



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

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

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

REHABILITĀCIJAS NOZĪME PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES LĪMENĪ UN GADĪJUMI, KAD SŪTĪT PACIENTU TĀLĀKAI IZVĒRTĒŠANAI

**Rīga
2021**

ANOTĀCIJA

SFK Rehabilitācijas pamatkopas visaptverošā versija izvirza galvenās kategorijas, kas atspoguļo rehabilitācijas pacientu galvenās funkcionēšanas problēmas, tādējādi atspoguļojot pacienta nosacīto ceļu no primārās veselības aprūpes līdz pēctecīgi iezīmētiem posmiem.

Pamatkopas kategoriju apraksti veidoti atbilstoši rehabilitācijas multiprofesionālās komandas dalībnieku kompetencēm.

Metodisko līdzekli izstrādājuši Rīgas Stradiņa universitātes speciālisti – asociētā profesore, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste *Dr. med.* Anita Vētra, psiholoģe Aelita Vagale, tehniskais ortopēds Gundars Rusovs, audiologopēde Ilze Blūmentāle, ergoterapeite Lolita Cibule un fizioterapeite Dace Bērtule.

SATURA RĀDĪTĀJS

IEVADS	4
1. PAŠAPRŪPES AKTIVITĀTES. TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ.....	5
2. MOBILITĀTES AKTIVITĀTES. TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ.....	14
3. PSIHOLOĢISKO UN EMOCIONĀLO FUNKCIJU TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ	22
4. DAŽĀDU VESELĪBAS STĀVOKĻU IZRAISĪTU AKTIVITĀŠU IEROBEŽOJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ.....	29
5. KOMUNIKĀCIJAS AKTIVITĀTES: TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ.....	34
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS.....	36
<i>Pielikumi</i>	38

IEVADS

Personas funkcionēšanu un tās traucējumus, kā arī kontekstuālos faktorus, kas saistīti ar veselības stāvokli, apraksta Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (SFK). Funkcionēšana ir visaptverošs termins, kas ietver ķermeņa funkcijas, aktivitātes un dalību. Nespēja (disability) ir visaptverošs termins bojājumam un aktivitāšu un līdzdalības ierobežojumiem, kas attiecināmi uz indivīdu un viņa kontekstuālo faktoru mijiedarbību negatīvā aspektā. Ķermeņa funkcijas – ķermeņa sistēmu fizioloģiskas funkcijas (iekļaujot psihiskās funkcijas). Neveselība – ķermeņa funkciju vai struktūras problēmas, piemēram, nozīmīga novirze no normas vai to zudums. Ķermeņa struktūras ir anatomiskas ķermeņa daļas, piemēram, orgāni, locekļi, to komponenti. Aktivitātes ir indivīda uzdevuma vai darbības veikums. Aktivitātes ierobežojumi ir grūtības, kas var būt indivīdam, veicot aktivitāti. Dalība ir indivīda iesaistīšanās dzīves situācijās. Dalības ierobežojumi ir problēmas, ar ko indivīds var sastapties, iesaistoties dzīves situācijās. Kontekstuālie faktori atspoguļo vispusīgu fonu, kurā persona dzīvo un eksistē. Tie iekļauj divus komponentus: vides faktorus un personas faktorus, kas var ietekmēt personu ar noteiktu veselības stāvokli un pašus veselības un ar veselību saistītos stāvokļus. Vides faktori – fiziskā, sociālā un attieksmju vide, kurā cilvēki dzīvo un pavada savu mūžu. Personas faktori ir indivīda dzīves un eksistences pamats, kas ietver personas pazīmes, kas nav veselības stāvokļa daļa. Lai uzlabotu SFK klīnisko lietojamību, ICF Research branch ir izveidojusi īsās un visaptverošās SFK kategoriju pamatkopas (Brief and Comprehensive ICF Core Sets).

