



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

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

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

Komunikācijas prasmju pilnveide darbā ar personām ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem

Mācību materiāls

**Rīga
2019**

ANOTĀCIJA

Metodiskā materiāla mērķis ir sniegt priekšstatu par komunikācijas prasmēm darbā ar personām ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem, kā arī sniegt zināšanas, attīstīt un pilnveidot iemaņas darbā ar personām ar psihiskiem traucējumiem un agresivitāti, iegūt specifiskas prasmes psihisko traucējumu un ar to saistīto uzvedības reakciju atpazīšanā, līdz ar to prast izvērtēt personas psihisko stāvokli, lai apgūtās iemaņas spētu praktiski pielietot profesionālajā darbībā. Metodiskā materiāla ieteikumi ir paredzēti ārstniecības un ārstniecības atbalsta personālam, tajā skaitā medmāsām, ārsta palīgiem, ārstiem un funkcionāliem speciālistiem, kā arī sociālajā jomā strādājošajiem.

Materiālā ir apskatīta biežāk sastopamo psihisko traucējumu simptomātika, izpausmes, cilvēku ar psihiskiem traucējumiem vajadzības, biopsihosociālā pieeja psihisko un uzvedības traucējumu ārstēšanā un rehabilitācijā, psihisko traucējumu ietekme uz personas uzvedību.

Metodiskais materiāls ir sagatavots Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” ietvaros, ir paredzēts izmantošanai Latvijas Republikas teritorijā. Programmas autori ir ārsts psihiatrs Jānis Bušs, klīniskā psiholoģe Kristīne Dūdiņa un sociālā darbiniece Sandra Miķelsone – Slava.

SATURA RĀDĪTĀJS

IEVADS	4
1 Psihisku un uzvedības traucējumu vispārīgs raksturojums. Veselības aprūpes un sociālā darba pamatvērtības	5
1.1 Psihisku traucējumu izplatība pasaulē un Latvijā	5
1.2 Psihisku traucējumu cēloņi	7
1.3 Biopsihosociālais modelis	8
1.4 Psihisko traucējumu attīstība un stresa diatēzes modelis	8
1.5 Psihiatriskās diagnozes veidošanās principi	8
1.6 Juridiskie principi un pastāvošā likumdošana	9
1.7 Konfidencialitātes jēdziens un nodrošinājums	9
2 Saskarsme ar personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Sadarbība un pieejas darbā ar personām, kurām ir psihiski un uzvedības traucējumi	11
2.1 Komunikācija (vadīšana, pārtraukšana, robežu noteikšana)	11
2.2 Komunikācijas veidi (verbālā, neverbālā, alternatīvā)	12
2.3 Empātiskā komunikācija	14
2.4 Barjeras un stereotipi saskarsmē ar personām ar psihiskiem traucējumiem	14
2.5 Izdegšanas sindroms	15
2.6 Pieejas darbā ar personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem	16
2.7 Informētā piekrišana	17
2.8 Pašnoteikšanās princips	17
3 Konsultācijas un attiecību uzturēšana darbā ar pilngadīgu personu ar psihiskajiem traucējumiem	19
3.1 Saskarsmes pielāgošana pacientiem ar dažādiem psihiskās veselības traucējumiem	19
3.2 Atbalstoša, nomierinoša un iesaistoša saskarsme: aktīvā klausīšanās	20
3.3 Trauksmes un agresijas vadīšana	21
3.4 Motivējoša saruna	27
4 Krīzes intervences un saskarsme ar pacientiem	29
4.1 Kas ir krīze, tās stadijas	29
4.2 Krīzes simptomi	29
4.3 Krīzes intervence	30
4.4 Krīzes intervences pamata principi	31
4.5 Pierādījumos balstītas krīzes intervences metodes	32
4.5.1 Īsā intervence	32
4.5.2 Vienošanās par drošības plānu	32
4.5.3 Pirmā psiholoģiskā palīdzība	33
4.5.4 Džona Hopkina universitātes pirmās psiholoģiskās palīdzības modelis	34
4.6 Krīzes intervence cilvēkiem ar psihiskās veselības vai personības traucējumiem	35
4.7 Prasmju treniņš	36
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI	38
PIELIKUMI	41

IEVADS

Veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, ne tikai stāvoklis bez slimības vai fiziskiem trūkumiem. Jau pati veselības definīcija ietver atbildi par garīgās jeb psihiskās labklājības nozīmi, proti, nevar runāt par veselību bez psihiskās komponentes.

Attīstoties zinātnei un veselības aprūpei, izpētīts, ka psihiski traucējumi ir slimības, kurām ir bioloģiski, psiholoģiski un sociāli cēloņi. Tādējādi veidojas biopsihosociālais modelis, kura ieviešana veselības aprūpē paplašinājusi sabiedrības izpratni par sociālo un psiholoģisko faktoru ietekmi uz slimību un veselības traucējumu norisi un attīstības gaitu. Šis modelis veicinājis plašāku skatu un izpratni par psihisku traucējumu savlaicīgu atpazīšanu, ārstēšanu un rehabilitāciju. Mūsdienās cilvēku informēšana par psihisko traucējumu iemesliem, attīstības mehānismiem un ārstēšanas iespējām ir būtisks sabiedrības veselības veicināšanas pasākums.

Sekmīgai psihisko traucējumu terapijai ir būtiski noteikt atbilstošas, savlaicīgas un pierādījumos balstītas ārstēšanas metodes. Šīs metodes ietver nepieciešamību:

- mazināt sabiedrības aizspriedumaino attieksmi pret cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem un psihiatrisko veselības aprūpi, kā arī mazināt pašu personu ar psihiskiem traucējumiem stigmatizējošo nostāju pret ārstniecību;
- izglītēt cilvēkus ar psihiskiem traucējumiem un viņu aprūpes personas (visbiežāk piederīgos) par traucējumu cēloņiem, simptomātiku, ārstēšanas veidiem un tās nozīmību;
- iedrošināt un veicināt individu ar psihiskiem traucējumiem un aprūpējošo personu aktīvu iesaisti ārstniecības procesā, tādējādi veicinot vispārējo līdzestību ārstniecībai.

Šī metodiskā materiāla mērķis ir sniegt ieskatu ārstniecības personām un sociālās jomas speciālistiem par komunikāciju ar cilvēkiem, kam ir psihiski traucējumi.

1 PSIHISKU UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMU VISPĀRĪGS RAKSTUROJUMS. VESELĪBAS APRŪPES UN SOCIĀLĀ DARBA PAMATVĒRTĪBAS

Veselība ir pilnīgas fiziskās, garīgās un sociālās labklājības stāvoklis, nevis tikai slimības vai nespējas neesamība. Psihiskā veselība ir labklājības stāvoklis, kurā indivīds īsteno savas spējas, tiek galā ar ikdienas situācijām, var strādāt produktīvi un spēj dot ieguldījumu sabiedrībai.[48]

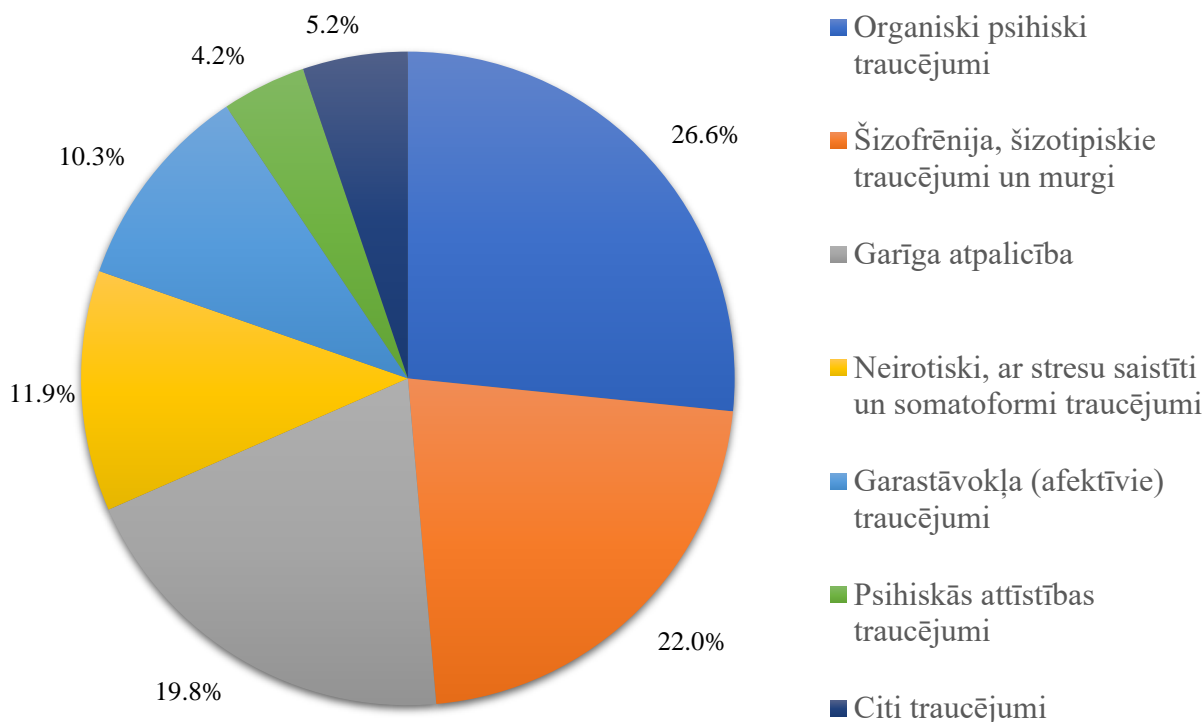
Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģiona stratēģijas „Veselība – 21” („Veselība visiem 21.gadsimtā”) 6. mērķis „Garīgās veselības uzlabošana” paredz, ka līdz 2020. gadam jāuzlabo iedzīvotāju psiholoģiskā labklājība un cilvēkiem ar garīgās (psihiskās) veselības problēmām jābūt pieejamiem kvalitatīviem, pacientu vajadzībām atbilstošiem garīgās veselības aprūpes dienestiem [7].

Psihiskās veselības veicināšana un psihisko un uzvedības traucējumu profilakse ir ES un arī Latvijas prioritāro jautājumu lokā, tomēr Latvijā pastāv starpdisciplināras pieejas trūkums psihiskās veselības nozarē, t.i., fragmentāri pakalpojumi un nepietiekama institūciju sadarbība, ņemot vērā, ka valstī nav savstarpēji integrēti sociālie, veselības un izglītības pakalpojumi, kā arī to sniegšana un pieejamība ir atkarīga gan no valsts pakalpojuma groza, gan no pašvaldību finansiālajām iespējām [6].

1.1 Psihisku traucējumu izplatība pasaulē un Latvijā

2017. gadā Latvijā psihiskie un uzvedības traucējumi bija reģistrēti vairāk nekā 89 000 personām jeb 4,6% Latvijas iedzīvotāju. Atbilstoši SPKC datiem, Reģistrā esošo pacientu skaits ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pieaug [8].

Sadalījumā pa diagnožu grupām prevalē organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos – 26,6 %, šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi – 22,0%, garīga atpalcība – 19,8% (skatīt 1.1. attēlu “Psihisku traucējumu izplatība Latvijā 2017. gadā”).



1.1 attēls. Psihisku traucējumu izplatība Latvijā 2017. gadā [14]

Saskaņā ar Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2016. gada aptaujas datiem, pēdējā mēnesī:

- sasprindzinājumu, stresu un nomāktību ir izjutuši 48,4% iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem
- 6,2% iedzīvotāju atzīmējuši, ka sasprindzinājumu, stresu un nomāktību izjūt bieži (5,2% vīriešu un 7,2% sievietes)
- 6,6% no aptaujātajiem respondentiem sūdzējušies par depresiju pēdējā mēneša laikā
- savukārt 16,3% respondentu sūdzējušies par bezmiegu.
- nomierinošus līdzekļus pēdējās nedēļas laikā lietojuši 7,4% aptaujāto, sievietes biežāk nekā vīrieši (attiecīgi – 8,9% un 5,7%).[8]

Psihoemocionālās labklājības veicināšanā ļoti būtiska loma ir psiholoģiski labvēlīgas, atbalstošas un izpratnē balstītas vides veidošanai ģimenē, skolā, attiecībās ar draugiem, līdzpilvēkiem, sabiedrībā u. c.

Pasaulē psihisko un uzvedības traucējumu izplatība atšķiras atkarībā no konkrētas diagnozes, piemēram:

- depresija sastopama ap 6,9% Eiropas iedzīvotāju;
- šizofrēnija sastopama aptuveni 1% (0,3–1,9%) iedzīvotāju;

- bipolāri afektīvi traucējumi sastopami aptuveni 0,3–1,5% iedzīvotāju;
- posttraumatiska stresa sindroms sastopams no 0,3% līdz pat 15 % iedzīvotāju;
- trauksmes spektra traucējumu izplatība variē atkarībā no konkrētā traucējuma, piemēram, ģeneralizētā trauksme sastopama līdz pat 8% iedzīvotāju, bet panika sastopama aptuveni līdz 4% iedzīvotāju.[48]

1.2 Psihisku traucējumu cēloņi

Psihisko un uzvedības traucējumu izcelsme ir multifaktoriāla – vairāki ģenētiskie vai vides faktori, viens otru papildinot vai inducējot, rada priekšnosacījumus psihisko traucējumu attīstībai. Traucējumu cēloņus iedala vairākās grupās:

- **Pārmantotība.** Klīniskie novērojumi pierāda – ja ģimenē ir cilvēks ar psihiskiem traucējumiem, tad, salīdzinot ar vispārējo populāciju, ir lielāks risks, ka arī pēcnācējiem var attīstīties psihiski traucējumi.
- **Izmaiņas genomā.** Pētījumi identificējuši gēnus, kas ir saistīti ar noteiktu psihisko traucējumu iespējamību.
- **Izmaiņas neiromediatoru sistēmās.** Izmaiņas neiromediatoru veidošanās procesā galvas smadzenēs var būt iemesls psihisko traucējumu attīstībai. Tāpat medikamentu iedarbība uz noteiktiem receptoriem un sekojošu psihisko traucējumu mazināšanās pamato neiromediatoru sistēmu ietekmi uz psihisku traucējumu veidošanos.
- **Strukturālas pārmaiņas galvas smadzenēs** (neironu struktūras izmaiņas, traucēta savstarpēja neironu komunikācija). Dažādu psihiatrisko traucējumu gadījumos tiek novērotas strukturālas pārmaiņas galvas smadzenēs. Tomēr strukturālas izmaiņas galvas smadzenēs ir ne tikai iemesls psihisko traucējumu attīstībā, bet arī psihisku traucējumu seku izpausme.
- **Grūtniecības un dzemdību patoloģija.** Sarežģītas dzemdības, hipoksija dzemdību laikā, priekšlaicīgas dzemdības vai pārnēsāta grūtniecība, infekciju saslimšanas grūtniecības laikā, alkohola vai narkotiku lietošana grūtniecības laikā ir lielāks risks psihisko traucējumu attīstībā.
- **Audzināšana un attiecības ģimenē.** Aprūpes trūkums un grūtības saskarsmē ar aprūpētāju nosaka augstāku risku dažādu psihisku traucējumu attīstībā. Ja mātei ir psihiska saslimšana, spoguļneironi var nesaņemt pozitīvu stimulāciju, un bērnam var rasties dažādi emocionāli traucējumi.
- **Psihotraumējoši faktori bērnībā un pusaudžu periodā.** Fiziska, emocionāla vai seksuāla vardarbība tiek saistīta ar augstākiem riskiem psihiatrisko slimību attīstībai.

