamatprincipiem;
- pacientu aprūpi un medikamentozās terapijas principiem dažādu psihiskās veselības traucējumu un slimību gadījumos;
- pacientu ar psihiskās veselības traucējumiem un slimībām novērošanas un uzraudzības principiem;
- saskarsmes īpatnībām darbā ar personām ar psihiskās veselības traucējumiem un slimībām (t.sk. personām ar atkarībām) u.c.[5]

Iepriekš minētais norāda uz to, ka psihiatrisko un narkoloģisko pacientu aprūpei ir sava specifika, ka māsām ir nepieciešamas īpašas zināšanas un prasmes, lai nodrošinātu kvalitatīvu, uz labas prakses piemēriem pamatotu, aprūpi.

## 2.1. Novērtēšanas kritēriji

Dažādos literatūras avotos ir definēts māsu aprūpes process un ir dažādas variācijas šī procesa posmu sadalīšanā. Pēc Mērijas C. Touseidas (*Mary C. Townsend*) māsu aprūpes process sastāv no sešiem posmiem, kas ir apkopoti 2.1.1. attēlā.



### 2.1.1.attēls. Aprūpes procesa posmi

Pirmajā posmā tiek apkopota informācija par pacientu, par viņa veselības stāvokli, lai plānotu kvalitatīvu aprūpi. Informāciju saņem no dažādiem avotiem, t.sk. runājot ar pacientu, viņa piederīgajiem, citiem veselības un sociālā darba speciālistiem.

Novērtējot pacienta vispārējo veselības stāvokli, īpaša uzmanība jāpievērš psihiskās veselības novērtēšanai. Šobrīd Latvijā nav vienota psihiatrisko pacientu novērtēšanas protokola, katra ārstniecības iestāde to veido pēc sava parauga.

Daži no pacientu novērtēšanas kritērijiem ir apkopoti tabulā 2.1.1. [10]

2.1.1. tabula

Novērtēšanas pozīcijas	Novērtēšanas kritēriji	Pacienta spējas, Kritēriju esamība
Sevis apzināšana/ orientēšanās	- Orientējas personā, laikā, vietā - Savas rīcības sekas apzināšana - Līdzestība ārstēšanās procesā	Spēj Spēj daļēji Nespēj
Slimības uztvere		Ir /Nav /Daļēji
Domāšana	- Paātrināta/ palēnināta - Spēja pārslēgties no vienas tēmas uz otru - Spēja veidot teikumus un izteikt savas domas	Ir/Nav

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spēja atbildēt uz jautājumiem pēc būtības</li> <li>- Maldinošas idejas</li> <li>- Kritiska attieksme</li> </ul>	
Uztvere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ilūzijas</li> <li>- Halucinācijas</li> </ul>	Ir/Nav
Atmiņa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normāla</li> <li>- Apgrūtināta</li> <li>- Traucējumi</li> </ul>	Ir/Nav
Runa	<p>Balss tonis (ir mierīgs un noteikts, atbilstošs/ neatbilstošs situācijai)</p> <p>Normālā Nesaprotama Ātra Lēna</p>	Ir/Nav
Garastāvoklis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atbilstošs / normāls</li> <li>- Nomākts</li> <li>- Pacilāts</li> <li>- Mainīgs</li> </ul>	
Kontaktēšanas spējas Sociālā mijiedarbība/ saskarsme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spēja veidot un uzturēt kontaktu/ sarunu</li> <li>- Spēja saprotami paust informāciju gan verbāli, gan neverbāli</li> <li>- Līdzestība</li> <li>- Spēja sadarboties, pildīt norādījumus</li> </ul>	Spēj Spēj daļēji (apgrūtinātas); Nespēj
Miegs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Naktī guļ bez pamošanās 6 – 8 stundas. Ja naktī pamostas, viegli iemieg un guļ līdz rītam bez pamošanās. Miega ritms nav traucēts. Ir izgulēšanās sajūta</li> <li>- Nakts miegs ar pārtraukumiem 3 – 5, ir spēja aizmigt pēc pamošanās. Ir izgulēšanās sajūta</li> <li>Reizēm nepieciešami medikamenti miegam.</li> <li>- Ir traucēta miega saglabāšana – bieža pamošanās naktsmiera laikā, nespēja no jauna iemigt, pārāk agra pamošanās. Aizmieg tikai pēc medikamentu saņemšanas. Jūt nogurumu un miegainību dienā. Ar pārtraukumiem guļ/ snauduļo dienas laikā</li> <li>- Ir trausls miegs, sapņos rādās murgi, grūti iemigt, baiļu, trauksmes vai domu dēļ. Nespēja pilnīgi atmosties pēc piecelšanās.</li> <li>Neizgulēšanās sajūta kaut gan naktī guļ vismaz 5 stundas</li> <li>- Neguļ ne naktī, ne dienā. Neguļ arī pēc medikamentu saņemšanas. Vērojama uzbudināmība, nemiers un uztraukums</li> </ul>	
Izturēšanās	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mierīgs</li> <li>- Satraukts</li> </ul>	

	- Agresīvs - Kavēts	
Pašnāvības	- Anamnēzē (domas, darbības) - Patreiz (domas, darbības)	Ir/Nav

## 2.2. Aprūpes diagnozes, to klasifikācija

Māsu jeb aprūpes diagnozes jēdziens nav jauns. Gadiem ilgi māsas identificējušas pacientu problēmas, plānojušas savas darbības, cenšoties panākt pacienta veselības un dzīves kvalitātes uzlabošanu vai uzturēšanu.

Vēsturiski māsām trūka prakses autonomijas, māsas palīdzēja ārstiem, veicot konkrētus uzdevumus savas kompetences ietvaros. Māsu aprūpes diagnozes, kā terminu, sāka pielietot no 20. gadsimta 50. gadiem, tomēr, tikai pagājušā gadsimta 70. gados Amerikas māsu asociācija (ANA) sāka rakstīt māsu prakses standartus, kas ietvēra arī māsu aprūpes diagnozes, kā neatņemamu māsu aprūpes procesa sastāvdaļu.

Māsu izglītībā daudz tiek runāts par māsas lomu holistisku pieeju veselības aprūpes nodrošināšanā. Māsām savā praksē būtu jāintegrē dažādu zinātņu atziņas, kas palīdzētu nodrošināt drošu un efektīvu aprūpi cilvēkiem ar psihiskas veselības traucējumiem. [25]

Latvijā informāciju par aprūpes diagnozēm māsas sāka saņemt līdz ar atmodas laikiem, pateicoties diasporas māsu zināšanām un vēlmei palīdzēt uzlabot māsu aprūpes darba kvalitāti. Tika tulkotas un publicētas grāmatas, lasītas lekcijas un vadīti apmācību semināri, tomēr līdz šim Latvijas māsū praksē māsu aprūpes diagnozes nav oficiāli apstiprinātas un netiek izmantotas psihiatrisko un narkoloģisko pacientu aprūpē.

Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija (SSK) ir dokuments, kas tiek izmantots kā vadošais statistikas un klasifikācijas pamats veselības aizsardzībā un apmēram desmit gados reizi Pasaules Veselības organizācijas (PVO) vadībā tas tiek pārskatīts. SSK -10 psihiski traucējumi tiek klasificēti kopā ar uzvedības traucējumiem. Šīm slimībām kodu numuri ir piešķirti no F00 līdz F99. Māsām, izvirzot aprūpes diagnozes, ir būtiski pārzināt SSK.

Māsu aprūpes diagnožu pamatā ir klīniski novērtējumi par indivīda, ģimenes vai kopienas reakcijām uz faktiskām vai iespējamām veselības problēmām un dzīves procesiem. Māsu diagnozes nodrošina pamatu māsu aprūpes darbību izvēlei, lai sasniegtu rezultātus, par kuriem tā ir atbildīga [25].

Tabulās ir apkopoti daži psihiskie traucējumi (pēc SSK-10) un iespējamās māsu aprūpes diagnozes. Šie piemēri, kas apkopoti tabulās: 2.2.1.1., 2.2.3.1., 2.2.4.1., 2.2.5.1., 2.2.6.1. [7, 10, 25, 27] un tabulā 2.3.1. [10, 25, 28], var palīdzēt māasai plānot un veikt aprūpes darbības.