1. PAŠAPRŪPES AKTIVITĀTES. TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ

Ikdienas mājas soļa izpilde (d230)

Saskaņā ar SFK aktivitāti *ikdienas mājas soļa izpilde* raksturo vienkāršu vai sarežģītu darbību koordinēta izpilde, lai plānotu, sakārtotu un pabeigtu ikdienas mājas soļa pienākumus, piemēram, plānojot laiku un taisot plānu atsevišķām aktivitātēm dienas laikā.

Lai novērtētu personas veiktspēju aktivitātē *ikdienas mājas soļa izpilde*, ārstniecības procesā tiek rekomendēts iesaistīt ergoterapeitu un nepieciešamības gadījumā arī citus speciālistus, piemēram, psihologu, sociālo darbinieku (*skat. 1.1. tabulu*).

1.1. tabula

Aktivitātes *ikdienas mājas soļa izpilde* (kategorijas pēc SFK) vērtēšanai rekomendētās metodes un mērījumi

Aktivitātes un daļība: kategorijas	Rekomendētās informācijas iegūšanas metodes un mērījumi primārajā veselības aprūpē	Rekomendētie iesaistāmie speciālisti
d230 Ikdienas mājas soļa izpilde	Intervija	Ergoterapeits Kanādas nodarbes veikšanas mērījums [29] personas pašnovērtējums par nodarbes veikšanu un par apmierinātību ar veikšanu desmit (10) ballu skalā). <i>RehaCom</i> [26] – uz pierādījumiem balstīta, klīniski apstiprināta un droša metode uztveres-izziņas prasmju novērtēšanai. <i>DASH</i> [30, 32] – rokas, pleca un plauksta nespējas novērtējums ietver sadaļu par aktivitāšu plānošanu.
d2301 Ikdienas mājas soļa vadīšana		Psihologs Strukturēta intervija. <i>RehaCom</i> [26] – uz pierādījumiem balstīta, klīniski apstiprināta un droša metode uztveres-izziņas prasmju novērtēšanai.
d2302 Ikdienas mājas soļa izpilde		
d2303 Sava aktivitātes līmeņa vadīšana		Sociālais darbinieks Strukturēta intervija un novērošana
d2308 Cita precizēta mājas soļa izpilde		
d2309 Neprecizēta mājas soļa izpilde	Funkcionēšanu jeb veiktspēju dotajā aktivitātē <i>Ikdienas mājas soļa izpilde</i> var raksturot, izmantojot SFK vispārīgo skalu un norādot atbilstošo grūtību pakāpes apzīmētāju (<i>skat. 1. pielikumu</i>).	

Funkcionēšanas ierobežojumus jeb grūtības veikt aktivitāti *ikdienas mājas soļa izpilde* var identificēt personām dažādu iedzimtu vai iegūtu (t. sk. garīgu) saslimšanu gadījumā gan bērniem, gan pieaugušajiem.

Personām ar funkcionēšanas ierobežojumiem *ikdienas mājas soļa izpildē* var tikt piesaistīti vairāki speciālisti. Piemēram, ergoterapeiti biežāk izmanto uz nodarbi vērstu terapiju, attīstot personas prasmes plānot dienas darbības, iekļaujot tehniskos palīgīdzekļus, palīgtehnoloģijas un veicinot noturīgas rutīnas aktivitātes ikdienā. Ergoterapeiti un psihologi personām, kurām ir uztveres – izziņas traucējumi un grūtības ikdienas mājas soļa izpildē, izziņas vērtēšanai un terapijas noteikšanai izmanto datorizētu programmu *RehaCom* [26].