- **Paaugstināts psihoemocionāla stresa līmenis.** Psihotraumējoši 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.

1.3 Biopsihosociālais modelis

Šo modeli piedāvāja Džordžs Engels (*Engel*), slimību izcelsmē konstatējot sakarības starp bioloģiskajiem, psiholoģiskajiem un sociālajiem faktoriem, kas, savstarpēji mijiedarbojoties, ietekmē slimības profilaksi, etioloģiskos faktorus, manifestāciju, ārstēšanu un iznākumu. Mijiedarbojoties tie veido stāvokli, ko sauc par saslimšanu vai traucējumiem.

- Bioloģiskie faktori ir ģenētiskā predispozīcija, fizioloģisko procesu īpatnības, organisma sistēmu strukturālās pārmaiņas;
- Psiholoģiskie faktori ir cilvēka personības īpašības, emocionalitāte, motivācija.
- Sociālie faktori iekļauj savstarpējos kontaktus, vides faktorus, ģimenes attiecības.

1.4 Psihisko traucējumu attīstība un stresa diatēzes modelis

Stresa diatēzes (diatēze – jūtīgums, uzņēmība (grieķu val.)) teorija izskaidro psihisko saslimšanu rašanos. Šo predispozīciju rada ģenētiskie, psiholoģiskie, bioloģiskie faktori. Saskaņā ar šo teoriju, psihiskie traucējumi rodas mijiedarbības rezultātā starp indivīda bioloģiski jeb ģenētiski noteikto predispozīciju un dzīves notikumiem un stresu. Svarīga ir saistība starp indivīda predispozīciju un viņa reakciju uz dažādiem stresa faktoriem – stress izjauc psiholoģisko līdzsvaru un, pārsniedzot noteiktu sliekšni, ir cēlonis dažādu psihisko traucējumu veidošanai.

1.5 Psihiatriskās diagnozes veidošanās principi

Psihiatriskās diagnozes konceptualizēšanai jāņem vērā šādi termini:

- deviance – novirzīšanās no sabiedrībā vispārpieņemtām normām;
- disfunkcija – traucējumu pietiekama intensitāte un plašums, lai tie būtiski ietekmētu un pazeminātu funkcijas ikdienā un sabiedrībā;
- distress – kā pats indivīds uztver traucējumus, cik subjektīvi traucējošs tas ir pašam indivīdam.

Klīniskajā praksē vairumā Eiropas valstu diagnozi veido atbilstoši Starptautiskajai slimību klasifikācijai (10. redakcijai). Šī klasifikācijas sistēma izstrādāta Pasaules Veselības organizācijā.[49]

Psihiskus un uzvedības traucējumus pamatā diagnosticē saskaņā ar klīniskiem novērojumiem. Nosakot diagnozi, ārstniecības personas ņem vērā simptomu kopumu, kas veido sindromu un klīniskās pieredzes, jo klasifikators ir simptomu un komentāru kopums.

Raksturojot psihiskos traucējumus, joprojām izmanto jēdzienus – “*psihoze*” (stāvoklis, ko raksturo halucinācijas, murgi un uzvedības traucējumi – hiperaktivitāte, psihomotorais kavējums u.c. esamība) un “*neiroze*”, taču pakāpeniski šo *dihotomisko* sadalījumu aizvieto ar simptomu un kopīgu pazīmju aprakstīšanu.

Klasifikācijā lieto terminu “*traucējumi*”, jo tas uzsver tieši klīniski atpazīstamo simptomu kopumu vai uzvedības veidu.

1.6 Juridiskie principi un pastāvošā likumdošana

Latvijā psihiatriskās organizācijas kārtību regulē Pacientu tiesību likums, Ārstniecības likums un citi ar veselības aprūpi saistīti normatīvie akti.

Psihiatrisko palīdzību sniedz ambulatori un stacionāros. Ārstniecības likuma 67.pants nosaka – psihiatriskās palīdzības pamatā ir brīvprātības princips. Stacionēšanai psihiatriskās ārstniecības iestādes nodaļā nepieciešama pacienta informētā piekrišana, ko patients apstiprina ar parakstu medicīniskajā dokumentācijā. Taču Ārstniecības likuma 68. pants paredz arī stacionēšanu bez pacienta piekrišanas, respektīvi, psihiatrisko palīdzību bez pacienta piekrišanas sniedz, ja patients:

- 1) 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;
- 2) 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.[1]

1.7 Konfidencialitātes jēdziens un nodrošinājums.

Lai varētu cilvēkam sekmīgi palīdzēt, atbalsta sniedzējam ir jāiegūst pēc iespējas vairāk informācijas par cilvēku, kas var būt arī privāta. Cilvēks kopumā ir vērsts aizsargāt savu privāto informāciju no svešiniekiem, kādi ir arī veselības un sociālās aprūpes darbinieki. Taču pakalpojuma sniedzēja un pakalpojuma saņēmēja attiecības ietver specifiskus faktorus, kas tās veido par īpašām terapeitiskām attiecībām. Lai cilvēks spētu vērsties pēc palīdzības un būt pēc

iespējas atklāts, ir jārada tāda vide un attiecības, kas veicina uzticēšanos. Konfidencialitāte ir viens no būtiskākajiem veselības un sociālās aprūpes darbinieku ētiskiem pienākumiem šādas vides nodrošināšanā. Ja nebūtu konfidencialitātes noteikuma, cilvēka uzticēšanās un motivācija atklāt privātu informāciju par sevi krietni mazinātos, tas noteikti atstātu iespaidu uz terapeitiskām un aprūpes iespējām. Īpaši tādā stigmatizējošā sfērā kā psihiskā veselība konfidencialitātes noteikums rada drošības izjūtu, ka informācija netiks izplatīta tālāk, neradot nevēlamas sekas.

Konfidencialitātes noteikums pieprasa, ka atbalstāmās personas privātā informācija ir jāaizsargā, kamēr pats cilvēks nav devis atļauju to izpaust citiem vai to nepieprasa likums, kā arī jānodrošina nepieciešamie piesardzības pasākumi, lai piekļuve šādai informācijai būtu tikai ar īpašu atļauju. Parasti terapeitiskos nolūkos nepieciešamas apspriedes par atbalstāmo vairāku speciālistu starpā, kam arī jābūt atļaujai piekļūt indivīda informācijai.

Ir situācijas, kad šķiet dabiski atklāt informāciju, piemēram, cilvēka tuviniekiem, tomēr arī šādos gadījumos jāievēro konfidencialitāte.

Mēdz būt apstākļi, kuros konfidencialitāti nepieciešams pārkāpt. Gadījumi, kad speciālista rīcībā ir informācija par draudošām briesmām cilvēkam ar psihiskiem traucējumiem vai citai personai, ir sarežģīti, jo rodas konflikts starp likuma prasībām un ārstniecības personas ētiskajiem pienākumiem, kas aizsargā terapeitiskās attiecības. Ārstniecības likuma 56. pants nosaka – ja ārstniecības iestāde sniedz palīdzību pacientam un ir pamats uzskatīt, ka pacients cietis no vardarbības, ārstniecības iestāde nekavējoties, bet ne vēlāk kā 12 stundu laikā paziņo par to Valsts policijai. Ja ārstniecības iestāde sniedz palīdzību nepilngadīgam pacientam un ir pamats uzskatīt, ka pacients cietis no pienācīgas aprūpes un uzraudzības trūkuma vai cita bērnu tiesību pārkāpuma, ārstniecības iestāde nekavējoties, bet ne vēlāk kā 12 stundu laikā paziņo par to Valsts policijai.[1]

2 SASKARSME AR PERSONĀM AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM. SADARBĪBA UN PIEEJAS DARBĀ AR PERSONĀM, KURĀM IR PSIHISKI UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMI

2.1 Komunikācija (vadīšana, pārtraukšana, robežu noteikšana)

Sabiedrībā joprojām valda dažādi priekšstati par personām ar invaliditāti, īpaši ar psihiska rakstura traucējumiem. Tiek uzskatīts, ka viņi nespēj patstāvīgi pieņemt lēmumus, dzīvot sabiedrībā kā līdzvērtīgi tās locekļi. Bieži vien uzsvars tiek likts uz trūkumiem un nepilnvērtībām [5], kas var būt saistāmi ar personas traucējumu, nevis cenšoties izprast katras personas individuālo situāciju. Šādos gadījumos īpaši svarīgs kļūst saziņas process ar cilvēkiem ar invaliditāti, tostarp ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem.

Sazinoties ar indivīdu, kuram ir psihiski un uzvedības traucējumi, svarīgi ņemt vērā, ka diagnoze un ar to saistītās īpatnības, piemēram, uztveres īpatnības, ierobežots vārdu krājums, mīmika, var ietekmēt sarunas kvalitāti. Komunikācijas process nav tikai informācijas nodošana, bet arī klausīšanās, informācijas uztvere un apstrāde un atgriezeniskās saites jeb atbildes sniegšana. Konstruktīvai sarunai un sarunas mērķa sasniegšanai, sarunai ar personu ar psihiskiem traucējumiem ir jābūt vadītai, ar skaidri noteiktu mērķi un robežām, informācija jānodod skaidri un saprotami. Savukārt speciālistam, kurš virza sarunu, ir jāspēj reaģēt atbilstoši personas komunikācijas īpatnībām, jābūt pacietīgiem, atsaucīgiem un refleksiīviem, radot sarunai draudzīgu vidi. Sarunai draudzīgas vides faktori ir:

- pieņemšana – saprast, ka cilvēkam ir grūtības komunikācijā, pieņemt, ka saziņas laikā, būs šķēršļi un grūtības, kuras jāpārvar;
- cieņa – vienmēr runāt ar cieņu, ļaut pabeigt iesākto domu bez pārtraukšanas, vienmēr runāt tieši ar personu;
- empātija – spēja atpazīt otra jūtas un reaģēt atbilstoši situācijai, ņemot vērā personas traucējumu ietekmi uz komunikācijas procesu;
- runas skaidrība – skaļums, tonis;
- klausīšanās – uzmanības fokusēšana uz runātāju, nepārtraukt, censties uztvert neverbālo komunikāciju, pievērst uzmanību vārdu izvēlei un paustajām jūtām, parliecināties, vai dzirdētais ir uztverts pareizi;
- aktīvā klausīšanās – būt klātesošam, pārfrāzēt dzirdēto, vaicāt par teikto, sniegt atgriezenisko saiti par personas jūtām un paustajām idejām vai domām.[52]

Ja indivīds jutīsies sadzirdēts un saprasts, tas veicinās sadarbību un situācijai atbilstošas palīdzības vai atbalsta sniegšanu. Ir būtiski atcerēties, ka veiksmīga komunikācijas procesa vadīšana un savstarpējo attiecību veidošana ir process, kurā nākas saskarties ar dažādām emocijām un intensīvām jūtām. Tādos brīžos ir svarīgi neuztvert to personīgi, reaģēt empātiski, reflektējot uz intensīvajām jūtām, tomēr nepārkāpjot profesionālās robežas.

Cilvēki ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem nereti saskaras ar dažādām negatīvām citu emocijām, tādējādi, nonākot situācijā, kad speciālists ir saprotošs un pozitīvi noskaņots, var rasties dažādi pārpratumi, piemēram, palīdzības sniedzēju uztver kā māti. Tādēļ robežu noteikšana ir vēl viens svarīgs aspekts sekmīgam komunikācijas procesam un veiksmīgai sadarbībai starp speciālistu un cilvēku ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Tiekoties ar personu pirmo reizi, nepieciešams iepazīstināt ar sevi (personiski un profesionāli) un sadarbības vai sarunas mērķi, lai neveidotos neskaidrības vai pārpratumi. Speciālists nevar sniegt savu atbalstu vai palīdzību ārpus savas profesionālās lomas.

Veids, kā tiek noslēgts komunikācijas process, lielā mērā ietekmē, kādā veidā sarunu atcerēsies. Komunikācijas procesa noslēgšanai/pārtraukšanai izmanto verbālas (piemēram, "Mums ir jābeidz", "Paldies par sarunu") un neverbālas (piemēram, izvairīšanās no acu kontakta, galvas aizgriešana, piecelšanās, rokas mājieni) zīmes. Kad saruna notiek aci pret aci, cilvēki parasti sāk ar neverbālām zīmēm. Attiecīgi attālinātās sarunās, piemēram, pa telefonu, noteicošie ir vārdi. Izmantojot neverbālo komunikāciju saskarsmē ar cilvēkiem, kurām ir psihiski un uzvedības traucējumi, speciālistam ir jāspēj izvērtēt, vai indivīds spēs uztvert dotās zīmes un atbilstoši reaģēt.