## 2.2.1. Uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā F90 – F99

2.2.1.1. Tabula

Slimību un veselības problēmu klasifikācija	Iespējamās māsu aprūpes diagnozes
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uzvedības traucējumi.</li> <li>▪ Jaukti uzvedības un emociju traucējumi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augsts agresivitātes risks, kas vērsts pret sevi un/vai apkārtējiem;</li> <li>- Neadekvāta psiholoģiskā aizsardzība;</li> <li>- Neefektīva adaptācija stresa situācijās;</li> <li>- Traucēts pašvērtējums;</li> <li>- Trauksme (viegla līdz izteiktam līmenim);</li> <li>- Miega traucējumi.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ēšanas traucējumi zīdaiņa vecumā un bērnībā (F98.2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Izmainīta ēšana – mazāka ēdiena daudzuma lietošana, nekā nepieciešams organismam;</li> <li>- Uzņemtā šķidruma daudzuma nepietiekamība;</li> <li>- Neefektīva adaptācija stresa situācijās;</li> <li>- Trauksme (viegla līdz izteiktam līmenim);</li> <li>- Ķermeņa tēla un pašvērtējuma traucējumi.</li> </ul>

## 2.2.2. Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot psihiskos F00 – F09

2.2.2.1. tabula

Slimību un veselības problēmu klasifikācija	Iespējamās māsu aprūpes diagnozes
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiskie psihopatoloģiskie sindromi.</li> <li>▪ Organiski psihiskie traucējumi.</li> <li>▪ Organiski psihiskie traucējumi, ko izsauc psihoaktīvo vielu lietošana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augsts traumēšanās risks;</li> <li>- Uztveres un sajūtas traucējumi;</li> <li>- Domāšanas traucējumi;</li> <li>- Verbālās saskarsmes traucējumi;</li> <li>- Pašaprūpes deficīts (traucējumi);</li> <li>- Miega traucējumi.</li> </ul>

## 2.2.3. Garastāvokļa traucējumi (afektīvi traucējumi) F30 -F39

2.2.3.1. Tabula

Slimību un veselības problēmu klasifikācija	Iespējamās māsu aprūpes diagnozes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mānijas epizode.</li> <li>▪ Depresija.</li> <li>▪ Bipolāri afektīvi traucējumi.</li> <li>▪ Rekurenti depresīvi traucējumi.</li> <li>▪ Hroniski afektīvi traucējumi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augsts agresijas risks pret sevi;</li> <li>- Patoloģiskā bēdu reakcija;</li> <li>- Traucēts pašvērtējums;</li> <li>- Sociālā izolācija un sociālās mijiedarbības traucējumi;</li> <li>- Bezspēks;</li> <li>- Domāšanas traucējumi;</li> </ul>	-

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Izmainīta ēšana – mazāka ēdiena daudzuma lietošana, nekā nepieciešams organismam;</li> <li>- Miega traucējumi.</li> </ul>	
--	--	--

## 2.2.4. Šizofrēnija un šizofrēnijas spektra traucējumi F20 -F29

2.2.4.1.tabula

Slimību un veselības problēmu klasifikācija	Iespējamās māsu aprūpes diagnozes
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Šizofrēnija</li> <li>▪ Šizotipiski traucējumi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Domāšanas traucējumi;</li> <li>- Uztveres traucējumi;</li> <li>- Augsts agresijas risks pret apkārtējiem;</li> <li>- Miega traucējumi;</li> <li>- Pašaprūpes traucējumi;</li> <li>- Sociālā izolēšanās.</li> </ul>

## 2.2.5. Garīga atpalcība F70 -F79 un Psihiskās attīstības traucējumi F80 - F89

2.2.5.1.tabula

Slimību un veselības problēmu klasifikācija	Iespējamās māsu aprūpes diagnozes
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garīga atpalcība viegla, vidēji smaga, smaga</li> <li>▪ Jaukti specifiski attīstības traucējumi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augsts pašagresijas risks;</li> <li>▪ Augsts agresijas risks pret citiem;</li> <li>▪ Traucēta sociālā mijiedarbība;</li> <li>▪ Verbālās saskarsmes traucējumi;</li> <li>▪ Personības identitātes traucējumi.</li> <li>▪ Neadekvāta psiholoģiskā aizsardzība;</li> <li>▪ Sociālās mijiedarbības traucējumi;</li> <li>▪ Neefektīva adaptācija stresa situācijās;</li> <li>▪ Trauksme;</li> <li>▪ Miega traucējumi.</li> </ul>

## 2.2.6. Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ F10 - F19

2.2.6.1.tabula

Slimību un veselības problēmu klasifikācija	Iespējamās māsu aprūpes diagnozes
... alkohola lietošanas dēļ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neefektīva noliegšana;</li> <li>- Neefektīva adaptācija stresa situācijās;</li> <li>- Izmainīta ēšana – mazāka ēdiena daudzuma lietošana, nekā nepieciešams organismam;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traucēts pašvērtējums;</li> <li>- Zināšanu deficīts.</li> </ul>
... alkohola lietošanas dēļ ar delīriju, abstinences stāvoklis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augsts traumēšanas risks;</li> <li>- Uztveres un sajūtas traucējumi;</li> <li>- Domāšanas traucējumi;</li> <li>- Miega traucējumi.</li> <li>- Verbālās saskarsmes traucējumi;</li> <li>- Pašaprūpes deficīts (traucējumi).</li> </ul>

### 2.3. Aprūpes diagnoze, aprūpes mērķis un māsas darbības

Māsu diagnozes izmantošana ikdienas praksē dod zināmu profesijas autonomijas pakāpi, tās, kas vēsturiski pietrūka māsu praksē. Māsu diagnozes palīdz identificēt un aprakstīt esošās un potenciālās pacienta problēmas, atvieglo plānot un veikt aprūpi, un izvērtēt sasniegtos aprūpes rezultātus. Ieguvējs ir pacients, kurš saņem efektīvu aprūpi, pamatotu teorētiskajās zināšanās.

Tabulā ir aprakstīti aprūpes diagnožu piemēri, kas varētu palīdzēt māsām strukturēt un plānot pacientu aprūpi.

2.3.1. tabula

Aprūpes diagnoze/ problēma	Aprūpes mērķis	Aprūpes darbība
<b>Uztveres traucējumi</b>	Pacients varēs ignorēt halucinācijas, varēs noteikt un uztvert realitāti bez halucinācijām	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientu novērošana, noskaidrot halucinācijas saturu, lai varētu prognozēt pacienta uzvedību un novērst pacienta agresīvu uzvedību imperatīvu halucināciju gadījumā;</li> <li>- Uzmanīties no negaidītiem pieskārieniem. Pacients to var uztvert kā draudu un atbildēt ar agresiju;</li> <li>- Pacientu pieņemšana uzdrošina pacientu dalīties ar halucināciju saturu. Tas ir svarīgi agresijas novēršanai pret sevi un/vai apkārtējiem.</li> <li>- Ne apstiprināt halucinācijas, necensties pierādīt halucināciju neatbilstību realitātei, izturēties neitrāli, ne piekristot, ne apstrīdot;</li> <li>- Mēģināt noskaidrot saikni starp halucināciju rašanos un trauksmes attīstību.</li> <li>- Novērst uzmanību no halucinācijām, iesaistot pacientu dažādās aktivitātēs.</li> </ul>
<b>Domāšanas traucējumi</b>	Pacients varēs atšķirt maldinošu, murgainu domāšanu un realitāti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientu novērošana, noskaidrot murgu saturu, lai varētu prognozēt pacienta uzvedību;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dot pacientam pietiekami daudz laika murgu izklāstam, necensties pierādīt murgu neatbilstību realitātei, izturēties neitrāli, ne piekrītot, ne apstrīdot;</li> <li>- Izturēties mierīgi, patstāvīgi nodrošināt godīgu un skaidru atgriezenisku saiti;</li> <li>- Runāt vienkāršā valodā, īsi un skaidri, demonstrēt skaidru neverbālu komunikāciju;</li> <li>- Veidot empātiskas attiecības;</li> <li>- Klausoties, atspoguļot pacienta teikto, paust sapratni par viņa emocijām, mazāk uzmanības pievēršot saturam;</li> <li>- Novērst uzmanību, lai mazinātu murgainu domāšanu;</li> <li>- Uzmanīties no negaidīta pieskāriena, neuzturēt ciešu acu kontaktu (tas var izraisīt agresiju un darbinieka iesaistīšanu murgu idejās);</li> <li>- Iedrošināt un veicināt atbilstošu rīcību bez murgainām idejām;</li> <li>- Pēc iespējās iesaistīt aktivitātēs.</li> </ul>
<b>Miega traucējumi</b>	<p><u>Īslaicīgs</u>: pacients spēs aizmigt 30 min. laikā.</p> <p><u>Ilglaicīgs</u>: pacients spēj gulēt bez pamošanās 6-7 stundas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Novērot pacienta miega režīmu;</li> <li>- Novērtēt baiļu un trauksmes ietekmi;</li> <li>- Izslēgt no pacienta diētas kofeīnu saturošus produktus un dzērienus;</li> <li>- Veicināt dienas režīma ievērošanu;</li> <li>- Samazināt fiziskās un emocionāli piesātinātas aktivitātes pirms gulēt iešanas;</li> <li>- Nodrošināt drošu vidi, samazināt kairinātājus;</li> </ul>
<b>Augsts agresivitātes risks pret sevi un/vai apkārtējiem</b>	<p><u>Īslaicīgs</u>: pacients meklēs personāla palīdzību, ja jūt dusmas/ agresivitāti vai paradās pašnāvības domas;</p> <p><u>Ilglaicīgs</u>: neveiks agresīvas rīcības pret sevi vai apkārtējiem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patstāvīgas uzraudzības nodrošināšana;</li> <li>- Novērot pašnāvniecisku rīcību, izteicienus. Panākt vienošanos, ka netiks uzbrukts citiem vai veikts pašnāvības mēģinājums, meklēs personāla palīdzību;</li> <li>- Uzdot jautājumu, vai ir pašnāvības plāns, rīki;</li> <li>- Palīdzēt atpazīt pirmās naida un dusmas pazīmes;</li> <li>- Neatstāt pacientu vienu, ja rodas pirmās agresivitātes pazīmes;</li> <li>- Nodrošināt drošu vidi: samazināt ārējos kairinātājus, novākt potenciāli bīstamus priekšmetus;</li> <li>- Palīdzēt vadīt sajūtas;</li> <li>- Veicināt adekvātu fizisko aktivitāti;</li> </ul>