Mazgāšanās (d510)

Atbilstoši SFK aktivitāti *mazgāšanās* saprot kā visa ķermeņa vai ķermeņa daļu mazgāšanu un noslaucīšanu, lietojot ūdeni un atbilstošus tīrīšanas un noslaucīšanas materiālus un metodes, piemēram, mazgāšanās vannā, dušā, plaukstu, pēdu, sejas un matu mazgāšana un noslaucīšana ar dvieli. Aktivitāti *mazgāšanās* var aprakstīt plašāk, ņemot vērā nepieciešamo palīdzību un atbalstu aktivitātes pilnvērtīgai veikšanai, piemēram, šādi: iekāpt un izkāpt no vannas, dušas, vannas sagatavošana, tostarp ūdenskrāna atgriešana, mazgāšanās un slaucīšanās ar dvieli. Personas var uzskaitīt vairākas mazgāšanās metodes, ko tie parasti izmanto, piemēram, nedēļas laikā. Kāds var sešas dienas nedēļā mazgāties pie izlietnes, bet vienreiz nedēļā izmantot vannu ar palīgīdzekļu izmantošanu. Jautājums attiecas uz metodi, kas tiek izmantota vienmēr vai lielākajā daļā gadījumu, lai nomazgātu visu ķermeni (aprakstu *skat. 3. pielikumu*).

Funkcionēšanas ierobežojumus jeb grūtības veikt aktivitāti *mazgāšanās* var identificēt personām dažādu iedzimtu vai iegūtu (t. sk. garīgu) saslimšanu gadījumā gan bērniem, gan pieaugušajiem. Lai novērtētu personas veiktspēju pašaprūpes aktivitātē *mazgāšanās*, ārstniecības procesā rekomendēts iesaistīt ergoterapeitu, medicīnas māsu un pēc nepieciešamības citus speciālistus (*skat. 1.2. tabulu*). Aprakstu aktivitātes *mazgāšanās* vērtēšanai pēc Bartela indeksa *skat. 2. pielikumu*.

**Aktivitātes *mazgāšanās* (kategorijas pēc SFK) vērtēšanai
rekomendētās metodes un mērījumi**

Aktivitātes un daļība: kategorijas	Rekomendētās informācijas iegūšanas metodes un mērījumi primārajā veselības aprūpē	Rekomendētie iesaistāmie speciālisti
<p>d510 Mazgāšanās</p> <p>d5100 Ķermeņa daļu mazgāšana: Ūdens, ziepju un citu vielu lietošana, lai nomazgātu ķermeņa daļas, piemēram, plaukstu, seju, pēdas, matus vai nagus.</p> <p>d5101 Visa ķermeņa mazgāšana: Ūdens, ziepju un citu vielu lietošana, lai nomazgātu visu ķermeni, piemēram, mazgāšanās vannā vai dušā.</p> <p>d5102 Noslaucīšanās: Dvielis vai citu nosusināšanās līdzekļu lietošana, lai noslaucītu kādu ķermeņa daļu, daļas vai visu ķermeni pēc mazgāšanās.</p> <p>d5108 Cita precizēta mazgāšanās</p> <p>d5109 Neprecizēta mazgāšanās</p>	<p>Bartela indekss (<i>skat. 2. pielikumu</i>)</p>	<p>Ergoterapeits Kanādas nodarbes veikšanas mērījums [29] (personas pašnovērtējums par nodarbes veikšanu un par apmierinātību ar veikšanu desmit (10) ballu skalā). Bartela indekss [6]. Funkcionālās neatkarības mērījums [18].</p>
	<p>Intervija</p>	<p>Sociālais darbinieks Strukturēta intervija un novērošana. Bartela indekss [6].</p>
	<p>Novērošana</p>	<p>Medicīnas māsa¹ Strukturēta intervija un novērošana. Bartela indekss [6]. Funkcionālās neatkarības mērījums [18].</p>
	<p>Funkcionēšanu jeb veiktspēju aktivitātē <i>mazgāšanās</i> var raksturot, izmantojot SFK vispārīgo skalu un norādot atbilstošo grūtību pakāpes apzīmētāju (<i>skat. 1. pielikumu</i>).</p>	

Ķermeņa daļu aprūpe (d520)

Atbilstoši SFK aktivitāti *ķermeņa daļu aprūpe* saprot kā rūpēšanos par tām ķermeņa daļām, kurām ir nepieciešama lielāka aprūpe nekā tikai nomazgāšana un noslaucīšana, piemēram, par ādu, seju, zobiem, galvas matu daļu, nagiem un dzimumorgāniem.