Sarunai ar cilvēku, kuram ir psihiski un uzvedības traucējumi, ir jāieplāno pietiekami daudz laika, lai nesteidzinātu sarunas gaitu. Arī sarunas pabeigšanai jāparedz laiks, lai ļautu cilvēkam izteikt savu domu līdz galam. Tāpat sarunas noslēgums ir labs laiks neliela kopsavilkumam par norunāto un nākamo tikšanos vai veicamo darbību norunāšanai.

2.2 Komunikācijas veidi (verbālā, neverbālā, alternatīvā)

Komunikācija ir domu, ideju, jūtu, informācijas apmaiņas process, kura veiksmīgākai norisei nepieciešams, lai abas puses ne tikai dzirdētu otra teikto, bet arī spētu uztvert un saprast nododamo informāciju.

Saziņu iespējams organizēt dažādos veidos – verbālā komunikācija, neverbālā un alternatīvā komunikācija. Atkarībā no nododamās informācijas vai otra spējam informāciju uztvert, ir jāizvēlas piemērotākais komunikācijas veids, lai:

- nodotu un dalītos ar informāciju;

- nodibinātu attiecības;
- apmainītos ar idejām un uztverto;
- radītu izmaiņas;
- apmainītos ar attieksmēm, vērtībām un pārlicībām;
- sasniegtu personas un speciālista/prakses mērķus.[2]

Verbālā komunikācija ir informācijas nodošana, izmantojot vārdus, tādējādi tā iekļauj gan runas, gan rakstīto saskarsmi. Verbālā komunikācija nav tikai pati saruna, bet arī vārdu izvēle, lai sarunas partneris spēj uztvert un izprast nododamo ziņu. Izprast verbālo ziņu šķirti no neverbālās komunikācijas ir sarežģīti un var radīt dažādus pārpratumus.[46]

Neverbālās komunikācijas procesā cilvēks piedalās ar visu, kas viņam ir: ar savu personību (domām, vēlmēm, jūtām) un ar savu ķermeni, balss aparātu. Starppersonu attiecībās spēja izprast neverbālo komunikāciju un ķermeņa valodu ir ļoti būtiski aspekti attiecību uzturēšanai. Neverbālā komunikācija ietver:

- acu kontaktu (nepārtraukta skatīšanās, izvairīšanās no acu kontakta)
- sejas izteiksmi (smaidīšana, lūpas “košana”, uzacs pacelšana, pieres saraukšana);
- balsi (tonis, skaļums, paužu ieturēšana);
- ķermeņa kustības (poza, žesti, neapzinātas ķermeņa kustības);
- fizioloģiskas reakcijas (svīšana, sekla elpošana, sarkšana);
- izskatu (apgērbs, matu sakārtojums).[30]

Speciālistam ir būtiski pašam apzināties un izprast sava ķermeņa neverbālo valodu, veiksmīgākai personas neverbālās valodas zīmju atšifrēšanai. Trenējot prasmi atpazīt neverbālās komunikācijas zīmes, ir vieglāk uztverams/saprotams verbāli teiktais. Neverbālā komunikācija var dažādos veidos ietekmēt mutiski pateikto:

- apstiprināt pateikto;
- radīt apjukumu sarunu biedrā;
- uzsvērt un paspilgtināt teikto.[30]

Alternatīvā komunikācija – verbālo runu aizstājoša komunikācija jeb iespēja saziņai ar cilvēkiem ar ierobežotu spēju izmantot verbālo vai neverbālo komunikāciju. Alternatīvā komunikācija, ar tās palīg līdzekļiem – attēli, piktogrammas, Braila raksts, žestu valodas zīmes, Bliss, ir viens no iespējamiem saziņas veidiem [3]. Mūsdienās alternatīvās komunikācijas palīg līdzekļi variē no papīra formāta palīgmateriāliem līdz dažādas sarežģītības pakāpes datorprogrammām un elektroniskām ierīcēm. Nepieciešams piemeklēt tieši indivīda vajadzībām atbilstošāko komunikācijas veidu un to ievērot, pēc vajadzības apmācot tā izmantošanai.

2.3 Empātiskā komunikācija

Spēja uztvert un ar izpratni izturēties pret personas ar psihiskiem traucējumiem konkrētā brīža sajūtām un sniegt par tām atgriezenisko saiti atbilstoši indivīda spējām to uztvert. Šīs komunikācijas pielietošanas prasmes var palīdzēt ne tikai veidot uzticības pilnas attiecības ar cilvēku ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, bet var arī palīdzēt mācīties atpazīt savas emocijas un sajūtas atšķirīgās dzīves situācijās.

Empātiskās komunikācijas nozīme:

- palīdz uzturēt palīdzošas attiecības;
- iespēja speciālistam kļūt emocionāli nozīmīgam;
- samazina apdraudējuma sajūtu, kādu cilvēks var sajūst, pārrunājot īpaši jūtīgas tēmas;
- dod speciālistam iespēju palikt objektīvam.

Izdala vairākus empātiskās komunikācijas līmeņus, skatīt 2.1 tabulu “Empātiskās komunikācijas līmeņi”.

2.1 tabula

Empātiskās komunikācijas līmeņi [30]

Līmenis	Līmeņa raksturojums	Apraksts
5	augsts empātiskās reaģēšanas līmenis	Speciālists precīzi reaģē uz indivīda ārējām un iekšējām izjūtām, spēj sniegt atgriezenisko saiti par katru emocionālo niansi. Izmanto balsis intonāciju un žestus tādā pašā intensitātē.
4	diezgan augsts empātiskās reaģēšanas līmenis	Speciālista atbildes precīzi identificē indivīda izjūtas un problēmas aspektus.
3	abpusējs empātiskās reaģēšanas līmenis	Speciālista verbālā un neverbālā komunikācija norāda uz indivīda izjūtu un situācijas izpratni.
2	diezgan zems empātiskās reaģēšanas līmenis	Speciālists izprot situācijas būtību, bet neiedziļinās indivīda ar psihiskiem traucējumiem jūtās vai neprecīzi tās interpretē.
1	zems empātiskās reaģēšanas līmenis	Speciālista atbildes ir nebūtiskas, var būt aizvainojošas, tikai kavējot, nevis veicinot komunikāciju.

2.4 Barjeras un stereotipi saskarsmē ar personām ar psihiskiem traucējumiem

Stereotipi, ar kuriem jāsaskaras personām, kurām ir psihiski un uzvedības traucējumi – viņi ir bīstami, bezatbildīgi, nespēj pieņemt lēmumus, ar viņiem ir grūti sazināties, tādējādi nereti cilvēki izvēlas izvairīties no jebkādas saskarsmes. Stereotipu ietekmē veidojas situācijas,

kad izveido pieņēmumus par indivīdu, balstoties uz diagnozi, nevis personību.[24] Tas veicina situācijas, kad indivīds nesaņem nepieciešamo atbalstu vai palīdzību. Interesanti, ka stereotipu mazināšanai būtiska loma ir arī veiksmīgai komunikācijai un sabiedrības informēšanai, liekot uzsvāru uz indivīda spējām un pozitīvajām pusēm, kā arī nepieciešamo atbalstu.

2.5 Izdegšanas sindroms

Palīdzošajās profesijās, tostarp darbā ar cilvēkiem, kuriem ir psihiski un uzvedības traucējumi, speciālisti ikdienā saskaras ar sarežģītām situācijām, piedzīvo stresu un tiek pakļauti intensīvai slodzei. Nepievēršot uzmanību savām izjūtām un nereaģējot uz sava organisma signāliem, cilvēks var nonākt fiziskā un garīgā izsīkuma stāvoklī. Definīcijas atklāj, ka izdegšana ir nopietna hroniska stresa pazīme, kas ietekmē speciālista darba kvalitāti un emocionālo labsajūtu, tā kā tam ir raksturīgs emocionālais izsīkumus, depersonalizācija, nespēja saskatīt profesionālos sasniegumus.[27] Lai savlaicīgi atpazītu un novērstu “izdegšanu”, ir svarīgi apzināt tās pazīmes:

- Miega traucējumi un bezmiegs;
- Aizkaitināmība vai depresīvs noskaņojums;
- Pacietības trūkums;
- Attālināšanās no citiem;
- Bailes un trauksme;
- Uzmācīgas domas;
- Bezcerības izjūta;
- Nogurums, apātija;
- Pārņemība ar darbu;
- Nespēja just līdzī, empātijas zudums.

Speciālistiem jāatceras, lai spētu veidot atbalstošas attiecības un sniegt nepieciešamo atbalstu, par sevi ir jā rūpējas:

- Robežu noteikšana;
- Veselīga ēšana, dzeršana un atpūta;
- Laika veltīšana sev;
- Dzirdētā neuztveršana personīgi;
- Nodarbošanās ar sportu;
- Izrunāšanās.

2.6 Pieejas darbā ar personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem

Veiksmīgākai sarunas norisei jāņem vērā vairāki faktori:

- ieplānot pietiekami daudz laika;
- izskaidrot sarunas mērķi;
- pārdomāt vārdu izvēli un neverbālās komunikācijas zīmes;
- runāt īsi un pēc būtības;
- pārlicināties, vai persona sapratusi teikto, īpaši, ja tiek lietoti profesionāli termini [24];
- klausīties un pārfrāzēt teikto.

Veidojot komunikāciju, jāatceras vairāki būtiski aspekti, skatīt 2.2 tabulu “Komunikācijas pamatlietas”.

2.2 tabula

Komunikācijas pamatlietas [14]

Būtiski	Jāizvairās	Sadarbība
<ul style="list-style-type: none"> • Pieņemšana • Drošības izjūta • Uzslavēšana • Cieņa un novērtējums 	<ul style="list-style-type: none"> • No vispārīgām, klišeiskām frāzēm • No padomu došanas. • No nosodīšanas un kritizēšanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizēt savas jūtas par situāciju. • Noskaidrot, personas jūtas un domas. • Ar cieņu norādīt uz ārējās uzvedības, emociju vai fizisku simptomu izpausmēm. • Klausīties un pārlicināties, vai teiktais ir pareizi saprasts. • Piedāvāt palīdzību un atbalstu. • Izrādīt sapratni.

Sarunas uzturēšanai, personas iepazīšanai, efektīvai informācijas noskaidrošanai speciālists var uzdot jautājumus, izmantojot dažādus jautājumu veidus, piemēram:

- Slēgtie jautājumi – faktu noskaidrošanai. Šo jautājumu veidu nevajadzētu izmantot regulāri, jo tie nevedina uz sarunas turpinājumu.
- Atvērtie jautājumi – informācijas noskaidrošanai, dodot iespēju netraucēti izteikt savu viedokli (Kas? Kur? Kad? Ko? Kā?).
- Izzinošie jautājumi – padziļinātai situācijas izpētei. Tomēr arī ar šiem jautājumiem nevajadzētu īpaši aizrauties, lai neliktu sarunas biedram justies kā nopratināšanā.
- Precizējošie jautājumi – informācijas noteikšanai (Kas notika, kad tu iesiti?).
- Hipotētiskie jautājumi – caur teorētisku situāciju noskaidrot iespējamās rīcības (Ko tu darītu, ja?)

Atkarībā no situācijas un sarunas gaitas, speciālists izvēlas piemērotākos jautājumus vai kombinē tos sarunas mērķa sasniegšanai.

2.7 Informētā piekrišana

Nereti sarunas sāk ar mērķi nonākt pie lēmuma vai slēdziena. Pakāpeniski sociālā darba praksē ar personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem ienāk informētā piekrišana, kas ir viens no veidiem, kā ievērot cilvēktiesības atbilstoši indivīda spējām un uztveres līmenim. *Informētā piekrišana* ir brīvprātīga vienošanās starp klientu un speciālistu, piemēram, sociālo darbinieku, kuras pamatā ir informācija par iespējamiem riskiem, alternatīvām un ieguvumiem no šādas vienošanās.[25] Informētā piekrišana ir viens no cilvēka ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem un speciālista sadarbības stūrakmeņiem, kas nodrošina personas tiesības uz pašnoteikšanos, autonomiju, cieņu un privātumu. Informētai piekrišanai jābūt brīvprātīgai, izvēle tiek izdarīta bez spiediena vai aizspriedumiem. Sadarbojoties tiek panākts labākais iespējamais risinājums, atbilstoši indivīda vēlmēm un vērtībām saskaņā ar speciālista sniegto informāciju. Svarīgi ņemt vērā klienta spējas pieņemt lēmumu, izvērtējot sniegto informāciju.