<b>Trauksme</b>	<p><u>Īslaicīgs</u>: meklē personāla palīdzību un spēj pastāstīt par trauksmes pirmajiem simptomiem;</p> <p><u>Ilglaicīgs</u>: spēj savaldīties, saprast trauksmes cēloņus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veidot uzticēšanos attiecībās;</li> <li>- Mudināt pacientu identificēt emocionālos pārdzīvojumus;</li> <li>- Palīdzēt saprast trauksmes cēloņus;</li> <li>- Sniegt atbalstu trauksmes gadījumā;</li> <li>- Piedāvāt fiziskās aktivitātes, kas mazina spriedzi;</li> <li>- Nodrošināt drošu vidi, samazināt ārējos kairinātājus;</li> <li>- Personālam jābūt mierīgām.</li> </ul>
<b>Traumēšanas un paštraumēšanas risks</b>	<p>Atrodoties nodaļā pacients nenodarīs pāri ne sev, ne apkārtējiem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patstāvīga pacienta uzvedības novērošana;</li> <li>- Drošas vides nodrošināšana: kairinātāju samazināšana, bīstamo priekšmetu novākšana;</li> <li>- Pacienta iesaistīšana dažādās aktivitātēs trauksmes samazināšanai;</li> <li>- Pietiekama personāla daudzuma nodrošināšana;</li> <li>- Medikamentozā terapijas nodrošināšana;</li> <li>- Nepieciešamības gadījumā – ierobežošanas nodrošināšana. Pacienta novērošana ik pa 15 minūtēm!</li> </ul>
<b>Ēšanas traucējumi, izmainīti ēšanas ieradumi</b>	<p>Vēlamas ķermeņa masas sasniegšana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulāra svara kontrole;</li> <li>- Bieža, nelielām porcijām uztura uzņemšana.</li> <li>- Uzņemta un izdalīta uztura kontrole, pacienta novērošana pēc ēdienreizēm;</li> <li>- Zarnu darbības novērtēšana;</li> <li>- Pietiekama šķidruma daudzuma uzņemšanas nodrošināšana;</li> <li>- Atbalsts un pozitīva atgriezeniskā saite.</li> </ul>
<b>Sociālā izolācija, traucēta sociālā mijiedarbība</b>	<p><u>Īslaicīgs</u>: veidos saskarsmi ar kontaktpersonu;</p> <p><u>Ilglaicīgs</u>: spēj veidot saskarsmi ar personālu, vienaudžiem, ģimenes locekļiem, draugiem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veidot uzticēšanos, būt godīgai, pildīt dotus solījumus;</li> <li>- Demonstrēt pacienta pieņemšanu, veicinot pašcieņu;</li> <li>- Iesaistīt grupu nodarbības, sniegt atbalstu, palikt tuvumā;</li> <li>- Sniegt pozitīvu atgriezenisko saikni;</li> <li>- Ignorēt pacienta demonstrēto manipulatīvo uzvedību.</li> </ul>
<b>Pašvērtējuma traucējumi</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empātiska saskarsme;</li> <li>- Palīdzēt pacientam koncentrēties uz savām stiprām pusēm. Līdz minimumam samazināt uzmanību uz reālajām vai iedomātajām neveiksmēm pacienta dzīvē.</li> <li>- Stimulēt pacienta piedalīšanos terapeitisko grupu aktivitātēs.</li> </ul>

<b>Neefektīva adaptācija stresa situācijās</b>	Īslaicīgs: pacients spēj pastāstīt par adaptīviem stresa mazinošiem uzvedības modeļiem;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jānosaka robežas pacienta manipulējošai uzvedībai, ignorēt pacienta manipulācijas uzvedību;</li> <li>- Mudināt stāstīt par pārdzīvojumiem, bailēm, trauksmi. Spēja izteikt savus pārdzīvojumus mierīgos apstākļos var palīdzēt pacientam paskatīties uz savām problēmām no cita viedokļa.</li> </ul>
<b>Zināšanu deficīts</b>	Pacients demonstrēs zināšanas par ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Noskaidrot pacienta zināšanu līmeni par ...;</li> <li>- Noskaidrot trauksmes līmeni un pacienta gatavību piedalīties mācībās;</li> <li>- Izstrādāt apmācību plānu. Pēc iespējas iesaistīt pacientam tuvus cilvēkus apmācību procesā.</li> <li>- Pozitīvas atgriezeniskās saites nodrošināšana apmācību procesā.</li> </ul>

## 2.4. Aprūpes dokumentācija

Medicīnisko dokumentāciju reglamentē Ministra kabineta 04.04.2006. noteikumi Nr. 265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība", kas nosaka ārstniecības iestāžu medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību un ir saistoši visām ārstniecībām iestādēm. Medicīniskie dokumenti par primārās, sekundārās veselības aprūpes un neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanu veido vienotu informācijas vienību. [3]

Šeit minēti tikai daži no dokumentu veidiem, kas aizpildāmi sekundārā aprūpē:

- Pacientu uzņemšanas un stacionēšanas atteikumu reģistrācijas žurnāls;
- Stacionāra un dienas stacionāra pacienta medicīniskā karte (SPMK);
- Pacienta novērtēšanas protokols ;
- Ordināciju lapa;
- Stacionāra pacientu kustības un gultu fonda uzskaites lapa;
- Pacientu kustības un gultu fonda uzskaites kopsavilkums stacionārā (nodaļā);
- Izraksts no stacionārā/ambulatorā pacienta medicīniskās kartes;
- Ambulatorā pacienta medicīniskā karte, ambulatorā pacienta talons;
- Medicīnas māsas aprūpes protokols medicīniskajā rehabilitācijā.

MK noteikumi nosaka, ka ierakstiem jābūt datētiem, uzrakstītiem profesionālā valodā, salasāmā rokrakstā, parakstītiem ar paraksta atšifrējumu, bez labojumiem. Labojumu gadījumā, kļūdaina informācija viegli jāpārsvītro, jāuzraksta «labotajam ticēt» un jāapliecina ar parakstu un tā atšifrējumu.

