



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

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

Veselības aprūpe personām ar invaliditāti – profilakse un veselības veicināšana: riska faktoru mazināšana, veselīga dzīvesveida un fizisko aktivitāšu veicināšana

Mācību materiāls

**Rīga
2019**

ANOTĀCIJA

Metodiskā materiāla mērķis ir mazināt riska faktoros, veicināt veselīgu dzīvesveidu un fizisko aktivitāti personām ar invaliditāti. Metodiskā materiāla ieteikumi ir paredzēti ārstniecības un ārstniecības atbalsta personālam, tostarp medmāsām, ārsta palīgiem un funkcionāliem speciālistiem.

Materiālā apskatīti varianti biežāk sastopamo veselības traucējumu atpazīšanai, ieteikumi motivācijas veidošanai un efektīvai komunikācijai, atspoguļotas dažādu metodiku izmantošanas iespējas, sniegtas rekomendācijas sociālās rehabilitācijas veicināšanai, tostarp iesaistīšanai fiziskajās aktivitātēs, lai paildzinātu personu ar invaliditāti aktīvo dzīvi, samazinātu saslimstību un veicinātu iesaistīšanos sabiedrībā, kas mūsdienās ir viens no svarīgākajiem uzdevumiem.

Metodiskais materiāls ir sagatavots Eiropas Sociālā fonda projekta 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 SIA “Veselības centrs Vivendi” struktūrvienības - pieaugušo neformālās izglītības iestādes “Medicīnas tālākizglītības centrs” speciālisti: ārsts psihoterapeits Tarass Ivaščenko un psiholoģe Kristīne Dūdiņa.

SATURA RĀDĪTĀJS

Ievads	5
1. Biopsihosociālais (BPS) veselības modelis	6
1.1 Modeļa raksturojums	6
1.2 Invaliditātes iedalījums	8
1.3 Statistika un organizācijas	9
2. Fizisko aktivitāšu veicināšanas modelis	11
2.1 Vispārējo fizisko aktivitāšu nozīmīgums.....	11
2.2 Ieguvumi no fiziskajām aktivitātēm	12
2.3 Fizisko aktivitāšu uzdevumi	13
2.4 Sagatavošanās fiziskajām aktivitātēm	13
2.5 Rekomendācijas barjeru pārvarēšanai	14
2.6 “Spēles elements”	15
2.7 Adaptējošā vingrošana.....	16
2.8 Pašmasāža.....	17
2.8.1 Pašmasāžas vispārējā ietekme.....	17
2.8.2 Indikācijas pašmasāžas veikšanai.....	18
2.8.3 Kontrindikācijas	18
2.8.4 Pašmasāžas trūkumi	19
2.8.5 Secinājumi.....	19
2.9 Fizisko aktivitāšu ierobežojumi.....	19
2.9.1 Kontrindikācijas	19
2.9.2 Darbs ar vecākiem cilvēkiem	20
2.10 Aktīva dzīves pozīcija;	21
3. Sadarbība ar cilvēkiem, kuriem ir invaliditāte, un viņu radniekiem.....	22
3.1 Vajadzību izvērtēšana. Šķēršļi, komunikācijas īpatnības un mērķu sasniegšana	22
3.2 Ieteikumi efektīvai saskarsmei/ sadarbībai	23
3.2.1 Ieteikumi komunikācijā ar vājredzīgiem/neredzīgiem cilvēkiem	23
3.2.2 Ieteikumi komunikācijā ar cilvēkiem ar dzirdes traucējumiem	23
3.2.3 Ieteikumi komunikācijā ar cilvēkiem ar kustību traucējumiem.....	24
3.2.4 Saskarsme un komunikācija ar cilvēku, kuram ir psihiski traucējumi.....	24
3.2.5 Svarīgi aspekti saskarsmē ar cilvēku, kurš slimo ar šizofrēniju.....	24
3.2.6 Svarīgi aspekti saskarsmē un sadzīvē ar cilvēku, kuram ir demence.....	25
3.2.7 Komunikācija ar radniekiem	25

4.	Psihoemocionālās veselības uzlabošana	27
4.1	Medicīnas darbinieka loma.....	27
4.2	Psihiskās veselības izvērtējums	28
4.2.1	Depresija.....	29
4.2.2	Trauksme jeb neirotiski, ar stresu saistīti traucējumi.....	30
4.3	Atbalsts cilvēkiem ar viegliem depresijas un trauksmes simptomiem un preventīvi pasākumi psihiskās veselības uzlabošanai	32
4.4	Vidēja un augsta riska pacienti	34
4.4.1	Pašagresijas risku izvērtēšana	35
4.4.2	Rīcības plāns augsta riska pacientiem	36
4.4.3	Rīcības plāns vidēji augsta riska pacientiem.....	36
4.5	Riska faktoru izvērtēšana.....	37
4.5.1	Traumatiska bērnības pieredze	37
4.5.2	Izjustais stress.....	38
4.5.3	Dzīves kvalitātes novērtējums.....	39
4.6	Aizsargājoši faktori.....	41
5.	Sociālās veselības uzlabošana.....	43
6.	Motivēšana un veselības aprūpes mentorings darbā ar personām, kurām ir invaliditāte ..	45
6.1	Motivējošas sarunas pamatprincipi.....	45
6.2	Motivējošas sarunas pamatprasmes	46
6.3	Motivējošas sarunas process.....	47
6.4	Praktiski uzdevumi	49
	Izmantotā literatūra un avoti	54
	Pielikumi	58

IEVADS

Invaliditāte ir sociāla parādība, no kuras nevar izvairīties neviena sabiedrība un neviena valsts; atbilstoši tās attīstības līmenim, prioritātēm un iespējām veido sociālo un ekonomisko politiku attiecībā uz cilvēkiem ar invaliditāti.

Cilvēces attīstība stimulē efektīvāku atbalsta sistēmu radīšanu, lai veicinātu personu ar veselības stāvokļa traucējumiem socializāciju vai resocializāciju, dzīves kvalitātes paaugstināšanu, dzīves piepildījumu ar jaunu saturu, jēgu, emocijām un izjūtām.

Metodiskais materiāls ir paredzēts izmantošanai Latvijas Republikas teritorijā, un tā mērķis ir mazināt riska faktorus, veicināt veselīgu dzīvesveidu un iesaisti fiziskajās aktivitātēs personām ar invaliditāti. Metodiskie ieteikumi ir paredzēti ārstniecības nozares speciālistiem.

Materiālā iekļauti ieteikumi motivācijas veidošanai un efektīvai komunikācijai, izmantojot dažādas metodikas, un sniegtas rekomendācijas fizisko aktivitāšu veicināšanai personām ar invaliditāti, lai paildzinātu viņu aktīvo dzīvi, uzlabotu iesaistīšanos sabiedrībā un samazinātu saslimstību.

1 BIOPSIHOSOCIĀLAIS (BPS) VESELĪBAS MODELIS

1.1 Modeļa raksturojums

Bioloģiskais. Psiholoģiskais. Sociālais. Šo trīs vārdu apvienojums terminā “biopsihosociālais” ir pazīstams ikvienam veselības aprūpes speciālistam – tas tiek apgūts gan sākotnējo apmācību laikā, gan turpinot profesionālo izaugsmi, veicot tālākizglītību vai lasot nozares literatūru.

Biopsihosociālais modelis lielā mērā ir saistīts ar Dž. Eindželu (*Engel*), kurš centās aizstāt zinātnisko, dominējošo biomedicīnas modeli, kurā netiek ņemtas vērā slimību sociālās, psiholoģiskās un uzvedības dimensijas [23]. Tomēr šis jēdziens ir vecāks – jau aptuveni pirms 20 gadiem apzīmējumu “biopsihosociāls” ieviesa S. Gēmi (*Ghaemi*, [26]). Jāņem vērā – ja Eindžels vēlējās nodrošināt, lai psihosociālos aspektus ņemtu vērā medicīnā un veselības aprūpē, tad Gēmi mērķis, reaģējot uz tobrīd valdošo profesiju sadalījumu, bija nodrošināt, lai psihiatrijā netiktu aizmirsti bioloģiskie aspekti.

Tradicionālās medicīnas modelis bija duālistisks (atdalīja ķermeni un prātu) un reducējošs, pieņemot, ka slimības ir tieši saistītas ar specifisku fizisko patoloģiju, ko apstiprina objektīvi testi, turklāt pastāv lineāra saikne starp bojājumu un izjusto sāpju apjomu, kā arī sāpju smagumu un invaliditātes pakāpi [14].

Eindžels uzsāka revolūciju, kura saistīta ar pāreju no biomedicīnas modeļa, kas koncentrējās uz fizisko patoloģiju un fizisko bojājumu novēršanu, uz modeli, kas koncentrējas uz personu un integrē visus faktoros, kas veicina tās veselību un labklājību.

Jāuzsver, ka biopsihosociālais modelis nav panaceja, tas nenodrošina specifisku, sīku informāciju par to, ko vajadzētu darīt ar pacientiem. Dž. Veddels (*Waddell*, [61]) to vairāk raksturo kā metodi vai instrumentu kopumu, kas paredz nepieciešamību ārstniecības personām darboties kā padomdevējiem, ne tikai palīdzot pacientiem risināt viņu problēmas, bet arī rosinot uz dažādām aktivitātēm.

Biopsihosociālo modeli var uzskatīt par pilnīgu – tas (1) nodrošina pamatpieeju visai veselības aprūpei un (2) fokusējas uz problēmu risināšanu [61].

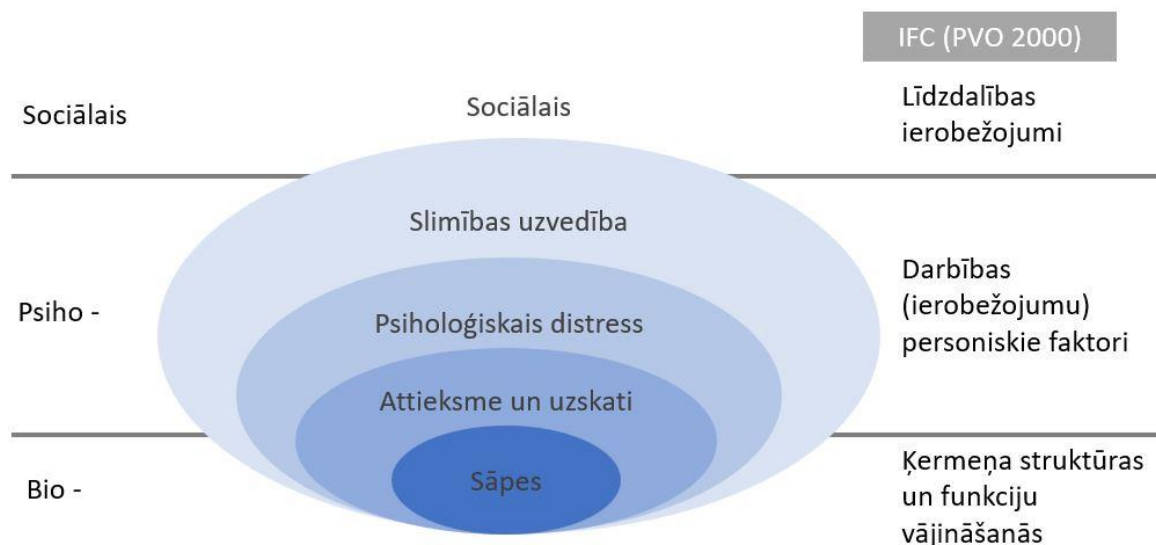
Medicīnisko (biomedicīnisko) un biopsihosociālo modeļu izpratne [61]

Faktors	Medicīniskais modelis	Biopsihosociālais modelis
Sāpes, invaliditāte, darbnespēja un prombūtne slimības dēļ	Ir kādas traumas, slimības un traucējumu sekas	<i>Daļēji</i> ir veselības stāvokļa jautājums, bet <i>ir</i> saistīts ar indivīda domām, jūtām un uzvedību
Indivīda atbildība	Iemesli atrodas ārpus indivīda kontroles, un viņam/viņai par tiem ir neliela vai vispār nav atbildības	Indivīdam ir jāuzņemas zināma atbildība
Veselības stāvoklis un atveseļošanās	Ir veselības aprūpes jautājums	<i>Daļēji</i> ir veselības aprūpes jautājums, bet <i>ir atkarīgs</i> arī no indivīda centieniem un uzvedības
Indivīda līdzdalība	Pacients ir pasīvs veselības aprūpes saņēmējs	Ir aktīvi jā piedalās rehabilitācijā un atveseļošanās procesā
Sāpes	Sāpju mazināšana automātiski izārstēs invaliditāti (nespēju).	Slimības pārvaldīšanai ir jāmazina sāpes un vienlaikus jānovērš invaliditāte (nespēja)

Dažādu sadaļu un BPS modeļa konstrukciju piemēri [61]

Bioloģiskais	Psiholoģiskais	Sociālais
Patoloģiskie simptomi	Attieksme/uzskati	Attiecības
Ķermeņa struktūra	Baiļu pārvarēšana	Ģimene
Fiziskā sagatavotība	Trauksme/depresija	Darbs
Funkcionālās spējas utt.	Stresa pārvarēšanas mehānismi	Sociāli ekonomiskais statuss

Atsevišķo faktoru nozīmīgums, ietekme un būtiskums mainīsies atkarībā no konkrētās problēmas, tāpat tās var atšķirties dažādos laika periodos.



1.1. attēls **Biopsihosociālais sāpju un invaliditātes “sīpols”**, kartējot Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Starptautisko funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikāciju (ICF) (pēc *Waddell*, [61])

Lai biopsihosociālo modeli neuztvertu kā pārāk pilnīgu, sakārtotu un apvienojošu teoriju, kas ir pārāk strikta un neelasīga, lai to piemērotu konkrētiem indivīdiem, to ir labāk pieņemt kā acīmredzamu un saprātīgu pieeju efektīvākai komunikācijai ar pacientiem.

1.2 Invaliditātes iedalījums

Invaliditāte ir sociāla parādība, no kuras nevar izvairīties neviena sabiedrība, un katra valsts, atbilstoši tās attīstības līmenim, prioritātēm un iespējām, veido sociālo un ekonomisko politiku attiecībā uz cilvēkiem ar invaliditāti.

Mūsdienās termins “invalids” lielākoties netiek izmantots, jo cilvēks ar invaliditāti nebūt nav “nevērtīgs”, šāds termins aizskar cilvēka jūtas.

Personu ar invaliditāti tiesības noteiktas gan starptautiskā konvencijā, gan definētas mūsu valsts normatīvajos aktos. Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām mērķis ir veicināt, aizsargāt un nodrošināt to, lai visas personas ar invaliditāti varētu pilnībā un vienlīdzīgi izmantot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības, un veicināt tām piemītošās cieņas ievērošanu [5]. Latvijas Republikas Invaliditātes likums definē:

“Invaliditāte ir ilgstošs vai nepārejošs ļoti smagas, smagas vai mērenas pakāpes funkcionēšanas ierobežojums, kas ietekmē personas garīgās vai fiziskās spējas, darbības, pašaprūpi un iekļaušanos sabiedrībā.

- persona ar invaliditāti – persona, kurai šajā likumā paredzētajā kārtībā noteikta invaliditāte;

- persona ar prognozējamu invaliditāti – persona, kurai šajā likumā paredzētajā kārtībā ir noteikta prognozējama invaliditāte” [4; 1. pants].

Invaliditātes iedalījums:

- 1) Personai līdz 18 gadu vecumam invaliditāti nosaka bez iedalījuma grupās.
- 2) Personām no 18 gadu vecuma līdz valsts vecuma pensijas piešķiršanai nepieciešamajam vecumam izvērtē funkcionēšanas ierobežojumu un tā pakāpi, nosaka darbspēju zaudējumu procentos un:
 - a) I invaliditātes grupu, ja darbspēju zaudējums ir 80–100 procentu apmērā, – ļoti smaga invaliditāte,
 - b) II invaliditātes grupu, ja darbspēju zaudējums ir 60–79 procentu apmērā, – smaga invaliditāte,
 - c) III invaliditātes grupu, ja darbspēju zaudējums ir 25–59 procentu apmērā, – mēreni izteikta invaliditāte [4; 6. pants].

1.3 Statistika un organizācijas

2016. gadā Latvijā bija reģistrēti 182 000 personu ar invaliditāti jeb aptuveni 10 procenti no Latvijas Republikas populācijas. 2017. gadā invaliditāte pirmo reizi Latvijas Republikā tika piešķirta gandrīz 16 000 cilvēkiem [10].

Invaliditātes definīcijas attiecībā uz darbu dažādās valstīs ir atšķirīgas:

- Lietuvā – darba spēju zaudējums ne lielāks par 55%,
- Somijā – darba spēju zudums vismaz 40%,
- Zviedrijā – darba spēju zudums vismaz 25%
- Lielbritānijā – nav spējīgs strādāt vispār
- Nīderlandē – pelnīšanas spēju samazinājums vismaz par 35% [9].

Neraugoties uz šādām atšķirībām invaliditātes definīcijās, kopīga ir virzība uz personu ar funkcionāliem ierobežojumiem integrāciju sabiedrībā un iesaistīšanu darbā, šim nolūkam veicot koordinētus un mērķtiecīgus ilgstošas darba nespējas profilakses pasākumus, kā arī turpinot aktīvus profesionālās rehabilitācijas pasākumus.

Cilvēku ar invaliditāti aprūpē Latvijā iesaistīta Labklājības ministrija, pašvaldības (konkrēts piedāvājums jāskatās katrā pašvaldībā atsevišķi) un valsts sociālās aprūpes centri. Tāpat šo cilvēku aprūpē ir ietvertas arī citas iestādes un biedrības (➔ Pielikums Nr. 1).

Valsts cilvēkiem ar invaliditāti nodrošina šādu palīdzību:

- profesionālā rehabilitācija;

- personām ar funkcionāliem traucējumiem – sociālās rehabilitācijas pakalpojumi sociālās rehabilitācijas iestādēs;
- redzes un dzirdes invaliditātes gadījumā – sociālā rehabilitācija;
- tehniskie palīglīdzekļi personām ar ilgstošiem vai nepārejošiem organisma funkciju traucējumiem;
- atbalsta programma ar celiakiju slimiem bērniem, kuriem nav noteikta invaliditāte;
- ienākumu kompensācija invaliditātes gadījumā (invaliditātes pensijas);
- atbalsts personām bezdarba situācijā (t.sk. bezdarbnieku apmācība, subsidētā nodarbinātība, bezdarbnieka pabalsts un stipendija apmācības laikā).

Sīkāk: Latvijas Republikā spēkā esošie tiesību akti (→ pielikums Nr. 2).

2. FIZISKO AKTIVITĀŠU VEICINĀŠANAS MODELIS

Rūpes par cilvēkiem ar īpašām vajadzībām (cilvēkiem ar invaliditāti, bērniem ar invaliditāti, vecākiem cilvēkiem) valsts mērogā ir sabiedrības kultūras un sociālās attīstības rādītājs. Vienlīdzīgu apstākļu radīšana cilvēkiem ar īpašām vajadzībām un viņu iesaistīšanās fiziskajās aktivitātēs un sportā ir nozīmīgs attīstītas sabiedrības un valsts sasniegums.

1.1 Vispārējo fizisko aktivitāšu nozīmīgums

Fiziskās aktivitātes un sports ne tikai sniedz tiešu pozitīvu ietekmi uz cilvēka ar invaliditāti fizisko ķermeni un veicina zaudēto kustību funkciju atjaunošanos, bet arī palīdz atjaunot psihisko līdzsvaru, pašpārliecinātību, sniedz iespēju atgūt zaudētos kontaktus ar apkārtējo pasauli.

Ikdienas fiziskās aktivitātes ir viens no vissvarīgākajiem faktoriem, lai stiprinātu un uzturētu veselību visiem cilvēkiem. Cilvēkiem ar invaliditāti un personām ar fiziskiem ierobežojumiem fiziskās aktivitātes nodrošina gan vispārēju veselības uzlabošanu, gan arī ir nozīmīgs rehabilitācijas faktors, veicinot zaudēto funkciju atjaunošanu un samazinot hipokinēzijas negatīvo ietekmi uz funkcionālo stāvokli.

Pat ja cilvēkam ar invaliditāti ir izteikti kustību defekti, sistemātiska fiziska slodze ļauj pielāgoties jaunajai situācijai un kompensēt zaudētās funkcijas. Iesaistot personas ar ierobežotām fiziskajām spējām sporta/kustību darbībās, rodas papildu rehabilitācijas iespējas, jo treniņi un komandas gars sniedz izteikti labvēlīgāku ietekmi uz sacensību dalībnieku emocionālo un vispārējo fizisko stāvokli.

Fiziskās aktivitātes ar spēles elementiem daudziem cilvēkiem ar invaliditāti ir vienīgais veids, kā "lauzt" ierobežoto telpu, iziet sabiedrībā, iegūt jaunus draugus, iespēju sazināties, izbaudīt pilnvērtīgas emocijas, papildināt zināšanas par pasauli utt. Tieši šeit pirmo reizi savā dzīvē viņi iepazīst kustību prieku, iemācās uzvarēt un pienācīgi pārciest sakāvi, apzinās laimes izjūtu, kas rodas, sevi pārvarot.

Pasaules Veselības organizācijas rīcības programmā attiecībā uz cilvēkiem ar invaliditāti ir atzīmēts: "Sports un fiziskās aktivitātes ieņem arvien nozīmīgāku vietu šo cilvēku integrācijā. Tāpēc PVO dalībvalstīm būtu jāveicina visu veidu sporta pasākumi personām ar invaliditāti, jo īpaši, piešķirot pienācīgus līdzekļus un pareizi organizējot to darbību" [64].

1.2 Ieguvumi no fiziskajām aktivitātēm

Vidēji tikai 7% cilvēku ar invaliditāti nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm tādā apmērā, kas būtu pietiekami slimību profilaksei. Ņemot vērā nepietiekamo fizisko aktivitāšu negatīvo ietekmi uz cilvēku ar invaliditāti veselības stāvokli un nepieciešamo rehabilitācijas pasākumu izmaksas, būtisks ieguvums būtu jau tas, ka indivīdi, kuri vispār nav aktīvi, sāktu fiziskās nodarbības [62].

Piemēram, augstas intensitātes spēka vingrojumi ir efektīvi trauksmes simptomu mazināšanā gan veselīgiem cilvēkiem, gan personām ar fizisku vai psihisku saslimšanu, tie palīdz uzturēt veselīgu metabolismu, asinsriti visās ķermeņa daļās un samazina oksidatīvo stresu, kas savukārt samazina depresijas simptomus.

Jāņem vērā, ka pēc traumām, politraumām, kā arī centrālās un perifērās nervu sistēmas slimību un traumu gadījumā muskuļu funkciju traucējumi var apgrūtināt kustības locītavās. Ja locītavās ilgstoši nav aktīvu kustību, tajās attīstās sekundāras izmaiņas, kas samazina kustību amplitūdu.

Veicot speciālus vingrinājumus, uzlabojas asins un limfas cirkulācija ap locītavās esošajiem audiem, palielinās mobilitāte un pilnīgāk atjaunojas visu locekļu funkcionalitāte.

Vēlāk, pastāvīgi vingrojot, pateicoties efektīvai kompensācijai un/vai izzūdot traumas sekām, mainīsies aferento impulsu plūsma, kas nonāk augstākajās nervu sistēmas daļās. Tādējādi tiks izslēgti atsevišķi funkcionālās sistēmas lauki, kas iepriekš piedalījās kompensācijas darbībā, vai arī tiks iekļautas jaunas komponentes (traucēto funkciju atjaunošanas etapu apgrieztās aferentācijas princips). Stabīlas aferentācijas kombinācijas veidošanās rezultātā iespējama optimāla kustību defekta kompensācija.

Kustību analizators ar dažādu nervu sistēmas ceļu un līmeņu starpniecību (piramidālie, ekstrapiramidālie ceļi, retikulārā formācija utt.) ir savienots ar augstākajiem veģetatīvajiem centriem, limbisko sistēmu, tāpēc fiziskās aktivitātes ne tikai uzlabo fizisko labsajūtu, bet arī attīsta sociālās prasmes, uzlabo neiroplasticitāti un palīdz risināt emocionālas problēmas.

Limbisko sistēmu savukārt var uzlūkot kā orgānu, kas vada un regulē emociju somatiskās izpausmes. Limbiskās sistēmas fizioloģija ļauj veidot savienojumus starp filoģenētiski jaunām sistēmām, piemēram, smadzeņu frontālajiem rajoniem un asociatīvajiem laukiem, kā arī apgabaliem, kas kontrolē motoriku un runu, ar kuru starpniecību transformējas vecākas uzvedības formas. Limbiskās sistēmas iedarbība ir vērsta uz endokrīno, veģetatīvo un sensoro kustību sistēmu, tā notiek caur hipofīzi un smadzeņu stumbra augšējo daļu un kopumā ir cikliska, t.i., tiek regulēta pēc atgriezeniskās saites principa. Tas nozīmē, ka ķermeniski

izpaustas emocijas maina sākotnējo stāvokli, tādējādi panākot zināmu izlīdzināšanos. Vadošā loma procesā ir saiknei starp limbisko sistēmu un neokorteksu, kas nodrošina ārējo notikumu novērtējumu un afektīvo nokrāsu [66].