Funkcionēšanas ierobežojumus jeb grūtības veikt aktivitāti *ķermeņa daļu aprūpe* var identificēt personām dažādu iedzimtu vai iegūtu saslimšanu gadījumā gan bērniem, gan pieaugušajiem. Lai novērtētu personas veiktspēju aktivitātē *ķermeņa daļu aprūpe*, ārstniecības procesā rekomendēts iesaistīt ergoterapeitu, medicīnas māsu un pēc nepieciešamības citus speciālistus (*skat. 1.3. tabulu*).

¹ Atbilstoši Māsu profesijas standartam medicīnas māsu uzdevums ir “3.2.9. veikt primāro veselības aprūpi un aprūpi mājās visu vecumu posmu personām; 3.1.3. veikt pacienta stāvokļa novērtēšanu”. Pieejams: <https://registri.visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/2017/PS-144.pdf>

**Aktivitātes ķermeņa daļu aprūpe (kategorijas pēc SFK)
vērtēšanai rekomendētās metodes un mērījumi**

Aktivitātes un dalība: kategorijas	Rekomendētās informācijas iegūšanas metodes un mērījumi primārajā veselības aprūpē	Rekomendētie iesaistāmie speciālisti
<p>d520 Ķermeņa daļu aprūpe</p> <p>d5200 Rūpēšanās par ādu: Rūpes par savas ādas struktūru un mitrumu, piemēram, sarepējumu vai varžacu izgriešana un mitrinošu losjonu vai kosmētikas lietošana.</p> <p>d5201 Zobu aprūpe: Rūpes par zobu higiēnu, piemēram, zobu tīrīšana, zobstarpu tīrīšana ar zobu diegu un zobu protēžu un ortožu kopšana.</p> <p>d5202 Matu aprūpe: Rūpes par galvas un sejas matiem, piemēram, to ķemmēšana, ievidošana, skūšana vai apgriešana.</p> <p>d5203 Roku nagu aprūpe: Roku nagu tīrīšana, apgriešana vai pulēšana.</p> <p>d5204 Kāju nagu aprūpe: Kāju nagu tīrīšana, apgriešana vai pulēšana.</p> <p>d5208 Cita precizēta ķermeņa daļu aprūpe.</p> <p>d5209 Neprecizēta ķermeņa daļu aprūpe</p>	<p>Bartela indekss (<i>skat. 2. pielikumu</i>)</p>	<p>Ergoterapeits Kanādas nodarbes veikšanas mērījums [29] (personas pašnovērtējums par nodarbes veikšanu un par apmierinātību ar veikšanu desmit (10) ballu skalā). (personas pašnovērtējums par nodarbes veikšanu un par apmierinātību ar veikšanu desmit (10) ballu skalā). Bartela indekss [6]. Funkcionālās neatkarības mērījums [18].</p>
	<p>Intervija</p>	
	<p>Novērošana</p>	<p>Sociālais darbinieks Strukturēta intervija un novērošana. Bartela indekss [6].</p>
	<p>Medicīnas māsa Strukturēta intervija un novērošana. Bartela indekss [6]. Funkcionālās neatkarības mērījums [18].</p>	
<p>Funkcionēšanu jeb veiktspēju aktivitātē <i>ķermeņa daļu aprūpe</i> var raksturot, izmantojot SFK vispārīgo skalu un norādot atbilstošo grūtību pakāpes apzīmētāju (<i>skat. 1. pielikumu</i>).</p>		

Tualetes izmantošana (d530)