Nepieciešamības gadījumā, ar ārstniecības iestādes rīkojumu, var tikt izmantota arī citas, konkrētās ārstniecības iestādes izstrādāta dokumentācija.

Nepieciešamības gadījumā, veicot pacienta ierobežošanu, jāaizpilda *Pacientu ierobežošanas gadījumu reģistrācijas žurnāls*, kurā atzīmē

- Pacienta vārdu, uzvārdu,
- Personas kodu,
- Ierobežojošo līdzekļu sākuma laiku (datums, laiks: stunda, minūte),
- Ierobežojošo līdzekļu beigu laiku (datums, laiks: stunda, minūte),
- Ierobežojošo līdzekļu piemērošanas iemeslu,
- Ierobežojošo līdzekļu lietošanas laikā nodarītos miesas bojājumus (ja tādi ir bijuši),
- Informāciju par likumiskā pārstāvja informēšanu (nepilngadīgam pacientam),
- Citu informāciju.

Žurnālā veiktus ierakstus paraksta ārsts. [4]

Papildus tiek aizpildīts *Pacienta ierobežošanas protokols*, kurā papildu informācijai, kas ierakstīta *Pacientu ierobežošanas gadījumu reģistrācijas žurnālā*, vēl ieraksta informāciju par pacienta ierobežošanas procesā iesaistīto personālu, par pacienta vitāliem rādītājiem (asinsspiediens, pulss, elpošana), kas tiek mērīti ik pa 15 minūtēm. Protokolu paraksta ārsts un māsa.

### 2.4.1. Aprūpes procesa dokumentēšana

Līdz šim laikam māsu aprūpes dokumentācija nav vienota un standartizēta, katrā ārstniecības iestādē ar iekšējiem normatīviem aktiem apstiprina iestādē izveidotu māsu aprūpes dokumentāciju. Tomēr māsu aprūpes dokumentācijai ir līdzīgi pamatprincipi – tajā tiek atspoguļota informācija par pacientu aprūpes procesu un tā rezultātiem. Tabulā 2.4.1.1. piedāvāts dažādu aprūpes dokumentāciju sadaļu apkopojums, kas balstīts uz autores personīgo profesionālo pieredzi.

2.4.1.1. tabula

<b>Aprūpes dokumentācijas sadaļas</b>	<b>Informācija par pacientu Aprūpes plānošana un izvērtēšana</b>
Pacienta identificēšana, anamnēze	Iestāšanās iemesls, dzīves un slimības anamnēze, personas dati, sociālais fons, tuvinieki.
Pacienta vispārējais stāvoklis, esošās problēmas	Vitālie rādītāji, uzturs/gremošana, ādas stāvoklis, pašaprūpes līmenis; Sevis apzināšana/ orientēšanās, uztvere, atmiņa, runa, garastāvoklis, kontaktēšanas spējas/ saskarsme, sociālā mijiedarbība, emocijas, miegs, destruktīva uzvedība/ pašnāvības mēģinājumi anamnēzē.

Aprūpes diagnoze, aprūpes mērķis	Atbilstoši pacienta problēmai/problēmām
Māsas darbība	Līdzdalība, atbalsts, informēšana, izglītošana; Aprūpes plānošana, aprūpes koordinēšana; Drošas vides nodrošināšana; Vispārējā aprūpe, intensīvā aprūpe, speciālā aprūpe, medikamentozā aprūpe.
Aprūpes rezultāts	Atbilstošs/ neatbilstošs aprūpes problēmai un mērķiem.
Epikrīze	Informācija par veselības stāvokli, veiktām aprūpes darbībām. Novērojumi, ieteikumi.

Ambulatorā garīgās veselības aprūpe ir plaša veselības pakalpojumu joma, kurā pastāv dažas būtiskas atšķirības starp stacionāro un ambulatoro aprūpi. Mājās pacients vairs nav tik ļoti atkarīgs no māsas. Māsa nespēj kontrolēt vidi tik lielā mērā, kā stacionāra apstākļos.

Māsai jāspēj profesionāli veikt administratīvus pienākumus un zāļu lietošanas monitoringu, reizēm jāapgūst sociālā darbinieka iemaņas, jo nākas saskarties ar daudzveidīgām situācijām, kuru risināšana nav māsas pamatuzdevums. Svarīga ir saskarsmes veidošanas prasme, jo sarežģītos gadījumos nav iespējams saņemt atbalstu vai objektīvu atgriezenisko saiti. Ambulatorā praksē māsām jāveic aprūpe pacientiem ar dažādām slimībām un pacientu problēmām, un tādēļ nozīmīgi saskarsmē veidot empātisku savstarpējo sapratni.

## 2.5. Pacientu dinamiskās novērošanas principi un tās nodrošināšana

Latvijā vēl nav izstrādāta un apstiprināta psihiatrisko un narkoloģisko pacientu aprūpes klasifikācijas sistēma (PKS). Latvijas māsu asociācijas darba grupas kopš 2021.gada veic PKS izstrādi, lai tā būtu vienota visās ārstniecības iestādēs. Psihiatrijas un narkoloģijas māsu apvienības darba grupa piedalās PKS un novērtēšanas instrumentu izstrādē psihiatrijas pacientiem. Paredzēts, ka instruments ietvers sevī gan pacientu pašaprūpes līmeņu novērtējumu, gan māsu darba slodzes indikatorus. Kopumā instruments palīdzēs sadalīt pacientus 4 aprūpes kategorijās, kurās katrai būs noteikta aprūpes intensitātes pakāpe.

**Pirmais aprūpes līmenis** – personas fiziskās vai garīgās spējas ir mēreni ierobežotas. Persona spēj un prot veikt pašaprūpi atbilstoši savām vajadzībām un savam veselības stāvoklim, nepieciešams minimāls personāla atbalsts noteiktu stundu skaitu diennaktī. Māsa, māsas palīgs/sanitārs nodrošina ārstniecības personas – ārsta vai māsas noteikto pacienta uzraudzību.

**Otrais aprūpes līmenis** – pacienta fiziskās vai garīgās spējas ir mēreni vai ievērojami ierobežotas. Pacients daļēji spēj un prot veikt pašaprūpi atbilstoši savām vajadzībām un savam veselības stāvoklim, ir iespējama spēju vai prasmju pazemināšanās, nepieciešams daļējs noteikta laika posma personāla atbalsts ikdienā. Māsa, māsas palīgs/ sanitārs nodrošina ārstniecības personas – ārsta vai māsas noteikto pacienta uzraudzību un novēro funkcionālo traucējumu izmaiņas, nepieciešams daļējs personāla atbalsts noteiktu stundu skaitu diennaktī.

**Trešais aprūpes līmenis** – pacienta fiziskās vai garīgās spējas ir ievērojami vai smagi ierobežotas. Pacienta spēja veikt noteiktas pašaprūpes darbības ir ievērojami traucēta, nepieciešams regulārs personāla atbalsts ikdienā. Māsa, māsas palīgs/ sanitārs nodrošina ārstniecības personas – ārsta vai māsas noteikto pacienta uzraudzību un novēro funkcionālo traucējumu izmaiņas, nepieciešams maksimāls personāla atbalsts noteiktu stundu skaitu diennaktī. Šajā līmenī ietilpst pacienti, kuriem ir hroniskas psihiskās slimības paasinājums (t.sk.. atkarības) un nepieciešama palīdzība stacionārā vai ambulatori.

**Ceturtais aprūpes līmenis** – pacienta fiziskās vai garīgās spējas ir smagi ierobežotas, izteikta pašaprūpes spēju nepietiekamība, pacients pilnībā aprūpējams un uzraugāms visu diennakti. Māsa, māsas palīgs/ sanitārs nodrošina ārstniecības personas – ārsta, māsas noteikto pacienta uzraudzību un novēro funkcionālo traucējumu izmaiņas, nepieciešams patstāvīgs personāla atbalsts visu diennaktī

Šobrīd, pacientam, stājoties slimnīcā, tiek nodrošināts atbilstošs novērošanas līmenis, ar kura palīdzību būtu iespējams nodrošināt pacientu drošību un apmierināt viņu vajadzības. Apsverot veselības riskus, ārsts nosaka atbilstošu novērošanas līmeni - noskaidro, vai pacientam ir risks nodarīt kaitējumu sev vai citiem cilvēkiem, vai pacients varētu aizbēgt no nodaļas, vai pacientam ir nepieciešama speciālā aprūpe u.c. Māsas pienākums ir novērot pacienta stāvokļa izmaiņas, prognozēt iespējamo veselības stāvokļa pasliktināšanos, sadarbībā ar citiem speciālistiem, nodrošināt drošu vidi gan pacientiem, gan personālām.