Galveni ieguvumi no fiziskajām aktivitātēm cilvēkiem ar invaliditāti:

- labāka veselība (veselības stāvokļa uzlabošana un slimību profilakse);
- labāka mobilitāte un līdzsvara izjūta (kas ir svarīgi, lai mazinātu traumu risku);
- uzlabota dzīves kvalitāte, lielāka neatkarība;
- svara kontrole;
- sociālas interakcijas, psihoemocionālas veselības un labsajūtas uzlabošanās.

1.3 Fizisko aktivitāšu uzdevumi

Fizisko aktivitāšu uzdevumus var iedalīt divās grupās.

- 1) Pirmā uzdevumu grupa saistīta ar iesaistīto personu īpatnībām – veselības traucējumiem un invaliditāti. Tie ir vai nu **korigējošie** uzdevumi – iedarbojas uz muskuļu un skeleta sistēmas defektiem (stāju, plakano pēdu, aptaukošanos u. c.), uz sensoro sistēmu (redzi, dzirdi), runas, intelekta, emocionālo stāvokli, kā arī uz somatisko funkcionālo sistēmu vai arī **līdzsvarojošie** un **profilaktiskie** uzdevumi.
- 2) Otrajā grupā ietverti vispārīzglītojoši un veselību attīstoši uzdevumi.

Fiziskajai aktivitātei jāietver gan kardiovaskulārā /aerobā slodze, gan muskuļus stiprinoši vingrinājumi. Vispārīgie fizisko aktivitāšu veidi, kurus var savienot ar atpūtu, ir soļošana, pastaigas, dejas, dārzkopība un peldēšanās, kā arī sadzīves aktivitātes, tādas kā mājas uzkopšana, iešana uz veikaliem un aktivitātes ar ģimeni un draugiem.

1.4 Sagatavošanās fiziskajām aktivitātēm

Lai sagatavotos fiziskajām aktivitātēm, iepriekš jāveic:

- **teorētiskā sagatavošanās** – tā sniedz informatīvu izpratni par konkrētiem fizisko vingrinājumu izpildes aspektiem un to ietekmi;
- **psiholoģiskā sagatavošanās** –
 - apmācība ar psihoemocionālās pašregulācijas metodēm;
 - koncentrācijas, skata un iztēles attīstīšana;
 - veselīga domāšanas stila veidošana.
- **vispārējā fiziskā sagatavotība** – pašu spēku spēju attīstība – sastāv no trim daļām:

- iesildīšanās – treniņa sākumā, lai sagatavotu organismu slodzei, veic iesildīšanos, kas pastiprina asinsriti locītavās un veicina to lokanību, palīdzot izvairīties no traumām, kā arī paaugstina asins temperatūru, tādējādi kavējot muskuļu sastiepšanu;
- galvenā daļa – izmanto tradicionālās ārstnieciskās vingrošanas tehnikas;
- nobeiguma daļa – stiepšanās, elpošanas vingrojumi, atslābinoši vingrinājumi, higiēnas procedūras;
- **sagatavošana spēlēm** – apgūst prasmes mijiedarbībai komandā, iespēju izpaust radošuma elementus darbībā.

1.5 Rekomendācijas barjeru pārvarēšanai

Cilvēkiem ar invaliditāti, salīdzinot ar veselīgiem cilvēkiem, ir papildu fiziski vai psiholoģiski šķēršļi, kas traucē pilnvērtīgi nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm, taču viņiem būtu ļoti lietderīgi iesaistīties tajās, lai uzlabotu veselību, dzīves ilgumu un funkcionēšanu [45].

Svarīgi:

- Terminoloģija un uztvere – jālieto atbilstošie vārdi, valodai jābūt korektai

2.1 tabula

Piemēroti un nepiemēroti termini

Neatbilstoši būtu teikt, piemēram:	Atbilstošu alternatīvu piemēri:
1. Nespējīgs, cilvēki ar traucējumiem, invalīdi, ierobežotie	1. Cilvēki ar ierobežotām iespējām / Cilvēki ar invaliditāti
2. (slimības nosaukums) upuris; cieš no...	2. Cilvēks, kurš dzīvo ar/kuram ir (slimības/traucējuma nosaukums)
3. Piesiets pie ratiņkrēsla	3. Ratiņkrēsla lietotājs
4. Aklais vai kurlais	4. Cilvēks ar redzes/dzirdes traucējumiem
5. Psihs vai psihiski slims	5. Cilvēks ar psihoemocionālām problēmām

- Vietējās kopienas un partnerība palīdz socializēties;
- Aktivitātes pieejamība – jādomā par transportu un lokāciju;
- Aprīkojuma adaptācija;
- Personāla zināšanas un prasmes – personālam jāpārzina konkrētās personas funkcionālie traucējumi, komunikācijas īpatnības, jāpārvalda terminoloģija, jāapzinās iespējamie šķēršļi un problēmu risināšanas veidi. Dažreiz nepieciešamas specifiskas mācības, piemēram, žestu valodas pamatzināšanu apguve.
- Brīvprātīgie ir īpaši svarīgi gadījumos, ja cilvēki ar ierobežotām iespējām pirms tam nav piedalījušies šāda veida aktivitātēs, viņi neasociē sevi ar sportu un veselību, un viņus var būt

grūti iesaistīt.

- Motivācija – motivācijas šķēršļi cilvēkiem ar ierobežotām iespējām parasti ir lielāki nepieejamības, sliktas veselības vai sāpju dēļ, viņiem varētu būt arī vairāk attaisnojumu nepiedalīties, un pierunāšanas laiks varētu būt ilgāks.

Vispārējie pasākumi, lai veicinātu fiziskās aktivitātes cilvēkiem ar invaliditāti:

- paaugstināt vides pieejamību, pievēršot uzmanību transportam;
- veicināt nodarbinātību;
- mazināt segregāciju, integrējot personas ar īpašām vajadzībām vispārējā izglītības sistēmā;
- izglītot sabiedrību par cilvēkiem ar invaliditāti, mazinot aizspriedumus un stereotipus.

1.6 “Spēles elements”

Spēles metode var būt efektīvs palīglīdzeklis sociālajai reintegrācijai, tā ļauj atgūt spēju konstruktīvi komunicēt ar apkārtējo pasauli, būtiski samazinot dalībnieku izolācijas risku, kā arī iespēju, ka tiks izmantoti nevēlami/ kaitīgi kompensatori (alkohols, narkotikas, antisociāla uzvedība). “Spēles elementi” vingrošanā un fiziskās aktivitātes palīdz risināt vairākus uzdevumus:

- atklāt pilnu kustību trajektoriju;
- “atbrīvot” ķermeni un fiziski atraisīties;
- uzlabot relaksēšanās spējas;
- mazināt psihoemocionālo sasprindzinājumu;
- atjaunot enerģijas rezerves pēc psihoemocionālas vai fiziskas pārslodzes;
- atsākt veltīt uzmanību savam ķermenim;
- atjaunot spēju just ķermeņa robežas;
- pārvarēt komunikācijas barjeras;
- radināties vieglāk pielāgoties mainīgiem dzīves apstākļiem;
- stiprināt un atjaunot psihoemocionālo imunitāti pret agresīviem ārējiem faktoriem;
- pārvarēt bailes, iekšējos ierobežojumus;
- attīstīt vērību pret savām un citu robežām;
- atjaunot veselīgu saikni starp psihosomatiku un somatopsihiku;
- attīstīt emocionālo un somatisko intelektu.

Fiziskie vingrinājumi apvienojumā ar iesaistīšanos spēles procesā (1) palīdz pārvarēt kārdinājumu gūt “sekundāru labumu no slimības” – priekšrocības, kas neapzināti saglabā cilvēku slimā stāvoklī, (2) attīsta pārliecību par saviem spēkiem un veiksmīgu izārstēšanos, (3)

stabilizē psihoemocionālo labilitāti, (4) samazina psihosomatisko traucējumu intensitāti, (5) uzlabo empātijas spējas, attīsta somatisko un emocionālo intelektu.

Plānojot aktivitātes, ir jāpārdomā, kas tajās piedalīsies un kā šo aktivitāti var adaptēt, lai tajā iesaistītos visi.

Var atcerēties “STEP” (Space, Task, Equipment, People) pieeju.

1) Telpa (*Space*)

Piemēram, palielināt vai samazināt spēles laukumu atbilstoši dalībniekiem.

2) Uzdevums (*Task*) – veids, kādā aktivitāte tiek pielietota

Piemēram, nodrošināt, lai katram dalībniekam būtu vienādas iespējas piedalīties, lai dažādiem cilvēkiem būtu iespēja aktivitāti iesākt, vadīt, mainīt lomas.

3) Aprīkojums (*Equipment*)

Piemēram, samazināt vai palielināt aprīkojuma izmērus vai svaru, lai tas būtu dalībniekiem atbilstošs (dažiem cilvēkiem būs ērtāk mest mazu bumbu, bet ķert lielu).

4) Cilvēki (*People*) – veids, kurā organizē dalībniekus, lai visi tiktu iesaistīti

Piemēram, likt darboties kopā cilvēkiem ar vienādām spējām, lai viņi vairāk iesaistītos, socializētos (dejošana un kustības ar mūziku) [52].

1.7 Adaptējošā vingrošana

Adaptējošā vingrošana ir fiziski vingrinājumi, t.i., muskuļu kustības, kas ir spēcīgs bioloģisks cilvēka dzīvības funkciju stimulators. Turklāt adaptējošajā vingrošanā izmanto ar darbu saistītus vingrinājumus (darba terapiju) un dabiskos faktorus – sauli, gaisu un ūdeni, kas palielina fizisko vingrinājumu efektivitāti un veicina organisma norūdīšanu.

Adaptējošā vingrošana radošā veidā ļauj iesaistītajiem cilvēkiem pārvērst savus negatīvos emocionālos stāvokļus (agresiju, bailes, atsvešinātību, trauksmi u.c.) pozitīvā enerģijā, labāk iepazīt sevi, eksperimentēt ar savu ķermeni un kustībām, sajūst apmierinātību un prieku par ķermeni [67].

Vingrošanas pamatuzdevums ir iesaistītajiem veidot apzinātu attieksmi un stingru pārliecību par saviem spēkiem, gatavību drosmīgām un apņēmīgām darbībām, pārvarot subjekta pilnvērtīgai funkcionēšanai nepieciešamo fizisko slodzi, kā arī veidot vajadzību pēc sistemātiskām nodarbībām, kas ietver fiziskus vingrinājumus, un veicināt vēlmi īstenot veselīgu dzīvesveidu.

1.8 Pašmasāža

Paaugstinoties pašapziņai, pieaug arī motivācija kaut ko darīt savā labā. Svarīga nozīme šeit ir pašmasāžas (PM) tehnikām. Tās labvēlīgi iedarbojas uz ādu, asinsriti, organisma vielmaiņas procesiem, palielina locītavu un saišu aparāta kustību apjomu, paaugstina saišu izturību, elastību un ir labs profilakses līdzeklis traumām, pārslodzēm, sastrēgumiem un izsvīdumiem locītavās.

Ne vienmēr iespējams izmantot masiera pakalpojumus vai atrast masāžas salonu, un šādās situācijās ideāls risinājums ir pašmasāža. Turklāt tas ir ne tikai higiēnas līdzeklis ķermeņa kopšanai, bet arī spriedzes, noguruma mazināšanas paņēmieni, lai uzturētu ķermeni labā formā un lai ārstētu daudzas saslimšanas. Sportistiem pašmasāža palīdz veikt intensīvus treniņus, mazināt nogurumu, veicina ātru fiziskās formas atjaunošanos un rehabilitāciju pēc traumām.

Cilvēkiem ar invaliditāti pašmasāžas iemaņas var palīdzēt labāk adaptēties slodzēm un var kļūt par labu palīglīdzekli dzīves kvalitātes paaugstināšanai.

1.8.1 Pašmasāžas vispārējā ietekme

Pašmasāžas iedarbība uz ādu. Masāžas rajonā asinsrite un limfas attece uzlabojas pa slāņiem: āda–taukaudi–muskuli un saites, līdz pat iekšējiem orgāniem un kaulu-saišu (kustību) aparātam. Savukārt šie procesi veicina oksigenāciju, barošanu, uztura sadalīšanās produktu (vielmaiņas galaproduktu/ šlakvielu) – toksīnu izvadi, mazina uztūkumu, tātad uzlabojas organisma vielmaiņas procesi kopumā. Tas palīdz cīnīties ar „ielaistām” traumu, sastiepumu, hematomu, muskuļu un nervu-muskuļu "nosprigojuma" saslimšanām.

No ādas likvidē pārragojušos epitēliju, pastiprinās sāļu un sviedru dziedzeru sekrēcijas darbību. Skeleta un iekšējo orgānu muskuļi, kas sevišķi noguruši fiziskā darbā, atjaunojas un paaugstinās to darbspēja, pateicoties vielmaiņas galaproduktu izvadei.

Pašmasāža palielina locītavu un saišu aparāta kustību apjomu, kas ir īpaši svarīgi normāla kustīguma traucējumu gadījumā, kad ir ierobežotas gūžu, plecu un pēdas locītavu kustības. Saišu aparāts īpaši aukstā laikā ir predisponēts traumatismam, tāpēc ar pašmasāžas palīdzību nepieciešams sagatavoties slodzēm. Pašmasāža paaugstina saišu aparāta izturību, elastību un ir labs profilakses līdzeklis pret traumām un pārslodzēm, un sastrēgumiem un izsvīdumiem locītavās. Turklāt notiek asins pārdale ne tikai masāžas apvidū, bet arī visā organismā.

Pašmasāžas ietekme uz nervu sistēmu ir daudzveidīga un atkarīga no izmantotajiem masāžas paņēmieniem, to ilguma, savienošanas, no masējamā ķermeņa rajona utt.

1.8.2 Indikācijas pašmasāžas veikšanai

Atceries – pirms pašmasāžas veikšanas nepieciešams konsultēties ar ārstu! Pašmasāžu var izmantot šādām indikācijām:

- Slodzes sportā (arī ar tām saistītie iespējamie izmežģījumi, sastiepumi; tonizēšana, relaksācija u. c.);
- “Stāvošas”, “sēdošas” profesijas un dzīvesveids, ilgstoši pārlidojumi un ierobežotas pacientu kustības – īpaši akūtu un hronisku atbalsta-kustību un saišu aparāta un muskuļu patoloģiju gadījumā (osteohondroze, artroze, bursīts, periostīts, tendovaginīts, mialģija, plakanā pēda u. c.);
- Sirds un asinsvadu sistēmas sasilšanas (hipo- un hipertonskā slimība, hipertonskā krīzes; apakšējo ekstremitāšu artēriju un vēnu sasilšanas u. c.);
- Nervu sistēmas sasilšanas (neiralģija, neirīts, veģetatīvā distonija, migrēna, miega traucējumi u. c.);
- LOR orgānu un elpošanas orgānu sasilšanas (haimorīts, frontīts, Menjēra slimība, hroniska pneimonija, hronisks smēķētāja bronhīts u. c.);
- Vielmaiņas slimības (podagra u. c.);
- Kuņģa un zarnu trakta slimības (zarnu motorās evakuācijas, žultspūšļa iztukšošanās funkcijas uzlabošanai u. c.);
- Ādas estētiskā izskata, tās atvasinājumu un muskuļu funkciju uzlabošanai (sejas un visa ķermeņa atjaunošanai, grumbu izlīdzināšanai; ādas turgora palielināšanai; asinscirkulācijas veicināšanai “stiepšanas” rajonos; dubultzoda likvidēšanai; cīņā ar pigmentu plankumiem un trūcēm; celulīta un nevēlamas taukaidu noslāņošanās likvidēšanai; ādas “savilkšanai” pēc dzemdībām, attiecīgi arī krūšu muskuļiem un sieviešu krūtīm; roku ādas atjaunošanai, un nagu stāvokļa uzlabošanai; matu stiprināšanai un augšanas stimulācijai u. c.).

1.8.3 Kontrindikācijas

Noteikta veida masāžu un pašmasāžu var nozīmēt tikai attiecīgi speciālisti vai ārsti. Speciālistam jāsniedz rekomendācijas, ar kādām metodēm pašmasāžu var savienot un ar kādām nevar. Būtiskākās kontrindikācijas:

akūti drudža stāvokļi, akūti iekaisuma procesi, asiņošana un hemofilija, strutu perēkļi jebkurā ķermeņa rajonā, ādas sasilšanas, asins slimības, jebkuras lokalizācijas pūžņojoši procesi, ādas ievainojumi vai spēcīgi sakairināta āda, akūts vēnu iekaisums un vēnu tromboze, gangrēna, trofiskās čūlas, lieli varikozī paplašinājumi, asinsvadu aneirismas, limfmezglu

iekaisumi, tuberkulozes aktīvā forma, hronisks osteomielīts, dažādas lokalizācijas labdabīgi un ļaundabīgi audzēji.

Vēderu nav ieteicams masēt, ja ir bruka, menstruāciju laikā, žultsakmeņu un nierakmeņu gadījumā un tūlīt pēc barības uzņemšanas.

Kontrindicējoši pašmasāžas veikšanai ir arī šādi simptomi: sāpes pēc traumas (kauzalitātes sindroms), psihiskās slimības, III pakāpes asinsrites nepietiekamība, hipertoniskās un hipotoniskās krīzes, slikta dūša, vemšana, neizskaidrojamas izcelsmes sāpes, palpējot vēderu, bronhoektāze, plaušu, sirds un nieru nepietiekamība. Tāpat jāpiemin, ka daudzos gadījumos pašmasāžas kontrindikācijas ir pārejošas un nav būtiskas, ja slimība nav aktīvajā stadijā.

1.8.4 Pašmasāžas trūkumi

- izmantojamo paņēmieni mainīgā tehnika un attiecīgi atšķirīgā iedarbības efektivitāte dažādos ķermeņa rajonos;
- savdabīgās masāžas pozas dēļ daži muskuļi atrodas statiskā sasprindzinājumā;
- pašmasāžas veikšanai nepieciešama noteikta fiziskā slodze, kuras ietekme uzslāņojas paņēmieni iedarbībai un izraisa nogurumu.

1.8.5 Secinājumi

Pašmasāža pozitīvi iedarbojas uz visiem orgāniem un organisma sistēmām jebkura vecuma un profesijas cilvēkiem, praktiski visu saslimšanu gadījumā un uzskatāma par palīglīdzekli slimību ārstēšanā un profilaksē. Bez šaubām, pašmasāža nav panaceja, kas var pasargāt no visām slimībām, tomēr šis paņmiens teicami ārstē nenozīmīgas slimības, paaugstina ķermeņa tonusu un uzlabo pašsajūtu. Īpaši labi pašmasāža palīdz vecākiem cilvēkiem ar nespēcīgiem muskuļiem un vāju sirds un asinsvadu sistēmu.

Profilakses pašmasāžai nav nepieciešama asistentu un citu personu palīdzība, visas procedūras veicamas patstāvīgi.

Pašmasāža ir teicama papildu slodze, kuru var labi savienot ar kādu sporta veidu, lai uzsāktu pilnvērtīgu dzīvi.

Sīkāk: Pašmasāžas tehnikas (→ Pielikums Nr. 3).

1.9 Fizisko aktivitāšu ierobežojumi

1.9.1 Kontrindikācijas

Kontrindikāciju, kas pilnībā neļautu nodarboties ar fiziskām aktivitātēm, ir maz, galvenokārt smaga sirds dekompensācija un citi nopietni somatiski traucējumi.

Vispārējas kontrindikācijas:

- pavadošas akūtas iekaisuma un infekcijas slimības;
- dekompensētas somatiskās un onkoloģiskās slimības;
- izteikti intelektuālās attīstības traucējumi un psihiskās slimības, kas apgrūtina saskarsmi un cilvēka spēju aktīvi piedalīties ikdienas procesos.

Ārstnieciskā vingrošana var būt neefektīva vai kaitīga, ja piemēro neadekvātus paņēmienus un slodzi, tāpēc ārstnieciskās vingrošanas nodarbības nevajadzētu uzsākt patstāvīgi, jo tas var beigties ar vispārējā stāvokļa pasliktināšanos: nodarbībām un treniņiem jānotiek speciālistu (fizioterapeitu, instruktoru, treneru un citu profesionāļu) uzraudzībā un vadībā.

1.9.2 Darbs ar vecākiem cilvēkiem

Fizisko vingrojumu apguves pakāpe un fizioloģiskas reakcijas fiziskās slodzes laikā ir atkarīgas no cilvēka vecuma.

Organizējot darbu ar gados vecākiem cilvēkiem, jāņem vērā konkrētā cilvēka vajadzības un iespēju pakalpojumu sniegt dzīvesvietā. Orgānu un audu fizioloģiskās pārmaiņas novecošanas laikā ir sarežģīts process, kas skar visas cilvēka organisma sistēmas, piemēram, centrālās nervu sistēmas darbības traucējumus, nervu procesu inerces attīstību, atmiņas pasliktināšanos, redzes un dzirdes analizatoru funkciju samazināšanos. Samazinās spēja apgūt jaunas zināšanas un kustību prasmes. Periodiski parādās depresīvs, nomākts garastāvoklis, novērojama kustību diskoordinācija un ātrs nogurums.

Tajā pašā laikā vecākiem cilvēkiem, sistemātiski nodarbojoties ar fiziskām aktivitātēm, tiek pozitīvi ietekmētas visas muskuļu un skeleta sistēmas daļas, tiek novērsta deģeneratīvas izmaiņas, kas saistītas ar vecumu un mazkustīgumu.

Nodarbību veikšanas metodika vecākiem cilvēkiem:

- vispirms izskaidro un demonstrē vingrinājumu;
- nodarbībās vajadzētu būt mierīgai gaisotnei;
- izvēlēties vingrinājumus, kas nepastiprina un neizraisa sāpes, jo sāpju reflekss izraisa asinsvadu spazmas un kustību stīvumu;
- vingrinājumi, kas izraisa sāpes, jāveic (ja ir tāda vajadzība) pēc muskuļu iepriekšējas atslābināšanas izelpas brīdī;
- pirmajās nodarbībās cilvēkam jāiemāca pareiza elpošana un spēja atslābināt muskuļus;
- vienpusēja ekstremitāšu bojājuma gadījumos apmācības atslābināties sāk ar veselo ekstremitāti.

Gados vecākiem cilvēkiem organisma fizioloģiskās reakcijas, veicot vingrinājumus, raksturo lēna adaptācija slodzēm, mobilizācijas spēju samazinājums, ilgāks atjaunošanās periods pēc fiziskās slodzes. Šo īpatnību dēļ gados vecākiem cilvēkiem jānosaka mazāka fizisko vingrinājumu intensitāte un ilgāks laiks kustību apgūšanai.

1.10 Aktīva dzīves pozīcija

Kustība ir svarīgākais organisma dabiskais stimulators, līdz ar kustību funkciju tiek atjaunota un uzturēta arī veselība. Daudzas cilvēka personības iezīmes izpaužas kustībā; kā cilvēks risina uzdevumus kustībā, tā viņš risina dzīves un sadzīves problēmas. Iegūstot jaunu pieredzi kustībā un ar kustību starpniecību, parādās jauni sociālās dzīves problēmu risināšanas mehānismi.

Mūsdienu pasaulē starp cilvēkiem ar ierobežotām funkcionālām spējām arvien vairāk personību ieņem aktīvu dzīves pozīciju, tostarp arī cilvēki, kuri izmanto ratiņkrēslu, piemēram:

- Aigars Apinis, paraolimpiskais čempions lodes grūšanā un diska mešanā [1];
- Diānā Dadzīte, paraolimpiskā čempione lodes grūšanā, diska un šķēpa mešanā [2];
- Mārtiņš Oliņš, “Latvijas lepnuma” balvas laureāts nominācijā “Caur ērkšķiem uz zvaigznēm” 2014. gadā, biznesa analītiķis un dejotājs, piedalījies TV šovā “Dejo ar zvaigzni!” [7];
- Ieva Melle, paraolimpiskā sportiste loka šaušanā [3]

2 SADARBĪBA AR CILVĒKIEM, KURIEM IR INVALIDITĀTE, UN VIŅU RADINIEKIEM

2.1 Vajadzību izvērtēšana. Šķēršļi, komunikācijas īpatnības un mērķu sasniegšana

Lai gan fiziskā aktivitāte samazina risku iegūt traucējumus un medicīniskās problēmas, joprojām pastāv šķēršļi, kas traucē cilvēkiem iesaistīties fiziskās aktivitātēs. Tie ietver transportu, lokāciju, sociālu izolāciju, finanšu jautājumus, psiholoģiskas problēmas (intereses /apzinātības trūkums, nepietiekama motivācija vai zems pašvērtējums), piemērota aprīkojuma trūkumu.

Šķēršļus var iedalīt trijās kategorijās:

1) fiziskie – iekārtas, aprīkojums, veselība un drošība.

Piemēram, cilvēkiem ar invaliditāti nav pieejamas noteiktas fiziskās aktivitātes, to piedāvājums neatbilst prasībām, pastāv fiziski šķēršļi, ar kuriem viņi ik dienu saskaras, kas ierobežo pārvietošanās iespējas:

- kāpnes transporta līdzekļu pieturā vai pašā transporta līdzeklī, nav iekāpšanas platformu;
- šaura eja starp krēslu rindām vai neērtas sēdvietas transportlīdzeklī;
- sabiedriskajā transportā netiek nodrošināts palīdzības sniedzējs;
- ne vienmēr ir pietiekama vizuāla vai audioinformācija;
- pieturās trūkst sēdvietu, nojumju.