2.8 Pašnoteikšanās princips

Pašnoteikšanās princips ir indivīda spēja un tiesības izdarīt izvēli un pieņemt lēmumus par savu dzīvi. Cilvēkam jābūt izvēles iespējai katrā ikdienas aktivitātē, jābūt iespējai pašam izlemt – ko darīt, ko ēst, ko vilkt mugurā, ar ko kopā pavadīt laiku u.c. Ja tas ir nepieciešams, jābūt iespējai saņemt atbalstu izvēles veikšanai. Saņemot atbilstošu atbalstu, cilvēks var attīstīt savas prasmes izdarīt izvēli atbilstoši savām spējām.[3] Tomēr nereti lēmumi, gan ikdienišķi, piemēram, ko vilkt mugurā, gan nopietni, piemēram, meklēt darba iespējas vai nestrādāt, tiek pieņemti cilvēka ar psihiskiem traucējumiem vietā, ierobežojot viņa iespējas izteikt savas vēlmes un vajadzības un rīkoties atbilstoši. Tuvinieki, cenšoties pasargāt, tā vietā, lai sniegtu atbalstu un palīdzētu, ierobežo. Pašnoteikšanās prasme ir jāattīsta, un, lai to panāktu, cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem ir nepieciešams atbalsts un palīdzība, galvenais ir apzināt robežu starp izvēļu piedāvāšanu un lēmumu pieņemšanu otra vietā. Pašnoteikšanās tiek saistīta ar šādām prasmēm:

- izvēles izdarīšana – atbilstoši savām vēlmēm, vajadzībām, prioritātēm;
- lēmumu pieņemšana – situācijas analizēšana un izvēles izdarīšana atbilstoši savai situācijai;
- problēmu risināšana – identificēt problēmu, izdomāt tās risinājumus;
- mērķu noteikšana – izvēlēties mērķi un darbības tā sasniegšanai;
- pašreizstāvība – savu interešu un tiesību aizstāvēšana, spēja komunicēt ar apkārtējiem;

- pašrefleksijas prasmes – izprast un izvērtēt savu uzvedību;
- pašapzināšanās – apzināties savas spējas un ierobežojumus, intereses un prioritātes.[23]

3 KONSULTĀCIJAS UN ATTIECĪBU UZTURĒŠANA DARBĀ AR PILNGADĪGU PERSONU AR PSIHISKAJIEM TRAUCĒJUMIEM

3.1 Saskarsmes pielāgošana pacientiem ar dažādiem psihiskās veselības traucējumiem

Saskarsmē ar cilvēkiem ar dažādiem psihiskās veselības traucējumiem pēc iespējas jātiecas ievērot personcentrēta, cieņpilna pieeja, dodot iespēju indivīdam pašam pieņemt informētus lēmumus par savu aprūpi un ārstēšanu. Cilvēki ar psihiskās veselības traucējumiem bieži saskaras ar stigmatizējošām attieksmēm. Veselības aprūpes speciālistiem jāpievērš īpaša vērība, lai tiktu ievērotas pacienta cilvēktiesības saskaņā ar ANO konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācija vadlīnijām, sadarbojoties ar pacientu ar dažāda veida psihiskās veselības traucējumiem, jāievēro sekojoši principi:

- Cieņpilna, iekļaujoša attieksme.
- Konfidencialitātes un privātuma ievērošana.
- Vienmēr sniegt informāciju par piedāvātā ārstēšanas veida ieguvumiem un riskiem, vēlams rakstveida.
- Saņemt apstiprinājumu, ka indivīds piekrīt ārstēšanas veidam.
- Pēc iespējas veicināt autonomiju un neatkarīgu dzīvi.
- Piedāvāt atbalstu lēmumu pieņemšanā.[50]

Speciālista saskarsmes prasmēm ir izšķiroša loma ārstēšanas procesā. Efektīva komunikācija starp veselības aprūpes speciālistiem un pacientiem ir svarīga, lai indivīds saņemtu informāciju par ārstēšanas iespējām un aktīvi iesaistītos ārstēšanās procesā. Ja neizdodas izveidot pozitīvu sadarbību, cilvēki retāk ievēro ārsta norādījumu, biežāk piedzīvo simptomu pieaugumu un hospitalizāciju.[35]

Tomēr komunikācija ar cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem mēdz būt apgrūtināta. Speciālistam nepieciešamas zināšanas un prasmes darbam ar cilvēkiem ar dažādiem psihiskās veselības traucējumiem, kuri piedzīvo dažāda veida domāšanas, emociju un uzvedības grūtības. Saskarsmi var apgrūtināt arī speciālista priekšstati un negatīvas attieksmes. Piemēram, pārliecība, ka cilvēks nespēj paust domas, vajadzības, izprast jautājumus, kas saistīti ar ārstēšanas veida izvēli, negatīvi ietekmē saskarsmes stilu. Pozitīvas saskarsmes pamats ir cieņpilna attieksme pret indivīdu un tā unikālām vajadzībām neatkarīgi no diagnozes.

Komunicējot ar cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem, jāievēro sekojoši principi:

- Radiet drošus apstākļus un atbalstiet tiešu, atklātu komunikāciju;
- Ja iespējams, organizējiet sarunu privātā telpā, bez citu klātbūtnes;
- Esiet pretimnākoši un cieņpilni pret cilvēka kulturālo piederību, ticību, dzīvesstilu;
- Ar verbālu un neverbālu komunikāciju veiciniet uzticēšanos;
- Paskaidrojiet, ka sarunas saturs ir konfidenciāls un netiks pārrunāts ar citiem bez iepriekšējas vienošanās;
- Cik vien tas iespējams, iesaistiet cilvēku ar psihiskiem traucējumiem izvērtēšanā, lēmumu pieņemšanā, tajā skaitā bērnus, pusaudžus un vecākus pieaugušos;
- Sāciet ar uzklaušāšanu;
- Vienmēr esiet draudzīgs, cieņpilns un pieņemošs;
- Nevērtējiet cilvēkus pēc viņu uzvedības vai izskata;
- Esiet mierīgs un pacietīgs;
- Attīstiet labas verbālās komunikācijas prasmes;
- Runājiet īsi un precīzi;
- Izmantojiet atvērtos jautājumus, atspoguļošanu, apkopojumus;
- Dodiet iespēju cilvēkam uzdot jautājumus;
- Esiet smalkjūtīgi, runājot par traumatiskām pieredzēm, piemēram, dažāda veida vardarbību vai pašsavainošanos.[50]

Daudziem speciālistiem rada grūtības opozicionāra, konfrontējoša pacientu uzvedība, kā arī grūtības piedalīties ārstēšanas procesā, īstenot pozitīvas pārmaiņas, kas uzlabotu pašsajūtu. Tāpēc tālāk apskatīsim metodes darbam ar trauksmainiem, agresīviem pacientiem un viņu motivēšanas principus.

3.2 Atbalstoša, nomierinoša un iesaistoša saskarsme: aktīvā klausīšanās

- Nedalīta uzmanība.
- Atvērtie jautājumi- jautājumi, kas rosina plašāk atklāt savu skatījumu un vajadzības, pretstatā “jā”, “nē” jautājumiem. “Palīdziet man saprast...”
- Atspoguļošana- klausītājs atkārto dzirdēto tādā veidā, ka runātājs to var apstiprināt. “Vai es pareizi saprotu, ka...”
- Pieņemoša un nekritizējoša attieksme.
- Atpazīst un apstiprina cilvēka ar psihiskiem traucējumiem jūtas.
- Ievēro pauzes un klusuma brīžus.

- Ieteicams vadīties pēc Millera principa - iztēloties, ka indivīda teiktais ir reāls, paties, izzināt realitāti, nemēģinot to korigēt. Ja cilvēks jutīs ieinteresētību, tas palīdzēs viņam nomierināties un uzlabos sadarbību. Piemēram, ja indivīds ir satraukts, jo viņam ir murgi, ka kāds viņam seko ar mērķi nodarīt pāri, var iztēloties, ka tas ir patiesi un iesaistīt viņu sarunā par to, kāpēc tas tā notiek un kurš vēlas viņam nodarīt pāri. Nav jāpiekrīt indivīda teiktajam, bet svarīgi to saprast.

Prasmju treniņš 1

Darbs pāros. Aktīvās klausīšanās prasmes un resursu identificēšana.

- Izstāstīt kādu grūtu situāciju, krīzi savā pieredzē. Partneris klausās, izmantojot aktīvās klausīšanās prasmes.
- Kopīgi izveido resursu sarakstu, kas palīdzēja (palīdzētu) šo sarežģīto situāciju atrisināt.

3.3 Trauksmes un agresijas vadīšana

Veselības traucējumi, draudi veselībai vai pat dzīvībai ir viens no spēcīgākajiem stresa avotiem. Cilvēki izjūt negatīvu emociju spektru, trauksmi, kas izpaužas arī saskarsmē ar palīdzības sniedzējiem. Īpaši lielās nedrošības, draudu situācijās, sevišķi personām ar ierobežotām afektu tolerances un regulēšanas spējām (kas raksturīgi cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem), var būt grūtības regulēt trauksmes līmeni. Tas var izpausties kā pārmērīgs satraukums, nemiers, kas var pāraugt agresīvā uzvedībā pret medicīnas personālu, citiem klātesošajiem vai sevi.

Lai arī nav zināms, cik bieži speciālisti saskaras ar pacientu agresiju Latvijā, nesenā metaanalīzē par dažādu valstu pētījumiem tika konstatēts, ka vidēji 69% medicīnas darbinieku piedzīvojuši vardarbību darba vietā no pacientiem vai to radniekiem [33]. Domājam, ka šie rādītāji varētu būt vēl augstāki, jo, piemēram, Vācijā profesionālās darbības laikā vardarbību piedzīvojis 91% primārās veselības aprūpes ārstu, 73% to piedzīvojuši pēdējā gada laikā. Visbiežāk agresijas gadījumi sastopami neatliekamās medicīniskās palīdzības un psihiatrijas nodaļās, ¼ daļa neatliekamās medicīniskās palīdzības ārstu pēdējā gada laikā piedzīvojuši fizisku uzbrukumu no pacientu puses.[47]

Lai mazinātu draudus, medicīnas darbiniekiem izstrādātas vadlīnijas agresijas mazināšanai veselības aprūpē.

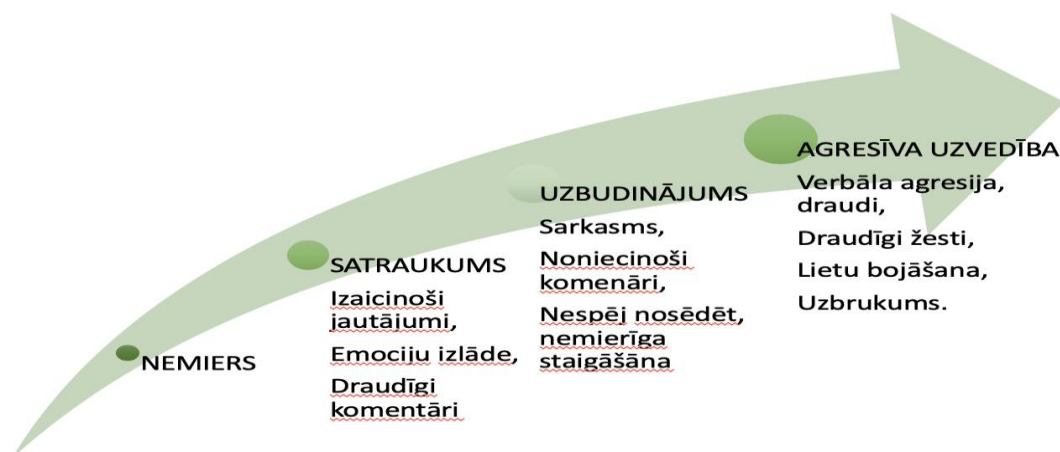
Drošas darba vides veidošanai nepieciešamas dažāda līmeņa intervences, sākot ar sistēmiskām vadības līmeņa intervencēm līdz speciālistu prasmēm vadīt, deeskalēt satrauktu,

agresīvu uzvedību. Skatīt 4. pielikumu - Riska faktori, kas palielina vardarbības medicīnas praksē.[37]

Diskusija

- Kuru ikdienas darbību laikā ir augstākais risks piedzīvot agresiju, vardarbību?
- Kādas darbības paaugstina agresijas risku?
- Vai ir kādi faktori, kas apgrūtina agresijas novēršanu?
- Kādas izmaiņas būtu nepieciešamas jūsu darba vietā, lai samazinātu vardarbības risku un palīdzētu efektīvāk risināt situācijas ar agresijas, vardarbības risku?

Agresīva uzvedība izpaužas kā progresējošs uzvedības patrons. Tā pamatā var būt dažādas emocijas (dusmas, bailes utml.) un tas aizsākas ar nemieru, kas pāraug satraukumā, uzbudinājumā. Uzbudinājumam raksturīga nemērķtiecīga motora aktivitāte, kas var izpausties kā dažādas nemierīgas kustības, kā arī automātiskas, uzmācīgas domas. Uzbudinājuma stāvoklis var izpausties kā verbāla agresija, žesti, draudi, lietu bojāšana un progresējot var nonākt līdz uzbrukumam. Skat. 3.1. attēlu “Agresīvas uzvedības eskalācija”



3.1 attēls Agresīvas uzvedības eskalācija

Atpazīstot uzvedības eskalācijas pazīmes, to iespējams novērst, izmantojot deeskalācijas prasmes. Deeskalācija ir runāšana ar dusmīgu vai satrauktu pakalpojumu saņēmēju tādā veidā, lai novērstu vardarbību un cilvēks atgūtu mieru un paškontroli. [32]

Jaunākos deeskalācijas modeļos akcentēts, ka deeskalācijas mērķis nav nomierināt indivīdu, bet gan palīdzēt viņam nomierināties pašam. Deeskalācija ir metode, kas īsā laikā palīdz cilvēkam atgūt kontroli.

Deeskalācijas pamatā ir prasmju kopums, kuru var apgūt jebkurš cilvēks ar pietiekami labu stresa toleranci. Būtiskākās prasmes deeskalācijas veikšanai ir empātija un spēja paraudzīties uz agresīvu indivīdu pozitīvā, līdzjūtīgā veidā, apzinoties, ka viņš dara labāko, kas viņam tajā brīdī iespējams. Speciālista uzdevums ir:

- reaģēt uz dusmām piemērotā, līdzsvarotā veidā, izvairoties no provokācijām,
- atpazīt iemeslus, kas neļauj sadarboties konstruktīvā veidā,
- atklāt cilvēka ar psihiskiem traucējumiem vajadzības un palīdzēt atrast veidus to apmierināšanai pieņemamā veidā.

Deeskalācijas laikā speciālists mērķtiecīgi izmanto dažādas stratēģijas, lai palīdzētu sarunas biedram nomierināties, atslābināties. Šo prasmju izmantošana ļauj nozīmīgi samazināt fiziskas fiksācijas un medikamentozas nomierināšanas biežumu.

Deeskalācijai ir vairākas priekšrocības salīdzinājumā ar fizisku fiksēšanu:

- Pozitīvākas ārsta-pacienta attiecības. Fiziska fiksēšana nostiprina indivīda pārliecību, ka konflikta risināšana iespējama vardarbīgā veidā, veido nelīdzvērtīgas, spēka pozīcijās balstītas attiecības.
- Retāk nepieciešama hospitalizācija un īsāks uzturēšanās laiks slimnīcā.