## 2.6. Medikamentu administrēšanas principi un medikamentozās aprūpes īpatnības

Neiroleptiskie (antipsihotiskie) līdzekļi, ko izmanto psihozes, šizofrēnijas un maniakālas depresijas ārstēšanā. Pirmās paaudzes (tipiskie) neiroleptiskie līdzekļi atklāti 1950.gados, otrās paaudzes (netipiskie) līdzekļus pacientu ārstēšanā sāka izmantot 1970.-1980.gados.

**Neiroleptiskie (antipsihotiskie) līdzekļi** [10, 13, 25].

2.6.1.tabula

Klasiskie	Netipiskie
Augstas potences (haloperidols) – spēj izraisīt efektu mazā devā. Biežāk veicina ekstrapiramidālās blaknes.	Clozapine, Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol
Vidējas potences (flupentiksol, zuklopentiksol)	Stipri mazāk izraisa vai vispār neizraisa ekstrapiramidālās blaknes
Zemas potences ( chlorpromazin, chlorprotixen)- retāk veicina ekstrapiramidālās blaknes, rada stipru sedāciju. Novērojamas antiholīnērgiskas parādības (sausums mutē, redzes dubultošanās, tahikardija, aritmija)	Ietekmē produktīvo simptomātiku (halucinācijas, mānijas, murgi) un negatīvo simptomātiku (pasivitāte, autisms, gribas trūkums)

Neiroleptiskie (antipsihotiskie) līdzekļi tiek pielietoti sekojošu slimību terapijā:

- Šizofrēnija;
- BAT, mānijas akūtas fāzes terapija;
- Smaga depresija ar psihotiskām iezīmēm;
- Psihozes, kas rodas delīrija, demences u.c. organisku traucējumu gadījumā;
- Psihozes, ko izraisa citu medikamentu vai psihotisku vielu lietošana;
- Halucinācijas;
- Īslaicīgai terapijai vardarbīgas uzvedības gadījumā;
- Nemiers, trauksme.

Iespējamās blaknes neiroleptisko līdzekļu lietošanas gadījumā:

- Ortostatiskais kolapss;
- Neiroleptiskie krampji;
- Ekstrapiramidālie simptomi (akūta distonija, akatizija, parkinsonisms, tardīvā diskinēzija);
- Reibonis, nomākums, miegainība, depresija, nespēks;
- Eiforija, miega traucējumi, drebuļi;
- Ļaundabīgs neiroleptiskais sindroms.

- Antiholīnērgiskās blaknes;
- Endokrinoloģiskās blaknes;
- Ķermeņa masas pieaugums, cukura diabēts, dislipidēmija;
- Arteriālā hipertensija, paaugstināts sirds koronārās slimības risks.

Latvijā reģistrētie neiroleptiskie (antipsihotiskie) līdzekļi:

*Amisulpiridum (Solian), Aripiprazolum (Abilify), Chlorpromazinum (Aminazin), Chlorprotixenum (Truxal), Clozapinum (Leponex), Flupentixolum (Fluanxol), Haloperidolum Levomepramazinum (Tisercin), Melperonum (Buronil), Olanzepinum (Zyprexa), Quetiapini (Kventiax), Risperidonum (Rispolept), Sertindolum (Serdolect), Sulpiridum (Eglonyl), Ziprazidonum (Zeldox), Zuclopentixol (Cisordinol).*

Māsām jāzina neiroleptisko līdzekļu iedarbība, blakusparādības un jāprognozē aprūpes darbība blakus efektu mazināšanai.

2.6.2.tabula, [10,25]

<b>Aprūpes problēma</b>	<b>Aprūpes darbība</b>
Neiroleptiskie līdzekļi jālieto ilgstoši, parasti darbība sākas 10.-14. dienā	Novērot pacienta izturēšanos, kontaktēšanas spējas, garastāvokli. Informēt pacientu par medikamenta darbību.
Miegainība, reibonis (vairāk izteikts ārstēšanas sākumā)	Medikamentu lietot pirms gulēt iešanas. Palielināt kofeīnsaturošu produktu lietošanu dienas 1.pusē. Ja nepieciešams, samazināt medikamenta devu.
Hipotensija, sirds ritma un vadīšanas traucējumi pacientiem ar sirds un asinsvadu sistēmas patoloģiju	Novērot un kontrolēt pulsu, asinsspiedienu; EKG kontrole pēc vajadzības; Pēkšņs reibonis ortostatiskās hipotensijas dēļ – rekomendēt pacientam lietot elastīgas zeķes, pagulēt paceltām kājām, apmācīt par pozas maiņu.
Hipertermija	Nekavējoties pārtraukt medikamenta lietošanu iespējama ļaundabīga neiroleptiska sindroma dēļ. Steidzami ziņot ārstam.
Krampju sliekšņa pazemināšanās epilepsijas pacientiem	Pacienta novērošana. Konsultēties ar ārstu par medikamenta devas mazināšanu. Nepieciešamības gadījumā pakāpeniska devas palielināšana. Pēc ārsta ordinācijas pretkrampju medikamentu lietošana.
Asinsainas pārmaiņas (leikopēnija, agranulocitoze)	Asinsainas kontrole. Klozapīna lietošanas gadījuma leikocītu skaitu jānosaka 1 reizi nedēļā 18 nedēļas, pēc tam reizi pusgadā. Informēt pacientu par nepieciešamību ziņot gadījumā, ja ir drudzis un sāpes kaklā.

## Antidepresanti

Antidepresantus (turpmāk – AD) izmanto endogēnas depresijas, obsesīvo – kompulsīvo traucējumu, panikas lēkmju, uzmanības deficīta sindroma un citu emocionālo traucējumu gadījumos. Tos izmanto arī hronisku sāpju ārstēšanā kopā ar pretsāpju medikamentiem.

2.6.3.tabula, [10,25]

1.paaudzes (cikliskie AD)	2.paaudzes AD	3.paaudzes AD	MAO (Monoamīnoksidāzes) inhibitori
Tricikliskie : Amitriptilin, Imipramin, Nortprīptilin, klomipramin, Doksepin Tetracikliskie: Mirtazapin Trazadon	Selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori (SSAI) Citalopram Escitalopram Fluoxetin Fluvoxamin Paroxetin	<u>Serotonīna-norepinefrīna atpakaļsaistes inhibitori</u> Venlafaxin Bupropion Coaxil	Fenzin Tranilcipromin Moklobemid

Māsām jāzina antidepresantu iedarbība, blakusparādības un jāprognozē aprūpes darbība blakus efektu mazināšanai.

2.6.4.tabula, [10,25]

Aprūpes problēma	Aprūpes darbība
Darbība sākas 7.-14. dienā	Informēt par medikamenta darbību. Informēt par blaknēm ( var rasties ārstēšanas sākumā). Mērķis – novērst medikamenta lietošanas pārtraukšanu.
Augsts pašnāvības risks	Kontrolēt simptomu dinamiku.
Sirds un asinsvadu darbības traucējumi	AS, PS kontrole
Ķermeņa masas un ēstgribas pārmaiņas	Informēt par ķermeņa masas un ēstgribas iespējamām pārmaiņām. Kontrolēt uzņemtās kalorijas un ķermeņa svaru.
Mutes dobuma iekaisums, kariesa attīstības risks	Informēt par nepieciešamību biežāk skalot muti un dzert. Ierobežot saldo produktu un dzērienu lietošanu.
Aizcietējums/ caureja	Piemērots uzturs

## Trankvilizatori

Trankvilizatorus izmanto trauksmes, baiļu, nemiera ārstēšanā un spriedzes samazināšanai. Tos pielieto neurožu, posttraumatiskās stresa reakcijas, psihosomatisko slimību ārstēšanā,



neirotisku un psihotisku traucējumu gadījumos bērniem un gados veciem cilvēkiem, alkohola abstinences kupēšanai.