2) Loģistiskie – attālumi, izmaksas, citu cilvēku palīdzība, komunikācija.

Piemēram, tuvākajā apkaimē ārsti nav kompetenti specifiskajā jautājumā; samaksa par nodarbībām var būt pārāk liela; nav transporta, cilvēki nav pietiekami informēti/ izglītoti; personālam vai citiem dalībniekiem trūkst empātijas;

Viens no aktuālajiem jautājumiem ir tieši vide un vides pieejamība – lai veicinātu piekļuvi un paplašinātu izvēles iespējas, palīdzot nodrošināt fizisko saikni un vienojot sabiedrību. Iespēja doties kaut kur ārpus mājas ir svarīga ne tikai, lai paplašinātu izvēli, bet arī, lai paaugstinātu motivāciju.

Papildu informāciju var iegūt – www.videspieejamiba.lv (➔ Pielikums Nr. 4)

3) psiholoģiskie – indivīda uztvere; citu cilvēku attieksme.

Piemēram, uzskats, ka “vingrošana nav domāta man”; pašpārlicinātības trūkums; uztraukums par drošību aktivitātes laikā; sociāla izolācija; iepriekšēja slikta pieredze; stereotipi (piemēram, cilvēkiem ar invaliditāti ir ne tikai fiziski, bet arī emocionāli traucējumi);

Lai sadarbotos un motivētu pārmaiņām, dažreiz nepieciešams paskatīties uz pasauli no mērķauditorijas perspektīvas, ņemot vērā viņu konkrētās īpašības.

2.2 Ieteikumi efektīvai saskarsmei/ sadarbībai

2.2.1 Ieteikumi komunikācijā ar vājredzīgiem/neredzīgiem cilvēkiem

- Uzrunājot neredzīgo:
 - nepaaugstiniet balsi;
 - vienmēr vispirms pajautājiet, vai jūsu palīdzība ir vajadzīga;
 - nosauciet savu vārdu (ja vien jūsu balss viņam nav labi pazīstama);
 - pastāstiet par to, kas notiek apkārt.
- Ja esat nolēmis uz brīdi kļūt par neredzīga cilvēka pavadoni un jūsu palīdzība tiek pieņemta, pajautājiet neredzīgajam, uz kuriem viņš vēlas doties.
- Ja esat tikai palīdzējis neredzīgam cilvēkam šķērsot ielu, noteikti pasakiet savam partnerim, kur tieši viņš atrodas un kādi šķēršļi ir viņa ceļā.
- Nekad nestumiet vai negrūdiet neredzīgu cilvēku sēdekļī!

Vairāk informācijas – Ieteikumi komunikācijā ar vājredzīgiem cilvēkiem (➔ Pielikums Nr. 5).

Par suņiem pavadoņiem

Suņi pavadoņi cilvēkiem ar īpašām vajadzībām tiek apmācīti pēc individuālām programmām, nākamā saimnieka sarunvalodā. Sunim māca iet taisni, ignorēt uzmanību novērsošos faktoros (piemēram, kaķus, ēdienu, citus suņus), apstāties, norādot uz šķērslī; manevrēt ļaužu pūlī; ievērot šķēršļus, kas atrodas augšā (piemēram, koku zarus), un novērst neredzīgā sadursmi ar tiem.

Pārliecība, kuru iegūst neredzīgais, turoties pie suņa-pavadoņa pavadas, dod viņam iespēju pārvietoties daudz ātrāk nekā tikai ar spieķa palīdzību. Ļoti svarīgs ir psiholoģiskais atbalsts, ko sniedz suns pavadonis, jo būt neatkarīgam un patstāvīgam ir patīkami.

Vairāk informācijas – Par suņiem pavadoņiem (➔ Pielikums Nr. 6)

2.2.2 Ieteikumi komunikācijā ar cilvēkiem, kuriem ir dzirdes traucējumi

Var pielietot zīmju valodu, zīmju valodas tulku, runas lasīšanu, titrēšanu, lasīšanu un teksta manuālo rakstīšanu. Pajautājiet nedzirdīgajiem, kuram komunikācijas veidam viņi dod priekšroku. Atcerieties – nedzirdības pakāpes ir dažādas, ne vienmēr dzirdes zudums ir pilnībā;

Vairāk informācijas – Ieteikumi efektīvai saskarsmei cilvēkiem ar dzirdes traucējumiem (→ Pielikums Nr. 7).

2.2.3 Ieteikumi komunikācijā ar cilvēkiem, kuriem ir kustību traucējumi

- Pirms steigties kādam palīdzēt, jāpārlicinās par palīdzības nepieciešamību, uzjautājot pašam cilvēkam.
- Vienmēr jāvēršas pie cilvēka tieši, nemeklējot starpnieku.
- Jāizvairās izturēties pret cilvēku ar kustību traucējumiem kā pret neaizsargātu un nepatstāvīgu bērnu, kurš pats nevar izdarīt.
- Neaizliedz bērnam uzdot jautājumus par cilvēku ar invaliditāti un palīgierīcēm, ko viņš izmanto.
- Pārvērtē savus uzskatus – cilvēki, kuri pārvietojas ratiņkrēslos, nav “slimi”, un lietot ratiņkrēslu nav traģēdija!

Vairāk informācijas – Ieteikumi komunikācijā ar cilvēkiem ar kustību traucējumiem (→ Pielikums Nr. 8)

2.2.4 Saskarsme un komunikācija ar cilvēkiem, kuriem ir psihiski traucējumi

3.1 tabula

Ieteikumi komunikācijai ar cilvēkiem, kuriem ir psihiski traucējumi

Svarīgi:	Jāizvairās:
<ul style="list-style-type: none">• Veidot drošības sajūtu.• Izrādīt (verbāli un neverbāli) izpratni.• Dot cerību, iedrošināt un uzslavēt.• Izrādīt cieņu un atzinību.	<ul style="list-style-type: none">• Izmantot vispārīgas frāzes, klišejas.• Dot padomus, kā risināt dažādas situācijas, jo risinājumi var nebūt tik vienkārši, kā šķiet no malas.• Nosodīt un kritizēt. Tas nepalīdz situācijai, tikai rada vainas izjūtu un trauksmi.

2.2.5 Svarīgi aspekti saskarsmē ar cilvēkiem, kuri slimo ar šizofrēniju

- Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par šo slimību!

Informācija pieejama Slimību profilakses un kontroles centra uzturētajā tīmekļa vietnē www.nenoversies.lv, sadaļā "Atpazīsti". Papildu informāciju var iegūt, dodoties vizītē pie ārsta psihiatra vai ārsta-psihoterapeita un uzdotot viņam visus interesējošos jautājumus.

- Izglītojiet slimnieku par šo saslimšanu!
- Pamaniet paasinājuma pirmās pazīmes!

- Palīdziet saplānot dienu un rūpēties par veselīgu dzīvesveidu!
- Izvairieties no padziļinātām diskusijām par īstenībai neatbilstošām (murgu) idejām un halucinācijām!
- Stipriniet un veiciniet šizofrēnijas slimnieka prasmes un spējas!
- Ievērojiet privātumu, personīgās robežas!
- Nebaidieties jautāt par pašnāvības domām vai nolūkiem!
- Rūpējieties un sargājiet sevi! Nestrīdieties, neprovocējiet, dodiet iespēju izteikties, izsakiet sapratni, līdzjūtību, mēģiniet rast kompromisu, pārliecināt, ka palīdzēsiet slimniekam. Ja neviena no iepriekš minētajām metodēm nedarbojas un cilvēku neizdodas nomierināt, atstājiet telpu. Izteikti akūtas un bīstamas situācijas gadījumā izsauciet neatliekamo medicīnisko palīdzību un ziņojiet, ja cilvēks ir agresīvs.
- Iesaistieties šizofrēnijas slimnieku tuvinieku atbalsta grupā. Informāciju par nevalstiskajām organizācijām personu ar garīgās veselības traucējumiem un viņu tuvinieku atbalstam meklējiet Slimību profilakses un kontroles centra uzturētajā tīmekļa vietnē www.nenoversies.lv sadaļā "Palīdzība".

2.2.6 Svarīgi aspekti saskarsmē un sadzīvē ar cilvēku, kuram ir demence

- Iegūstiet maksimāli daudz informācijas par demenci!
- Komunicējiet, esiet pacietīgi!
- Atvieglējiet sadzīvi! Piemēram, padariet mājas vidi vienkāršu!
- Maziniet kritienu risku! Cilvēkam ar demenci nereti var būt koordinācijas traucējumi un mainīta vizuāli telpiskā uztvere.
- Nodrošiniet, lai tuvinieka organisma funkcijas būtu pietiekami labā līmenī!
- Reaģējiet uz izmaiņām emocionālajā stāvoklī un uzvedībā!
- Parūpējieties par sevi! Rūpes par cilvēku, kuram ir demence, ir laiktietilpīgs un enerģiju prasošs process, jo Jums jā rūpējas ne tikai par cilvēka praktisko dzīves pusi, bet arī jātiek galā ar emocijām, ko cilvēka nespēja var izraisīt. Meklējiet un pieņemiet palīdzību no citiem!

Informācija pieejama Slimību profilakses un kontroles centra uzturētajā tīmekļa vietnē www.nenoversies.lv, sadaļā "Atpazīsti".

2.2.7 Komunikācija ar radniekiem

Radnieki varbūt ļoti vērtīgs informācijas avots, pret viņiem jāizturas ar cieņu un pieklājību. Katram ģimenes loceklim attiecībās ir sava loma, kuru varam arī nezināt, tāpēc būtu

jānoskaidro, kādas tieši attiecības saista ģimeni un kā tās ietekmē konkrētā cilvēka lēmumus. Iedrošīniet radniekus piedalīties arī fiziskajās aktivitātēs.

Ir jāņem vērā, ka gandrīz vienmēr ne tikai cilvēkiem ar invaliditāti, bet arī viņu radniekiem nepieciešams psihoemocionālais atbalsts, izglītošana un apmācības. Tāpēc radnieki jāinformē par psihoemocionālā atbalsta saņemšanas iespējām, izglītojošo pasākumu pieejamību.

3. PSIHOEMOCIONĀLĀS VESELĪBAS UZLABOŠANA

Veselības rādītāji populācijā parāda, ka cilvēki ar funkcionāliem traucējumiem cieš no garastāvokļa un trauksmes traucējumiem daudz biežāk nekā vidēji populācijā un viņiem biežāk ir ar stresu saistītas veselības problēmas – liekais svars, augsts asinsspiediens, diabēts, miega traucējumi, kā arī trauksmes un afektīvi traucējumi. Turklāt šīs veselības problēmas parādās jaunākā vecumā [43]. Tomēr pētījumi liecina, ka saistība starp funkcionāliem traucējumiem un psihiskās veselības traucējumiem, piemēram, depresiju ir netieša. Mediatora loma ir dažādiem citiem faktoriem, kas ietekmē psihisko veselību: ģenētiskie faktori, agrīnā attīstības pieredze un pašreizējais stresa līmenis, dažādi sociālie faktori (piemēram, materiālais stāvoklis), nodarbinātība, kā arī sociāla atbalsta pieejamība. Novēršot nelabvēlīgos faktoros, piemēram, atjaunojot iesaisti jēgpilnās aktivitātēs un attīstot attiecības, iespējams uzlabot psihisko veselību. Turklāt novērots, ka, samazinoties depresijas simptomiem, uzlabojas veselība un nereti arī funkcionālie rādītāji vai vismaz tas, kā cilvēks vērtē savus traucējumus. Savukārt priekšstats, ka nomāktība un depresijas simptomi ir tieši saistīti ar invaliditāti, samazina speciālistu un arī paša pacienta iesaisti pacienta psihiskās veselības uzlabošanā.

Par spīti kopējai virzībai uz iekļaujošu sabiedrību, kas iestrādāta arī likumdošanas aktos, cilvēki ar funkcionāliem traucējumiem joprojām piedzīvo stresu, kas saistīts ar diskriminējošu attieksmi un iespēju ierobežojumiem [64]. Negatīva attieksme un diskriminācija atstāj iespaidu uz dzīves kvalitātes aspektiem, tostarp apgrūtina sociālo iekļaušanos, dažādu pakalpojumu pieejamību, nodarbinātību, tāpat tās ir tieši saistītas ar zemu pašvērtējumu un depresijas simptomiem [32].

Tātad nevajadzētu pieņemt kā normu to, ka cilvēks ar funkcionāliem traucējumiem jūtas nomākts vai neapmierināts. Tāpat kā, strādājot ar jebkuru citu pacientu, jāizvērtē dzīves kvalitātes un psihiskās veselības rādītāji un, ja tie ir pazemināti, jāpalīdz rast risinājumus [32]. Lai veiksmīgi pielāgotos dzīvei ar invaliditāti, izšķiroša nozīme ir apkārtējo atbalstam un iedrošinājumam.

a. Medicīnas darbinieka loma

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas vadlīnijām, ikvienam veselības aprūpes speciālistam jāiesaistās psihiskās veselības veicināšanā un psihiskās veselības traucējumu novēršanā [64].

Dažādu nozaru medicīnas speciālistiem ir nozīmīga loma, veidojot pacientu attieksmi pret psihisko veselību – tās profilaksi un ārstēšanu, pamanot augsta riska pacientus un atpazīstot pacientus agrīnās saslimšanas stadijās, kas būtiski paaugstina atbalsta pasākumu un terapijas efektivitāti. Tomēr Slimību profilakses un kontroles centra 2011. gada dati liecina, ka primārajā aprūpē depresija netiek pietiekami labi atpazīta un ārstēta [50]; [41]. Arī citur pasaulē novērots, ka vismaz puse cilvēku, kas cieš no depresijas, netiek atpazīta.

Medicīnas darbinieka galvenie uzdevumi saistībā ar pacientu labsajūtas noskaidrošanu ir:

- identificēt galvenos psihiskās veselības traucējumu simptomus un organizēt (vai ierosināt) kvalificētas palīdzības saņemšanu;
- izvērtēt riska faktorus un to norisi iespaidojošus faktorus, tostarp pacienta stresa līmeni, subjektīvo dzīves kvalitātes novērtējumu, traumatisku notikumu pieredzi;
- iepazīstināt ar preventīviem pasākumiem labas psihiskas veselības uzturēšanai.

Īpaši nozīmīgi ir izrunāt šos jautājumus darbā ar cilvēkiem, kuriem ir iedzimti vai iegūti funkcionāli traucējumi, kas biežāk tiek pakļauti dažādu nelabvēlīgu apstākļu ietekmei un cieš no depresijas.

JAUTĀJUMI DISKUSIJAI

- Kas varētu būt šķēršļi, lai runātu par psihisko veselību ar pacientiem?
- Kāda ir jūsu pieredze, runājot par psihiskās veselības jautājumiem ar pacientiem?
- Kā izvēlaties speciālistus, pie kuriem nosūtīt pacientu konsultācijai par psihiskās veselības jautājumiem?

b. Psihiskās veselības izvērtējums

Ik gadu aptuveni 38% Eiropas iedzīvotāju cieš no kāda psihiska traucējuma. Eiropas Psihisko traucējumu epidemioloģijas pētījumā atklāts, ka dzīves laikā visbiežāk sastopamie ir garastāvokļa un trauksmes traucējumi. Apskatot cilvēku skaitu visās vecuma grupās kopumā, visbiežāk diagnosticē trauksmes traucējumus (no tiem cieš 14%), unipolāro depresiju (6,9%) un bezmiegu (7%) [27]. Savukārt lielāko slimības slogu (DALY – zaudēti veselīgas dzīves gadi – starpība starp pašreizējo veselības stāvokli un ideālo (bez slimībām un nespējas), aprēķinā iekļauj pāragras mirstības un darba nespējas laiku) rada depresija (7,2%), demence (3,7%) un alkohola lietošanas izraisīti psihiskie traucējumi (3,4%) [63].

Cilvēki ar hroniskām saslimšanām un invaliditāti cieš no depresijas un trauksmes traucējumiem biežāk nekā vidēji populācijā [51]. Latvijā izpētīts, ka cilvēki, kas saņem invaliditātes pabalstu, biežāk cieš no depresijas, līdzīgi kā cilvēki ar trijām un vairākām

somatiskām saslimšanām [59]. Tāpat novērots, ka cilvēkiem ar invaliditāti, kas cieš no depresijas, pazeminās funkcionālie rādītāji, ir biežāka darba nespēja un hospitalizācija, viņi zemāk vērtē savas iespējas un nākotnes prognozes. Pacienta sūdzības par veselības pasliktināšanos un somatiskie simptomi, kam neizdodas atrast medicīnisku pamatojumu, var signalizēt par iespējamu depresiju vai traumatisku pieredzi. Arī Latvijā veiktajā pētījumā novērots, ka pacienta uzskati par savu veselības stāvokli un tā dinamiku pēdējā gadā ir nozīmīgs depresiju prognozējošs faktors. Pacientiem, kas sūdzas par veselības pasliktināšanos, ir 4,7 reizes lielāka iespējamība ciest no depresijas nekā tiem, kas veselības pasliktināšanos nenovēro. Latvijas populācijā 31% cilvēku, kas vērtē savu veselību kā vāju, ir depresijas simptomi, kamēr starp cilvēkiem, kas vērtē savu veselību kā labu, depresija ir tikai 3,4% [59]. Tomēr nevajadzētu pieņemt, ka cilvēkam ar invaliditāti izjust depresiju un trauksmes traucējumus ir pieņemami. Šie simptomi ir jāatpazīst, un tiem jānodrošina atbilstoša terapija, tāpat kā jebkuram citam pacientam.

i. Depresija

Depresija ir slimība, kurai raksturīgs mainīts veids, kā smadzenes regulē garastāvokli. Depresijas pamatsimptomi ir nomākts garastāvoklis, spēcīgas negatīvas emocijas, pazemināta interese un spēja just prieku, nogurums, enerģijas trūkums, vienlaikus raksturīgas arī pašapsūdzības domas, neadekvāta vainas izjūta, pazemināts pašvērtējums, miega un seksualitātes traucējumi, iespējamās pašnāvības domas. Dažiem cilvēkiem var novērot nevis klīniski izvērstu depresiju, bet atsevišķus depresijas simptomus – subdepresijas. Arī šiem pacientiem ir pazemināta dzīves kvalitāte un funkcionēšanas traucējumi, augsts risks saslimt ar depresiju [12].

Depresija ir saistīta ar izmainītu uztveres, atmiņas un vadības procesu darbību. Cilvēki, kas cieš no depresijas, vieglāk pamana, uztver negatīvo, nepatīkamo, kā arī atceras negatīvus pagātnes notikumus, kas atbilst pašreizējam emocionālajam stāvoklim. Vadības procesu izmaiņas izpaužas kā grūtības pārslēgt uzmanību, mainīt negatīvo domāšanu, raksturīga iestrēgšana domās par negatīvo tagadnē, pagātnē un/vai nākotnē – “ruminēšana”. Vienlaikus ir grūti mērķtiecīgi koncentrēties, domāšana ir gausāka. Depresijas simptomi saistīti arī ar sociālās funkcionēšanas pazemināšanos, dažādu somatisko saslimšanu biežumu un augstāku pašnāvības risku.

Latvijā depresija kopējā populācijā sastopama biežāk nekā vidēji Eiropas Savienības valstīs. 2016. gadā depresija diagnosticēta 9,7% Latvijas iedzīvotāju [11].

Riska faktori depresijas attīstībai ir afektīvi traucējumi anamnēzē, dzīvošana pilsētā, bezdarbs, mātes zaudējums (pirms 11 gadu vecuma), vardarbības pieredze bērnībā, ilgstoša psihotraumējoša situācija (ģimenes un/vai darba problēmas), vientulība, laulības šķiršana, dzīvesbiedra nāve, hroniska somatiska saslimšana (sāpes, bezmiegs, slikta somatiskas slimības prognoze) [55]. Cilvēki ar invaliditāti cieš no depresijas biežāk nekā vidēji populācijā [59].

Lai atpazītu depresiju, ieteicams izmantot Latvijā adaptētu depresijas skrīninga instrumentu “Pacientu veselības aptauja-9” (PHQ-9) [41].

Aptaujas adaptētāji Latvijā iesaka sākotnēji uzdot pirmos divus PHQ-9 jautājumus:

- Cik bieži pēdējās divās nedēļās jūs ir apgrūtinājis interešu un dzīvesprieka trūkums?
Atbilžu varianti: ▪ Nemaz ▪ Dažas dienas ▪ Vairāk par nedēļu ▪ Gandrīz katru dienu
- Cik bieži pēdējās divās nedēļās jūs ir apgrūtinājis slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta?

Atbilžu varianti: ▪ Nemaz ▪ Dažas dienas ▪ Vairāk par nedēļu ▪ Gandrīz katru dienu

Ja atbilde ir vismaz “dažas dienas”, tad pacientam jāizpilda pilna PHQ-9 aptauja, lai noteiktu depresijas simptomu izteiktību [41]. Aptauju pacients var izpildīt arī pašreizpildes formā.

Pacientu veselības aptaujas PHQ-9 pašreizpilde (→ Pielikums nr. 9)

PHQ-9 ir vienkāršs skrīninga instruments, kas sniedz pirmo priekšstatu par depresijas simptomu izteiktību. Pilnai diagnozei nepieciešama tālāka diagnostika, kuru var veikt psihiatrs, nosakot afektīvo traucējumu veidu, simptomu izteiktību un atrodot pacientam piemērotāko terapiju.

Nereti pacienti, runājot par depresijas simptomiem, var izjust bažas un pretestību. Daži no iemesliem, kāpēc tā notiek:

- pacienti izjūt bažas, ka viņu ciešanas un veselības traucējumu nopietnība netiks pietiekami novērtēta un viņi nesaņems atbilstošu medicīnisko palīdzību. Šo bažu pamatā var būt mīts par to, ka psihosomatiski vai psihiskās veselības traucējumi nav “īsta” saslimšana, tas ir tikai galvā.
- uzskata, ka cilvēkam ar invaliditāti ir pašsaprotami justies nomākti un bezcerīgi, “kā gan vēl var justies cilvēks ar redzes traucējumiem!”.

ii. Trauksme jeb neirotizisms, ar stresu saistīti traucējumi

Otra biežāk sastopamā simptomu grupa saistīta ar paaugstinātu trauksmi. Mērena trauksmes izjūta ir normāla reakcija bīstamā vai saspringtā situācijā. Ja trauksme nav atbilstoša situācijai vai izpaužas pārāk intensīvi, tā var liecināt par psihiskiem traucējumiem vai kādu

fizisku saslimšanu. Trauksme var būt galvenais vai sekundārais simptoms līdztekus garastāvokļa traucējumiem vai fiziskās veselības problēmām.

Biežāk sastopamie trauksmes traucējumi ir ģeneralizēta trauksme, panikas lēkmes, fobijas, posttraumatiskā stresa traucējumi.

➤ **Panika**

Neprognozējama, lēkmjveidīga trauksme, kas sākas pēkšņi un ilgst no vairākām minūtēm līdz pusstundai. Trauksmi pavada sirdsklauves, sāpes krūtīs, smakšana, smaguma sajūta kuņģī, reibonis, realitātes izjūtas zudums vai bailes no personiskas katastrofas (kontroles zuduma, sajukšanas prātā, sirdslēkmes, pēkšņas nāves). Panikas lēkme izraisa bailes no nākamās lēkmes, kuru dēļ varētu novērot panikas lēkmei līdzīgas sūdzības.

➤ **Ģeneralizēta trauksme**

Ilgstoša (vismaz sešus mēnešus ilga), traucējoša, vieglas vai mērenas trauksmes sajūta ikdienišķās situācijās, ko pavada saspringums, nemiers un nespēja atslābināties, nervozitāte, nelaimes priekšnojauta. Bieži ir sirdsklauves, pastiprināta svīšana, muskuļu saspringums, tirpšanas sajūta ķermenī, reibonis, smakšanas sajūta. Pacientam ir grūti kontrolēt un apturēt trauksmi un satraucošās domas.

➤ **Fobijas**

Trauksme noteiktās situācijās, kas parasti nerada apdraudējumu. Cilvēks no šīm situācijām izvairās vai piedzīvo spēcīgas, iracionālas bailes – fobiju. Fobiju pavada izteikti fizioloģiski simptomi – sirdsklauves, ģībšanas sajūta, bailes nomirt. Fobiju veidi ir sociāla fobija (bailes nokļūt uzmanības centrā vai tikt pazemotam), agarofobija (bailes atrasties vietās, no kurām nav iespējams viegli un ātri izkļūt), izolētas fobijas (cilvēks ierobežo aktivitātes, jo ir izteiktas bailes no kāda priekšmeta, dzīvnieka, parādības, saslimšanas vai situācijas, piemēram, bailes no suņiem, lidošanas, slēgtām telpām).

➤ **Posttraumatiskā stresa sindroms (PTSS)**

Attīstās pēc spēcīgas stresa situācijas vai biedējoša draudīga notikuma. Simptomi parasti parādās 2–3 nedēļu laikā pēc psihotraumējošā notikuma, bet dažkārt pat sešus mēnešus pēc traumas. Tipiski PTSS simptomi ir atkārtota, psihotraumējošās situācijas izdzīvošana atmiņās un sapņos, ilgstoši sastinguma un nejutīguma stāvokļi, pašregulācijas grūtības, kas var izpausties kā dusmu lēkmes, atkarības.