Atbilstoši SFK aktivitāti *tualetes izmantošana* saprot kā cilvēka izdalījumu (menstruācijas, urinācija, defekācija) izvadīšanas plānošanu un veikšanu un sevis sakopšanu pēc tās. Aktivitāti var aprakstīt arī šaurāk, ņemot vērā nepieciešamo palīdzību un atbalstu aktivitātes pilnvērtīgai veikšanai, piemēram, šādi: spēja aiziet un atnākt no tualetes, apsēsties un piecelties no tualetes poda, novilkt un uzvilkt atpakaļ apģērbu, kā arī nolaist ūdeni. Aprīkojums var tikt uzskatīts par “tualeti” tikai tādā gadījumā, ja tas atbilst “tualeti”, ko persona iztukšo, tīra un noliek vietā attiecīgo tvertni kā, piemēram, naktspods vai pisuārs, bez citu palīdzības (*skat. aprakstu 3. pielikumā*).

Funkcionēšanas ierobežojumus vai grūtības veikt aktivitāti *tualetes izmantošana* var identificēt personām dažādu iedzimtu vai iegūtu (t. sk. garīgu) saslimšanu gadījumā gan bērniem, gan pieaugušajiem. Lai novērtētu personas veiktspēju aktivitātē *tualetes izmantošana*, ārstniecības procesā rekomendēts iesaistīt medicīnas māsu, ergoterapeitu, sociālo darbinieku un pēc nepieciešamības citus speciālistus (*skat. 1.4. tabulu*).

1.4. tabula

**Aktivitātes *tualetes izmantošana* (kategorijas pēc SFK) vērtēšanai
rekomendētās metodes un mērījumi**

Aktivitātes un daļība: kategorijas	Rekomendētās informācijas iegūšanas metodes un mērījumi primārajā veselības aprūpē	Rekomendētie iesaistāmie speciālisti
<p>d530 Tualetes izmantošana</p> <p>d5300 Urinācijas regulēšana: Urinācijas koordinēšana un pārvaldīšana, piemēram, vajadzības noteikšana, piemērota ķermeņa stāvokļa ieņemšana, urinācijai atbilstošas vietas izvēle un nokļūšana līdz tai, manipulācijas ar apģērbu pirms un pēc urīna izvadīšanas, sevis sakopšana pēc urinācijas.</p> <p>d5301 Defekācijas regulēšana: Defekācijas koordinēšana un pārvaldīšana, piemēram, vajadzības noteikšana, piemērota ķermeņa stāvokļa ieņemšana, defekācijai atbilstošas vietas izvēle un nokļūšana līdz tai, manipulācijas ar apģērbu pirms un pēc defekācijas, sevis sakopšana pēc defekācijas.</p> <p>d5302 Menstruāciju uzraudzība: Menstruāciju koordinēšana, plānošana un veikšana, piemēram, menstruāciju paredzēšana un sanitāro pakešu un salvešu lietošana.</p> <p>d5308 Cita precizēta tualetes izmantošana</p> <p>d5309 Neprecizēta tualetes izmantošana</p>	<p>Bartela indekss</p> <p>(<i>skat. 2. pielikumu</i>)</p>	<p>Ergoterapeits</p> <p>Kanādas nodarbes veikšanas mērījums [29] (personas pašnovērtējums par nodarbes veikšanu un par apmierinātību ar veikšanu desmit (10) ballu skalā). Bartela indekss [6].</p>
	<p>Intervija</p>	
	<p>Novērošana</p>	<p>Sociālais darbinieks</p> <p>Strukturēta intervija un novērošana. Bartela indekss [6].</p>
	<p>Medicīnas māsa</p> <p>Strukturēta intervija un novērošana. Bartela indekss [6].</p>	
<p>Funkcionēšanu jeb veiktspēju aktivitātē <i>tualetes izmantošana</i> var raksturot, izmantojot SFK vispārīgo skalu un norādot atbilstošo grūtību pakāpes apzīmētāju (<i>skat. 1. pielikumu</i>).</p>		

Aprakstu aktivitātes *tualetes izmantošana* vērtēšanai pēc Bartela indeksa *skat. 2. pielikumā*.