2.6.5.tabula, [10,25]

<b>Pēc iedarbības</b>	<b>Pēc ķīmiskās struktūras</b>
Dienas trankvilizatori (Oxazepam, Bromazepam (Lexotamil), Alprazolam (Xanax), Buspiron (Spitomin), Fenibut (Noofen))	Benzodiazepīni
Sedatīvie līdzekļi (Lorazepam (Lorafen), Diazepam, Phenazepam)	Benzodiazepīna analogi (Zolpidem, Zopiklon)
Miega līdzekļi (Nitrazepam, Reladorm, Midazolam(Dormicum))	Barbiturāti

2.6.6.tabula, [10,25]

<b>Aprūpes problēma</b>	<b>Aprūpes darbība</b>
Koncentrēšanās spēju un uzmanības pazemināšanās	Informēt par aizliegumu vadīt automašīnu, veikt darbu augstumā, citus darbus, kas pieprasa īpašu koncentrāciju 32 stundas pēc medikamenta lietošanas.
Domāšanas un atmiņas traucējumi. Darbspēju samazināšanās.	Informēt par to, ka medikamenta vielas koncentrācija asinīs kļūst stabila pēc 2 ned. lietošanas.
Augsts traumatisma risks (gados veciem cilvēkiem)	Informēt par traumatisma risku psihomotorisko reakciju kavēšanas dēļ.
Pretēja reakcija	Novērot pacientu – dažiem pacientiem medikamenta lietošana var izraisīt uzbudinājumu, spriedzi, nervozitāti, agresiju.

## 2.7. Pacientu ar agresīvu uzvedību aprūpe

Evolūcijas gaitā cilvēks saskāries ar daudz un dažādām briesmām un šķēršļiem. Šo šķēršļu pārvarēšanai bija svarīga loma cilvēka izdzīvošanā. Dusmas mobilizē cilvēka enerģiju, iedveš pašpārliecinātības un spēka sajūtu, palielinot spēju aizsargāties. Cilvēku kultūrā veidojas tendence uzskatīt dusmas par negatīvu traucēkli uzvedībā, nevis saskatīt to pozitīvo nozīmi.

Dusmas ne vienmēr ir negatīva izpausme. Tās ir normālas cilvēka emocijas, ar kuru palīdzību var rīkojoties un pārliecināti runāt, var nodrošināt individu ar pozitīvu spēku risināt problēmas un pieņemt lēmumus dažādās dzīves situācijās. Dusmas kļūst par problēmu, kad tās netiek izteiktas vai kad tās tiek izteiktas agresīvi. Vardarbība notiek, kad indivīdi zaudē kontroli pār sevi dusmās. Dusmas ir signāls – cilvēks uzskata, ka viņam nodarīts pāri. Agresija ietver daudzus uzvedības veidus un daudzas funkcijas. Izmisums, nespēja atrast alternatīvu, pieņemamu risinājumu, kā atbrīvoties no sajūtām, rada agresīvu rīcību. Cilvēks jūtas nesaprasts, izolēts, vientuļš, nomākts un, nespējot to izpaust radošā veidā, rīkojas agresīvi. Pacientam ar agresīvu uzvedību nepieciešama neatliekamā palīdzība. [8,11, 17, 25]

Agresīvam cilvēkam raksturīgas dažādas izmaiņas fiziskajā, emocionālajā un intelektuālajā stāvoklī, kā arī izmaiņas psihiskajā un sociālās funkcionēšanas sfērās.

**Agresijas pazīmes uzvedībā** - staigāšana, nemiers, pastiprinātas kustības, šūpošanās, kājas pozīciju mainīšana, paliek skaļāka balss, lieto rupjus vārdus, reizēm runā pats ar sevi, parādās svārstīšanās, šaubās atbildēt. Raksturīga augsta impulsivitāte – tendence izlādēt tās darbībā, izvairoties no refleksijas par savas rīcības mērķi un sekām. Dusmu lēkmes laikā vēlme sist var būt ļoti izteikta un grūti kontrolējama. Dusmu laikā ir mēģinājumi saglabāt vai atjaunot kontroli par sevi un situāciju, verbāli uzbrukumi vai fiziskas darbības pret dusmu objektu nereti ir impulsīvi un iracionāli akti. Dažreiz pat mobilizējas ilgstošai atriebībai. Gan bērni, gan pieaugušie izvairās no glāstiem. Lielākajai daļai cilvēku dusmu emocijas nerada agresīvu uzvedību.

**Izmaiņas emocionālajā stāvoklī** - dusmu laikā cilvēks jūt, ka viņam “sāk vārīties asinis”, seja “deg”, muskuļi saspringst. Rodas sajūta, ka pret tevi ir izturējušies nepareizi, netaisnīgi, ka tevi ir nodevuši, apvainojuši, izmantojuši. Veidojas izteikta savas taisnības sajūta. Jo stiprākas dusmas, jo lielāka vajadzība pēc fiziskas darbības. Kaitēšana un atriebība ir mēģinājums pārvarēt pārdzīvoto pazemojuma sajūtu un kaunu. Samazinās empātija pret apkārtējiem.

**Izmaiņas mentālajā sfērā** - tiek bloķēta radoša domāšana, samazinās spēja loģiski domāt un saskatīt alternatīvas rīcības iespējas, cilvēks nespēj izvēlēties prioritātes ir grūtības saprast notiekošo, zūd objektivitāte un spēja koncentrēties, var būt dezorientācija un apjukums, neprognozējama atbildes reakcija uz notikumiem.

Māsai jāpalīdz cilvēkam atrisināt viņa problēmas un jāpasargā viņš no agresijas pret citiem un pret sevi pašu. [8, 11,17,25]

Aprūpes darbības agresivitātes gadījumā: jānovērtē pacienta trauksmes līmenis un cēloņi, jāsamazina kairinātāji, jānovāc potenciāli bīstamie priekšmeti, jānodrošina pietiekošs darbinieku skaits, jāsauglabā mierīga atmosfēra un attiecības ar pacientu. Ierobežojumu izmantošanas gadījumā jāpārbauda pacienta stāvoklis ik pa 15 minūtēm.

Pat fiziskas ierobežošanas māsai jāsauglabā attiecību gādīgums. Sarunāšanās ar pacientu jāturpina pat ierobežojumu laikā. Māsai jāspēj uzņemt pret viņu vērstu ikvienu naidīguma vai ļaunprātības izpausmi, uz to nereagējot. Atriebība vai aizvainojuma izrādīšana var izprovocēt fizisku uzbrukumu.

Māsai jāzina klienta uzvedības iemesli, lai veicinātu izmaiņas. Ja ar agresiju pacients cenšas sev pievērst uzmanību, māsai jānoskaidro:

- Vai agresija rada briesmas pacientam vai citām personām?
- Vai ir izstrādāta agresijas slāpēšanas programma?
- Kā iespējams rīkoties, nepastiprinot nevēlamo uzvedību ar uzmanību?
- Vai ir laiks un iespēja izvairīties no uzmanības pievēršanas, līdz veidojas pozitīva uzvedība, kurai varētu pievērst uzmanību? [8]

### **Sadarbība un saskarsme ar agresīviem pacientiem**

Personālam jābūt spējīgam atpazīt pacienta agresīvās uzvedības simptomus. Pacienta agresivitātes gadījumā neieiet pie agresīva pacienta vienatnē, jābrīdina personāls par nodomu kontaktēties ar pacientu, kuram anamnēzē bija vai varētu būt agresivitāte. Uzmanīgi pielietot žestus, lai pacients redzētu jūsu kustības. Nekustēties pēkšņi un strauji. Jāsauglabā acu kontakts, lai radītu vēlmi klausīties, bet jāatceras, ka ciešu skatienu var izprast kā apdraudošu.

Ienākot nodaļā, kurā atrodas agresīvs pacients jāpārliedzinās, vai pacientam rokā ir kāds priekšmets ar kuru viņš var ievainot citus, jāievēro distance. Jāsauglabā pacienta privāta telpa (neaizkārt personīgas mantas, netuvoties ļoti tuvu). Uzņemot agresīvu pacientu, jālūdz iziet ārā palātā esošus pacientus, runāt mierīga balss tonī. [8,25,28]

## **3. Komunikācijas īpatnības psihiatrijas pacientu aprūpē**

Veicot pacientu aprūpi, māsa nodrošina starppersonu saskarsmi, kas ir aprūpes neatņemama sastāvdaļa. Māsai ir jāsaprot gan viņas loma saskarsmes veidošanā, gan pacientu ierobežojumi, kas veidojas slimības ietekmē. Jāņem vērā pacienta vecums, attīstības īpatnības, valodas un kultūras ierobežojumi. Tabulā 3.1. [14] ir piedāvāti daži pacientu traucējumi un māsas darbības piemēri saskarsmes veidošanā.