➤ **Obsesīvi kompulsīvi traucējumi**

Uzmācīgas domas vai darbības, kuru rašanos cilvēkam neizdodas kontrolēt un kas rada trauksmi.

IETEIKUMI

Lai noteiktu, vai pacients cieš no paaugstinātas trauksmes, veselības aprūpes speciālists var uzdot divus skrīninga jautājumus:

- Cik bieži pēdējās divās nedēļās jūs izjutāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu?

Atbilžu varianti: Nemaz (0); Dažas dienas (1); Vairāk par nedēļu (2); Gandrīz katru dienu (3).

- Cik bieži pēdējās divās nedēļās jūs nespējat nomierināties vai kontrolēt satraukumu?

Atbilžu varianti: Nemaz (0); Dažas dienas (1); Vairāk par nedēļu (2); Gandrīz katru dienu (3).

Ja atbilžu kopsumma ir vismaz 3 punkti, tad jāuzdod visi „Ģeneralizētas trauksmes skalas” GAD-7 jautājumi (➔ Pielikums Nr. 10).

Cilvēki, kas izmanto izvairīšanos kā kopinga stratēģiju, skrīninga jautājumos var uzrādīt zemu rezultātu. Ja tomēr ir aizdomas par trauksmes traucējumiem, ir jāpavaicā vēl viens kontroljautājums:

- Vai mēdzat izvairīties no kādām vietām vai aktivitātēm, lai arī tas jums rada kādas problēmas?

Ja atbilde ir pozitīva, arī šajā gadījumā jāuzdod visi GAD-7 jautājumi [6].

c. Atbalsts cilvēkiem ar viegliem depresijas un trauksmes simptomiem un preventīvi pasākumi psihiskās veselības uzlabošanai

Depresijas un trauksmes skrīnings ir jēgpilns, ja pacienti saņem pilnvērtīgu terapiju, kas palīdz sasniegt nozīmīgu psihiskās veselības uzlabojumu. Latvijas Psihiatru asociācija izstrādājusi vadlīnijas depresijas atpazīšanai un ārstēšanai ģimenes ārsta praksē [41]. Saskaņā ar šīm vadlīnijām, depresijas ārstēšanu veic ģimenes ārsts, psihiatrs vai ārsts psihoterapeits.

INFORMATĪVI RESURSI PACIENTIEM

- www.nenoversies.lv – dažādi informatīvi materiāli un resursi
- Krīžu un konsultāciju centrs “Skalbes”, www.skalbes.lv, diennakts krīzes tālruni: 67 222 922 (Lattelecom), 27 722 292 (Bite)

JAUTĀJUMI DISKUSIJAI

Kāda ir pieņemtā prakse, novērojot depresijas simptomus? Kā veido sarunu? Kādas diagnostikas metodes izmanto?

- **Aktīva uzraudzība**

Ja pacientam novērojami viegli depresijas vai trauksmes simptomi, kopīgi pārrunājiet simptomus un stresa faktorus pacienta dzīvē. Ja pacients nav gatavs meklēt palīdzību pie psihiskās veselības speciālista, vienojieties par atkārtotu izvērtēšanu pēc divām nedēļām.

➤ **Psihoizglītošana un vienkāršas intervences**

Izskaidrojiet pacientiem ar viegliem depresijas un trauksmes simptomiem faktorus, kas ietekmē viņu pašsajūtu, pašpalīdzības un terapijas iespējas. Psihoizglītošana palīdz pacientam saprast, kas ar viņu notiek, un dod cerību, ka ir iespējams justies labāk.

➤ **Fiziskas aktivitātes**

Viens no raksturīgiem depresijas simptomiem ir enerģijas trūkums un nogurums. Fiziskas aktivitātes vismaz 2–3 reizes nedēļā palīdz mazināt depresijas simptomus. Pārrunājiet pacientam tīkamu fizisko aktivitāšu iespējas. Ja iespējams, priekšroka dodama aktivitātēm svaigā gaisā. Lielākai daļai pacientu fiziskās aktivitātes palīdz justies labāk, jo pastiprināti izdalās endorfīni, ir vairāk enerģijas, uzlabojas miegs un apetīte. Jāņem vērā, ka cilvēkam ar depresijas simptomiem ir zema motivācija, tāpēc aktivitāšu grafiks jāattīsta pakāpeniski.

➤ **Diēta**

Depresija ietekmē apetīti – cilvēki ēd vairāk vai mazāk. Palīdziet izveidot ēšanas plānu un iedrošiniet ievērot to, nepaļauties uz “gribēšanu”. Nepiemērota diēta vairo nogurumu, nespēku, kas liek justies sliktāk. Ēdienkartē ieteicams iekļaut daudz augļu un dārzeņu. Alkohols iedarbojas kā depresants, tāpēc no tā ieteicams izvairīties.

➤ **Relaksācijas tehnikas**

Depresijas un trauksmes simptomi bieži ir saistīti ar paaugstinātu stresa līmeni un spriedzi. Lai saglabātu labu pašsajūtu vai uzlabotu to, ir svarīgi ikdienas ritmā iekļaut atpūtas un atslābināšanās pauzes.

Pārrunājiet ar pacientu, kas ir viņa labsajūtas un atpūtas brīži, kādi rituāli palīdz atjaunoties. Katram tie varētu būt savī – fiziskie vingrinājumi, tase tējas, nomierinoša mūzika, pastaiga vai atrašanās dabā. Svarīgi, lai tie būtu regulāri, vairākas reizes dienā. Dažādas relaksācijas tehnikas var palīdzēt mazināt stresa līmeni tad, ja tiek izmantotas regulāri, ne tikai augstas spriedzes brīžos. Efektīva ir, piemēram, progresīvā muskuļu relaksācija. Sagatavojiet progresīvās muskuļu relaksācijas instrukciju un piedāvājiet pacientiem izmēģināt mājās. Tā palīdz mazināt trauksmes, depresijas simptomus, sāpju intensitāti un sāpju gaidīto stresu. Vairāk informācijas – Progresīvā muskuļu relaksācija (➔ Pielikums Nr. 11).

Arī audio vai videoieraksti var palīdzēt apgūt relaksāciju un atslābināties. Angļu valodā pieejamas dažādas mobilā telefona aplikācijas, piemēram, *CALM*, *Headspace*, latviešu valodā – aplikācija *Miervidi*.

Daudziem cilvēkiem, lai apgūtu un pielietotu praksē relaksācijas paņēmienus, tomēr nepieciešama individuāla vai grupu apmācība. Pārrunājiet arī šādas iespējas!

➤ **Ieteikumi labākam miegam**

Bieži vien psihiskās veselības traucējumi iet roku rokā ar miega traucējumiem. Pārrunājiet vienkāršus dzīvesveida pielāgojumus, kas var uzlabot miega kvalitāti.

- Relaksējoša vide. Ieteicams nodrošināt, lai guļamistabā būtu tumšs, vēss un kluss un tā būtu brīva no elektronikas ierīcēm – datoriem, telefoniem, televīzijas. TV un datora ekrāna gaisma, stimulējoši objekti negatīvi ietekmē melatonīna līmeni (hormons, kas regulē ķermeņa iekšējo pulksteni).
- Jāierobežo gulēšana dienas laikā.
- Regulāras sporta nodarbības. Pētījumi rāda, ka fiziskas aktivitātes palielina kopējo miega ilgumu, kā arī lēno viļņu miegu, kura laikā intensīvāk notiek atjaunošanās procesi. Tomēr jāizvairās no fiziskām aktivitātēm pārāk vēlu vakarā.
- Vēlas maltītes un alkohola lietošana negatīvi ietekmē miega kvalitāti. Pat tad, ja šķiet, ka glāze alkohola vakarā palīdz atslābināties, tā negatīvi ietekmē miega kvalitāti. Tāpat jāizvairās no tādiem stimulantiem kā nikotīns un kofeīns, kas daudziem cilvēkiem apgrūtina iemigšanu, ja tos lieto otrajā dienas daļā.
- Individuāli pielāgoti vakara rituāli, kas palīdz atslābināties. Meditācija, elpošanas un relaksācijas vingrinājumi, relaksējošs vannas rituāls vai mierīga mūzika ir daži no veidiem, kas var palīdzēt nomierināties un sagatavoties miegam.
- Ieteicams atlikt stresu un trauksmi radošu problēmu apdomāšanu un risināšanu uz rītu. Satrauktas domas neilgi pirms gulētiešanas izraisa fizioloģiskas stresa reakcijas ķermenī, piemēram, paātrinātu sirdsdarbību, muskuļu saspringumu, paaugstinātu temperatūru. Nepieciešams ilgāks laiks, lai atgūtu līdzsvaru. Ja satrauktas domas tomēr neļauj aizmigt, tās var pierakstīt un apņemt risināt no rīta.
- Cik vien iespējams, jātiecas ievērot gulēšanas režīmu – iet gulēt un celties noteiktā laikā. Nevajadzētu iet gulēt pārāk agri, tikai tad, kad jūtas miegains. Ja tomēr neizdodas aizmigt, var celties augšā un padarīt ko nomierinošu un atslābinošu.

d. Vidēja un augsta riska pacienti

Ja divu nedēļu laikā depresijas un trauksmes simptomi nav mazinājušies, pacients jānosūta pie ģimenes ārsta, psihiatra vai ārsta psihoterapeita, kas veiks plašāku izvērtēšanu un sāks ārstēšanu atbilstoši vadlīnijām [41].

i. Pašagresijas risku izvērtēšana

Vairumam cilvēku, kas izjūt depresiju, ir pārejošas domas par nāvi vai pašnāvību. Tas nenozīmē, ka viņi tās īstenos. Tomēr ikvienam medicīnas speciālistam nepieciešamas prasmes novērtēt pašnāvības risku un sekot tam, lai uz pašnāvību noskaņoti pacienti saņemtu piemērotu psihiatrisku ārstēšanu. Pētījumi parāda, ka apmēram 40%–60% cilvēku, kuri izdarījuši pašnāvību, konkrētajā mēnesī pirms tam apmeklējuši ģimenes ārstu, nevis psihiatru [8].

Strādājot ar pacientu ar izteiktiem depresijas simptomiem, šīs domas izrunāt var būt noderīgi. Pajautājiet pacientam par pašnāvības domām – ja atbilde ir negatīva, neuzstājiet uz tālākiem jautājumiem.

Pretstatā izplatītām bažām runas par pašagresijas vai pašnāvības domām nestimulē cilvēku tās īstenot. Vairums pacientu jūt atvieglojumu, runājot par to, cik slikti jūtas, par savām bažām, ka varētu sev ko nodarīt.

Pirms sākt sarunu par šo jutīgo tēmu, svarīgi nodibināt pietiekami labu sapratni un uzticēšanos, lai pacients justos pietiekami droši un spētu atklāties.

Kā jautāt?

Par pašnāvnieciskām domām izjautāt pacientus nav viegli, sarunu ieteicams sākt ļoti uzmanīgi un veidot pakāpeniski.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas ieteikumiem [8], jautājumu secība var būt šāda:

1. Vai jūtaties nelaimīgs un bezpalīdzīgs?
2. Vai jūtat izmisumu?
3. Vai jūtaties spējīgs sagaidīt katru jaunu dienu?
4. Vai dzīvi izjūtat kā slogu?
5. Vai jūs jūtat, ka dzīvi ir vērts dzīvot?
6. Vai jūs esat domājis, ka varētu sevi savainot vai izdarīt pašnāvību?
7. Vai jūs varētu šīs domas īstenot?

Ja atbildes ir apstiprinošas, ir svarīgi noskaidrot, vai pacientam par šo ir kādi konkrēti plāni. Ļoti svarīgi, lai jautājumi, kurus uzdodat, nebūtu uzbāzīgi vai kritizējoši, saruna jāveido tā, lai pacients justu ārstniecības personas un iejūtību.

- Vai jums ir plāns izdarīt pašnāvību?
- Kādā veidā plānojat izdarīt pašnāvību?
- Vai jums pieejami līdzekļi (tabletes, ierocis, citi) pašnāvības izdarīšanai?
- Vai esat apdomājis, kad izdarīt pašnāvību?

- Cik liela iespēja, ka jūs to īstenosiet?

Uzmanību! Viltus miers var liecināt par pārliecinošu lēmuma pieņemšanu. Ja pacients pēkšņi kļūst mierīgs, viņš var būt izlēmis to paveikt.

Pacienti, kuri nolēmuši izdarīt pašnāvību, var noliegt šādu soli, lai netiktu atturēti. Tomēr vairums cilvēku, kas domā par pašnāvību, izjūt ambivalenci – notiek emocionāla cīņa starp gribu dzīvot un vēlmi nomirt. Medicīnas speciālists var izmantot ambivalences faktoru, lai pastiprinātu pacienta gribu dzīvot un mazinātu pašnāvības risku.

ii. Rīcības plāns augsta riska pacientiem

Pacients nekavējoties jānosūta uz slimnīcu, ja vērojamas atkārtotas domas par pašnāvību, izteikta vēlme mirt tuvākajā laikā (tuvākajās stundās vai dienās), panikas lēkme, pārliecinoša vēlme izdarīt pašnāvību vai sīka pašnāvības plāna aprakstīšana.

Šādā gadījumā pacientu nedrīkst atstāt vienu – jāorganizē pacienta uzņemšana stacionārā, jāaizved pacients uz slimnīcu ar neatliekamās medicīniskās palīdzības vai policijas transportu un jāinformē pacienta piederīgie [8].

iii. Rīcības plāns vidēji augsta riska pacientiem

Ja pacientam ir plāns un pieejami līdzekļi pašnāvības īstenošanai, bet nav plāna to īstenot tuvākajā laikā, tad (1) jāpanāk vienošanās ar pacientu, ka pašnāvība netiks izdarīta, (2) jāizstrādā drošības plāns un (3) jāvienojas par tālākajiem soļiem – par psihiatra, psihologa vai psihoterapeita apmeklējumu atbilstoši pacienta vajadzībām un iespējām.

Ir svarīgi saglabāt kontaktu ar pacientu, turpināt uzklaut un dot viņam iespēju runāt par saviem pārdzīvojumiem, uzdodot atvērtā tipa jautājumus. Sarunas mērķis ir iedrošināt un sniegt cerību, ka situācija ir risināma, atbalsts ir pieejams, kā arī rosināt uz aktīvu rīcību situācijas risināšanai. Kopā ar pacientu jāizvērtē atbalsta iespējas.

PAPILDU RESURSI UN VADLĪNIJAS PSIHISKO TRAUCĒJUMI ATPAZĪŠANAI

Rancāns, E., Tērauds, E., Zaļkalns, J., Riževa, I., Tirāns, E., & Taube, M. (2012). *Depresijas un neirotisko traucējumu diagnostikas un ārstēšanas rekomendācijas ģimenes ārstiem*. RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra.

Tērauds, E., Rancāns, E., Andrēziņa, R., Kupča, B., Ancāne, G., Ķiece, I., & Bezborodovs, N. (2015). *Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas*. Latvijas psihiatru asociācija. https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/LPA_Depresijas_vadlinijas_2015.pdf

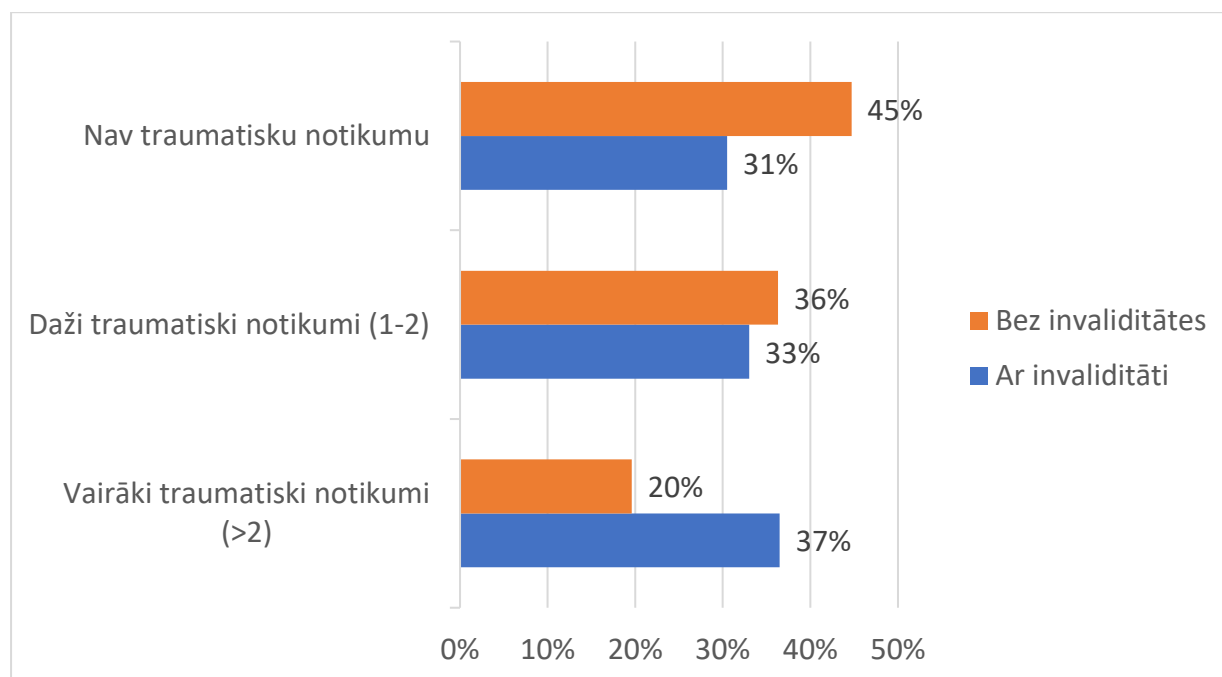
Zārde, I. *Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostika un ārstēšanas metodes*. SPKC. http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Nozare/Buklets_Psihiska_veseliba.pdf

e. Riska faktoru izvērtēšana

Vairums psihisku saslimšanu ir saistītas ar noteiktu riska gēnu ekspresiju nelabvēlīgos vides apstākļos. Riska faktori psihiskai un fiziskai veselībai ir traumas pieredze, pašreiz izjūtamais stresa līmenis, dzīves kvalitātes subjektīvais vērtējums un vientulības sajūta [40].

Diemžēl vairākos pētījumos novērots, ka cilvēki ar invaliditāti daudz biežāk piedzīvojuši vienu vai vairākas no šīm traumatiskajām pieredzēm un biežāk izjutuši atkārtotu traumatizāciju [29]. Jau bērnībā cilvēki ar funkcionāliem traucējumiem biežāk piedzīvo nelabvēlīgus, traumējošus dzīves notikumus, tādus kā fiziska, emocionāla, seksuāla vardarbība, nepietiekams emocionāls atbalsts, ģimenes sistēmas nestabilitāte, kas saistīta ar atkarībām, šķiršanos, apcietinājumu [37]. Šāda pieredze būtiski paaugstina jutīgumu sarežģītās situācijās turpmākajā dzīvē. Cilvēkiem ar invaliditāti, kas piedzīvojuši traumatiskus bērnības notikumus, līdztekus psihiskās un fiziskās veselības traucējumiem, biežāk novērota arī darba nespēja [50]; [17].

Arī pieaugušo vecumā cilvēki ar invaliditāti ir biežāk pakļauti nelabvēlīgām ietekmēm, piemēram, sev nozīmīgu dzīves aktivitāšu zaudēšana, sociāla atbalsta un attiecību trūkums, diskriminācija [17].



4.1. attēls. Traumatisku bērnības notikumu pieredze cilvēkiem ar un bez invaliditātes [17]

i. Traumatiska bērnības pieredze

Par traumatiskiem uzskatāmi notikumi, kurus cilvēks izjūt kā bīstamus, dzīvību un veselību apdraudošus. Ir identificēti bērnības notikumi, kam ir īpaši negatīva ilgtermiņa ietekme

uz cilvēka veselību (fizisko, psihisko) un sociālo funkcionēšanu. Tā ir tiešas vai netiešas emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības pieredze, disfunkcionāla ģimenes vide, kurā trūkst siltuma un savstarpēja atbalsta, ģimenes locekļiem ir atkarību vai psihiskās veselības problēmas, piemērots apcietinājums, vecāki šķīrušies [18].

Traumatisku faktoru izvērtēšanai bērnībā izveidota „Nelabvēlīgu bērnības notikumu aptauja” (→ Pielikums Nr. 12), kas plaši izmantota dažādos pētījumos un parāda traumas un veselības traucējumu saistību. Pierādīts, ka cilvēki, kas piedzīvojuši vienu vai vairākas no šīm pieredzēm, biežāk slimo ar neinfekciju slimībām, cieš no atkarībām un vardarbības turpmākajā dzīvē un viņiem ir augstāka mirstība [24]; [15]; [31]; [19]; [20].

Arī citas traumatiskas bērnības pieredzes var atstāt negatīvu iespaidu uz cilvēka veselību turpmākās dzīves laikā – vienaudžu vardarbība, medicīniskas procedūras, hospitalizācija, vecāku smaga slimība vai nāve.

Traumas negatīvo iespaidu var mazināt sociālais atbalsts, augsts intelekts un labas emociju regulācijas prasmes. Arī cilvēks, kas ir klātesošs, mīlošs un iedrošinošs, var mazināt traumatiskā stresa iespaidu.

Cilvēkiem ar invaliditāti sakarību starp traumatisku pieredzi un darba nespēju mazina strukturāls (dzīve ar kādu citu pieaugušo) un funkcionāls (uztvertais emocionālais/sociālais) atbalsts. Papildu aizsargājošs iespaids ir arī izglītības līmenim un kopumā laba veselība [50].

JAUTĀJUMI DISKUSIJAI:

- Kā domājat, cik liela daļa jūsu pacientu saskārusies ar nelabvēlīgiem bērnības notikumiem?
- Ko zināt par savu pacientu bērnības pieredzi?
- Vai izjūtat kādus šķēršļus, runājot par traumatiskiem notikumiem bērnībā?

ii. Izjustais stress

Akūtu risku veselībai rada arī ilgstoši paaugstināts stresa līmenis pašreizējā dzīves posmā. Uztvertā stresa līmenis ir cieši saistīts ar slimību risku un fizisku multimorbiditāti, kas prasa ilgstošu ārstēšanos un ietver augstākas izmaksas. Cilvēki, kas izjūt augstāku stresu, vairāk izmanto dažādus veselības aprūpes pakalpojumus [28]; [38].

Pastāv vairāki teorētiskie modeļi, kas skaidro stresu un tā saistību ar veselību.

Viena no pieejām ir apskatīt, cik daudz cilvēks piedzīvojis notikumus, kam nepieciešami augsti adaptācijas resursi. Jāņem vērā, ka stresu izraisa un papildu resursus prasa gan negatīvi gan arī pozitīvi notikumi, piemēram, Ziemassvētki, kāzas, bērna piedzimšana. Vairāki pētījumi parāda, ka lielāks kopējais (kumulatīvais) stresa daudzums saistīts ar biežākām saslimšanām

nākamajā dzīves gadā. Ir pieejamas vairākas metodikas strespilnu dzīves notikumu mērīšanai, kas parasti ir apjomīgas un ietver virkni dažādu iespējamo notikumu. Priekšroka dodama tādām metodikām, kas ļauj izvērtēt dažādu notikumu daudzumu, intensitāti, kā arī ilgstošumu, kas noved pie hroniska stresa. Tomēr jāņem vērā, ka dažādās grupās stresa notikumi var atšķirties, tāpēc biežāk izmanto konkrētām mērķa grupām piemērotas aptaujas. Arī dzīves kvalitātes izvērtējums ļauj spriest par stresa līmeni.

Līdztekus objektīviem dzīves notikumiem stresa pieredze saistīta ar cilvēkam pieejamiem adaptācijas resursiem un riska faktoriem, kas var būt personīgi (stresa reaktivitāte, stresa pārvarēšanas prasmes u.tml.) vai sociāli. Piemēram, bērna piedzimšana tad, ja atbalsts nav pietiekams, prasa daudz vairāk resursu nekā, ja ir plašs un pieejams atbalsta tīkls. Tāpēc cits veids stresa mērīšanai ir apskatīt indivīda subjektīvo novērtējumu par savu spēju tikt galā ar dažādiem notikumiem un pieredzēm. Viena no visplašāk izmantotajām skalām stresa līmeņa noteikšanai ir latviešu valodā adaptētā Uztvertā stresa skala, kuru izveidojuši Koens, Kamarka un Mermelšteins un latviešu valodā adaptējusi I. Stokenberga [54]. Skala veidota, lai mērītu vispārīgo uztverto stresu jeb cik lielā mērā indivīds vērtē un izjūt ar viņu notiekošo kā nekontrolējamu, neprognozējamu un pārslogojošu. Vairāk informācijas – Uztvertā stresa skala (→ Pielikums Nr. 13).

Par akūtu un hronisku stresu liecina dažādi fizioloģiski marķieri:

- paaugstināti iekaisuma marķieri,
- kortizola līmeņa izmaiņas,
- autonomās nervu sistēmas darbības izmaiņas,
- RNS profila izmaiņas
- telomēru saīsināšanās.