Visbiežāk fizisks uzbrukums notiek laikā, kad speciālisti mēģina savaldīt satraukto pacientu, izmantojot fizisku fiksāciju. [39]

2012.gadā tika īstenots projekts BETA, kura mērķis bija apzināt metodes efektīvai satrauktas, uzbudinātas uzvedības deeskalēšanai medicīnas darbinieka praksē [39]. Tika identificēti sekojoši principi un prasmes:

Speciālists jūtas droši un regulē savas emocijas

Ap 90% emocionālas informācijas un 70% kopējās informācijas tiek nodota neverbālā veidā. Ja speciālists pats jūtas ļoti satraukts, dusmīgs vai nobijies, viņam ir grūti atbalstīt pacientu. Pirms tuvojies cilvēkam ar psihiskiem traucējumiem, speciālistam jāpazinās un jāregulē savas emocionālās un fizioloģiskās reakcijas.

Ievēro personīgo telpu

Tuvojoties satrauktam cilvēkam ar psihiskiem traucējumiem, jāievēro distance vismaz divu rokas stiepienu attālumā. Ja cilvēks ir piedzīvojis traumatisku notikumu, piemēram, fizisku vai seksuālu vardarbību, fizisks tuvums var būtiski pastiprināt trauksmes sajūtu. Arī satraukts cilvēks, bez traumas pieredzes, fizisku tuvumu var izjust kā draudīgu, satraucošu. Telpa mazina indivīda uztraukumu, kā arī palielina speciālista drošību. Nekādā gadījumā nevajadzētu bloķēt izeju no vietas, kurā atrodas cilvēks ar psihiskiem traucējumiem. Novietojumam jābūt tādām, lai gan indivīds, gan speciālists nepieciešamības gadījumā varētu ātri atstāt telpu.

Neprovocē

- Verbāli un neverbāli jāpauž vēlme visiem būt drošībā, uzklaustīt, palīdzēt. Sasprindzis ķermenis, dūrēs savilkta rokas, tiešs pārmērīgs acu skatiens signalizē par draudiem un

cilvēku ar psihiskiem traucējumiem var vēl vairāk satraukt . Nomierinoša poza ir atslābināts ķermenis, atvērtas plaukstas, ceļi nedaudz ieliekti, ķermeņa pozīcija nav tieši pretī, bet ieslīpi.

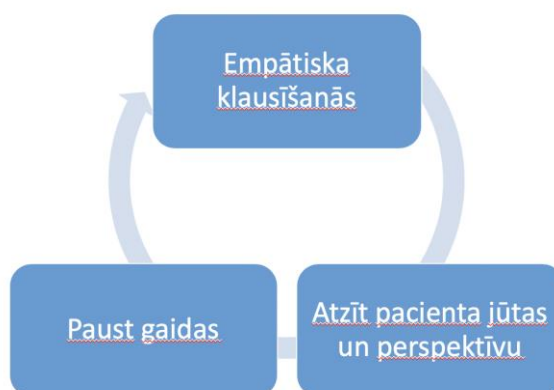
- Jāizvairās no komentāriem, kas var tikt uztverti kā draudīgi, noniecināši vai izaicinoši.
- Jāpauž indivīdam, ka viņš ir svarīgs un var ietekmēt, kontrolēt notiekošo.

Izveido verbālu kontaktu

- Vēlams, lai deeskalācijas laikā komunikācija notiktu ar vienu cilvēku. Ja šis cilvēks nespēj veikt deeskalāciju, nekavējoties jāpieaicina kāds cits ar atbilstošām prasmēm.
- Speciālists cieņpilni iepazīstina ar sevi, nosaucot savu vārdu, nodarbošanos un savu uzdevumu patreizējā situācijā: pārliecināties, ka indivīds un visi apkārtējie ir drošībā, palīdzēt atrisināt sarežģīto situāciju.
- Ja tas nav zināms, jānoskaidro pacienta vārds, kā viņš vēlas tikt saukts - vārdā vai uzvārdā.
- Ja nepieciešams, jāpastāsta, kur cilvēks ar psihiskiem traucējumiem atrodas un kas notiks tālāk.

Runā īsti, konkrēti

- Satraukta cilvēka spēja izmantot verbālu informāciju ir ierobežota, tāpēc jāizmanto īsi teikumi un vienkārši, saprotami vārdi. Sarežģītas verbālas konstrukcijas var radīt apjukumu un veicināt satraukuma eskalāciju. Jādod laiku apdomāt teikto un reaģēt uz to pirms turpina sarunu.
- Atkārtošana deeskalācijas procesā ir būtiska. Lai indivīds sadzirdētu, uztvertu būtisko informāciju, to nepieciešams atkārtot daudzas reizes, piemēram, nosakot robežas, piedāvājot izvēles, alternatīvas. Deeskalācijas cilpu veido aktīva klausīšanās, cilvēka pozīcijas apstiprinājums, kad vien tas iespējams, un savas pozīcijas atkārtošana. Skatīt 3.2 attēlu “Deeskalācijas cilpa”



3.2 attēls Deeskalācijas cilpa

Atpazīst vajadzības un vēlmes

Neatkarīgi no tā, vai cilvēka ar psihiskiem traucējumiem prasības ir iespējams piepildīt vai ne, noteikti jānoskaidro, kādas tās ir. “Palīdziet man saprast, kas ir noticis un ko jūs sagaidāt, kas jums ir nepieciešams. Pārrunāsim, kā to īstenot!”

Jāmēģina pamanīt un pielietot būtisko informāciju par indivīda vajadzībām un vēlmēm, kas izriet no viņa teiktā, neverbālās komunikācijas. Jāpauž empātija un vēlme palīdzēt sasniegt to, ko viņš vēlas, tas veicinās satraukuma deeskalāciju. Skumjam cilvēkam ir vajadzīga cerība, nobijies cilvēks vēlas drošību, dusmīgam ir kādas neapmierinātas vajadzības.

Vērīgi ieklausās

Izzinot cilvēka ar psihiskiem traucējumiem perspektīvu, ieteicams izmantot aktīvās klausīšanās prasmes, skatīt nodaļu “Aktīvā klausīšanās”.

Piekrīt vai vienojas, ka ir atšķirīgās domās

Ja iespējams, mēģiniet atrast indivīda uzvedībā un teiktajā aspektus, kuriem jūs varat piekrist. Ir vismaz 3 veidi, kā to paveikt:

- Piekrist tam, kas ir patiess. Piemēram, ja cilvēkam trīs reizes neveiksmīgi mēģinājuši noņemt asinis, varētu teikt: “Jā, jums ir dūruši jau trīs reizes. Vai jūs ļausiet man pamēģināt?”
- Piekrist pēc būtības. Piemēram, ja indivīds jūtas, ka pret viņu nav izturējušies cieņpilni vai uzmanīgi, jūs varat piekrist: “Es uzskatu, ka pret katru jāizturas uzmanīgi un cieņpilni. Katram jānodrošina īpaša pieeja.”
- Piekrist iespējamībai. Piemēram, cilvēks gaidījis ilgu laiku rindā un apgalvo, ka ikviens šādā situācijā būtu neapmierināts. Atbilde varētu būt: “Iespējams (piekrītu), ka ir cilvēki, kas šādā situācijā būtu neapmierināti.”

Ja aicina piekrist lietām, kurām speciālists netic vai kas ir maldīgas, var atbildēt, ka jums nav šādas pieredzes vai informācijas, bet jūs ticat, ka cilvēks to piedzīvo.

Atgādina par noteikumiem un uzvedības robežām

Cilvēku informē par pieņemamu uzvedību racionāli, bet bez draudiem. Indivīdam jājūt, ka speciālists vēlas palīdzēt, bet nepieļaus agresiju pret sevi.

Skaidri jāpauž, ka nav pieņemami ievainot sevi vai citus. Ja nepieciešams, var norādīt, ka vardarbībai būs sekas likumdošanas ietvaros. Vienmēr jāakcentē nodoms un iespējamība atrisināt situāciju drošā veidā. Reizēm ir piemēroti atzīt, ka uzvedība ir biedējoša, liek justies neērti vai apdraudēti. Lai situāciju atrisinātu, nepieciešama abpusēja cieņa. Robežu pārkāpumiem var piemērot samērīgas sekas.

Kad ir izveidotas attiecības un speciālists ir pārliecinājies, ka indivīds spēj sevi kontrolēt, var runāt par risinājumiem, kas palīdzētu saglabāt kontroli. Piemēram, “Es vēlētos, lai jūs apsēzaties un tad mēs varētu pārrunāt radušos situāciju. Ja jūs staigājat, es nejūtos droši un man grūti pilnībā koncentrēties tam, ko jūs man sakāt. Jūs man palīdzētu saprast, ja mierīgi pastāstītu, kas jūs satrauc.”

Piedāvā risinājumus un cerību

Izvēles iespējas ir spēcīgs motivators cilvēkam, kurš jūtas iedzīts stūri un kā vienīgos risinājumus redz cīnīšanos, padošanos vai bēgšanu. Lai apturētu agresija spirāli, var piedāvāt alternatīvus risinājumus agresijai. Līdztekus alternatīviem risinājumiem, speciālists var izrādīt laipnību, gādību, piedāvājot ko tādu, kas cilvēkam palīdzētu justies labāk, piemēram, tēju, pledu vai iespēju piezvanīt atbalsta personai. Jāpiedāvā tikai to, kas patiešām ir pieejams. Cilvēku ar psihiskiem traucējumiem nekad nevajadzētu mānīt, piedāvājot lietas, ko viņam nevar sniegt.

Piedāvā nomierinošus līdzekļus

Nereti palīdzoši var būt nomierinoši medikamenti, kas palīdz nomierināties un uzlabot sadarbību. Tomēr medikamentus jāpiedāvā smalkjūtīgi, satraukts cilvēks var izjust medikamentu piedāvājumu kā viņa viedokli devalvējošu, var tam pretoties un satraukuma, agresijas līmenis var pieaugt.

Sarunu par medikamentu lietošanu var veidot sekojoši:

- Nemot medikamentus, jautāriet cilvēkam, kas viņam palīdz šādos brīžos justies labāk. Iespējams, ka viņš pats minēs nomierinošus medikamentus.
- Ja medikamentus nemin, bet speciālists uzskata, ka tie ir nepieciešami, nākamajā solī speciālists var skaidri paust savu pārliecību, ka medikamenti varētu palīdzēt. Piemēram: “Es redzu, ka jūs nejūtaties labi. Es domāju, ka medikamenti varētu palīdzēt. Vai varu jums piedāvāt kādus medikamentus?”
- Ja cilvēks iebilst, speciālists var uzstāt un pārliecināt: “Lai mēs varētu pārrunāt un atrisināt situāciju, jums jābūt mierīgam. Vai jūs esat gatavs lietot medikamentus? Es tiešām domāju, ka tie jums varētu palīdzēt.”
- “Jūs esat krīzes stāvoklī, es jums nozīmēšu medikamentus, kas palīdzēs atgūt kontroli, lai varam atrisināt šo situāciju. Vai jūs vēlaties medikamentus tabletes veidā vai kā injekciju?”

Uztur cerību un optimismu

Vēlams paust pārliecību, ka situāciju izdosies atrisināt, cilvēks būs drošībā un atgūs kontroli.

Situācijas pārskatīšana (debrīfings)

Pēc krīzes situācijām jāpārrunā situācijas norise ar visiem iesaistītajiem - cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem un speciālistiem.

Daži no jautājumiem, kurus var apsvērt situācijas pārskatīšanas laikā:

- Kas notika? Kas bija iesaistīti situācijā? Kas notika pirms tam, vai iespējams identificēt agresijas triggerus?
- Kā darbinieks (cilvēks ar psihiskiem traucējumiem) jutās incidenta laikā?
- Vai situācija bija negaidīta, pārsteidzoša?
- Kā darbinieks (cilvēks ar psihiskiem traucējumiem) jūtas tagad? Kā jūtas par to, kā situācija tika risināta, par savu un citu iesaistīto rīcību?
- Ko varētu mācīties no šīs situācijas? Kādu padomu dotu kolēģim līdzīgas situācijas risināšanai? [29]

Deeskalācija ir prasmes, kuru apgūšanai nepieciešams regulārs treniņš. To var apgūt gan lomā spēļu veidā, gan izmantojot deeskalācijas prasmes ar cilvēkiem, kas nerīkojas atbilstoši speciālista gaidām, bet vēl nav pārmērīgi satraukti.

3.4 Motivējoša saruna

Viena no pieejām, kas palīdz speciālistam mērķtiecīgi vadīt sarunu un motivēt, ir motivējošas sarunas metode (*motivational interviewing*), kuras teorētisko modeli un praktiskās metodes izstrādājuši klīniskie psihologi Viljams Millers (*Miller*) un Stīvens Rolniks (*Rollnick*) [40].

Motivējošas sarunas metode sākotnēji izveidota darbam ar cilvēkiem ar atkarību problēmām, bet turpmāk apliecinājusi savu efektivitāti darbā ar dažādām grupām. Motivējošas sarunas metode ir efektīvāka kā vienkārša padomu došana. Pat 15 minūšu ilga motivējoša saruna var uzlabot iesaisti tālākā ārstēšanā [42].

Motivējoša saruna ir iesaistošs sarunas vadīšanas stils, kas izceļ indivīda resursus, stiprina motivāciju mainīties (pieņemošā un līdzjūtīgā atmosfērā) un veicina patstāvību lēmumu pieņemšanā, tādejādi palīdzot attīstīt veselīgus ieradumus vai īstenot terapijas plānu. Motivējošas sarunas izveidotāji uzsver - lai strādātu ar motivāciju, būtiski abi aspekti - vērtībās balstīts attiecību modelis un sarunas virzīšanas prasmes. Motivējošas sarunas laikā cilvēks ir aktīvs, atbildīgs pārmaiņu īstenotājs, tiek respektēta viņa autonomija un tiesības pašam izdarīt izvēles par savu dzīvi un veselību. Motivējošas sarunas metodes pieejā speciālists ir atbildīgs par profesionālu sarunas vadīšanu un sava profesionālā viedokļa paušanu, bet atsakās no pienākuma panākt, ka cilvēks rīkojas kādā konkrētā veidā. Atbildība par to, ko, kāpēc un kad mainīt, paliek indivīda ziņā.