Gērbšanās (d540)

Atbilstoši SFK aktivitāti *gērbšanās* saprot kā koordinētu darbību un uzdevumu veikšanu, noteiktā secībā uzvelkot un novelkot drēbes un apavus atbilstoši klimatiskajiem apstākļiem un sociālajiem nosacījumiem, piemēram, krekla, svārku, blūzes, bikšu, apakšveļas, sari, kimono, kaklasaites, cepures, cimdu, mēteļa, kurpju, zābaku, sandaļu un rītakurpju uzvilšana, sakārtošana un novilkšana.

Aktivitāti *gērbšanās* var aprakstīt šaurāk, ņemot vērā nepieciešamo palīdzību un atbalstu aktivitātes pilnvērtīgai veikšanai, piemēram, šādi: apģērba izņemšana no skapjiem vai atvilktnēm, aiztaisīšana un apģērba novilkšana. Apģērbšanās attiecas uz apģērbu, protēzēm un ortozēm, kas tiek valkātas ikdienā. Personas, kas valkā pidžamu, naktskreklu, halātu kā viņu ikdienas apģērbu, tiek uzskatīti par apģērbtiem (*skat. aprakstu 3. pielikumā*).

Funkcionēšanas ierobežojumus jeb grūtības veikt aktivitāti *gērbšanās* var identificēt personām dažādu iedzimtu vai iegūtu (t. sk. garīgu) saslimšanu gadījumā gan bērniem, gan pieaugušajiem. Lai novērtētu personas veiktspēju aktivitātē *gērbšanās*, ārstniecības procesā rekomendēts iesaistīt medicīnas māsu, ergoterapeitu, sociālo darbinieku un pēc nepieciešamības citus speciālistus (*skat. 1.5. tabulu*). Aprakstu aktivitātes *gērbšanās* vērtēšanai pēc Bartela indeksa *skat. 2. pielikumā*.

1.5. tabula

Aktivitātes *gērbšanās* (kategorijas pēc SFK) vērtēšanai rekomendētās metodes un mērījumi

Aktivitātes un daļība: kategorijas	Rekomendētās informācijas iegūšanas metodes un mērījumi primārajā veselības aprūpē	Rekomendētie iesaistāmie speciālisti
1	2	3
d540 Gērbšanās d5400 Drēbju uzvilšana: Koordinētu darbību veikšana, uzvelkot drēbes dažādām ķermeņa daļām, piemēram, drēbju uzvilšana pāri galvai, pāri rokām un pleciem, ķermeņa apakšdaļai vai augšdaļai; cimdu un galvassegas uzvilšana.	Bartela indekss (<i>skat. 2. pielikumu</i>) Intervija	Ergoterapeits Kanādas nodarbes veikšanas mērījums [29] (personas pašnovērtējums par nodarbes veikšanu un par apmierinātību ar veikšanu desmit (10) ballu skalā). Bartela indekss [6]. Funkcionālās neatkarības mērījums [18].

1	2	3
d5401 Drēbju novilkšana: Koordinētu darbību veikšana, novelkot drēbes no dažādām ķermeņa daļām, piemēram, drēbju novilkšana pāri galvai, no rokām un pleciem, no ķermeņa apakšdaļas vai augšdaļas; cimdu un galvassegas novilkšana.	Novērošana	Sociālais darbinieks Strukturēta intervija un novērošana. Bartela indekss [6].
d5402 Kāju apaušana: Koordinētu darbību veikšana, uzvelkot īsas zeķes, zeķes un apavus.		Medicīnas māsa Strukturēta intervija un novērošana. Bartela indekss [6].
d5403 Kāju noaušana: Koordinētu darbību veikšana, novelkot īsas zeķes, zeķes un apavus.	Funkcionēšanu jeb veiktspēju dotajā aktivitātē <i>ģērbšanās</i> var raksturot, izmantojot SFK vispārīgo skalu un norādot atbilstošo grūtību pakāpes apzīmētāju (<i>skat. 1. pielikumu</i>).	
d5404 Piemērota apģērba izvēle: Sekošana savas sabiedrības vai kultūras netiešiem vai skaidri paustiem ģērbšanās standartiem vai paražām un ģērbšanās atbilstoši klimatiskajiem apstākļiem.		
d5408 Cita precizēta ģērbšanās		
d5409 Neprecizēta ģērbšanās		