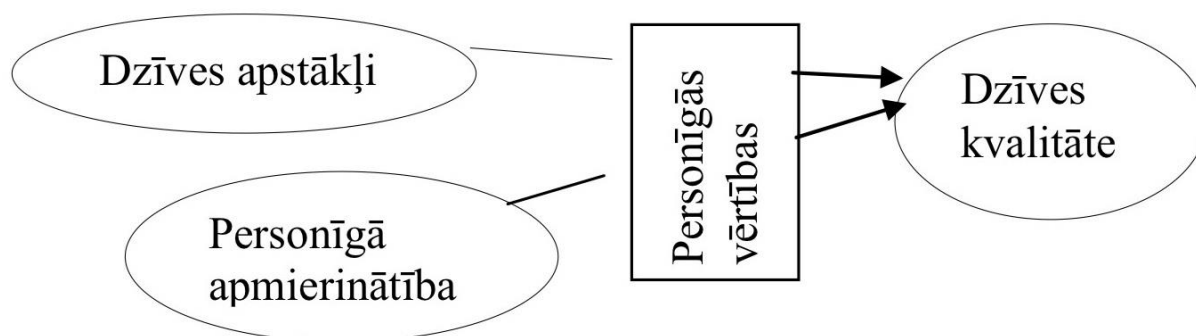
Fizioloģiskie marķieri ļauj objektīvi kvantificēt stresa līmeni un ietekmi, tomēr tieši subjektīvais stresa novērtējums palīdz uzrunāt pacientam svarīgas dzīves jomas un jautājumus, lai atrastu veidus stresa mazināšanai.

iii. Dzīves kvalitātes novērtējums

Dažādiem dzīves notikumiem ir kumulatīva ietekmē uz cilvēka labklājību un psihisko veselību. Arī tad, ja netiek piedzīvots akūts stress, neapmierinātība ar dažādām savas dzīves jomām, zems uztvertais dzīves kvalitātes novērtējums un bezspēcības sajūta to mainīt, var būt iemesli psihiskas labklājības un veselības pasliktinājumam.

Dzīves kvalitātes jēdzienu veido daudzi elementi, un tas nav tikai objektīvi izmērāms lielums. Svarīga ir subjektīvā pieredze, cilvēka vērtību prizma, caur kuru tiek interpretēti, vērtēti

dažādi dzīves apstākļi un notikumi. Piemēram, cilvēki, kuru vajadzības bērnībā nav tikušas apmierinātas, biežāk vērtē situācijas caur pesimisma un bezspēcības prizmu. Skatīt attēlu Nr.4.2



4.2 attēls. Dzīves kvalitāte definēta kā apmierinātības un dzīves apstākļu kombinācija, izvērtēta caur svarīguma skalu

Dažādas psihoterapijas skolas piedāvā metodes savas perspektīvas apzināšanā un palīdz attīstīt adaptīvākus realitātes izvērtēšanas veidus.

Dzīves kvalitāte ir viens no personas centrēta biopsihosociāla veselības modeļa elementiem, kurus speciālists strukturēti (ar aptauju palīdzību) vai nestrukturēti (sarunas veidā) var izvērtēt praksē. Dzīves kvalitātes izvērtēšanai izveidotas vairāk nekā 550 metodikas, daudzas no tām piemērotas cilvēkiem ar konkrētiem veselības traucējumiem vai arī sociālo pakalpojumu izvērtēšanai. Latviešu valodā pieejamas vairākas skalas, kas var palīdzēt speciālistiem strukturētā veidā izvērtēt pieaugušu pacientu dzīves kvalitāti un psihiskās veselības riskus, kuras savā pārskata raksta iekļāvusi T. Vahļina [13].

PVO iesaka iekļaut dzīves kvalitātes izvērtēšanu medicīnas speciālistu praksē un izstrādājusi PVO dzīves kvalitātes aptauju (WHOQOL-100) vai tās saīsināto 26 jautājumu versiju (WHOQOL-BREF) [21].

Šo instrumentu izstrādē ņemts vērā gan pacientu viedoklis par dzīves kvalitāti un svarīgākajiem dzīves aspektiem, gan medicīnas profesionāļu viedoklis par psihisko un fizisko veselību ietekmējošiem faktoriem.

Pilnajā WHOQOL-100 versijā ir 100 izvērtēšanas jautājumi, kas ļauj novērtēt sešas noteiktas galvenās dzīves kvalitātes sfēras, 24 apakšsfēras un vienlaikus piedāvā teorētisko modeli dzīves kvalitātes konceptam.

4.1 tabula

PVO dzīves kvalitātes aptaujā sākotnēji iekļautās dzīves sfēras

Dzīves kvalitātes sfēras	Dzīves kvalitātes apakšsfēras
--------------------------	-------------------------------

	Vispārējā dzīves kvalitāte un veselības stāvoklis
1. Fiziskā veselība	<ul style="list-style-type: none"> • Enerģiskums un nogurums • Sāpes un diskomforts • Miegš un atpūta
2. Psiholoģiskais stāvoklis	<ul style="list-style-type: none"> • Negatīvas izjūtas • Pozitīvas izjūtas • Pašapziņa • Domāšana, uztvere, atmiņa un koncentrēšanās • Priekšstats par ķermeni un izskats
3. Neatkarības līmenis	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilitāte • Ikdienas aktivitātes • Atkarība no medikamentiem • Darba spējas
4. Sociālās attiecības	<ul style="list-style-type: none"> • Personīgās attiecības • Sociālais atbalsts • Seksuālā aktivitāte
5. Vide	<ul style="list-style-type: none"> • Finanšu līdzekļi • Brīvība, fiziskā drošība • Veselība un sociālās aprūpe: pieejamība un kvalitāte • Mājas vide • Fiziskā vide (piesārņojums /troksnis /satiksme /klīmats) • Transports
6. Garīgums /Reliģija /Personīgās pārlicības	<ul style="list-style-type: none"> • Iespējas iegūt jaunu informāciju un apgūt jaunas prasmes • Brīvā laika un atpūtas nodrošinājums un līdzdalības iespējas

Aptaujas īsajā versijā iekļauti 26 jautājumi, divi jautājumi no Vispārējās dzīves kvalitātes un vispārējā veselības stāvokļa izvērtējuma, kā arī pa vienam jautājumam no katras WHOQOL-100 sfēras.

Izvērtējot pacienta dzīves kvalitāti, jāņem vērā viņa vecums un tas, kādā dzīves posmā viņš atrodas.

f. Aizsargājoši faktori

Traumas pieredze un stress ne vienmēr rezultējas sliktā psihiskā veselībā. Cilvēka reakciju nosaka tam pieejamo resursu daudzums, kas var būt kā iekšēji, tā sociāli.

Runājot par iekšējiem resursiem sarežģītās dzīves situācijās, bieži izmantots jēdziens ir dzīvesspēks. Ar to saistītie psiholoģiskie faktori ir (1) pašefektivitāte, (2) pašvērtējums, (3) iekšējās kontroles loks, (4) optimisms, (5) prasmīgums, (6) izturība, (7) cerība, (8) spēja rūpēties par sevi, iedrošināt, (9) savu ierobežojumu pieņemšana un (10) apņēmība. Palīdzošas kopinga stratēģijas ir pašaprūpes prasmes un motivācija, terapeitiskā vai rehabilitācijas plāna ievērošana, līdzsvarota slimības un sāpju uztvere un fiziskas aktivitātes [53].

Mūsdienu medicīnas pakalpojumu modelī pacients nav pasīvs pakalpojuma saņēmējs, bet gan aktīvi iesaistās veselības uzturēšanās un uzlabošanā. Šāda pieeja atbalsta atbildības un kontroles izjūtu un veicina pacienta iesaisti [42].

Pakalpojuma sniedzējam var būt grūti sabalansēt atbildību par pacienta veselību, ja pacients jūtas bezspēcīgs vai nomākts. Pacienta motivācijas stiprināšanai var palīdzēt motivējošas intervijas metodes, kas tiks apskatītas nodaļā “Motivēšana”.

4. SOCIĀLĀS VESELĪBAS UZLABOŠANA

Sociāla piederība un līdzdalība ir cilvēka pamatvajadzība, kas noteikta arī cilvēktiesību likumos, tajā pašā laikā atstumtība vai vientulības sajūta negatīvi ietekmē psihisko un fizisko veselību, kā arī palielina mirstības risku gan vispārējā populācijā, gan cilvēkiem ar invaliditāti.

Pētot, kā cilvēku ar funkcionāliem traucējumiem psihisko labklājību ietekmē dažāda veida atbalsts, konstatēts, ka līdztekus ģimenes atbalstam ir svarīgs arī atbalsts no citiem cilvēkiem, kontakti un kopīgas aktivitātes ar draugiem un piederības sajūta kopienai [58].

Viens no nozīmīgiem faktoriem, kas ietekmē cilvēka ar invaliditāti socializāciju, ir aizspriedumi un diskriminācijas pieredze un izslēdzošu attieksmju internalizēšana [55]. Arī tad, ja socializācijas iespējas pastāv, cilvēka ar funkcionāliem traucējumiem attieksme (mazvērtības sajūta, kauns, neuzticēšanās) var kavēt viņu šīs iespējas izmantot. Izvairoties no iespējamās diskriminācijas vai atstumšanas, cilvēki ar invaliditāti nereti izvairās apmeklēt publiskus pasākumus, mainīt ierastās aktivitātes, reizēm pat negrib iziet ārpus mājas [64].

Par vientulības sajūtu un nepietiekamu sociālu iesaisti var liecināt šādi izteikumi, kurus pacients pauž spontāni vai atbildot uz jautājumiem:

- Man nav tuvu draugu, ar kuriem kopā pavadīt laiku, iesaistīties aktivitātēs, apmeklēt pasākumus.
- Man nav kam lūgt palīdzību.
- Man nav tuvu draugu.
- Es nejūtos piederīgs.
- Man nav, ar ko aprunāties.
- Manas attiecības ir virspusējas.

Ir vairāki veidi, kā medicīnas darbinieks var veicināt pacientu sociālo veselību:

- Mainīt pacienta attieksmi, uzsverot socializāciju kā būtisku veselības elementu.
- Darbinieks var noskaidrot, kādi resursi pacientam pieejami, un rosināt tos izmantot, proaktīvi attīstot attiecības.
- Rūpējoties, lai prakses vide ir pielāgota un pieejama cilvēkiem ar dažādiem funkcionāliem traucējumiem, informācija par atbalsta iespējām dažādām cilvēku grupām (ar funkcionāliem traucējumiem un bez) būtu brīvi pieejama, piemēram, bukleti par dažādiem sociālajiem pakalpojumiem.
- Medicīnas darbinieks var palīdzēt ieraudzīt socializācijas iespējas, iepazīstinot ar biedrībām, kas sniedz atbalstu cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem. (→ Pielikums Nr. 1)

Lai veicinātu aktīvas rūpes par savu fizisko un psihisko veselību, kā arī aktīvu iesaisti psihiskās veselības uzlabošanā, speciālists var izmantot atbalstošas un motivējošas sarunas prasmes. Reizēm var būt nepieciešamas psihologa vai psihoterapeita konsultācijas, lai rastu resursus un pārliecību aktīvākai iesaistei dažāda veida aktivitātēs, īpaši tad, ja pacientam ir izteikta bezspēcības sajūta, depresijas simptomi un trūkst resursu aktīvākai attiecību veidošanai.

5. MOTIVĒŠANA UN VESELĪBAS APRŪPES MENTORINGS DARBĀ AR PERSONĀM, KURĀM IR INVALIDITĀTE

Optimālu ārstēšanas vai rehabilitācijas rezultātu sasniegšanā nozīme ir ne tikai speciālistu ieteikumu kvalitātei, bet arī pacienta motivācijai un aktīvai iesaistei terapijas plāna īstenošanā. Tomēr pacientu gatavība mainīt savu rīcību, nonākot pie speciālista, ir atšķirīga.

Veids, kā speciālists vada sadarbību ar pacientu, būtiski ietekmē pacienta motivāciju, lojalitāti ārstēšanas plānam un rīcību tā īstenošanai. Autoritāra padomu došana bieži nav pietiekami rosinoša, lai motivētu pacientu mainīt uzvedību, tā veicina pretestību un pacienta pasivitāti.

a. Motivējošas sarunas pamatprincipi

Viena no pieejām, kas palīdz speciālistam mērķtiecīgi vadīt sarunu un motivēt pacientu, ir motivējošas sarunas metode (*motivational interviewing*), kuras teorētisko modeli un praktiskās metodes izstrādājuši klīniskie psihologi Viljams Millers (*William R. Miller*) un Stīvens Rolniks (*Stephen Rollnick*) [47].

Motivējošas sarunas metode sākotnēji izveidota darbam ar cilvēkiem, kuriem ir atkarību problēmas, bet turpmāk apliecinājusi savu efektivitāti darbā ar dažādām pacientu grupām. [49]; [56]. Vairākas metaanalīzes apliecina, ka motivējošas sarunas metodes ir efektīvākas par vienkāršu padomu došanu [57]; [34]; [65]. Pat 15 minūšu ilga motivējoša saruna var uzlabot iesaisti tālākā ārstēšanā [33], tomēr labākie rezultāti tiek sasniegti, ja norisinās vismaz 3–5 sesijas [36].

Motivējoša saruna ir pacientu iesaistošs sarunas vadīšanas stils, kas izceļ pacienta resursus, stiprina motivāciju mainīties (pieņemošā un līdzjūtīgā atmosfērā) un veicina patstāvību lēmumu pieņemšanā, tādējādi palīdzot attīstīt veselīgus ieradumus vai īstenot terapijas plānu.

Pētījumi apstiprina, ka šī pieeja ir noderīga un pat īsa intervence palīdz uzlabot pacienta iesaisti ārstēšanā dažādās medicīnas jomās, tajā skaitā ģimenes ārsta praksē, neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā, pediatrijā, pat ķirurģijā. To dēvē par “zelta standartu” pacientu iesaistei un motivēšanai, lai arī atsevišķu traucējumu (piem., ēšanas traucējumu) gadījumā efektivitāte ir zemāka [22].

Motivējošas sarunas principi ir vienkārši, tomēr nepieciešams niansēts prasmju treniņš un pieredze, lai sasniegtu vēlamo rezultātu. Motivējošas sarunas izveidotāji uzsver – lai strādātu ar

pacienta motivāciju, būtiski abi aspekti – vērtībās balstīts attiecību modelis un sarunas virzīšanas prasmes.

Motivējošā sarunā pacients ir aktīvs, atbildīgs pārmaiņu īstenotājs, tiek respektēta viņa autonomija un tiesības pašam izdarīt izvēles par savu dzīvi un veselību. Šāda attieksme sadarbībā ar pacientu ir viens no lielākajiem izaicinājumiem un var kļūt par šķērslī efektīvas motivējošas sarunas īstenošanā, jo, lielā mērā paļaujoties uz pacienta autonomiju, speciālistam var rasties sajūta, ka viņš nepietiekami kontrolē situāciju. Motivējošas sarunas metodes pieejā speciālists ir atbildīgs par profesionālu sarunas vadīšanu un sava profesionālā viedokļa paušanu, bet atsakās no pienākuma panākt, ka pacients rīkojas kādā konkrētā veidā. Atbildība par to, ko, kāpēc un kad mainīt, paliek pacienta ziņā.

b. Motivējošas sarunas pamatprasmes

Pamata prasmes jeb tehnikas, ko pielieto motivējošai sarunai ar pacientu, ir:

- **Atvērtie jautājumi** – uz tiem nevar atbildēt ar “jā”, “nē” vai pāris vārdos;
- **Apliecināšana /iedrošināšana** – apgalvojumi, kas akcentē, izceļ pacienta stāstītajā pozitīvu rīcību, kas vērsta uz pārmaiņu īstenošanu;
- **Atspoguļošana vai refleksija** – nozīmes vai emociju verbalizēšana;
- **Apkopošana** – pacienta sniegtās informācijas apkopošana, atklājot to jaunā, iedrošinošā perspektīvā.

Pielietojot šīs prasmes, ārstniecības persona var mērķtiecīgi un profesionāli vadīt sarunu, lai sasniegtu šādus mērķus:

- izveidotu uzticēšanās pilnas attiecības ar pacientu;
- spēcīnātu pacienta ticību sev un savai spējai īstenot iecerēto;
- palīdzētu pacientam skaidrāk apzināties situāciju un dažādus risinājumus;
- palīdzētu ieraudzīt situāciju jaunā perspektīvā.

Šo prasmju pielietošana palīdz pacientam justies pieņemtam, veicina uzticēšanos un palīdz skaidrāk apzināties savas cerības un ierobežojošos faktoros, bailes. Šie sarunas elementi nav jālieto kādā noteiktā secībā, bet gan pēc nepieciešamības.

Atvērtie jautājumi

Šis jautājumu veids iedrošina pacientu runāt. Bieži sākas ar ”kā”, ”ko” vai ”pastāstiet vairāk par...”. Izvairieties no jautājumiem, kas sākas ar ”kāpēc”, jo tie bieži izraisa pacientu pretestību.

Piemērs.

Par ko jūs uztraucaties visvairāk? Ko sagaidāt no šīs dienas tikšanās? Ar ko esat dalījies savās izjūtās, emocijās?

Apliecinājumi

Apliecinājums ir pozitīvs izteikums par pacienta resursiem un rīcību. Ieteicams izvairīties no vispārīgiem vai vērtējošiem izteikumiem, kā “lielisks”, “labi” vai “slikti”.

Apliecinājumu mērķis ir iedrošināt un spēcīnāt pārliecību par sevi, tie palīdz stiprināt sadarbību un mazina pretestību. Svarīgi, lai verbālā un neverbālā informācija (balsis tonis, acu kontakts, ķermeņa valoda) būtu iedrošinoša un saskanīga.

Atspoguļošana vai refleksija

Kad pacients ir atbildējis uz jautājumiem, ir noderīgi atspoguļot pacienta teikto, analīžu rezultātus vai savus novērojumus. Atspoguļošana palīdz izcelt, izgaismot kādas informācijas nozīmīgumu vai jaunus aspektus, kā arī ļauj pārliecināties, ka esat viens otru sapratuši, tā ļauj pacientam sadzirdēt savas domas no malas, tās attīstīt un precizēt.

Atspoguļošanai jābūt konkrētai un precīzai. Tā nevar būt pārāk plaša, tomēr var atklāt jaunas dimensijas papildu pacienta teiktajam. Ieteicams izvairīties no liekvārdības, tajā skaitā ievadvārdiem, piemēram, “izklausās”, “es dzirdu, ka jūs”, “es domāju”.

Apkopošana

Apkopošana ir refleksīvo klausīšanās, ko var izmantot visu sarunas laiku, lai pārietu no vienas tēmas uz citu, kā arī pārskatot visu to, kas tika runāts.

Visbiežāk izmanto triju veidu apkopojumus – konstatējošus, savienojošus un pārejas. Izvairieties apkopot apkopšanas dēļ, dariet to tikai ar konkrētu mērķi.

Apkopošana noslēdzas ar jautājumu pacientam un/vai pauzi, kas aicina pacientu paust attīstīt domu – vai es neko neesmu palaidis/-usi garām? Kas vēl šodien bija nozīmīgs, palīdzošs? Kādi vēl jums ir jautājumi? (Pēc *Douaihy, Kelly, & Gold*, [22]).

c. Motivējošas sarunas process

Motivējošā sarunā var novērot vairākus procesus, kas veido konceptuālu, mērķorientētu struktūru, tomēr reālas konsultācijas laikā parādās sajauktā secībā.

➤ Iesaiste

Savstarpējas uzticēšanās un sadarbības nodibināšana. Iesaistes procesa mērķi ir nodibināt cieņpilnas attiecības, vienoties par sadarbības mērķiem un sadarboties šo mērķu sasniegšanai.

Iesaisti veicina aktīva un reflektējoša klausīšanās un uz pacientu orientēta pieeja, kuru pauž gan verbāla, gan neverbāla informācija. Šajā fāzē svarīgi izpētīt un atklāt gan mērķus, gan vērtības.

Jāizvairās no konfrontācijas, tā var radīt sajūtu, ka jums ar pacientu ir atšķirīgs skatījums uz situāciju. Iesaisti var kavēt eksperta un vērtētāja lomas akcentēšana, priekšlaicīga problēmu risināšana un fokusēšanās, vainošana, kritizēšana vai nefokusēta pļāpāšana.

➤ **Fokusēšana**

Fokusēšanas laikā notiek mērķu un virzības precizēšana, tajā jātiecas iekļaut gan pacienta paša mērķi, gan speciālista ieteikumi, apskatot un strukturējot alternatīvas izvēles un vienojoties par kādu no tām. Fokusēt palīdz vienkārši un kompleksi kopsavilkumi.

➤ **Izcelšana**

Šajā procesā notiek darbs ar ambivalentām jūtām un apsvērumiem, lai radītu cerību un pārliecību, ka pārmaiņas ir iespējamās un reālas.

Ārstniecības personas sarunā izceļ gan tos argumentus, kas atbalsta esošo uzvedību, gan tos, kas motivē pārmaiņām, lielāku uzsvāru liekot tieši uz pārmaiņas veicinošiem faktoriem. Jo vairāk argumentu par labu pārmaiņām, jo lielāka iespēja, ka tās tiks īstenotas.

Motivējošās sarunas pieejā paša pacienta minētus argumentus par labu pārmaiņām sauc par “pārmaiņu runu”. Pacienta valoda, runājot par pārmaiņām, sniedz speciālistam būtisku informāciju par to, kādā lēmumu pieņemšanas fāzē pacients atrodas, cik lielā mērā ir gatavs rīkoties.

➤ **Sagatavošanās fāze**

Tās laikā pacienti bieži pauž

- vēlmi (“es vēlētos”);
- spēju (“es varu”);
- vajadzību (“man tas jādara”);
- racionālus spriedumus (“ja es darīšu x, notiks y”).

Bet šāda runa vēl neliecina, ka pacients rīkosies.

➤ **Mobilizācija**

Šīs fāzes laikā ambivalence tiek atrisināta. Par to liecina pacienta izteikumi, kas pauž apņemšanos (“es plānoju”), aktivāciju (“es darīšu”) vai rīcību (“es jau esmu paveicis”). Lai nostiprinātu un atbalstītu apņemšanos un jauno uzvedību, speciālists var reaģēt uz to, atspoguļojot, lūdzot pastāstīt vairāk un apkopojot.

Ja pacients pauž argumentus pret pārmaiņām, speciālists var izmantot vairākas stratēģijas, kas palīdz stiprināt pārmaiņu motivāciju:

- **Tieša atspoguļošana** – pacienta teiktā atkārtošana bez papildu informācijas vai paplašinot ar hipotēzēm par to, ko pacients vēlējies paust.

- **Pastiprināta atspoguļošana** – pacienta teiktā atkārtošana augstākā intensitātē.
- **Divpusēja atspoguļošana** – pacienta teiktā atkārtošana, papildinot to ar pacienta argumentiem par labu pārmaiņām (“un tajā pašā laikā”).
- **Autonomijas uzsvēršana** – apgalvojums, kas pauž tiešu atbalstu pacienta autonomijai, atzīstot pacienta spēju un tiesības izvēlēties.
- **Jaunas nozīmes piešķiršana** – speciālists aicina paraudzīties uz pacienta minēto faktu citā perspektīvā.
- **Piepriekšēšana ar piebildi** – atspoguļošana, apstiprināšana vai piepriekšēšana, kurai seko pārfrāzēšana.
- **Apsteigšana** – pārrunājiet esošās rīcības pozitīvos aspektus un tad pārejiet pie šīs izvēles negatīvajām pusēm!
- **Sekošana** – spēcīgas pretestības gadījumā speciālists var pieņemt un atspoguļot pacienta teikto.

➤ **Plānošana**

Pazīmes, kas liecina, ka cilvēks ir gatavs mainīt savu uzvedību:

1. Izteiktāka, pārliecinošāka un biežāka pārmaiņu runa;
2. Retāki argumenti pret pārmaiņām;
3. Tiek sperti pirmie soļi, kurus svarīgi pamanīt un apstiprināt to nozīmīgumu;
4. Ambivalences radītās spriedzes mazināšanās;
5. Nākotnes vīzijas;
6. Konkrēti jautājumi par pārmaiņu īstenošanu.

Šajā fāzē speciālista galvenais uzdevums ir apkopot līdz šim sasniegto un uzdot atslēgas jautājumu: “Kāds ir nākamais solis?”

➤ **Kopsavilkums**

Ietver visu būtiskāko informāciju par to, kas paveikts līdz šim: tajā apstiprina mērķi, apkopo izvēles, izceļ argumentus par labu izvēlētajam risinājumam, apkopo rīcības plānu un pārrunā iespējamus riskus.

Ja cilvēkam ir šaubas, ir svarīgi tās uzrunāt un pārspriest iespējamus riskus un risinājumus.

d. Praktiski uzdevumi

Lomu izspēles trijās cilvēku grupās: pacients, speciālists, novērotājs. Grupā darbā var strādāt ar piemēriem no savas personīgās dzīves vai arī izmantot cita pacienta gadījumu (protams, saglabājot konfidencialitāti).

Novērotāja uzdevums ir vērot un piefiksēt, kad konsultants izmanto kādu no motivējošās intervijas elementiem – atvērto jautājumus, apliecināšanu, atspoguļošanu un apkopošanu.