Šāda pieeja ir efektīva darbam ar ambivalenci pārmaiņu priekšā, tā mazina pretestību pārmaiņām un veicina iesaisti ārstēšanas procesā.

Motivējošā sarunā speciālists lielākā mērā izmanto aktīvās klausīšanās prasmes, nekā padomu došanu. Lai uzsāktu motivējošu sarunu, jāizveido uzticības pilnas attiecības ar indivīdu. To īstenot palīdz pieņemoša, empātiska attieksme pret cilvēku ar psihiskiem traucējumiem. Līdzīgi, kā strādājot ar trauksmainām personām, arī motivējošas sarunas pamatā ir aktīvas klausīšanās prasmes. Galvenie aktīvas klausīšanās elementi ir atvērtie jautājumi, apliecināšana /iedrošināšana, atspoguļošana vai refleksija, apkopošana.

Motivējoša saruna aktualizē personas pārmaiņu motivāciju un resursus tās sasniegšanai, tās laikā speciālists iekļūst atklāj pretrunu starp personas mērķiem un rīcību, atbalsta pašmotivāciju un palīdz atrast risinājumus šķēršļu pārvarēšanai. Speciālists izvairās no pārliecināšanas un padomu došanas, bet tiecas atbalstīt pārmaiņu runu, aicinot pašu pacientu runāt par ieguvumiem no pārmaiņām un iespējām pārvarēt šķēršļus.

Piemērs. “Jūs man teicāt, ka vēlaties uzlabot pašsajūtu un samazināt medikamentu daudzumu. Jūs arī zināt, ka to varētu sasniegt, zaudējot svaru. Kas jums varētu palīdzēt zaudēt svaru? Kādi risinājumi jums būtu piemēroti un saistoši?”

Līdztekus aktīvās klausīšanās prasmēm, motivējošas sarunas elementi ir arī:

- Empātija - tiecas izzināt un izprast cilvēku iekļūstīgā, atbalstošā veidā.
- Atgriezeniskā saite- salīdzina ieguvumus un zaudējumus dažādiem rīcības veidiem.
- Atbildība - akcentē, ka rīcība ir indivīda izvēle un atbildība.
- Padomu došana - dod profesionālu padomu, bet neuzstāj.
- Izvēles iespējas - izskata alternatīvas bīstamai rīcībai.

Pašefektivitāte - atbalsta cilvēka pārliecību, ka viņš spēj atrast risinājumu, izvēlēties to, kas atbilst viņa mērķiem, piemēram, atklājot situācijas pagātnē, kad tas ir izdevies, uzstādot nelielus, sasniedzamus mērķus.[40]

4 KRĪZES INTERVENČES UN SASKARSME AR PACIENTIEM

4.1 Kas ir krīze, tās stadijas

Krīze ir akūta emocionāla reakcija uz spēcīgu stimulu vai prasībām. Krīze iestājas, kad cilvēks piedzīvo notikumus, kas pārsniedz viņa adaptācijas resursus. Stresa pilns notikums pats par sevi vēl nerada krīzi. Krīzes attīstībā mijiedarbojas trīs elementi:

- **Notikums (-i) pirms krīzes.** Sākotnējais stressors ne vienmēr izraisa tūlītēju krīzi, reizēm cilvēks pat neapzinās tā nozīmi.
- **Notikuma uztvere,** kas rada spēcīgas emocijas, kuras indivīds uztver kā grūti izturamas. Ja cilvēks spēj regulēt emocijas un tās nozīmīgi neietekmē viņa funkcionēšanu, tad krīze neattīstās.
- **Ierasto stresa pārvarēšanas metožu sabrukums,** jo tās nav pietiekami efektīvas, ilgstošs stress rada emocionālus, profesionālus vai sociālus traucējumus.

Bieži vien akūtas krīzes laikā nav pieejams psihiskās veselības speciālists, tāpēc krīzes intervences pieejamība lielā mērā ir atkarīga no dažādu speciālistu prasmēm sniegt šādu palīdzību. Šajā materiālā apskatītas krīzes intervences pieejas un prasmes, kas piemērotas ikvienam, nav jābūt psihiskās veselības speciālistam, lai tās pielietotu un atbalstītu cilvēku krīzes situācijā.

4.2 Krīzes simptomi

Krīzes stāvoklī raksturīgs:

- Zūd līdzsvars starp emocijām un domāšanu.
- Ierastie kopinga mehānismi vairs nepalīdz.
- Indivīda vai grupas funkcionēšana ir traucēta.

Krīzes laikā cilvēks izjūt kognitīvu, fizisku, emocionālu un uzvedības aktivāciju, uzbudinājumu. Krīzes simptomi un to izpausmes ir individuāli atšķirīgas. 4.1. tabulā “Krīzes pazīmes un simptomi” apkopoti bieži sastopami krīzes simptomi. Ja šie simptomi netiek veiksmīgi vadīti un krīze – atrisināta, var attīstīties dažādi psiholoģiski traucējumi – akūti stresa traucējumi, pēctraumu stresa traucējumi, panikas lēkmes, depresija, atkarības u.tml.

Akūtas krīzes laikā bieži novērotas reakcijas, ko dēvē par krīzes triādi:

- ierobežotas kognitīvas spējas, analīze, atcerēšanās, lēmumu pieņemšana, spēja izvērtēt savas rīcības sekas;

- impulsīva vēlme rīkoties sev kaitējošā veidā, nākotnes perspektīvas zudums, bezcerības un bezpalīdzības sajūta;
- samazināta rīcības spēja, t.i. spēja parūpēties par sevi un citiem, mērķtiecīgi darboties.[22]

4.1 tabula

Krīzes pazīmes un simptomi

<ul style="list-style-type: none"> • Nespēja apmierināt savas pamatvajadzības • Mazāk izmanto sociālu atbalstu • Neadekvāta problēmu risināšana • Koncentrēšanās un uztveres grūtības • Izolācija • Noliegums • Pārmērīga reaktivitāte • Uzbudinājums • Panikas lēkmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Nejūtīgums • Apjukums • Depresija • Sevis šaustīšana • Jūtas zaudējis kontroli • Nerealitātes izjūta • Raudāšana • Dziļas skumjas vai sāras • Aizkaitināmība • Fiziski simptomi – drebuļi, galvassāpes, nogurums, izmainīta apetīte, dažādas sāpes.
---	--

Krīzes var iedalīt trijās kategorijās: attīstības, situatīvās un nelaiemes gadījumu krīzes [38]

- Attīstības krīzes ir saistītas ar nozīmīgām fiziskām, kognitīvām, seksuālām vai cita veida pārmaiņām, kas rada iekšējo konfliktu un izprovocē krīzi. Reakcija uz šo krīzi ir attīstība vai regresija. Attīstības krīzes ir saistītas ar nozīmīgiem dzīves notikumiem, piemēram, pubertāti, patstāvīgas dzīves uzsākšanu, precēšanos, bērna piedzimšanu, došanos pensijā, tuvinieka nāvi u.tml. Pārmaiņu laikā cilvēks ir jūtīgāks, kas paver lielākas iespējas attīstībai.
- Situatīvās krīzes ir saistītas ar ārējiem, negaidītiem notikumiem, piemēram, tuvinieka nāvi, pārmaiņām darbā, finansiālām grūtībām, smagu, pēkšņu slimību. Ja šādā laikā cilvēkam trūkst resursu un atbalsta, var attīstīties krīze. Ja cilvēkam ir laba fiziskā un psihiskā veselība, pietiekams sociāls atbalsts, viņš spēj saprast un pieņemt pārmaiņas, cilvēks var šo krīzi pārvarēt.
- Nelaiemes gadījuma izraisīta krīze ir reakcija uz negatīvu notikumu, kas ir ārpus parasta dzīves cikla, piemēram, dabas katastrofu, vardarbīgu noziegumu. Šādi notikumi var nozīmīgi satricināt cilvēka pamata pieņēmumus, pasaules skatījumu un izjūtas, un atstāt ilgstošas negatīvas sekas.[38]

4.3 Krīzes intervence

Krīzes intervence ir īslaicīga, bet aktīva un atbalstoša iesaistīšanās cilvēka vai cilvēku grupas dzīvē laikā, kad tas izjūt spēcīgu stresu.

Izmanto dažādus krīzes intervences modeļus un pieejas, veida izvēle ir atkarīga no krīzes rakstura. Smagas krīzes gadījumā cilvēks jānosūta pie psihiskās veselības speciālista, kas nodrošinās krīzes intervenci. Tomēr palīdzošo profesiju pārstāvjiem ik dienas jāsasaskaras ar cilvēkiem, kas ir krīzē, tāpēc ikvienam speciālistam nepieciešamas prasmes palīdzošā veidā reaģēt un atbalstīt cilvēku krīzē, sniegt pirmo psiholoģisko palīdzību. To nosaka arī Pasaules Veselības organizācijas vadlīnijas.[51]

Krīzes intervences mērķi:

- Mazināt traumatiskā notikuma iespaidu, mazināt spriedzi;
- Palīdzēt atrisināt tūlītējas problēmas;
- Veicināt un atbalstīt normālu atjaunošanās procesu;
- Atjaunot, stiprināt adaptīvas problēmu risināšanas prasmes.

Krīzes intervence ir:

- vienkārša – risina tūlītējas, vienkāršas problēmas;
- tūlītēja – iespējama drīz pēc kritiskā notikuma;
- īslaicīga – no dažām minūtēm līdz stundai;
- radoša – intervences veicējam jāspēj pielāgoties konkrētās situācijas un cietušā vajadzībām;
- iedrošinoša – veicina pozitīvas gaidas par nākotni un krīzes atrisinājumu.

4.4 Krīzes intervences pamata principi

Krīzes intervences pamats ir noteiktas vērtības un principi, kas ir priekšnosacījums, lai krīzes intervence varētu notikt. Ontario medmāsu asociācijas ekspertu panelis norāda uz būtiskākajiem principiem, kas jāievēro, veicot krīzes intervenci.

- **Izvairīties no kaitējuma:** jātiecas nodrošināt indivīda, viņa ģimenes un arī atbalsta komandas fizisku un emocionālu drošību.
- **Cienpilna, nekritizējoša attieksme pret cilvēku un viņa situācijas interpretāciju.** Situācijas uztvere ir unikāla, to ietekmē indivīda iepriekšējā pieredze un vajadzības.
- **Krīzes intervence ir klienta centrēta** un ņem vērā viņa jūtas, vērtības, uztveres īpatnības un vēlmes. Klienta centrēta pieeja, kas balstīta empātijā un refleksijā, ir efektīvākais palīdzības veids.
- **Uz resursiem balstīta.** Stress ir cilvēka normāla pieredze, tas paver izaugsmes iespējas. Cilvēku resursi pārvarēt krīzes situācijas būtiski atšķiras un ir atkarīgi no pieredzes un

sociālā atbalsta. Intervences laikā tiek aktualizēti cilvēka resursi, ikviens spēj uzņemt atbildību par savu veselību un tikt iesaistīts sadarbībā un lēmumu pieņemšanā.[38]

4.5 Pierādījumos balstītas krīzes intervences metodes

4.5.1 Īsā intervence

Īsā intervence ir saruna, kurā precizē problēmu un vienojas par īstermiņa un ilgtermiņa mērķiem, kas ietver citu speciālistu iesaisti, kas varētu sniegt tālāko atbalstu. Īi ietver psihoizglītojošus un motivējošus elementus un prasmju treniņu. Īi veicina pārmaiņu motivāciju, mazina bezspēcības sajūtu. Pētījumi parāda, ka īsā intervence uzlabo atveseļošanos pēc traumas ilgtermiņā [19]. Ja ir pašnāvības domas, īstenojot īso intervenci, svarīgi nodrošināt, ka indivīds saņem tūlītēju tālāku palīdzību. Speciālistam jāizvērtē pašnāvības risks, jāvienojas par drošības plānu un jāpārlicinās, ka cilvēks saņems tālāku palīdzību.

Intervences īstenošanai nepieciešams attīstīt šādas komunikācijas prasmes:

- paust empātiju un cieņu;
- būt atklātam;
- spēt apzināties sevi, savas emocionālās reakcijas, ķermeņa valodu;
- pieņemt nezināmo, justies ērti neprognozējamā situācijā;
- saglabāt mieru un regulēt savas emocijas;
- paust patiesu interesi un būt labam klausītājam.

Īsās intervences piemērs: <https://www.youtube.com/watch?v=OpwkG2BXvuY&feature=youtu.be>

4.5.2 Vienošanās par drošības plānu

Palīdz cilvēkam pēc traumas būt un justies drošībā, tikt galā ar bailēm, atrast pārvarēšanas mehānismus un resursus situācijas risināšanai. Tas samazina akūtas hospitalizēšanas biežumu.

Par drošības plānu jāvienojas jau pirmajā tikšanās laikā, jo cilvēkam krīzē var nebūt iespējams ierasties uz nākamo tikšanos, piemēram, sievietei, kas cieš no partnera vardarbības, tas var radīt apdraudējumu.

Veidojot drošības plānu, ir jāņem vērā cilvēka mērķi, resursi un ierobežojumi šo mērķu sasniegšanai;

- riska faktori, kas veicina psiholoģiskus, vai fiziski draudi, brīdinājuma signāli un rīcība šādās situācijās;
- kad un kur cilvēks var saņemt personīgu un profesionālu atbalstu;
- citi svarīgi faktori atbilstoši cilvēka vajadzībām.

Pētījumos uzsvērts, ka, plānojot risinājumus, ir svarīgi balstīties cilvēka iespējās un resursos. Resursu akcentēšana veicina iesaisti un jaunu risinājumu meklēšanu, lai atrisinātu sarežģītas situācijas un tādējādi nostiprinātu dzīvesspēku. Cilvēku iedrošina paļauties uz saviem resursiem, pārvarot sarežģītas situācijas.

Skatīt 1. pielikumu - Drošības plāna paraugs.