Traucējumi	Darbība
1.Kognitīvie traucējumi 1.1. Uztvere	Teiktais jāatkārto lēni, vairākas reizes. Īpaši būtisku informāciju jāatkārto un jāpārrunā. Pārbaudīt, cik precīzi ir uztvēris informāciju. Sarežģīta informācija jāsadala daļās.
1.2. Domāšana	Jā ir ātrs domāšanas temps – grūtības koncentrēties un uztvert informāciju. Lēna domāšanas tempa gadījumā – informācija jāsniedz nesteidzīgi, pārliecinoties, vai izprot teikto. Jā ir īpatnēja (piem., saraustīta) domāšana – produktīva iesaistīšana saskarsmē būs mainīga. Ne apstrīdēt, ne apstiprināt pacienta maldīgos uzskatus. Palīdzēt saprast īstenību – pārrunāt reālus notikumus ar reāliem cilvēkiem.
1.3. Atmiņa - Grūtības iegaumēt	Novērot atmiņas traucējumus, noskaidrot, kā tie izpaužas, kādi faktori tos ietekmē. Noskaidrot, vai pacients apzinās un izprot šo problēmu. Jāpielieto paņēmieni, kas kompensē atmiņas traucējumus (pieraksti, atgādinājumi u.c.). Jāizmanto mutiska un rakstiska informācija.
1.4.Uzmanība	Grūtības koncentrēties, pārslēgties, pazemināta uzmanības noturība. Ja nevar ilgi koncentrēties, jāpārslēdz uzmanība un darbības veids.
2. Psihiskā stāvokļa izmaiņas (trauksme, panika, agresija, garastāvokļa svārstības)	Droša vide. Potenciālo bīstamo priekšmetu novākšana. Saglabāt mieru, kontrolēt trauksmi. Komandas darbs.
3. Sociālā izolācija	Empātiska attieksme. Pozitīvs atbalsts. Uzmanīgi ar pieskārieniem.
4. Uzvedība (impulsīva rīcība, pieaugoša agresija, pašdestruktīva uzvedība, manipulējoša uzvedība)	Novērot uzvedības izmaiņas. Noskaidrot cēloņus. Vienoties ar komandu par vienotu rīcību un prasībām.

### 3.1. Pacientu un tuvinieku izglītošana

Pacienta līdzestība ir kādas personas rīcības sakritība ar medicīnas personāla ieteikumiem veselības saglabāšanā un iekļauj personīgos ieradumus (piem., ēšanas, fizisko aktivitāšu), ierašanos uz vizītēm pie speciālista, medikamentu regulāru un pareizu lietošanu pēc norādījumiem.

Pacientu līdzestību nosaka daudzi faktori: slimības smagums, prognoze, attieksme pret veselību, bailes no slimības sekām, ģimenes atbalsts, audzināšana, lietojamo medikamentu daudzums un efektivitāte, izglītība, dzimums, finansiālās iespējas, nepieciešamība būt aktīvam, nezaudēt dzīves kvalitāti. [26]

Māsai psihiskās veselības aprūpē ir piecas lomas - atbalstītāja, resursu persona, skolotāja, vadītāja un aizstājēja. Māsa, kā skolotājas loma ir visu lomu kombinācija. Pacienta mācīšana un mācīšanās vienmēr saistīta ar to, ko pacients zina, kas viņu interesē, kādas ir pacienta vēlmes un iespējas papildus izmantot medicīnisko palīdzību un informāciju. Māsai būtu jāveicina pacientam sniegtās zināšanas praktiski izmantot savā aprūpē.

Lai noskaidrotu pacienta izpratni par pašreizējo veselības problēmu, M. C. Touseid iesaka uzdot šāda veida jautājumus:

1. Ko jūs zināt par savu slimību un ārstēšanu?
2. Kā tiek galā ar simptomiem?
3. Kā jūs pārvaldāt stresa situācijas?
4. Kā tu šobrīd jūties? [25]

Ir svarīgi novērtēt, vai pacienta vecums atbilst pašreizējam attīstības līmenim. Kur viņš vai viņa atrodas patiesībā? Izstrādājot mācību plānu, jāņem vērā pašreizējais psihiskās veselības stāvoklis un attīstības līmenis.

Tikpat svarīgi noskaidrot, vai pacientam ir atbalsta sistēma: ģimene, draugi vai citi nozīmīgi cilvēki, kuri spēj viņu atbalstīt fiziski un emocionāli un iesaistīties pacienta izglītības procesā, vai pacients vēlas pieņemt palīdzību no citiem?

Kā noskaidrot, vai pacients ir gatavs un motivēts mācīties? Vai viņš ir pieņēmis sev uzstādīto diagnozi un izlēmis uzlabot pašreizējo situāciju, vai arī jūtas bezpalīdzīgs savas slimības priekšā? Kāds ir viņa trauksmes līmenis? Mācīšanās nevar notikt, ja pacientam ir trauksme. Motivācija mācīties var būt atšķirīga. Tas, kas vienam kalpo par motivāciju mainīt uzvedību vai iegūt jaunu informāciju, citam nebūs svarīgs [25].

Pēc autores praktiskās pieredzes, vadot pacientu atbalsta grupas, tika izskatītas sekojošas mācību tēmas.

Mācību tēmu piemēri:

- Pirmās atkal saslimšanas (recidīvu) pazīmes;

- Medikamentu lietošana un blakus parādības;
- Dusmu menedžments;
- Brīvā laika, aktivitāšu vadīšana;
- Ārstēšanas, aprūpes, rehabilitācijas, sociālo pakalpojumu pieejamība;
- Atkarība, līdzatkarība.

#### **4. Māsas loma pacientu psihiskās veselības veicināšana**

Psihiskās saslimšanas var radīt traucējumus un apgrūtinājumus jebkurā dzīves jomā. Tās ierobežo cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem spējas veikt noteiktas sociālās funkcijas, kas ir nepieciešamas patstāvīgā dzīvē – veidot saskarsmi ar ģimeni, draugiem, citiem līdzcilvēkiem un pildīt sociālās lomas. Rehabilitācijas centrā ir funkcionēšanas un lomu pildīšanas uzlabošanas iespējas.

Psihosociālā rehabilitācija veicina atveseļošanos, integrāciju sabiedrībā un dzīves kvalitātes uzlabošanos personām ar psihiskām saslimšanām.

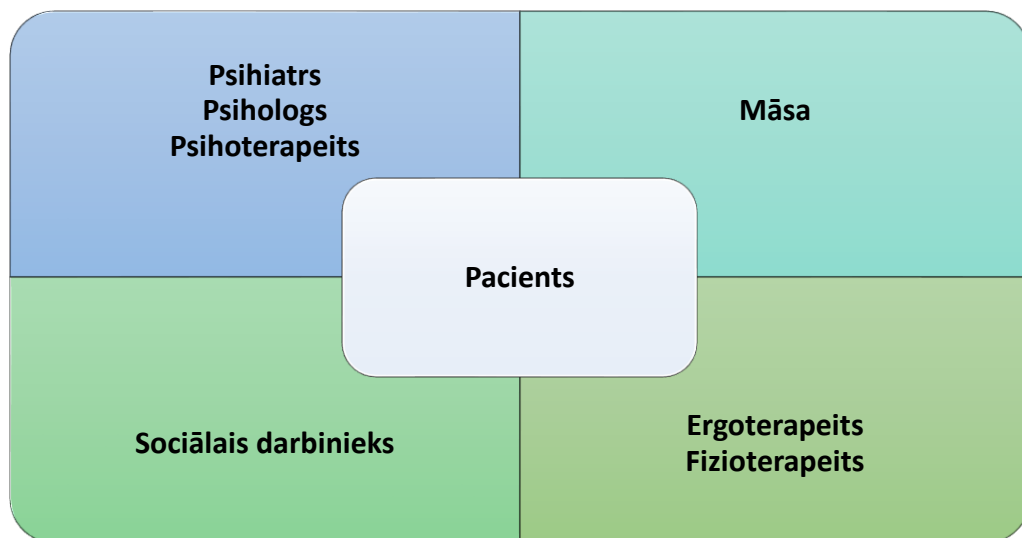
Bieži vien patstāvīgai dzīvei nepieciešamo prasmju apgūšana un pilnveidošana noris lēni. Cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem, jābūt iespējai dzīvot sabiedrībā, izmantojot nepieciešamo atbalstu. Psihosociālai rehabilitācijai jābūt pieejamai veselības un sociālās aprūpes institūcijās un personas dzīvesvietā. Ir svarīgi nodrošināt šī pakalpojuma pēctecību, lai palīdzētu pacientam funkcionēt savā vidē un būt apmierinātam – dzīves vietā, darbā, mācībās, dienas centros, kopienā u.c. [22]