1. UZDEVUMS – VIENKĀRŠA MOTIVĒJOŠA SARUNA (20 MINŪTES)

Motivējošās sarunas metodes autori iesaka prasmju treniņu sākt, attīstot trīs pamatprasmes – atvērto jautājumu uzdošanu, aktīvu klausīšanos un interaktīvu informācijas sniegšanu [46].

- Uzdodiet atvērto jautājumu, aicinot “pacientu” apsvērt, ko un kāpēc vēlētos mainīt savā uzvedībā, kas sagādā grūtības.
- Aktīva klausīšanās – atspoguļojiet “pacienta” teikto tieši vai ar īsiem kopsavilkumiem.
- Sniedziet informāciju – lūdziet atļauju sniegt informāciju un noskaidrojiet, ko jūsu sniegtā informācija nozīmē “pacientam”.

2. UZDEVUMS – MĒRĶU NOFORMULĒŠANA UN IZVĒLE (20 MINŪTES)

Veselības vai dzīves kvalitātes uzlabošanas plāns visbiežāk ietver vairākus soļus.

Apkopojiet iespējamās rīcības veidus un risinājumus un aiciniet pacientu izvēlēties, ar ko viņš šobrīd ir gatavs strādāt. Jūs varat paust arī savu viedokli [46].

Piemēram, “kam jūs vēlētos šobrīd pievērsties – miega režīmam vai fizisko aktivitāšu daudzumam? Varbūt ir kāda cita tēma, par ko jūs vēlētos runāt. Kādā brīdī es vēlētos apspriest arī jūsu ēšanas ieradumus, bet kas jums pašam ir aktuāli pašlaik?”

Direktīvs stils: “Jūsu svars rada riskus veselībai. Jums jau ir novērojami agrīni diabēta simptomi. Risinājums ir vienkāršs – jums jāpatērē vairāk enerģijas nekā jūs uzņemat. Cita varianta nav. Vai nu jāsamazina apēstās pārtikas daudzums, vai vairāk jākustas.”

Iesaistošs stils: “Labi, paskatīsimies uz šo situāciju kopā. Raugoties no manas perspektīvas, jūsu veselībai nāktu par labu, ja jūs zaudētu svaru un vairāk nodarbotos ar sportu. Kā jūs to redzat? (Pacients šajā brīdī bieži pauž ambivalenci.) Tātad jūs atzīstat, ka tas jums ir svarīgi, bet neredzat, kā varētu to tagad paveikt? Skaidrs, tas ir jūsu ziņā, kad jūs nolemsiet kaut ko mainīt. Bet kā jums šķiet, kādas mazas izmaiņas jūs vēlētos un varētu īstenot?”

3. UZDEVUMS – MOTIVĀCIJAS IZVĒRTĒŠANA

Izmantojot motivējošās sarunas metodes prasmes, izvērtējiet pacienta motivāciju īstenot pārmaiņas un stipriniet to.

- Nozīmīguma un pārliecības izvērtēšana: izvērtējiet skalā no 0–10 un izpētiet, kādi faktori veido šo vērtējumu.

“Lūdzu, izvērtējiet gatavību strādāt ar _____ skalā no 1 līdz 10, kur 1 nozīmē, ka neesat gatavs mainīt savu uzvedību un 10 nozīmē, ka esat gatavs darīt visu iespējamo.

- Izziniet!

“Kāpēc jūs izvēlējāties tieši šo vērtējumu?” (Pacienta atbilde.) Vai ir vēl kas? Pastāstiet man vairāk par to?

- Ierosiniet pārmaiņām!

“Kas būtu nepieciešams, lai jūsu motivācija būtu 2–3 punktus augstāka?”

- Apkopojiet un, ja pacients piekrīt, papildiniet ar savām zināšanām!

“Ļaujiet man apkopot jūsu teikto. Tātad...Vai esmu ko izlaidis/-usi? Kā jūs redzat situāciju šobrīd?”

Papildu stratēģijas, kas palīdz stiprināt motivāciju pārmaiņām.

- Izpētiet galējās pozīcijas, kā būs, ja turpinās vienu vai otru uzvedību, ar ko tas beigsies.
- Izvērtējiet situāciju pirms problēmas rašanās!
- Izvērtējiet situāciju nākotnē!
- Izvērtējiet alternatīvas, kuras piedāvā pacients un, ja pacients to vēlas, arī speciālists.
- Izpētiet agrākos sasniegumus, izdošanās pieredzi!
- Pārfrāzējiet neveiksmes kā mēģinājumu un mācīšanos no kļūdām!

Piemērs

- Vai jūs būtu ar mieru pārrunāt zāļu lietošanu?
- Cik svarīgi jums pašlaik ir lietot šīs zāles?
- Cik pārliecināts esat, ka lietosiet zāles regulāri? (Apkopojiet pacienta teikto par zāļu lietošanas nozīmīgumu un pārliecību, ka tās lietos.)
- Es vēlētos jums pastāstīt par šo zāļu iedarbību, kā tās jums varētu palīdzēt, bet jūs pieņemsiet galējo lēmumu par lietošanu. Vai piekrītat? [47]

4. UZDEVUMS – INFORMĀCIJAS SNIEGŠANA

Viena no ārstniecības personai svarīgām prasmēm ir sniegt informāciju pacientam tā, lai viņš būtu gatavs to uztvert un pieņemt. Sniedzot informāciju, ir viegli pārvērtēt, cik daudz informācijas un padoma nepieciešams. Cilvēki spēj vieglāk pieņemt un izmantot informāciju, ja tā ir saskaņota ar viņu pārliecībām un padoms ir gaidīts.

Motivējošas sarunas interaktīvais vadības stils palīdz sniegt informāciju efektīvāk. Pamata princips ir: izzināt → izglītēt → izzināt: sākotnēji speciālists noskaidro, ko pacients jau zina, tad precizē un papildina to, un tad atkal noskaidro pacienta viedokli par dzirdēto.

Piemērs

(Uzziniet pacienta viedokli!) Es vēlētos uzzināt jūsu viedokli par liekā svara radītiem riskiem veselībai. (Pacienta teiktais...)

(Apkopojiet un sniedziet informāciju!) Jums taisnība, ka daudziem cilvēkiem ir liekais svars un kopumā cilvēki dzīvo ilgāk nekā agrākos laikos, tomēr, kā jūs jau minējāt, liekais svars rada papildu slodzi sirdij un izraisa diabētu, kas atkal negatīvi iespaido sirdi, aknas un citus orgānus. Liekais svars rada paaugstinātu asinsspiedienu.

(Uzziniet pacienta viedokli!) Kā jūs domājat, kā tas attiecas uz jums? [46].

5. UZDEVUMS – LĒMUMS PAR PĀRMAIŅU ĪSTENOŠANAS PLĀNU

Speciālista izvirzītie uzvedības mērķi bieži izraisa pretestību un pretargumentu meklēšanu (“jā, bet...”), kāpēc tas nav iespējams. Izmantojot motivējošas sarunas principus, speciālists palīdz pacientam pašam definēt mērķus.

Piemērs

Es redzu, ka jūs patiešām vēlaties atmet smēķēšanu, bet jums ir grūti pat iztēloties, kā to varētu izdarīt. (Apkopošana un atspoguļošana.)

Tas, protams, būs jūsu lēmums, kad un kā to darīt, bet vai jūs varētu padalīties, kādu risinājumu saredzat šajā situācijā? Kā smēķēšanas atmešana tomēr varētu notikt? (Iedrošina pacienti iztēloties risinājumu, parasti pacients identificē arī galvenos šķēršļus.)

Tātad jūs domājat, ka varētu atrast veidu, kā pārvarēt abstinences simptomus. (Aktīva klausīšanās, atspoguļojums.)

Tam ir pieejami dažādi palīg līdzekļi. Kuri no tiem jums varētu derēt? (Aicina pacientu precizēt plānu.)

Tad varbūt jums būtu lietderīgi atnākt kopā ar vīru, kopīgi pārrunāt plānu, lai viņš varētu jūs šajā procesā atbalstīt? (Atkal atspoguļojot un papildinot pacienta teikto, tiek precizēts plāns) [46].

6. UZDEVUMS - PĀRMAIŅU RUNAS VEICINĀŠANA

Viena no nozīmīgām prasmēm cilvēkam, kas vēlas izmantot „Motivējošas sarunas metodi”, ir prasme veicināt pārmaiņu runu un mazināt problēmu uzvedību uzturošu runu. Pētījumi parāda, ka tas ir viens no kompetences rādītājiem un prognozē labāku rezultātu [16]. Izmantojot iepriekš aprakstītās metodes ambivalences un uzturošās runas mazināšanai,

izspēlējiet situācijas, kur pacients pauž šaubas par to, ka spēs īstenot plānoto uzvedību vai arī šaubas par pārmaiņu nozīmi.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. Aigars Apinis. Pieejams: <https://www.lpkomiteja.lv/sportists/aigars-apis/>
2. Diāna Dadzīte. Pieejams: <https://www.lpkomiteja.lv/sportists/diana-dadzite/>;
3. Ieva Melle. Pieejams: <https://www.lpkomiteja.lv/sportists/ieva-melle>
4. *Invaliditātes likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 09.06.2010
5. *Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām*. Starptautisks dokuments (ANO). Latvijas Vēstnesis: 17.02.2010
6. Logins, R., Paudere–Logina, S., & Vrubļevska, J. (2017). Ģeneralizēta trauksme un panika. *Kas jāzina ģimenes ārstam?* Pieejams: <https://www.doctus.lv/2017/1/generalizeta-trauksme-un-panika-kas-jazina-gimenes-arstam>
7. *Mārtiņš Oliņš*. Pieejams: <https://www.diena.lv/raksts/latvijas-lepnums/2014.-gada-stasti/latvijas-lepnuma-stasts-iedvesmai-vajag-optimismu-14081817>
8. Pasaules veselības organizācija. (2000). Pašnāvību novēršana. Materiāls vispārējās prakses ārstiem. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/upload/Bukleti/pasnavibu_noversana_materials_arstiem.pdf
9. *Pētījums par invaliditātes noteikšanu ES valstīs*. Pieejams: <http://www.lm.gov.lv/lv/aktuali/presei/84842-nosledzies-petijums-par-invaliditates-noteikšanu-es-valstis-2879>
10. *Sociālā veselība*. EM pārskats. Pieejams: http://data1.csb.gov.lv/pxweb/lv/sociala/sociala__veseliba__vesel/VAG120.px/table/tableViewLayout1/?rxid=20cc8bd5-290a-43c6-bd7f-96aa65b74fcf.
11. Šica, K., Pulmanis, T., & Taube, M. (2017). *Psihiskā veselība Latvijā 2016.gadā*. Tematiskais ziņojums. SPKC.
12. Tērauds, E., Rancāns, E., Andrēziņa, R., Kupča, B., Ancāne, G., Ķiece, I., & Bezborodovs, Ņ. (2015). *Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. Latvijas psihiatru asociācija*. Pieejams: https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/LPA_Depresijas_vadlinijas_2015.pdf
13. Vahļina, T. (2012). *Pētījums par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem*. Pieejams: https://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/4881/petijums_dz_kvalit_2.pdf
14. Asmundson, G.J.G., Gomez-Perez, L., Richter, A.A., Carleton, R.N. (2014). *The psychology of pain: models and targets for comprehensive assessment*. In Van Griensven, H.Strong, J., Unruh, A.M. (Eds.), *Pain - a Textbook for Health Professionals*, second ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.
15. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
16. Apodaca, T. R., Jackson, K. M., Borsari, B., Magill, M., Longabaugh, R., Mastroleo, N. R., & Barnett, N. P. (2016). Which Individual Therapist Behaviors Elicit Client Change Talk and Sustain Talk in Motivational Interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.001>
17. Austin, A., Herrick, H., Proescholdbell, S., & Simmons, J. (2016). Disability and Exposure to High Levels of Adverse Childhood Experiences: Effect on Health and Risk Behavior. *North Carolina Medical Journal*, 77(1), 30–36. <https://doi.org/10.18043/ncm.77.1.30>
18. Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Hardcastle, K. A., Perkins, C., & Lowey, H. (2015). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in

England: a national survey. *Journal of Public Health*, 37(3), 445–454.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu065>

19. Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2009). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389–396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>
20. Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
21. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. (1998). *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.
22. Douaihy, A., Kelly, T. M., & Gold, M. A. (Eds.). (2014). *Motivational Interviewing: A Guide for Medical Trainees*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199958184.001.0001>
23. Engel, G.L. (1977). The need for the ne medical model; a challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286), 129-136
24. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
25. Freeman, A., Gray H. (1989). *Organising special educational needs: A Critical approach*. UK: Paul Chapman Educational Publishing
26. Ghaemi, S.N. (2009). *The Rise and fall of the biopsychosocial model*. *Psychiatry* 195 (1), 3-4.
27. Girolamo, G., Alonso, J., & Vilagut, G. (2006). The ESEMeD-WMH project: strenghtening epidemiological research in Europe through the study of variation in prevalence estimates. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(3).
28. Hong, F., Tarullo, A. R., Mercurio, A. E., Liu, S., Cai, Q., & Malley-Morrison, K. (2018). Childhood maltreatment and perceived stress in young adults: The role of emotion regulation strategies, self-efficacy, and resilience. *Child Abuse & Neglect*, 86, 136–146.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.014>
29. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
30. Humphrey, S., Gordon P. (1992). *Out of sight. The experience of disability. 1900-1950*. Plymouth: Northcote House
31. Kelly-Irving, M., Lepage, B., Dedieu, D., Bartley, M., Blane, D., Grosclaude, P., ... Delpierre, C. (2013). Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *European Journal of Epidemiology*, 28(9), 721–734. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9832-9>
32. Krnjacki, L., Priest, N., Aitken, Z., Emerson, E., Llewellyn, G., King, T., & Kavanagh, A. (2018). Disability-based discrimination and health: findings from an Australian-based population study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 42(2), 172–174.
<https://doi.org/10.1111/1753-6405.12735>
33. Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S., & Schulz, P. (2017). Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9–10), 699–718.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12420>
34. Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of

- randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157–168.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
35. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change* (3rd ed). New York, NY: Guilford Press.
 36. Morton, K., Beauchamp, M., Prothero, A., Joyce, L., Saunders, L., Spencer-Bowdage, S., ... Pedlar, C. (2015). The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health Psychology Review*, 9(2), 205–223.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2014.882006>
 37. Nabeshima, T., & Kim, H.-C. (2013). Involvement of genetic and environmental factors in the onset of depression. *Experimental Neurobiology*, 22(4), 235–243.
<https://doi.org/10.5607/en.2013.22.4.235>
 38. Prior, A., Vestergaard, M., Larsen, K. K., & Fenger-Grøn, M. (2018). Association between perceived stress, multimorbidity and primary care health services: a Danish population-based cohort study. *BMJ Open*, 8(2), e018323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018323>
 39. Psarra, E., & Kleftras, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 79–99.
<https://doi.org/10.5964/ejcop.v2i1.7>
 40. Purebl, G., Petrea, I., Shields, L., Tóth, M., Szekely, A., Kurimay, T., ... Abello, K. M. (2015). *Joint Action on Mental Health and Well-being. Depression, Suicide Prevention and E-Health. Situation analysis and recommendations for action*. U Joint Action on Mental Health and Well-Being.
 41. Rancans, E., Trapencieris, M., Ivanovs, R., & Vrublevska, J. (2018). *Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 to screen for depression in nationwide primary care population in Latvia*. *Annals of General Psychiatry*, 17, 33. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0203-5>
 42. Rees, S., & Williams, A. (2009). Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: *A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter*. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 7(13), 492–582.
 43. Rhode, P. C., Froehlich-Grobe, K., Hockemeyer, J. R., Carlson, J. A., & Lee, J. (2012). Assessing stress in disability: Developing and piloting the Disability Related Stress Scale. *Disability and Health Journal*, 5(3), 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.03.002>
 44. Rieser, R., Mason M (1990). Disability equality in the classroom: A Human right issue. *Gender and Education* 2(3), 363-366
 45. Rimmer, H., (2005) Exercise and Physical Activity in Persons Aging with a Physical Disability, *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 03/2005; 16(1): 41–56.
 46. Rollnick, S., Butler, C. C., Kinnersley, P., Gregory, J., & Mash, B. (2010). Motivational interviewing. *BMJ*, 340(apr27 2), c1900–c1900. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1900>
 47. Rollnick, Stephen, & Miller, W. R. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(04), 325. <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>
 48. Rollnick, Stephen, Mason, P., & Butler, C. (2007). *Health behaviour change: a guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
 49. Rollnick, Stephen, Miller, W. R., & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
 50. Schüssler-Fiorenza Rose, S. M., Eslinger, J. G., Zimmerman, L., Scaccia, J., Lai, B. S., Lewis, C., & Alisic, E. (2016). *Adverse Childhood Experiences, Support, and the Perception of Ability to Work in Adults with Disability*. *PLOS ONE*, 11(7), e0157726.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157726>

51. Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E., Fayyad, J., Williams, D. (2009). Mental–physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39(01), 33. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003188>
52. Stevenson, P., Black, K., (2011) *The Inclusion Spectrum Framework*. Retrieved from: http://www.sportdevelopment.org.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=748%3Athe-inclusion-spectrum&catid=98%3Adisability-sport-a-physical-activity&Itemid=1
53. Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). *A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill*. *Psychosomatics*, 52(3), 199–209. <https://doi.org/10.1016/j.psychm.2011.01.036>
54. Stokenberga, I. (2008). Humorous personality: Relationship to stress and well-being. *Baltic Journal of Psychology*, (9(1/2)), 70–84.
55. Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113–122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
56. Tuccero, D., Railey, K., Briggs, M., & Hull, S. K. (2016). *Behavioral Health in Prevention and Chronic Illness Management*. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 43(2), 191–202. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.006>
57. VanBuskirk, K. A., & Wetherell, J. L. (2014). Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4), 768–780. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9527-4>
58. Vega de la, R., Molton, I. R., Miró, J., Smith, A. E., & Jensen, M. P. (2018). Changes in perceived social support predict changes in depressive symptoms in adults with physical disability. *Disability and Health Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.09.005>
59. Vrublevska, J., Trapencieris, M., & Rancans, E. (2018). Adaptation and validation of the Patient Health Questionnaire-9 to evaluate major depression in a primary care sample in Latvia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(2), 112–118. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1397191>
60. Vrubļevska, J. (2018). *Prevalence of depression in the general population of Latvia and primary care sample in Riga and Riga district*. Rīga: Rīga Stradins University.
61. Waddel, G. (2004). *The Back pain revolution, second edition*. Edinburgh: Churchill Livingstone
62. Wicebloom S. (2007) *Training for Disabled People*, London: A. & C. Black
63. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
64. World Health Organization, & World Bank (Eds.). (2011). *World report on disability*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
65. Zomahoun, H. T. V., Guénette, L., Grégoire, J.-P., Lauzier, S., Lawani, A. M., Ferdynus, C., ... Moisan, J. (2016). Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, dyw273. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw273>
66. Бройтигам В., Кристиан П. (1999). *Психосоматическая медицина: Кратк. учебник*. Москва
67. Евсеев С.П (2005). *Теория и организация АФК*. Москва: Советский спорт

PIELIKUMI

Iestādes un biedrības, kas sniedz atbalstu cilvēkiem ar funkcionāliem traucējumiem

- Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija;
- Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra;
- Valsts darba inspekcija;
- Nodarbinātības valsts aģentūra;
- Sociālās integrācijas valsts aģentūra;
- Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcija;
- Izglītības kvalitātes valsts dienests;
- Valsts akciju sabiedrībai "Ceļu satiksmes drošības direkcija";
- Biedrība "Latvijas Nedzirdīgo savienība";
- Biedrība "Latvijas Neredzīgo biedrība";
- Pilsonības un migrācijas lietu pārvalde;
- Valsts ieņēmumu dienests;
- Iekšlietu ministrijas Informācijas centrs;
- Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Autotransporta direkcija";
- Nacionālais veselības dienests;
- Latvijas Transportlīdzekļu apdrošinātāju birojs;
- Valsts probācijas dienests;
- Centrālā finanšu un līgumu aģentūra;
- Uzturlīdzekļu garantiju fonds;
- Bāriņtiesas;
- Izglītības un zinātnes ministrija;
- Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"";
- Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca", Aroda un radiācijas medicīnas centrs;
- Nacionālie bruņotie spēki.

Latvijas Republikā spēkā esošie tiesību akti

Cilvēku ar invaliditāti tiesības nosaka:

- *Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām*. Starptautisks dokuments (ANO). Latvijas Vēstnesis: 17.02.2010
- *Latvijas Republikas Satversme*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 01.07.1993. (91. pants)
- *Darba likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 06.07.2001 (7., 9., 29., 32., 33., 34., 109. panti)
- *Izglītības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 17.11.1998. (3.1 pants)
- *Patērētāju tiesību aizsardzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 01.04.1999. (3.1 pants)
- *Reklāmas likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 10.01.2000. (4. panta otrās daļas 1. punkts)
- *Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodekss*. LR likums. Latvijas Padomju Sociālistiskās Republikas Augstākās Padomes un Valdības Ziņotājs: 20.12.1984 (240. pants)
- *Administratīvā procesa likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 14.11.2001. (6. pants)
- *Bērnu tiesību aizsardzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 08,07,1998 (3. pants)
- *Kriminālprocesa likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 11.05.2005. (8. pants)
- *Latvijas sodu izpildes kodekss*. LR Likums. Latvijas Padomju Sociālistiskās Republikas Augstākās Padomes un Valdības Ziņotājs: 01.01.1971. (4. pants)
- *Par policiju*. LR likums. Latvijas Republikas Augstākās Padomes un Valdības Ziņotājs: 15.08.1991. (5. pants)
- *Par tiesu varu*. LR likums. Latvijas Republikas Augstākās Padomes un Valdības Ziņotājs: 14.01.1993. (4. pants)
- *Par sociālo drošību*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 21.09.1995. (2.1 pants)
- *Invaliditātes likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 09.06.2010
- Ministru kabineta 24.04.2008. noteikumi Nr. 288 *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība*.

Pašmasāžas tehnikas

Pašmasāžas pamatprincipi

- Visas kustības izpilda limfas cirkulācijas virzienā. Tātad rokas masē no delnas līdz elkoņa locītavai un tālāk līdz paduses bedrei. Kājas masē no pēdām līdz ceļa locītavai un tālāk līdz cirkšņiem. Muguru – no mugurkaula uz sāniem un no iegurņa līdz kaklam. Jostas un krustu apvidu masē muguras virzienā. Kaklu masē no galvas matu daļas lejup, līdz pleciem.
- Masāžas kustībām jābūt bez sāpēm, bez asinsizplūdumiem un ievainojumiem. Taču kustībām jābūt enerģiskām, līdz parādās „siltuma” sajūta.
- Nepieciešams ieņemt noteiktu fizioloģisko stāvokli – ekstremitāšu locekļiem jābūt saliektiem noteiktā leņķī. Pašmasāžā kustības veic, sākot no veselās zonas virzienā uz sāpīgo, to apejot.
- Masāžas paņēmieni izvēle un dozēšana lielā mērā atkarīga no ārējo audu, zemādas un taukaudu, limfmezglu, muskuļu un locītavu stāvokļa.

Pašmasāžas galvenie paņēmieni

Pašmasāžu pieļaujams veikt, izmantojot pie rokas esošus līdzekļus (lina audumu, vadmalu, porolonu, pirtsslotu, koka nūjiņas, krēmus, eļļas un ziedes) un speciālus rokas masētājus.

Gludīšana – plauksta tiek piespiesta masējamajam apvidum, to viegli aptverot. Kustības veic ar vienu vai abām rokām pārmaiņus.

Spaidīšana — šķērsām masējamam rajonam ar plauksta malām vai ar delnu no īkšķa puses.

Mīcīšana – tas ir galvenais paņemiens muskuļu sistēmas dziļai izstrādāšanai. Veidi: parastais (ar vienu roku), divkāršais grifs (viena delna uz otras), dubultā riņķveida (roku delnas šķērsām masējamajam muskulim), garenvirziena un ar pirkstu spilventiņiem.

Parastā mīcīšana — ar iztaisnotiem roku pirkstiem cieši aptver muskuli, īkšķis virzās pie pārējiem četriem pirkstiem, bet pārējie četri pirksti – pie īkšķa, tālāk seko virpinošas kustības, pakāpeniski virzoties augšup. Kustībām jābūt plūstošām, bez rāvieniem, nenodarot sāpes.

Dubultā riņķveida mīcīšana — muskuli aptver abām rokām: ar abu roku četriem iztaisnotiem pirkstiem masējamajam rajonam no vienas puses, bet ar īkšķi — no otras puses (ārpuses). Ar abām rokām muskuli atvelk, paceļ augšup, pārņemot no vienas rokas otrā.

Garenvirziena mīcīšanu veic tikai augšstilba muskuļiem. Abas rokas uzliek tā, lai viena atrastos priekšā otrai, un, pārmaiņus saņemot muskuli, to mīca, rokas virzot uz priekšu.

Knaibīšanas mīcīšana — atvelkot ar vienu un abām rokām. Masējošās rokas četri pirksti kustās ap īkšķi. Uzspiež muskulim, vienlaikus pagriežot delnas: labo uz labo pusi, kreiso – uz kreiso, virzoties uz priekšu.

Mīcīšanu veic ar īkšķa spilventiņu. Uz muskuļa gareniski uzliek delnu, īkšķi atliec, bet pārējos četrus pirkstus slidina.