Jautājumi, kas izceļ indivīda resursus

- Kā jūs esat ticis galā sarežģītās situācijās iepriekš?
- Kas jums palīdz?
- Kas ir jūsu spēka avots?
- Kā draugi raksturotu jūsu resursus?
- Kas liek jums turpināt? Kādas ir jūsu nākotnes cerības? Kas jūs aizrauj? Kā patlaban rūpējaties par sevi?

Apgalvojumi, kas veicina cilvēku iesaisti un palīdz atgūt kontroles sajūtu

- Es vēlos saprast jūsu perspektīvu.
- Paskatīsimies uz šo kopā!
- Izveidosim plānu, kas jums derēs vislabāk!
- Ar ko jūs vēlētos sākt?
- Tas var jums derēt, bet var arī nederēt. Jūs sevi pazīstat vislabāk.
- Lūdzu, sakiet, ja vēlaties paņemt pauzi vai nejūtaties ērti.

Būtiska krīzes intervences daļa ir cilvēka ar psihiskiem traucējumiem informēšana un motivēšana saņemt tālāku palīdzību. Tāpēc speciālistam jābūt informācijai par:

- kopienā pieejamajiem resursiem – dažādām bezmaksas un maksas iespējām saņemt cilvēkam nepieciešamo profesionālo palīdzību, piemēram, psihoterapeita, psihologa vai psihiatra konsultācijas;
- pašpalīdzības grupām, NVO un citām līdzcilvēku atbalsta formām – citu cilvēku atbalsts, kas saskārušies ar līdzīgu pieredzi, palīdz pārdzīvot krīzi un veicina personīgo izaugsmi, uzlabo pārvarēšanas prasmes. Tomēr jāatceras, ka šī atbalsta forma neaizstāj tehnoloģiju izmantošanu. Internetā pieejamos pašpalīdzības materiālus, aplikācijas var izmantot psihoizglītojošiem mērķiem, kā arī stresa pārvarēšanas metožu attīstīšanai.

4.5.3 Pirmā psiholoģiskā palīdzība

Pirmā psiholoģiskā palīdzība ir līdzjūtīga un atbalstoša klātbūtne, kas mazina akūta stresa reakciju, tālākās rīcības un atbalsta iespēju izvērtēšana. Pirmās psiholoģiskās palīdzības mērķis ir piedāvāt, nevis uzspiest praktisku atbalstu un rūpes, izvērtēt vajadzības un bažas, palīdzēt

apmierināt pamatvajadzības, uzklausīt, bet nespīest runāt, mierināt un palīdzēt nomierināties, palīdzēt atrast nepieciešamos pakalpojumus un atbalstu, pasargāt no kaitējuma [51].

4.5.4 Džona Hopkina universitātes pirmās psiholoģiskās palīdzības modelis

Modelis paredz 5 soļu darbības principu [22].

1. solis Kontakta nodibināšana un aktīva, reflektējoša klausīšanās

Cilvēku vajadzības krīzes situācijā var atšķirties, tāpēc ir svarīgi atteikties no pieņēmumiem par tālāko rīcību un uzmanīgi uzklausīt, būt klātesošam, empātiskam, līdzjūtīgam un gatavam sadzirdēt.

Aktīva klausīšanās palīdz cilvēkam krīzes situācijā justies sadzirdētam un saprastam, kas ļauj uzticēties atbalsta sniedzējam. Ja indivīds uzticas, viņš ir gatavs sadarboties un ievērot norādījumus.

Uzsākot sarunu:

- pastāstiet, kas jūs esat;
- paskaidrojiet, jo jūs darāt;
- uzdodiet atvērto jautājumu! Pareizi noformulēts jautājums ir tāds, kas palīdz ieraudzīt savu lomu un resursus problēmas risināšanā, kā arī ļauj izjust atbalstu.

Atvērtie jautājumi rosina uz plašāku atbildi, pretstatā slēgtiem jautājumiem, uz kuriem var atbildēt ar "jā", "nē" vai nezinu. Atvērtie jautājumi palīdz noskaidrot, kas, kā, kāpēc ir noticis.

Atspoguļojiet dzirdēto, atbildot ar apkopojošu pārfrāzējumu. Šajā brīdī jūsu uzdevums ir būt kā "spogulim", kas atspoguļo dzirdētās emocijas un būtisko saturu.

Krīze situācija izraisa spēcīgu bezpalīdzības sajūtu. Empatizējot cietušajām, krīzes intervences īstenotājs var izjust vēlmi mazināt bezpalīdzības sajūtu, palīdzēt, novērst cilvēka ciešanas. Tomēr šajā brīdī galvenais uzdevums ir būt gatavam uztvert un būt klātesošam. Palīdzošākā attieksme, runājot ar cilvēku krīzes situācijā, ir beznosacījuma pieņemšana un pozitīvs, cieņpilns skatījums uz cietušo.

Aktīva, reflektējoša klausīšanās ir efektīva, jo pauž gatavību klausīties, uzlabo kontaktu.

2. solis Situācijas izvērtēšana

Šajā solī izvērtē cilvēka fizisko un psiholoģisko stāvokli un vajadzības. Precizējoši jautājumi par cilvēka pašsajūtu un reakcijām.

3. solis Prioritāšu izvirzīšana

Ja sniedzat atbalstu vairākiem cilvēkiem, izvērtējiet prioritātes! Atbalstot vienu cilvēku, izvērtējiet viņa vajadzības.

4. solis Intervence

Bieži vien pietiks ar aktīvu uzklaušāšanu, tomēr reizēm ir nepieciešama iesaiste un aktīvs atbalsts. Visbiežākās intervences:

- akūtas stresa reakcijas stabilizēšana: atbrīvojieties no provocējošiem stimuliem, rosiniet fokusēties uz kādu uzdevumu, dodiet iespēj izpaust emocijas, rosiniet atlikt impulsīvu rīcību, pārslēdziet uzmanību;
- akūta stresa mazināšana, funkcionālo spēju atjaunošana: izskaidrošana, normalizēšana, iedrošināšana, pārfrāzēšana, tehniskas stresa regulēšanai (elpošana, iezemēšanās tehnikas).

5. solis Sarunas noslēgums

Pārrunājiet tālākos rīcības soļus un iespējas saņemt atbalstu. Pārliecinieties par to, kas ar cilvēku noticis tālāk, pārbaudiet, vai saņemts nepieciešamais.

4.6 Krīzes intervence cilvēkiem ar psihiskās veselības vai personības traucējumiem

Krīzes intervences prasmes un pirmā psiholoģiskā palīdzība ir palīdzīga arī cilvēkiem ar viegliem vai vidēji smagiem psihiskās veselības traucējumiem. Individīdiem ar smagām psihiskām saslimšanām krīzes laikā bieži vien nepieciešama hospitalizācija vai psihiskās veselības speciālista atbalsts, alternatīvu intervenču un krīzes terapijas efektivitāte nav pietiekami pierādīta. Novērots, ka krīzes intervence indivīdiem ar šizofrēniju samazina hospitalizācijas biežumu par 50% un uzlabo cilvēku un viņu ģimenes apmierinātību ar ārstēšanu sešus mēnešus pēc krīzes [31].

Tāpat ir svarīgi iepriekš izstrādāt rīcības plānu krīzes situācijām, kur norādīta visu pušu rīcība un atbalsta iespējas jebkurā diennakts laikā.

Sniedzot krīzes intervenci cilvēkiem ar emocionālu labilitāti un personības traucējumiem, ieteicams izvērtēt situāciju, saglabājot mieru, un rosināt reflektēt par iespējamajiem risinājumiem. Krīzes intervenču efektivitāte randomizēti kontrolētos pētījumos nav pierādīta [16]. Medikamentozu ārstēšanu ieteicams izmantot tikai īstermiņā, izvairoties no medikamentiem ar atkarības risku vai pārdozēšanu.

Skots Simpsons piedāvā modeli, kā medicīnas speciālists neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā vai ģimenes ārsta praksē var strukturēt sarunu ar cilvēkiem, kam ir akūti depresijas vai trauksmes simptomi. Skatīt 4.2 tabulu "Sarunas strukturēšana ar cilvēkiem ar depresiju vai trauksmi".

Sarunas strukturēšana ar cilvēkiem ar depresiju vai trauksmi [45]

Etaps	Uzdevumi	Mērķi
Atpazīt krīzi un noskaidrot tās priekšvēstnešus.	<ul style="list-style-type: none"> Noskaidrot vēsturi. Uzzīmēt laika līniju. 	<ul style="list-style-type: none"> Nodibināt kontaktu. Noskaidrot situāciju. Hipotēzes par diagnozi.
Raksturot cilvēka reakciju	<ul style="list-style-type: none"> Raksturot indivīda emocionālo reakciju Raksturot indivīda uzvedību: nekustīgumu, izvairīšanos vai pielāgošanos. Identificēt priekšvēstnešus, risinājumus. 	<ul style="list-style-type: none"> Apstiprina indivīda emocijas. Nostiprina attiecības. Virza uz risinājumiem.
Kopīgi atrast situācijas skaidrojumu.	<ul style="list-style-type: none"> Pārrunājiet, kas noticis? Kā cilvēks jūtas? Kas viņam nepieciešams? Kādas ir izvēles iespējas? Kas joprojām notiek labi? Pārrunājiet simptomu skaidrojumu! 	<ul style="list-style-type: none"> Parāda iepriekšējos soļos veiktā darba nozīmi? Vienota izpratne par problēmu skaidrojumu. Uzsākta problēmu risināšana.
Vienojas par vēlamo uzvedību un piedāvā konkrētu atbalstu.	<ul style="list-style-type: none"> Izveido mērķu sarakstu. Pārrunā mērķu īstenošanas soļus (kopīgi pieraksta uz konsultāciju, palīdz sazvānīt u. tml.) Izveido drošības plānu. Ierobežo pieeju letāliem līdzekļiem. Vienojas par pārbaudes zvanu vai tikšanos. 	<ul style="list-style-type: none"> Modelē elastīgu problēmu risināšanu. Sagatavo konsultācijas noslēgumam un grūtībām pēc tam. Samazina riskus drošībai.
Piesaista sociālo atbalstu.	<ul style="list-style-type: none"> Pārrunā atbalsta iespējas (uzzīmē atbalsta personu diagrammu). Sazvanās ar iespējamo atbalsta personu un vienojas par turpmāko rīcību 	<ul style="list-style-type: none"> Veicina sociālu piederību. Uzlabo atbalsta pieejamību. Nodrošina atbalsta tīkla iesaisti, ja pašsajūta pasliktinās.

4.7 Prasmju treniņš

Krīzes intervences pamatā ir specifisku saskarsmes prasmju izmantošana.

Tomēr katras pieejas mērķis ir uzlabot cilvēka ar psihiskiem traucējumiem funkcionēšanu kognitīvā, emocionālā, sociālā un uzvedības līmenī. Krīzes intervence arvien ir klienta centrēta, rēķinās ar indivīda tiesībām, jūtām, vērtībām, uztveres īpatnībām un vēlmēm. Dažādi rīki, piemēram, diagnostikas instrumenti, izvērtēšanas skalas, var palīdzēt strukturēt intervences

procesu, tomēr krīzes intervences pamats ir klīniskās prasmes – empātiju, zināšanas, eksperta vērtējumu un spriešanu, atbalstošas saskarsmes prasmes.

Prasmju treniņš 1

Lomu spēļu scenāriji [17] – skatīt 2. pielikumu

Prasmju treniņš 2

Pirmās psiholoģiskās palīdzības sniegšanas prasmju izvērtēšanas skala [17] – skatīt 3. pielikumu

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. *Ārstniecības likums*. LR Likums. Saeima: 12.06.1997.
2. Kuldīgas novada pašvaldība. (2011) *Rokasgrāmata „Metodes un pieejas sociālā darba jomā”*. Iegūts šeit: <https://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/3167/rokasgramata.pdf>
3. Latvijas kustība par neatkarīgu dzīvi. (2012). *Vadlīnijas dzīves kvalitātes nodrošināšanai cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem sociālos pakalpojumos*. Rīga
4. Latvijas Republikas Tiesībsargs. (2017) *Ievietošana psihiatriskajā slimnīcā pret personas gribu*. RC “ZELDA”.
5. Leimane-Veldmeijere I., Mazapša A., ... Skirmante S., (2016) *Rokasgrāmata: pirmie soļi atbalsstītās lemtspējas ieviešanā Latvijā*. Rīga: RC ZELDA
6. Pārresoru koordinācijas centrs (2018) *Ziņojuma projekts par nepieciešamajiem uzlabojumiem starpnozaru sadarbībā un palīdzības sniegšanā bērniem un jauniešiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem*. Rīga.
7. Pasaules veselības organizācija. (1999). *Veselība-21* (46. lpp)
8. Slimību Profilakses un kontroles centrs. (2017). *Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā*. Pieejams šeit: https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/tz_pvl_2016_final.pdf
9. Tērauds, E., Andrēziņa, R., Zārde, I. (2013). *Praktizējošā ārsta rokasgrāmata - Rekomendācijas psihiatrisko pacientu terapijā*. Rīga: SIA PS media.
10. Tērauds, E., Rancāns, E., ... Zārde, I. (2014) *Šizofrēnijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas*. Rīga: Latvijas Psihiatru asociācija, 3. izdevums.
11. Tērauds, E., Rancāns, E., ... Ķiece, I. (2015) *Depresijas norise un ārstēšanas iespējas*. Vadlīnijas, Rīga: Latvijas Psihiatru asociācija, 3. izdevums.
12. Šulce, L. (2009) *Psihiatriskā palīdzība bez pacienta piekrišanas, informācija pacientiem un tuviniekiem*. RC “ZELDA”, Sorosa fonds Latvija.
13. Veselības Ministrija. (2018) *Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.-2020.gadam*. Rīga: Veselības Ministrija
14. Zārde, I. (2015) *Padomi saskarsmē, komunikācijā un sadzīvē ar cilvēkiem ar dažādām psihiskām saslimšanām*. Rīga, SPKC un VM projekts “Nenovērsies”.
15. American Psychological Association (2012). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. Pieejams šeit: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
16. Borschmann, R., Henderson ... Moran, P. (2012). *Crisis interventions for people with borderline personality disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009353.pub2>
17. Center for Public Health Preparedness. (2016). *Psychological First Aid Training Coordinator Guide*. Pieejams šeit: [https://www.albany.edu/sph/assets/PFA_Training_Coordinator_Guide_February_2_2017\(1\).pdf](https://www.albany.edu/sph/assets/PFA_Training_Coordinator_Guide_February_2_2017(1).pdf)
18. Davis, T. (2012). Conceptualizing Psychiatric Disorders Using “Four D’s” of Diagnoses. *The Internet Journal of Psychiatry*, 1(1), 1–5. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.5580/7e6>
19. Des Groseilliers, I. B., Marchand, A. ... Brunet, A. (2013). *Two-year follow-up of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 462–469. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1037/a0031967>
20. *Direct social work practice: Theory and skills* (95-112). Belmont, CA: Brooks/Cole.
21. Dogar, I. A. (2007). *Biopsychosocial model*.

22. Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2008). *Integrative crisis intervention and disaster mental health*. Columbia, MD: Chevron Publishing Corporation.
23. Field, Sh., Martin, J., Miller, R., ... Wehmeyer, M. *Self – determination for persons with disabilities: A position statement of the division on career development and transition*.
24. Ilievski, V., Coneva, A. (2013). *Communication of persons with mental disorders – Jahr*, Vol 4,
25. Johns, A. (2016) *Informed Consent: A professional and ethical responsibility*. Newfoundland,
26. Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2007). *A new look at the neural diathesis-stress model of schizophrenia: The primacy of social-evaluative and uncontrollable situations*. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1171–1177. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl058>
27. Lloyd, C., King R., Chenoweth, L.(2002) Social work, stress and burnout: review. *Journal of Mental Health*
28. Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2019). Community alternatives to inpatient admissions in psychiatry: Community alternatives to inpatient admissions in psychiatry. *World Psychiatry*, 18(1), 31–32. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1002/wps.20587>
29. Lowry, M. (2016). A practical model for reflection on practice. *Nursing Times*, 112(12/13), 12–15.
30. Morrissey, J., Callaghan, P. (2011) *Communication skills for mental health nurses: An introduction*. Open University Press.
31. Murphy, S. M., Irving, C. B., ... Waqar, M. (2015). *Crisis intervention for people with severe mental illnesses*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>
32. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2015). *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings*. Updated edition. Pieejams šeit: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/>
33. Nowrouzi-Kia, B., Chai, E., Usaba, K., Nowrouzi-Kia, B., & Casole, J. (2019). Prevalence of Type II and Type III Workplace Violence against Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 10(3), 99–110. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.15171/ijoem.2019.1573>
34. *Occupational Safety and Health Administration Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers*. (2016). Pieejams šeit: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
35. Papageorgiou, A., Loke, Y. K., & Fromage, M. (2017). *Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness*. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010006.pub2>
36. WorkSafe Victoria. (2017). *Prevention and management of violence and aggression in health services*.
37. Raveel, A., & Schoenmakers, B. (2019). Interventions to prevent aggression against doctors: A systematic review. *BMJ Open*, 9(9), e028465. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028465>
38. Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Crisis Intervention for Adults Using a Trauma-Informed Approach: Initial Four Weeks of Management* (3rd ed.). Toronto.
39. Richmond, J., Berlin, J. ... Wilson, M. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>

40. Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
41. Rowe, L., Morris-Donovan, B., Watts, I., & Royal Australian College of General Practitioners. (2009). *General practice, a safe place: Tips and tools*.
42. Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(513), 305–312.
43. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioural Science/Clinical Psychiatry* (11th Edition). Wolters Kluwer.
44. Semple, D., & Smyth, R. (2013). *Oxford Handbook of Psychiatry* (Third Edit). Oxford University Press.
45. Simpson, S. (2019). A Single-session Crisis Intervention Therapy Model for Emergency Psychiatry. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*, 3(1), 27–32. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.5811/cpcem.2018.10.40443>
46. SkillsYouNeed. *Verbal communication skills*. Pieejams šeit: <https://www.skillsyouneed.com/ips/verbal-communication.html>
47. Vorderwülbecke, F., Feistle, M. ... Linde, K. (2015). Aggression and Violence Against Primary Care Physicians. *Deutsches Aerzteblatt Online*. Pieejams šeit: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0159>
48. World Health Organization. *Mental health: strengthening our response*. (2018). Pieejams šeit: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
49. World Health Organisation. (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Pieejams šeit: <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
50. World Health Organization. (2016). *mhGAP Intervention Guide—Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*.
51. World Health Organization. (n.d.). *Psychological first aid: Guide for field workers*.
52. Workbook - Careerforce. (2011) *Describe communication with people with a communication disability in an aged care, health or disability context*. Pieejams šeit: <https://careerforce.org.nz/wordpress/wp-content/uploads/WB26982v1.pdf>

PIELIKUMI

Drošības plāns

Kas piedalījās drošības plāna izstrādē?							
Pacients		Cits tuvs cilvēks		Klīniskais personāls		Cits	
Ģimene		Aizbildnis		Draugs			
1. Kas palīdz man justies droši?							
2. Kas rada nedrošības sajūtu? (Sadusmo, biedē u.tml.)							
3. Kādi signāli liecina, ka nonāku krīzē, zaudēju kontroli?							
4. Kas notiek, kad esmu krīzē, zaudēju kontroli? Kā tas izskatās no malas?							
5. Kas man nepieciešams šajā laikā?							
6. Ko varu darīt, lai sevi nomierinātu? Kādas aktivitātes ļauj man justies labāk?							
7. Ko citu var darīt, lai man palīdzētu? (Kas? Kā?)							
8. Kādi šķēršļi mani kavētu izmantot šo drošības plānu?							
9. Kas liecina par to, kas tieku galā ar krīzes situāciju? Kā tas izskatītos no malas?							

Lomu spēļu scenāriji

Karantīna saistībā ar infekciju slimības epidēmiju.

Rīgā izplatījusies smaga respiratora saslimšana. Lai izvairītos no slimības epidēmijas, noteikts aizliegums izceļot, ja ir aizdomas par šo saslimšanu. Kādam ceļotājam lidmašīnā novēroti saslimšanas simptomi, tāpēc visi lidmašīnas pasažieri ievietoti karantīnā uz 10 dienām. Pasažieri izvietoti viesnīcā, kur tiem piegādā pārtiku un citas nepieciešamās lietas. Viņiem pieejams telefons, televizors, internets, bet viņi nevar atstāt telpas un tikties ar apmeklētājiem. Ir sestā karantīnas diena. 42 gadus vecs celtnieks, kas bija ceļā uz darbu Norvēģijā, kļūst arvien dusmīgāks, naidīgāks un agresīvāks pret personālu, kas veic veselības pārbaudes. Viņš ir precējies, un viņam ir 2 bērni.

Pacienta izteikumi:

- Vai kāds var mani dabūt ārā no šejienes? Man jātiek ārā!
- Ar mani viss ir kārtībā! Es neklepoju un nešķaudu, man nav galvassāpju vai paaugstinātas temperatūras. Ja man vēlreiz veiks pārbaudi, es par sevi negalvoju!
- Es jau esmu nokavējis veselu darba nedēļu. Mani tur neviens negaidīs. Es zaudēšu darbu, un kas tad uzturēs manu ģimeni?
- Ja dzirdēšu vēl vienu ziņu „Panorāmā” par to, kā valdība rūpējas par iedzīvotājiem, turot mūs šeit ieslēgtus, es tiešām zaudēšu kontroli.
- Kāpēc tā sieviete vispār iekāpa lidmašīnā? Viņa noteikti zināja, ka ir slima, tomēr pakļāva mūs visus šim murgam. Es ceru, ka viņa nomirs!
- Es šeit zaudēju prātu!

Pēc apšaudes naktsklubā ievesti vairāki ievainoti cilvēki.

Dažus no tiem neizdevās glābt. Radnieki gaida ziņas par tuvinieku veselības stāvokli, un personāls izjūt stresu. Saruna ar māsu, kas pieaicināta piedalīties ievainoto cilvēku aprūpē neatliekamās palīdzības nodaļā, lai gan ikdienā strādā nodaļā stacionārā.

Medmāsas izteikumi:

- Es nevaru aizmirst tās ainas. Es joprojām drebu.
- Visās tās asinis...
- Daudzi cilvēki bija manā vecumā. Patiesībā pati reizēm eju uz to naktsklubu, un es nevaru beigt domāt, ka starp cietušajiem varēju būt es pati vai mani draugi.
- Kā kāds šo varēja izdarīt? Kas tiem cilvēkiem kaiš? Vai viņiem ar galvu nav kārtībā?

- Es naktī murgoju par kliegšanu un raudāšanu, kas skanēja no uzgaidāmās telpas.
- Es mēģinu koncentrēties uz labo darbu, kuru mēs paveicām, tomēr ir grūti nedomāt par tiem, ko mums neizdevās glābt.
- Man patīk būt medmāsai, bet, domājot, ka man kādreiz atkal būs jāveic šāds darbs, neesmu droša, ka esmu īstajā profesijā.

Pirmās psiholoģiskās palīdzības sniegšanas prasmju izvērtēšanas skala

Pirmās psiholoģiskās palīdzības prasmes	Vai atbalsta persona iekļāva šo elementu?
Kontakta veidošana	
Rūpējas par fiziskām vajadzībām	
Rūpējas par vajadzību pēc drošību	
Atspoguļo un atzīst indivīda perspektīvu	
Saglabā mieru	
Silta, empātiska attieksme	
Iedrošina	
Iegūst informāciju	
Sniedz precīzu informāciju	
Palīdz izvērtēt sociālā atbalsta pieejamību	
Iepazīstina ar tālāka profesionāla atbalsta iespējām	

Faktori, kas paaugstina vardarbības risku medicīnas praksē

1. Darbavietas iekārtojums	<p>Nav atdalīta pacientu un medicīnas speciālistu zona.</p> <p>Nav kontrolēta pieeja darbinieku un pacientu zonām.</p> <p>Pārpildīta, neērta, skaņa uzgaidāmā telpa.</p> <p>Grūti pieejama izeja, tualete vai citas svarīgas telpas.</p> <p>Vājš apgaismojums un nav apsardzes.</p> <p>Nav nostiprinātas mēbeles un var tikt izmantotas par ieroci.</p>
2. Darba organizācija	<p>Ilgi jāgaida.</p> <p>Vāja cilvēku ar psihiskiem traucējumiem apkalpošanas kultūra .</p> <p>Nepietiekamas darbinieku daudzums vai nepietiekami kvalificēti speciālisti.</p> <p>Speciālisti strādā vienatnē.</p> <p>Nav vardarbības novēršanas plāna.</p> <p>Personāls nejutās ielaistīts lēmumu pieņemšanā.</p> <p>Vardarbības epizodes netiek analizētas.</p> <p>Nav mehānisma, kas ļautu liegt pakalpojumus cilvēkiem ar atkārtotām uzvedības problēmām.</p> <p>Personāls nav pietiekami apmācīts deeskalācijas veikšanai.</p> <p>Personāls nav pietiekami apmācīts atpazīt problēmu uzvedības cēloņus un novēršanas iespējas.</p> <p>Tiek izmantota fiziska fiksēšana.</p> <p>Neatbilstība starp pacientu gaidām un piedāvājumu.</p> <p>Viegli pieejami medikamenti, skaidra nauda vai citas vērtīgas lietas.</p>
3. Pacienta iezīmes	<p>Akūta saslimšana:</p> <p>Galvas trauma.</p> <p>Encefalīts, meningīts, infekcija.</p> <p>Encefalopātija.</p> <p>Vielmaiņas traucējumi: hipoglikēmija, hipokalcēmija, hiponatriēmija.</p> <p>Hipoksija.</p> <p>Vairogdziedzera saslimšanas.</p> <p>Lēkme.</p> <p>Saindēšanās ar toksiskām vielām vidē.</p> <p>Saindēšanās ar medikamentiem (piemēram, pārmērīga lietošana, nepiemērota kombinēšana).</p> <p>Aktīva intoksikācija, atkarības vielu lietošana.</p> <p>Psihosociāls stress.</p> <p>Negatīva iepriekšējā sadarbība ar veselības aprūpes iestādēm.</p> <p>Cietis no vardarbības.</p> <p>Psihiatriski traucējumi.</p> <p>Personības iezīmes, kontrolējošs, dominējošs saskarsmes stils.</p>

	<p>Frustrācija, jūtas, kas pret viņu izturējušies negodīgi, necienīgi, nav uzklausi, iedziļinājušies.</p> <p>Stress, nemiers.</p> <p>Jūtas zaudējis kontroli.</p> <p>Negaidīti augstas izmaksas par veselības aprūpes pakalpojumu.</p> <p>Problēmas ģimenē.</p>
4. Medicīnas darbinieka iezīmes	<p>Nav gatavs risināt problēmu situāciju.</p> <p>Nav pietiekamas prasmes un zināšanas par agresijas vadīšanu: neapzinās savu ķermeņa valodu, nespēj deeskalēt situāciju.</p> <p>Nepietiekamas profesionālās zināšanas.</p> <p>Vājas komunikācijas prasmes.</p> <p>Maza pieredze.</p> <p>Grūtības regulēt emocijas, piemēram, dusmas, trauksmi, kontratransferenci.</p> <p>Profesionāla izdegšana, stress.</p> <p>Dominējošs, uzstājīgs saskarsmes stils, kuru cilvēks ar psihiskiem traucējumiem var uztvert kā provokatīvi, frustrējošu.</p> <p>Personības iezīmes: nav orientēts uz sadarbību, izteikts neirotisms, izteikta negatīva afektivitāte, zema ekstraversija, zema atbildības sajūta, zems pašvērtējums.</p>
5. Sociālie faktori	<p>Nabadzība, bezdarbs, dzīvesvietas maiņa.</p> <p>Necieņa pret autoritātēm, sagaida īpašu attieksmi.</p> <p>Aizdomīgums, preventīva aizsargpoza, konfrontācija.</p> <p>Pārāpdzīvotība.</p> <p>Valodas barjeras.</p> <p>Kultūru atšķirības.</p>