Jābūt pieejamiem sekojošiem pakalpojumiem:

- Medikamentozaī ārstēšanai slimības simptomu mazināšanai;
- Palīdzībai krīzes gadījumos klienta personīgai drošībai;
- Pamatatbalstam dzīves vietā (sociāliem pakalpojumiem, atbalstam pārtikas, apģērba iegādei u.c.);
- Aprūpes koordinācijai – nepieciešamām medicīniskām un sociālās palīdzības organizēšana no dažādām institūcijām;
- Rehabilitācijai cilvēka prasmju un iemaņu attīstīšanai;
- Pašpalīdzības un atbalsta grupām;
- Tiesību aizstāvībai vienādu tiesību nodrošināšanai. [14]

Rehabilitācijas komandas darbā iesaistīti dažādi speciālisti: psihiatri, psihologi, psihoterapeiti, mūzikas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki, ergo un fizioterapeiti un katram speciālistam ir sava loma, funkcijas un uzdevumi rehabilitācijas procesa nodrošināšanā.

Rehabilitācijas procesā starpdisciplinārās komandas dalībnieki sadarbībā ar pacientu nosaka reāli sasniedzamos mērķus un izpildāmos uzdevumus atbilstoši pacienta prasmju līmenim (skat. attēlu 4.1.).



*4.1. attēls.* Rehabilitācijas procesa starpdisciplinārā komanda

Māsas nodrošina pacienta prasmju un iemaņu novērtēšanu, novērtē pacientu veselības stāvokli un uzvedību pirms un pēc rehabilitācijas nodarbībām, izglīto un sniedz informāciju par pakalpojumu pieejamību, motivē un atbalsta pacientus, plāno un koordinē rehabilitācijas pasākumus.

Psihosociālā rehabilitācija ir nozīmīga gan pacientiem, gan viņu tuviniekiem un māsas loma šajā procesā ir nozīmīga, gan, lai nodrošinātu cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem mūsdienīgu, kvalitatīvu un viņu vajadzībām atbilstošu psihiskās veselības aprūpi, kas uzlabos viņu dzīves kvalitāti, gan, lai palīdzētu līdztiesīgi reintegrēties sabiedrības dzīvē.

## Literatūras saraksts

1. Ārstniecības likums. 01.10.1997. <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>
2. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums 31.10.2002. [www.likumi.lv](http://www.likumi.lv)
3. LR Ministra kabineta 04.04.2006.g. noteikumi nr. 265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība”. [www.likumi.lv](http://www.likumi.lv).
4. MK 2016. gada 12. jūlija noteikumi nr. 453 “Noteikumi par kārtību, kādā ierobežojami pacienti, un priekšmetiem, kurus aizliegts turēt psihiatriskajā ārstniecības iestādē”. [www.likumi.lv](http://www.likumi.lv).
5. MK 2009.g. 17.04. noteikumi nr 268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu [www.likumi.lv](http://www.likumi.lv)
6. LR MK 2019. gada 19. Jūnija rīkojums Nr. 299, Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.-2020. gadam. [www.likumi.lv](http://www.likumi.lv)
7. LR Labklājības ministrija. BOVAS “Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra”. Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija. 10.redakcija 3.sējums. Rīga, 2000.
8. Deksters G., Vošs M. Rokasgrāmata psihiatrijas māsām. Jumava. ISBN 9984-38-064-5. 2006.
9. Grīnberga D., Pudule I., Velika B., Gavare I., Villeruša A. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2020. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs, 2021.
10. Grīnfelde I., Zārđiņa I., Ļaščuka G., Čerņikova I., Kiršfelde A. Garīgās veselības aprūpes māsas pamatspecialitāte. Mācību materiāls. Nacionālais apgāds. 2009.
11. Kulbergs J. Dinamiskā psihiatrija. Jumava. 2001.
12. Pudule I., Velika B., Bezborodovs Ņ. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums 2017./2018. mācību gada aptaujas rezultāti un tendences. Slimību profilakses un kontroles centrs. Rīgas Stradiņa universitāte.2020.
13. Rancāns E., Tērauds E., Taube M. (2012). Depresijas un neirotisko traucējumu diagnostikas un ārstēšanas rekomendācijas ģimenes ārstiem. RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra, Rīga.
14. Rodins V., Kalniņa I., Melne V. (2006). Psihosociālās rehabilitācijas programma “Patstāvīgā dzīva”psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem. Rokasgrāmata. ISBN 9984-39-122-1
15. Stirna A., Skaida S. Rekomendācijas narkoloģisko pacientu terapijā. Praktizējoša ārsta rokasgrāmata. 2013.
16. Tērauds E., Andrēziņa R., Zārde I. Praktizējošā ārsta rokasgrāmata – Rekomendācijas psihiatrisko pacientu terapijā. SIA PS media. 2013
17. Utināns A. Cilvēka psihe. Tās darbība, funkcionēšanas traucējumi un ārstēšanas iespējas. Nacionālais apgāds, 2005.
18. Vrubļevska J. Depresija kā pietiekami neapzināts sirds slimību riska faktors. Ārsts.lv. 2020.
19. Vrublevska J, Trapencieris M, Snikere S, Grinberga D, Velika B, Pudule I, Rancans E. The 12-month prevalence of depression and health care utilization in the general population of Latvia. J Affect Disord. 2017 Mar 1;210:204-210



20. Zārde I. Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes. VM, SPKC,
21. Bušs J., Šternberga B., Bērziņa – Novikova N., Dūdiņa K., Psihisko un uzvedību traucējumi mūsdienīgas terapijas principi stacionārā un ambulatorā praksē. Agresijas uzvedības nemedikamentozā korekcija. ESF projekta nr. 9.2.6.0/17/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” Mācību materiāls 2019.
22. Anthony W, Farkas M. Primer on the psychiatric rehabilitation process. Boston University Center of Psychiatric Rehabilitation. 2009.
23. Daniel P., Sulmasy A. Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life, *The Gerontologist*, Vol. 42, Special Issue III, 24–33, Downloaded from [https://academic.oup.com/gerontologist/article/42/suppl\\_3/24/569213](https://academic.oup.com/gerontologist/article/42/suppl_3/24/569213) by guest on 22 May 2021.
24. Santos J. C., Bashaw M., Vedana G.G. (2018) A Person-Centred Evidence-Based Approach The Biopsychosocial Approach: Towards Holistic, Person-Centred Psychiatric/Mental Health Nursing Practice. *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century*. Springer International Publishing, Switzerland
25. Townsend Mary C. (2009) *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. F. A. DAVIS COMPANY, Philadelphia.
26. Whittle J, Yamal J, Williamson J, et al. Clinical and demographic correlates of medication and visit adherence in a large randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 2016; 16: 236. MEDLINE Complete, EBSCOhost.
27. Беммел ван М. , Кекен Р., Пен А. (2002). Руководство по сестринской помощи в сфере психического здоровья. Издательство Сфера, Киев.
28. Таунсенд М. С. (1998). Сестринские диагнозы в психиатрической практике: карманное руководство для построения помощи больным. Издательство Сфера, Киев.
29. Nacionālais attīstības plāns 2020. Veselības veicināšanas un slimību profilakses plāns. Rīga, 2019. [https://www.esparveselibu.lv/sites/default/files/inline-files/Pl%C4%81ns\\_18072019.pdf](https://www.esparveselibu.lv/sites/default/files/inline-files/Pl%C4%81ns_18072019.pdf)
30. Pasaules Veselības organizācija. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en)
31. World Health Organization. Mental health: strengthening our response, 2018. Pieejams: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.