Kratīšana - lieto atslābušiem kāju ikrū, cisku, plecu, sēžas muskuļiem, veic ar mazo pirkstiņu un īkšķi.

Izpurināšana – izmanto tikai ekstremitātēm. Rokas izpurināšanu veic stāvus vai sēžot. Jāpieliecas sānis virzienā prom no masējamās rokas un vieglām virpinošām delnas kustībām izpurina muskuļus. Izpurinot kāju muskuļus, smaguma centru pārnes uz otru kāju, atbrīvojot to, kurai veic masāžu. Atceļ šīs kājas pēdu no grīdas un izpurina to, pagriežot uz vienu un tad uz otru pusi.

Berzēšana – Berzē locītavas, cīpslas, pēdas, papēžus. Berzēšanu veic, dažādos virzienos pavelkot un stiepjot ādu kopā ar audiem zem tās. Izpildes tehnika ietver tādus pašus kustību veidus kā glaudīšanā, papildinot tās ar grābekļveida, ķemmveida, svītrveida, ēveļveida un cērtošām kustībām.

Svītrveida kustības izdara ar atliektas plaukstas pirkstu spilventiņiem, it kā zīmējot svītras uz zemādas struktūrām 30 grādu leņķī. Ēveļveida kustību gadījumā plauksta ir atliekta, pirksti ar īsām virzes kustībām uzspiež masējamajam rajonam, tālāk it kā «uzpeld» virs ādas, atceļ tos, virzoties kopā ar plaukstu.

Cērtošas kustības izpilda ar vienas vai vienlaikus abu plaukstu sāniem.

Dauzīšana – izpilda pilnīgi atslābušiem muskuļiem.

Dauzīšanu un pliķēšanu veic ar delnu, pirksti viegli saliekti dūrē. Sitienu izdara no mazā pirkstiņa puses. Kustības veic ritmiski – 3 sitienus sekundē.

Glaudīšana – ar to sāk un pabeidz procedūru. Izpilda ar vienu vai abām plaukstām. Četri pirksti sakļauti ar īkšķi. Rokas slīd pa ādu, bet nebīda to. Glaudīšana mēdz būt plakaniska un aptveroša. Tiek izmantota higiēniskajā un sporta praksē. Atkarībā no uzspiešanas pakāpes – virspusēja vai dziļa, tiek veikta taisnā līnijā vai riņķveidā. Roku kustības var būt sinhronas vai pamīšus, nepārtrauktas vai ar pārtraukumiem.

Virspusēja glaudīšana nomierina, dziļa un ar pārtraukumiem – uzmundrina, tonizē.

Vibrācija – Kustības, kas tiek nodotas ar vibrāciju, izplatās aiz masējamā rajona robežām. Tām ir sāpes mazinoša iedarbība. Izšķir nepārtrauktu vibrāciju un ar pārtraukumiem. Nepārtrauktu vibrāciju veic ar vienu vai vairāku pirkstu gala falangām, ar vienu vai abām rokām.

Vibrāciju ar pārtraukumiem veic ar pirkstu galiem un delnas virspusi, izdarot vienu pēc otras ar pārtraukumiem sekojošas vibrācijas.

Izmantotie materiāli:

Бирюков А.А. (1987) *Самомассаж для все и каждого*. Москва: Физкультура и спорт

Самылина И.Г. (2011) *Основы методики самомассажа*, Реферат. Москва.

Vides pieejamība - dizaina principi

Ērta lietošana ikvienam

Gaismas ķermeņu slēdži tiek ražoti dažādi, bet ne visi ir katram ērti lietojami. Piemēram, cilvēkam ar locītavu saslimšanu ir apgrūtināti satvert pirkstos mazu slēdzīti un to pagriezt, lai lampu ieslēgtu. Tā vietā praktiskāks būtu gaismeklis, kuru ieslēdz un izslēdz, pieskaroties pie lampas pamatnes. Arī sabiedriskajā transportā ar zemo grīdu ir vienlīdz ērta iekāpšana un izkāpšana gan vecākiem ar bērnu ratiņiem, cilvēkiem ar kustību traucējumiem, vājredzīgiem, gan pārējiem pasažieriem.

- līdzekļiem kaut kā izmantošanai, ir jābūt identiskiem, kad vien iespējams, un ekvivalentiem, ja nav citas iespējas
- jāizvairās no situācijām, kad kaut viena cilvēku grupa nevarētu izmantot kādus elementus
- izveidot vienādus noteikumus visiem lietotājiem privātai un drošai lietošanai
- izveidot dizainu pievilcīgu visiem lietotājiem

Daudzveidīga izmantošana

Vannas istaba ir ērti izmantojama, ja dušas augstums ir regulējams. Lai iekāpšana un izkāpšana no vannas būtu ērta arī vecākiem cilvēkiem un tiem, kam ir kustību traucējumi, pie sienas atbilstošā augstumā piestiprināma marga. Savukārt, lai uz vannas „malas” varētu ērti apsēsties, tai jābūt no neslīdoša materiāla un pietiekoši platai.

- var izvēlēties pielietojuma veidu
- elementiem jābūt pieejamiem un izmantojamiem gan labročiem, gan kreļļiem
- jāveicina darbību precizitāte un rūpīgums
- jābūt pielāgojamam lietotāja individuālajam tempam

Viegli izprotams pielietojums

Objekta vai vides pielietojumam jābūt viegli izprotamam. Piemēram, mēbeļu ražotājs IKEA pārdod mēbeles izjauktā veidā, bet instrukcijas mēbeļu salikšanai tiek attēlotas ar zīmējumiem. Iepakojumā ir iekļautas arī nepieciešamās skrūves, skavas un vajadzīgie instrumenti.

- padara lietojumu vienkāršu, izvairoties no nevajadzīgas sarežģītības
- sakrīt ar lietotāja pirmajiem iespaidiem kā priekšmets vai ierīce izmantojams
- var izmantot cilvēki ar dažādas domāšanas un valodu prasmes līmeni
- informācijai jābūt izvietotai pēc svarīguma principa

- jābūt nodrošinātai noderīgai papildinformācijai, kas pasaka priekšā, ko darīt

Viegli uztverama informācija

Informācija par attiecīgo objektu tiek sniegta katram pieejamā veidā, neskatoties uz lietotāja uztveres spējām. Līdz ar to jebkura svarīga informācija ir pieejama visiem. Piemēram, informāciju par sabiedriskā transporta pienākšanas un atiešanas laikiem ir iespējams pasniegt vizuāli, audio un taktīlā formā, vai Braila rakstā.

- izmantot dažādus paņēmienus (ilustrācija, vārdi, taktīla informācija), lai attēlotu informāciju, samazinot liekvārdību
- būtiskākajai informācijai jābūt skaidrai
- elementiem jābūt izšķiramiem veidos, kas būtu attēlojami, padarot vieglāku instrukciju un norādījumu došanu
- dažādai tehnikai vai ierīcēm jābūt piemērotām cilvēkiem ar sajūtu traucējumiem

Samazināta iespēja kļūdīties

Dizains līdz minimumam samazina kļūdu un nepareizas rīcības sekas. Piemēram, ikreiz, kad vēlamies no datora atmiņas izdzēst kādu failu vai dokumentu, dators pārjautā, vai tiešām mēs to vēlamies darīt, tā pasargājot mūs no nevēlamas rīcības sekām.

- lai samazinātu kaitējumu un kļūdas lietojumā, visvairāk izmantotie elementi, visvairāk pieejamie, bīstamie elementi jāizolē, aplāj vai jāsamazina to skaits
- jābūt nodrošinātiem brīdinājumiem par iespējamo kaitējumu
- elementiem jābūt ar skaidri saprotamu lietojumu
- uzdevumos, kas prasa modrību un piesardzību samazināta neapzinātas vai automātiskas rīcības iespējamība, kas nodarītu kaitējumu

Minimāla fiziskā piepūle

Objekts un vide ir ērti izmantojami, nepielietojot fizisku spēku. Piemēram, automātiskās durvis, kuru atvēršanai nav nepieciešama fiziskā piepūle.

- lietotājs var saglabāt neitrālu ķermeņa pozīciju;
- lietotājs var izmantot saprātīgu darbošanās spēku;
- tiek samazinātas atkārtotas darbības nepieciešamība;
- tiek samazināta ilgstošas fiziskas piepūles nepieciešamība

Kustībai un lietošanai atbilstošs izmērs un telpa

Atbilstoši telpu izmēri nodrošina, ka lietotājs, neatkarīgi no ķermeņa pozas, izmēriem vai mobilitātes (kustīguma), spēj tuvoties objektam, aizsniegt to, manipulēt un izmantot visas

objekta funkcionālās iespējas. Piemēram, sabiedrisko ēku tualetu parametri un iekārtu izvietojums ļauj tās izmantot kā personām, tā bērniem, ratiņkrēslā sēdošiem un pārējiem apmeklētājiem.

- jābūt atklātai redzamībai bez šķēršļiem uz svarīgiem elementiem gan sēdošam, gan stāvošam lietotājam
- elementi un to sastāvdaļas ir ērti sasniedzami gan sēdošam, gan stāvošam lietotājam
- rokturu izmēram jābūt piemērotam visu roku un tvērienu lielumam
- vietai palīgierīču izmantošanai ir jābūt pietiekoši plašai.

Papildus informācija: <http://www.design.ncsu.edu>; <http://www.redzigaismu.lv>

Materiāli no: www.apeirons.lv

Ieteikumi komunikācijā ar vājredzīgiem/neredzīgiem cilvēkiem

Palīdzība var būt vajadzīga ne tikai pilnīgi neredzīgam, bet arī vājredzīgam cilvēkam. Vārds «neredzīgs» daudzviet attiecināts gan uz pilnīgi neredzīgiem, gan vājredzīgiem cilvēkiem. Oficiālā neredzīgo pazīšanas zīme visā pasaulē ir baltais spieķis (+ neredzīgam cilvēkam tas var arī nebūt).

Vienmēr vispirms pajautājiet, vai jūsu palīdzība ir vajadzīga!

Lai neredzīgs cilvēks varētu orientēties apkārtējā vidē, viņam nepieciešami precīzi norādījumi. Nebūs jēgas, ja sacīsiet: «Tas ir tur, tajā pusē!».

Labāk teikt: «Jūsu priekšā ir soliņš» vai «Vienu metru pa labi no jums atrodas.»

Noteikti informējiet neredzīgo cilvēku, ka aizejat, citādi viņam pēc brīža nāksies konstatēt, ka turpina sarunu ar tukšu vietu.

Nepaaugstiniet balsi

Sarunājoties ar neredzīgo, nepaaugstiniet balsi. «Neredzīgs» parasti nav sinonīms vārdam «kurls». Ja tomēr cilvēkam ir arī dzirdes traucējumi, lai pievērstu uzmanību, viegli pieskarieties viņa rokai, runājiet skaidri un lēni. Nekliedziet! Ja cilvēks dzird labāk ar vienu ausi, pavadiet viņu no tās puses. Ja mutiska saziņa nav iespējama, varbūt cilvēks saprot ziņas, ko rakstāt viņa rokā: ar rādītājpirkstu rakstiet viņa plaukstā lielos burtus. Tas gan iet lēni, bet varbūt izdosies saprasties. Neizjauciet ierasto lietu kārtību, nepārvietojiet mēbeles bez neredzīgā ziņas, neatstājiet viņam ceļā kādus priekšmetus - neveidojiet viņam apgrūtināšu situāciju.

Uzrunājot neredzīgo, ja vien jūsu balss viņam nav labi pazīstama, nosauciet savu vārdu

Tāpat arī īsi paskaidrojiet, kas jūs esat. Neredzīgais grib zināt, ar ko viņš runā. Neredzīgam cilvēkam nepatīk, ja ap viņu klusi staigā nepazīstami cilvēki. Uz ielas, transportlīdzekļu troksnī, istabā, kur ir paklāji vai spēlē mūzika, kafejnīcā, pūlī u.tml. neredzīgajam ir grūti aptvert, vai viņam blakus atrodas viņa sarunu biedrs. Tāpēc vēlreiz - arvien brīdiniet neredzīgo par savu aiziešanu vai atnākšanu.

Sarunā ar neredzīgo dažreiz cilvēki apzināti izvairās lietot vārdus «redzēt, skatīties, neredzīgs»

Neredzīgie lieto un uztver vārdu «redzēt», lai ar to izteiktu savu «redzēšanas» veidu - proti, just, sataustīt u.tml. Bet nebūtu vēlams sarunās lietot vārdu «akls» - daudziem tas izsauc negatīvas emocijas.

Pastāstiet, par to, kas notiek apkārt

Neredzīgam cilvēkam var būt grūti saprast, piemēram, par ko gan visi pēkšņi sākuši smieties vai no kurienes nāk kāds neparasts troksnis. Ja gribat griezties pie neredzīgā, kurš ir kopā ar kādu citu cilvēku, uzrunājiet tieši pašu neredzīgo nevis viņa pavadoni, nosaucot vārdā (ja jūs viņu pazīstat), vai viegli pieskaroties (ja nepazīstat) - tad neredzīgais zinās, ka uzrunājat tieši viņu. Kontakts ar acu palīdzību nav iespējams.

Maltītes laikā pavaicājiet, vai neredzīgajam nepieciešama kāda palīdzība (piemēram, padot/sagriezt viņam ēdienu u.tml.)

Varat pateikt, kur atrodas galda piederumi, kur ir glāzes, pelnu trauks (varat viegli paklauvēt pa šiem priekšmetiem, lai atvieglotu orientēšanos pēc skaņas), taču pēc tam paši nesāciet tos pārvietot citās vietās, neko nesakot. Pasakiet, kā uz šķīvja salikts ēdiens. Ja dodat kaut ko rokās, tad pasakiet, kur pēc tam šo priekšmetu varēs nolikt (piemēram, «pa kreisi no jūsu krēsla ir galdiņš»). Pirms kaut ko piedāvājat, informējiet par izvēles iespējām, ja tādas ir (piemēram, nolasiet ēdienkarti vai nosauciet visus ēdienus, kas atrodas uz galda). Izvēlēto nolieciet tā, lai to varētu viegli aizsniegt. Nedodiet neredzīgajam, piemēram, paplāti, pilnu ar glāzēm, jo, ņemot savu, viņš var nejauši apgāzt pārējās.

Gērbtuvē ļaujiet neredzīgajam pašam nolikt savas mantas, bet, ja jūs viņam palīdzat, pasakiet, piemēram, ka «jūsu mētelis karājas uz pirmā pakaramā no durvīm», un virziet viņa roku uz drēbju pakaramo

Taktiski norādiet, ja apģērbs nav kārtībā vai uz tā ir kādi traipi. Ja palīdzat neredzīgajam cilvēkam ieiet veikalā, pavadiet viņu līdz vajadzīgajai nodaļai. Ja viņš precīzi zina, ko grib pirkt, tad nopirks šo priekšmetu uzreiz. Ja viņš grib sākumā uzzināt, kādas preces ir pārdošanā, nosauciet tās, kas viņu interesē. Ja iespējams, dodiet viņam rokā dažādus priekšmetus, lai viņš varētu ar tiem iepazīties. Tādējādi viņam radīsies priekšstats par to formu, izmēriem, kvalitāti. Aprakstiet viņam krāsu, rakstu, u.c. preces īpatnības. Neslēpiet, ja, jūsuprāt, konkrētā prece viņam nepavisam nepiestāv.

Bieži neredzīgajam cilvēkam nepieciešams lasīt priekšā

Kas attiecas uz laikrakstu un žurnālu lasīšanu, tad nav svarīgi, kas jums personīgi liekas interesants un aktuāls. Jums jānolasa visi virsraksti, un cilvēks pats izlems, ko viņš vēlas dzirdēt. Ievērojiet arī privātās sarakstes konfidencialitāti, ja tiek lūgts nolasīt vēstuli.

Ja esat nolēmis uz brīdi kļūt par neredzīga cilvēka pavadoni un jūsu palīdzība tiek pieņemta, pajautājiet neredzīgajam, uz kuriem viņš vēlas doties

Parasti neredzīgs cilvēks turas redzīgajam pavadonim elkonī, līdz ar to viņš var droši iet, izjūtot pavadona ķermeņa kustības. Tikai noteikti neaizmirstiet brīdināt savu partneri par izmaiņām ceļa virsmā, piemēram, pārejot no asfalta uz zālāju, par bedrēm ietves segumā, nelīdzenumiem, kur var aizķerties kāja (un neaizmirstiet, ka, apejot šķēršļus, jūsu partnerim vajag pietiekoši daudz vietas). Uzmanieties arī no šķēršļiem, kas atrodas galvas augstumā, īpaši, ja jūsu partneris ir garāks par jums.

Nesakiet: «Mēs pagriežamies pa kreisi (vai pa labi)»!

Neredzīgais sajūtīs virziena maiņu pēc jūsu kustībām. Jūsu vadošajai rocai (tai, pie kuras turas neredzīgais) jābūt mierīgai un atbrīvotai. Ne reti veikalos, birojos un citās ļaužu pilnās vietās nāksies doties cauri šaurām ejām. Tad jūsu partneris ies aiz jums, bet nevis jums blakus. Vispirms, brīdiniet partneri, ka nāksies iet vienam aiz otra. Atvirziet vadošo roku sev aiz muguras. Jūsu partnerim ir jāatkāpjas tieši aiz jums, neatlaižot satvērienu.

Lai ejot neuzgrūstos jums virsū, neredzīgajam satvēriena roka (t.i., tā roka, ar kuru viņš šobrīd satvēris jūsu elkoni) jātur izstiepta. Kad atkal ir pietiekami daudz vietas, lai ietu blakus, «atvelciet» savu roku atkal normālā stāvoklī, gar sāniem, un jūsu partneris atkal ies jums līdzās. Tas pats jāievēro arī, ejot pa durvīm! Bet ja šaubāties, vai pratīsiet vadīt partneri cauri durvīm, varbūt vienkāršāk ļaut viņam iziet vienam pašam. Paejiet malā, atveriet durvis un nostājieties atkal blakus tad, kad viņš ir izgājis cauri.

Dažreiz cilvēki nezina, kā brīdināt savu partneri par ietves apmali

Vienkārši - kad tuvojaties apmalei, pasakiet, vai tā ir «ietve uz augšu» vai «ietve uz leju». Pirms nokāpt no apmales vai uzkāpt uz tās, palēniniet gaitu, un partneris pēc jūsu kustībām to sapratīs un attiecīgi reaģēs. Tāpat, kad tuvojaties pakāpieniem vai slīpumam, pasakiet partnerim, vai kāpnēs (slīpums) ved augšup vai lejup. Ja vien iespējams, neredzīgajam cilvēkam pa kāpnēm vajadzētu iet margu pusē. Neskaitiet daudzus pakāpienus, tam nav jēgas! Partneris sapratīs virzību pēc jūsu ķermeņa kustībām.

Ja brauciet ar liftu, noteikti pārliedzinieties, vai tā kabīnes grīda ir nostājusies vienā līmenī ar kāpnēm

Daži cilvēki vēlēties stāvēt pie kabīnes sienas, ar roku pret to atbalstoties, lai justos stabilāk. Šķērsojot ceļu vai kāpjot pa kāpnēm, jākustas taisnā virzienā nevis kādā leņķī, vienmēr izmantojot īsāko distanci.

Ja esat tikai palīdzējis neredzīgam cilvēkam šķērsot ielu un tad katrs dodaties uz savu pusi, noteikti pasakiet savam partnerim, kur tieši viņš atrodas un kādi šķēršļi ir viņa ceļā

Nekad nestumiet vai negrūdiet neredzīgu cilvēku sēdekli!

Pievediet viņu pie sēdvietas un pārīs vārdos to aprakstiet (krēsls, mīksts dīvāns, zems soliņš utt.). Palūdziet viņu atlaist satvēriena roku un novietojiet to uz sēdvietas atzveltnes, roktura vai paša sēdekļa (kas katrā gadījumā šķiet piemērotāk) - viņš apsēdīsies pats. Brīdiniet, ja blakus ir arī galds.

Iekāpjot automašīnā, uzlieciet vadošo roku uz durvju roktura un pasakiet partnerim, vai mašīnas priekšgals ir pa labi vai pa kreisi

Tad neredzīgais, sekojot jūsu rokai, ar satvēriena roku atradīs rokturi, bet ar otru roku tīkmēr - jumtu. Viņš var tad atvērt mašīnas durvis un iekāpt. Ja vēlaties vispirms durvis atvērt, tad pasakiet, kad tās ir vaļā, un uzlieciet vadošo roku uz mašīnas jumta, lai viņš varētu šādi noorientēties. Tad ar otru roku neredzīgais sataustīs sēdekli un apsēdīsies, pats arī aizverot durvis. Kad ceļojums galā, palīdziet partnerim atvērt durvis un izkāpt no mašīnas.

Iekāpjot sabiedriskajā transportlīdzeklī un izkāpjot no tā, pavadonis vienmēr iet pirmais

Noteikti brīdiniet savu partneri par kāpšļa augstumu! Neredzīgam cilvēkam vēlams piedāvāt apsēsties (vienkārši uzlieciet viņa roku uz brīvā sēdekļa atzveltnes), jo, transportlīdzeklī strauji bremzējot, viņš ne vienmēr spēs atrast atbalstu. Ja cilvēks ir vājredzīgs, ikdienas soli var atvieglot tādi šķietami vienkārši paņēmieni kā pareiza apgaismojuma izvēle, kontrastkrāsu izmantošana (balta krūzīte ar kafiju uz tumša galdauta ir labāk saskatāma nekā stikla glāzē ieliets piens - uz balta), piemērota stipruma lupas lasīšanai, cilvēkam pierastās lietu kārtības ievērošana. Kartona gabaliņā izgriezot nelielu taisnstūri, radīsies tā sauktā «paraksta karte» - trafarets, kas parakstoties neļaus pildspalvai aizslīdēt no vajadzīgās rindiņas. Lasīšanu atvieglos tumša papīra sloksnīte, ko novieto zem rindiņas un virza lejup ar katru jaunu rindu, vai arī kartona sloksnītē izgriezts lodziņš vienas rindiņas augstumā - tā tiks novērsts arī gaismas atspulgs uz glancēta papīra un pastiprināts burtu kontrasts.

Tie ir tikai daži padomi, kuru ievērošana jūtam uzlabotu mūsu savstarpējo saskarsmi. Jo galvenais taču - katra cilvēka labā griba un vēlēšanās palīdzēt!

Informācija sagatavota sadarbībā ar
Liepājas Neredzīgo biedrību www.redzigaismu.lv
Materiāli no: www.apeirons.lv

Par suņiem – pavadoniem neredzīgiem cilvēkiem

Suns – pavadonis neredzīgajam

Suni – pavadoni apmāca nākamā saimnieka sarunvalodā. Sunim māca iet taisni; ignorēt uzmanību novērsošos faktorus (piemēram, kaķus, ēdienu, citus suņus); apstāties, norādot uz šķērslī; manevrēt ļaužu pūlī; ievērot šķēršļus, kas atrodas augšā (piem. koku zarus) un novērst neredzīgā sadursmi ar tiem.

Sunim jāiegaumē daudz komandu, tādas kā “stop”, “uz priekšu”, “pa labi”, “pa kreisi”, “lēnāk”. Treniņi notiek dažādos apstākļos: pilsētu centros un nomalē, brīvā dabā. Sunim māca pareizi uzvesties uz ceļa braucamās daļas un, ja nepieciešams, pārvietoties gar ceļmalu.

Braucieni pilsētas sabiedriskajā transportā, vilcienā, darbs dažādās telpās (veikalā, pastā, bankā) ir svarīga suņa – pavadona apmācības daļa. Papildus suni māca iegaumēt konkrētus maršrutus, lai viņš spētu strādāt pēc atmiņas.

Apmācības laikā suns tiek iepazīstināts ar dažādām situācijām, ar kurām viņš varētu sastapties nākotnē. Sunim jāamācās analizēt un sava saprāta līmenī pieņemt pareizos lēmumus, jo savādāk viņa palīdzība neredzīgajam būs nepilnīga. Paralēli apmācībai “specialitātē” suns apgūst paklausības kursu – pēc komandas pienākt, iet blakus, sēdēt, gulēt, stāvēt, doties uz savu vietu, pacelt nokritušus priekšmetus.

Pārliecība, kuru iegūst neredzīgais, turoties pie suņa – pavadona pavadas, dod viņam iespēju pārvietoties daudz ātrāk nekā tikai ar spieķa palīdzību. Ļoti svarīgs ir arī psiholoģiskais atbalsts, ko dod suns – pavadonis jo - patīkami ir būt neatkarīgam un patstāvīgam!

Pēc suņa no došanas neredzīgajam kinologs kontrolē suņa darbu un sniedz jaunajam saimniekam vajadzīgo palīdzību.

Suns – palīgs cilvēkam ar īpašām vajadzībām

Suņi – palīgi cilvēkiem ar īpašām vajadzībām tiek apmācīti pēc individuālām programmām. Viss atkarīgs no konkrētā cilvēka fiziskajām spējām un kāda palīdzība ir nepieciešama. Parasti tā ir dažādu priekšmetu pienesšana, invalīdu ratiņos pārvietojošos pavadība, balss padošana, lai apkārtējie pievērstu uzmanību personai ar īpašām vajadzībām.

Pirmais Latvijā apmācītais suns - pavadonis - labradors Lattina Hope Biscuit (Cepumiņš), sāka darbu Lēdurgā 2007.gadā, to apmācīja kinologs Konstantīns Mitrofanovs.

Informācija sagatavota sadarbībā ar www.saulessuns.lv

Materiāli no : www.apeirons.lv

Ieteikumi komunikācijā ar cilvēkiem ar dzirdes traucējumiem

Nedzirdības pakāpes ir dažādas, dažādi ir arī līdzekļi komunikācijas barjeru pārvarēšanai.

Nedzirdīgs cilvēks

- smags vai pilnīgs dzirdes zudums;
- spēj sadzirdēt tikai ļoti skaļas skaņas;
- dzirde zaudēta, pirms attīstījās runas valoda;
- dzirdes zudums no dzimšanas vai pirms runas valodas apgūšanas bieži iespaido rakstīt un lasīt prasmi;
- parasti paļaujas uz vizuālo komunikāciju, piemēram, zīmju valodu, lasīšanu no lūpām vai rakstīšanu, dažreiz izmanto "orālo metodi;

Nedzirdīgie cilvēki sevi uzskata par kultūras minoritāti: viņu identifikācija balstās uz zīmju valodu, viņi piedalās nedzirdīgo sabiedrības un kultūras dzīvē. Nedzirdīgo kultūras pārstāvji neuztver dzirdes zudumu un nedzirdību no patoloģijas viedokļa, bet drīzāk no kultūras viedokļa. Sazinoties ar cilvēkiem, kuri nelieto zīmju valodu, nedzirdīgie cilvēki var lietot arī savu balsi, atlikušo dzirdi, lasīšanu no lūpām un žestus.

Nedzirdīgi cilvēki, kuriem smags vai pilnīgs dzirdes zudums iestājies pēc runas un valodas attīstības:

- bieži nav prasmīgi zīmju valodā;
- izmanto lasīšanu no lūpām;
- sazinoties bieži izmanto rakstīšanu;
- dzirdes zudums viņu rakstīt un lasīt prasmi parasti neietekmē.

Vājdzirdīgs cilvēks

- dzirdes zudums netraucē saprast runas valodu.
- runas valodu parasti uztver ar tehnisko palīgīdzekļu palīdzību.
- galvenokārt spēj sazināties, lietojot runas valodu.
- dod priekšroku terminam "cilvēks ar dzirdes traucējumiem"

Komunikācijas stratēģijas

Zīmju valoda

Zīmju valoda ir pilntiesīga valoda, tā lieto roku formas un kustības, ķermeni, lūpu kustības un sejas mīmiku, tai ir sava gramatika, leksika un idiomas un tā ir pilnīgi atšķirīga no runas

valodas. Tomēr nav pareizi domāt, ka visi nedzirdīgi cilvēki lieto zīmju valodu, daudziem nedzirdīgajiem runas valoda ir otrā valoda.

Zīmju valodas tulks

Ir vienīgais piemērotais variants, lai pārvarētu komunikācijas barjeru starp nedzirdīgajiem, kuri lieto zīmju valodu, un cilvēkiem, kuri nelieto zīmju valodu. Daudziem vārdzirdīgiem cilvēkiem un cilvēkiem, kuri dzirdi zaudējuši pēc runas un valodas attīstības, runas valoda var būt pirmā valoda, un viņi var dot priekšroku tai vai citam komunikācijas pakalpojumam vai komunikācijas līdzeklim. Kā lietot zīmju valodas tulka pakalpojumus:

- Tiecieties ar tulku pirms pasākuma, lai paskaidrotu sarunas tēmu;
- Pārliecinieties, vai tulkam ir glāze ūdens, ērts, taisns krēsls un pietiekams apgaismojums;
- Ja pasākums ilgst vairāk nekā pusotru stundu, tad vajadzētu nolīgt divus tulkus;
- Paredziet vietu tulkam sev blakus, lai nedzirdīgais varētu ērti skatīties uz jums abiem;
- Veidojiet acu kontaktu ar nedzirdīgo cilvēku;
- Adresējiet jautājumu tieši nedzirdīgai personai, ne tulkam;
- Nejaudājiet tulka domas par kandidātu vai par situāciju. Tulkam nav atļauts paust savus personīgos uzskatus vai iejaukties sarunā;
- Tulkojot tulks atpalcie dažus vārdus, tāpēc ka dodiet viņam laiku pabeigt teikumus;
- Runājiet skaidri, vienmērīgi, normālā tonī un pilniem teikumiem;
- Grupas diskusijas laikā vienā reizē vajadzētu runāt tikai vienam cilvēkam. Ieturiet īsu pauzi starp runātājiem, lai ļautu tulkam iztulkot, pirms sāk runāt nākošais.
- Nodrošiniet, lai būtu labs apgaismojums un aiz tulka būtu neitrāls vai tumšs fons.

Runas lasīšana

Lai saprastu runas valodu, tiek izmantoti vizuālie norādījumi (mājiieni). Nedzirdīgais skatās uz runātāja lūpām, zobiem un mēli, pie reizes vēro, kāda ir runātāja sejas izteiksme, žesti un ķermeņa valoda.

Titrēšana

Šī komunikācijas forma prasa stenografēšanas prasmi un klēpja datora tehnoloģiju pārvaldīšanu. Titrētājs raksta reizē ar runāšanu. Teksts parādās datora monitorā vai tiek projicēts uz ekrāna, lai nedzirdīgais vai vārdzirdīgais var to izlasīt.

Lasīšana un teksta manuāla rakstīšana

Pārliecinieties, vai komunikācija ar teksta rakstīšanu būs izmantojama, jo tā daudziem nedzirdīgiem cilvēkiem ir neērta un lēns komunikācijas veids. Rakstu valoda nav nedzirdīgo

cilvēku pirmā valoda. Daudziem nedzirdīgajiem ir problēmas ar lasīt un rakstītprasmi, tāpēc, ja izmantojiet šo komunikācijas veidu, iepriekš pārliecinieties, vai rakstītais ir skaidri saprotams.

Pajautājiet nedzirdīgajiem, kuram komunikācijas veidam viņi dod priekšroku!

Šīs vadlīnijas ir ņemtas no Eiropas Nedzirdīgo savienības mājas lapas: www.eudnet.org

Materiāls sagatavots EK EQUAL projekta „Klusās rokas” pilotprojekta „(Re) integrācija darba tirgū – integrācija sabiedrībā” ietvaros, ko īsteno Nedzirdīgo jauniešu un viņu draugu organizācija “EFRAIMS”.

Materiāli no : www.apeirons.lv

ES vadlīnijas par minēto tēmu. (I. Immures tulkojums). Jauniešu organizācija „Efraims”

ES vadlīnijas nedzirdīgu cilvēku ne diskriminācijai (vienlīdzībai) nodarbinātība
Vadlīniju izstrādē par pamatu ir ņemta Padomes Direktīva 2000/78/EK, ar ko nosaka kopēju sistēmu vienlīdzīgai attieksmei pret nodarbinātību un profesiju.

Ieteikumi komunikācijā ar cilvēkiem ar kustību traucējumiem

- Vienmēr atceries! Galvenais ir cilvēka personība un nevis viņa invaliditāte ;
- Sasveicinoties, izmanto rokas spiedienu, arī tad, ja cilvēkam rokas ir ļoti vājas un viņš tās pats nevar pacelt ;
- Pirms steidzies kādam palīdzēt, pārliecinies par palīdzības nepieciešamību, uzjautājot pašam cilvēkam;
- Nekad neatbalsties pret ratiņkrēslu;
- Vienmēr vērsies pie cilvēka tieši, nemeklējot starpnieku; Tas, ka cilvēkam ir fiziska invaliditāte, vēl nenozīmē, ka viņš ir nespējīgs saprast un sazināties ar citiem;
- Ja tava saruna ieilgst, labāk ir atrast vietu, kur pašam piesēst, jo, tad ne Tev, ne arī cilvēkam ratos nesāpēs kakls (sprands) no neērta stāvokļa;
- Atceries, ka pret cilvēku ar invaliditāti nevajag izturēties kā pret neaizsargātu un nepatstāvīgu bērnu, kurš pats neko nevar izdarīt!
- Ja sniedz padomu kā nokļūt līdz kādai konkrētai vietai, vienmēr paturi prātā attālumu, kā arī to, vai tavs ieteiktais maršruts būs pieejams cilvēkam ratiņkrēslā (vai ceļā nebūs uzbrauktuves vai citi šķēršļi, kas varētu traucēt nokļūt līdz galamērķim) ;
- Neaizliedz bērnam uzdot jautājumus par cilvēku ar invaliditāti un palīgierīcēm, ko viņš izmanto; Atvērta saskarsme palīdzēs pārvarēt nesapratni un mainīt attieksmi pret cilvēkiem ar invaliditāti;
- Ja cilvēks no ratiņkrēsla pārvietojas uz tualeti, gultu, citu krēslu - atstāj ratus sasniedzamā attālumā; Ja tomēr uzskati, ka labāk būtu tos pārvietot uz citu vietu, iepriekš par to apjautājies un brīdini par izmaiņām ;
- Ir ļoti normāli lietot tādus izteicienus kā "ejam", "aiziet", "paskrienam" arī saskarsmē ar cilvēku, kurš pārvietojas ratiņkrēslā, jo tas tikai pauž tavu vēlmi doties ceļā, nevis neizpratni, ka fiziski viņš to nevar izdarīt;
- Cilvēki, kuri izmanto ratiņkrēslu, ne vienmēr ir nespējīgi staigāt - daži ar palīdzību var veikt īsas distances bet ratiņkrēslu izmanto kā palīglīdzekli, ietaupītu enerģiju un būtu brīvs savās kustībās;
- Nevajag domāt, ka cilvēki, kuri pārvietojas ratiņkrēslos, ir "slimi". Tas ir adaptācijas veids, kas kompensē mobilitātes zaudējumus. Piemēram - cilvēks pēc muguras traumas, kāju amputācijas, muskuļu distrofijas, bērnu triekas vai citos gadījumos;

- Pārvērtē savus uzskatus - lietot ratiņkrēslu nav traģēdija! Ja tie ir piemēroti un tajos ir ērti, tad tie dod brīvības sajūtu, ļauj cilvēkam būt neatkarīgam un iesaistītam;
- Nekad nenosodi suņus vai citus dzīvniekus, kas palīdz cilvēkam ar invaliditāti - tie strādā.

Materiāli no: www.apeirons.lv

Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9)

Uzdevums: Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindiņā)

Problēma	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz ik dienu
1. Interese un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3
3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	0	1	2	3
4. Nogurums vai enerģijas trūkums	0	1	2	3
5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0	1	2	3
6. Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievīlis/-usi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0	1	2	3
8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0	1	2	3
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0	1	2	3
Vērtējumu skaits				
Summa				
Ja Jūs uz kādu no 9 apgalvojumiem atbildējāt apstiprinoši, novērtējiet, cik lielas grūtības Jums radīja darbs, nodarbošanās ar sadzīves lietām vai saskarsme ar cilvēkiem:				
Nebija grūti	Nedaudz grūti	Ļoti grūti	Ārkārtīgi grūti	

Saskaitiet iegūtās balles

Skalas vērtības: 1–4 punkti – subklīniska depresija; 5–9 punkti – viegla depresija; 10–14 punkti – vidēji izteikta depresija; 15–19 punkti – vidēji smaga depresija; 20–27 punkti – smagi izteikta depresija.

Generalizētas trauksmes skala

GAD –7 skala ir piemērots sijājošās atlas instrumentis tādiem traucējumiem kā:

- ģeneralizēta trauksme (jutīgums 89 %, specifiskums 82 %)
 - panika (jutīgums 72 %, specifiskums 81 %)
 - posttraumatiska stresa sindroms (specifiskums 81 %, jutīgums 66 %)
- (Logins, Paudere – Logina, & Vrubļevska, 2017)

Uzdevums: Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām?

Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindiņā:

Problēma	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz ik dienu
1. Nervozitāte, raizes vai sasprindzinājums	0	1	2	3
2. Nespēja nomierināties vai kontrolēt satraukumu	0	1	2	3
3. Pārmērīgs satraukums par dažādām lietām	0	1	2	3
4. Grūtības atslābināties	0	1	2	3
5. Tik liels nemiers, ka nebija iespējams nosēdēt uz vietas	0	1	2	3
6. Ātra aizkaitināmība	0	1	2	3
7. Bailes, ka varētu notikt, kas šausmīgs	0	1	2	3
Vērtējumu skaits				
Summa				

Saskaitiet iegūtās balles.

Risinājums: Ja punktu kopsumma ir vismaz 5, trauksme uzskatāma par klīniski nozīmīgu un pacients jāārstē!

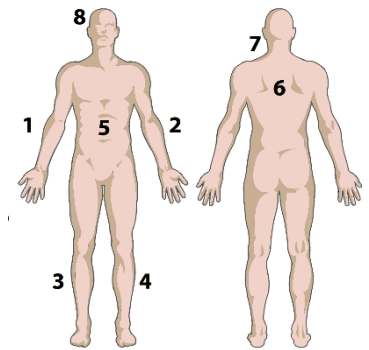
Progresīvā muskuļu relaksācija

Ķermenis automātiski reaģē uz stresa situācijām un satraucošām domām sasprindzinoties. Tomēr šī saistība darbojas arī pretējā virzienā - apzināti atslābinot ķermeni, arī prāts nedaudz nomierinās.

Progresīvā muskuļu relaksācija ir vingrinājumi, kas palīdz atslābināt ķermeni un prātu. Vingrinājuma laikā spēcīgi sasprindzina dažādas muskuļu grupas un tad atbrīvo tās. Katru muskuļu grupu sasprindzina aptuveni 5 sekundes, seko 10 sekunžu pauze un tad pāriet pie nākamās muskuļu grupas.

Ieteicamā secība

1. **Labā plauksta un roka** (sasprindziniet dūri un rokas muskuļus)
2. **Kreisā plauksta un roka** (sasprindziniet dūri un rokas muskuļus)
3. **Labā kāja** (sasprindziniet kāju, celis mazliet piepaceļas)
4. **Kreisā kāja**
5. **Vēders un krūtis**
6. **Mugura** (atlieciet plecus nedaudz atpakaļ)
7. **Kakls** (atspiediet galvu nedaudz atpakaļ spilvenā vai virsmā, uz kuras guļat)
8. **Seja** (sasprindziniet sejas muskuļus)



Instrukcijas variants

1. Atrodiet ērtu pozu sēdus vai guļus un pārlicinieties, ka nekas jūs neiztraucēs.
2. Pievērsiet uzmanību ķermeņa sajūtām. Ja pamanāt, ka domās aizklīstat citur, maigi, laipni vērsiet uzmanību atpakaļ pie tās ķermeņa daļas, ar kuru strādājat.
3. Tagad pievērsiet uzmanību savai elpai. Izpētiet. Kāda tā ir? Kur jūs to izjūtat? Pamaniet, kā elpa ieplūst caur muti un degunu, piepilda krūtis, vēderu un tad lēni izplūst.
4. Nākamajā ieelpā dziļi ieelpojiet ar vēderu, sajūtot, kā tas piepildās kā balons, tad lēni izelpojiet. Aizturiet elpu uz dažām sekundēm. Atkal ieelpojiet un pamaniet, kā vēders paceļas un plaušas piepildās ar gaisu.
5. Aizturiet elpu uz dažām sekundēm. Izelpojot iztēlojieties kā sasprindzinājums izplūst no ķermeņa. Atkal ieelpojiet.... Izelpojiet. Sajūti, ka jūsu ķermenis jau atslābinās.

Atcerieties par elpu, visu relaksācijas laiku. Elpojiet.

Tagad sāksim relaksāciju

- 6.** Sasprindziniet pieres muskuļus savelkot uzacis, cik augstu vien varat. Noturiet tās sasprindzinātas (~ piecas sekundes). Strauji atbrīvojiet, sajūtot, ka saspringums aizplūst. 10 sekundes vienkārši elpojiet.
- 7.** It kā plati pasmaidiet, sajūtot, ka mute un vaigi sasprindzinās. Noturiet 5 sekundes, atbrīvojiet. Sajūti, cik maīga tagad ir jūsu seja. 10 sekundes vienkārši elpojiet.
- 8.** Tagad sasprindziniet acu muskuļus, cieši aizverot plakstiņus. Noturiet 5 sekundes un tad atbrīvojiet. 10 sekundes elpojiet un vērojiet savas sajūtas. Maigi atlieciet galvu atpakaļ, tā it kā jūs lūkotos griestos, un sasprindziniet kaklu. Noturiet 5 sekundes un tad atbrīvojiet. Elpojiet.
- 9.** Sajūti, ka galva ir atlabināta, kakls brīvs. Ielpojiet... un izelpojiet. Ielpojiet.... Izelpojiet.
- 10.** Cieši sažņaudziet rokas pirkstus un noturiet 5 sekundes. Atbrīvojiet. 10 sekundes elpojiet un vērojiet savas sajūtas.
- 11.** Tagad sasprindziniet abu roku augšdelmus, bicepsa muskuļus. Sajūti, ka pieaug saspringums. Noturiet 5 sekundes. Strauji atslābiniet. Izbaudiet atslābuma sajūtu. Ielpojiet, izelpojiet.
- 12.** Sasprindziniet apakšdelma muskuli izstiepjot roku un nofiksējot elkoni. Noturiet 5 sekundes, atlaidiet. 10 sekundes elpojiet un vērojiet savas sajūtas.
- 13.** Savelciet plecus uz augšu, tā it kā mēģinātu aizsniegt ausis. Noturiet 5 sekundes, strauji atlaidiet, sajūtot plecu smagumu. 10 sekundes elpojiet un vērojiet savas sajūtas.
- 14.** Sasprindziniet muguras augšdaļu, savelkot plecus atpakaļ, it kā mēģinot savienot lāpstiņas. Noturiet 5 sekundes, atlaidiet. 10 sekundes elpojiet un vērojiet.
- 15.** Sasprindziniet krūšu daļu, dziļi ieelpojot un aizturot elpu. Izelpojot izpūšiet visu saspringumu.
- 16.** Tagad sasprindziniet vēdera muskuļus, ievelkot vēderu. Noturiet 5 sekundes... un atbrīvojieties.

- 10 sekundes elpojiet un vērojiet savas sajūtas.
- 17.** Viegli sasprindziniet un izlieciet muguras lejas daļu. Noturiet 5 sekundes. Un atbrīvojiet.
Elpojiet (10 sek.).
- 18.** Sajūtiat atslābumu visā ķermeņa augšdaļā, atlaidiet sasprindzinājumu (5 sek.).
- 19.** Sasprindziniet dibena muskuļus un noturiet. Atlaidiet, iztēlojieties, ka jūs gurni ir pilnībā atbrīvoti.
10 sekundes vērojiet savu elpu un sajūtas.
- 20.** Sasprindziniet augšstilbus, saspiežot ceļus cieši kopā, tā it kā starp tiem būtu monēta, kuru jūs vēlaties noturēt. Noturiet šo stāvokli 5 sekundes un atbrīvojieties.
Vērojiet savu elpu un sajūtas.
- 21.** Sasprindziniet pēdas, cieši savelkot kāju pirkstus augšup, sajūtiat sasprindzinājumu ikros.
Noturiet sasprindzinājumu un atbrīvojieties. Sajūtiat kā kājas smagi tiecas lejup.
Vērojiet savu elpu un sajūtas.
- 22.** Savelciet kāju pirkstus lejup. Noturiet 5 sekundes, atbrīvojiet.
Vērojiet savu elpu un sajūtas.
- 23.** Iztēlojieties, kā atslābuma vilnis lēni pārklāj jūsu ķermeni, sākot no galvas, lejup līdz pat pirkstu galiņiem.
- 24.** Sajūtiat sava atslābinātā ķermeņa smagumu.
Ielpojiet un izelpojiet, ieelpojiet...izelpojiet.

Nelabvēlīgo bērnības notikumu aptauja

(The Adverse Childhood Experiences - ACE)

Jautājums	Atbilde	
1. Bieži vai ļoti bieži lamāja Tevi, aizvainoja vai pazemoja. 2. Jebkad rīkojās tā, ka Tu baidījies, ka Tev varētu tikt nodarītas fiziskas sāpes.	Jā	Nē
1. Reizēm, bieži vai ļoti bieži purināja, grūstīja, ieplaukāja vai meta ar cietu priekšmetu. 2. Jebkad sita tik stipri, ka Tev palika sitiena pēdas vai tiki savainots (-a.)	Jā	Nē
1. Kāds pieaugušais ir aizticis vai glāstījis Tavu ķermeni seksuālā veidā. 2. Kāds pieaugušais mēģinājis panākt jebkādu dzimumaktu (orālu, anālu vai vaginālu) ar Tevi.	Jā	Nē
1. Reizēm, bieži vai ļoti bieži Tu domāji, ka Tavi vecāki vēlas, kaut Tu nekad nebūtu piedzimis (-usi)s. 2. Reizēm, bieži vai ļoti bieži juti, ka kāds ģimenē tevi ienīst. 3. Nekad vai reizēm Tavā ģimenē bija kāds, kurš Tev palīdzēja justies svarīgam (-ai) vai īpašam (-ai). 4. Nekad, reti Tu ģimenē juties mīlēts (-a). 5. Nekad vai reti cilvēki Tavā ģimenē cits par citu rūpējās.	Jā	Nē
1. Bieži vai ļoti bieži Tev pietrūka ēdamā. 2. Bieži vai ļoti bieži Tavi vecāki/audžuvecāki bija pārāk piedzērušies vai apduļļuši no narkotikām, lai rūpētos par ģimeni. 3. Bieži vai ļoti bieži Tev nācās valkāt netīru apģērbu. 4. Nekad vai reti Tu zināji, ka ir kāds, kurš par Tevi rūpējās un pasargāja. 5. Nekad vai reti nepieciešamības gadījumā bija kāds, kurš aizveda Tevi pie ārsta.	Jā	Nē
1. Bieži vai ļoti bieži Tavs tēvs vai mātes partneris grūstīja, purināja meta Tavai mātei ar kādu priekšmetu. 2. Jebkad ilgstoši sita, spārdīja vairākas minūtes. 3. Jebkad draudēja viņai ar nazi vai šaujameroci, vai izmantoja nazi vai šaujameroci ar mērķi viņu savainot. 4. Reizēm, bieži vai ļoti bieži spēra viņai, rāva aiz matiem vai sita viņai ar dūri, vai cietu priekšmetu.	Jā	Nē
1. Vai Tavi vecāki jebkad ir dzīvojuši šķirti vai bijuši šķīrušies?	Jā	Nē
1. Vai Tavā ģimenē ir bijis kāds, kuram ir bijušas ar alkohola lietošanu saistītas problēmas vai kurš bija alkoholiķis? 2. Vai Tu esi dzīvojis kopā ar kādu, kurš lietoja narkotikas?	Jā	Nē
1. Vai kāds Tavā ģimenē ir bijis ilgstoši nomākts vai psihiski slims? 2. Vai kāds Tavā ģimenē ir mēģinājis izdarīt pašnāvību?	Jā	Nē
1. Vai kāds no Tavas ģimenes kādreiz ir bijis ieslodzīts cietumā?	Jā	Nē

Uztvertā stresa skala

(Perceived Stress Scale)

Uzdevums: Lūdzu, apvelc katrā rindiņā atbilstošāko atbildi par savām jūtām un domām pēdējā mēneša laikā - cik bieži esi juties vai domājis līdzīgi.

	Jautājums	Nekad	Gandrīz nekad	Dažreiz	Diezgan bieži	Ļoti bieži
1	Cik bieži pēdējā mēneša laikā tu esi juties satraukts kāda negaidīta notikuma dēļ?	0	1	2	3	4
2	Cik bieži pēdējā mēneša laikā tu juti, ka nespēj kontrolēt lietas, kas svarīgas tavā dzīvē?	0	1	2	3	4
3	Cik bieži pēdējā mēneša laikā juties nervozs un stresa pārņemts?	0	1	2	3	4
4	Cik bieži pēdējā mēneša laikā juties pārliecināts, ka spēj risināt savas personīgās problēmas?	4	3	2	1	0
5	Cik bieži pēdējā mēneša laikā tu juti, ka viss notiek pēc tava prāta?	4	3	2	1	0
6	Cik bieži pēdējā mēneša laikā tev bija sajūta, ka nespēsi tikt galā ar visu, kas jāizdara?	0	1	2	3	4
7	Cik bieži pēdējā mēneša laikā tu biji spējīgs kontrolēt dažādus traucēkļus savā dzīvē?	4	3	2	1	0
8	Cik bieži pēdējā mēneša laikā tu juties, ka esi uz viļņa?	4	3	2	1	0
9	Cik bieži pēdējā mēneša laikā juties sadusmots par lietām, ko nevari ietekmēt?	0	1	2	3	4
10	Cik bieži pēdējā mēneša laikā tu juti, ka grūtību uzkrājies tik daudz, ka nespēj ar tām tikt galā?	0	1	2	3	4
	Balles kopā					

Saskaiti iegūtās balles.

Risinājums: 0-13 zems stresa līmenis; 14-26 vidējs stresa līmenis; 27-40 augsts stresa līmenis.

Oriģināls - Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.

Adaptācija latviešu valodā – Stokenberga, I. (2010). *Humora loma stresa pārvarēšanas procesā*. Promocijas darbs. Latvijas Universitāte.