Ēšana (d550)

Atbilstoši SFK aktivitāti *ēšana* saprot kā koordinētu uzdevumu un darbību veikšanu, ēdot pasniegto ēdienu, pieliekot to pie mutes un apēdot to kulturāli pieņemamā veidā, sagriežot vai salaužot ēdienu gabalos, atverot pudeles un konservu kārbas, galda piederumu izmantošanu, maltītes uzņemšanu, maltītes uzņemšanu dzīrēs vai viesībās.

Aktivitāti *ēšana* var aprakstīt plašāk, ņemot vērā nepieciešamo palīdzību un atbalstu aktivitātes pilnvērtīgai veikšanai, piemēram, šādi: aktivitātē ir iekļauta ēdiena sagriešana, ēdiena pārvietošana no šķīvja vai bļodas mutē, dzēriena iepakojuma atvēršana. Ēšana ir process barības nokļūšanai ķermenī. Šī aktivitāte tiek veikta, kad ēdiens ir novietots personas priekšā (*skat. aprakstu 3. pielikumā*).

Funkcionēšanas ierobežojumus jeb grūtības veikt aktivitāti *ēšana* var identificēt personām dažādu iedzimtu vai iegūtu (t. sk. garīgu) saslimšanu gadījumā gan bērniem, gan pieaugušajiem, piemēram, saistībā ar fiziskiem vai garīgiem traucējumiem, piemēram, artrītu smagā formā, Alcheimera slimību. Lai novērtētu personas veiktspēju aktivitātē *ēšana*, ārstniecības procesā rekomendēts iesaistīt medicīnas māsu, audiologopēdu vai logopēdu, ergoterapeitu u.c. speciālistus (*skat. 1.6. tabulu*). Aprakstu aktivitātes *ēšana* vērtēšanai pēc Bartela indeksa *skat. 2. pielikumā*.

Aktivitātes ēšana (kategorijas pēc SFK) vērtēšanai rekomendētās metodes un mērījumi

Aktivitātes un daļība: kategorijas	Rekomendētās informācijas iegūšanas metodes un mērījumi primārajā veselības aprūpē	Rekomendētie iesaistāmie speciālisti
1	2	3
d550 Ēšana Nav jāiekļauj dzeršana.	Bartela indekss <i>(skat. 2. pielikumu)</i>	Ergoterapeits Kanādas nodarbes veikšanas mērījums [29] (personas pašnovērtējums par nodarbes veikšanu un par apmierinātību ar veikšanu desmit (10) ballu skalā). Bartela indekss [6].
	Intervija	<i>RehaCom</i> [26] – uz pierādījumiem balstīta, klīniski apstiprināta un droša metode uztveres-izziņas prasmju novērtēšanai. <i>DASH</i> [30, 32] – Rokas, pleca un plaukstas nespējas novērtējums ietver sadaļu par aktivitāšu plānošanu.
	Novērošana	Medicīnas māsa Bartela indekss [6].
		Audiologopēds / logopēds Rīšanas tests (<i>Gugging Swallowing Screen (GUSS)</i>) [20].
Funkcionēšanu jeb veikspēju dotajā aktivitātē <i>ēšana</i> var raksturot, izmantojot SFK vispārīgo skalu un norādot atbilstošo grūtību pakāpes apzīmētāju (<i>skat. 1. pielikumu</i>).		

Mājas soļa veikšana (d640)

Atbilstoši SFK aktivitāti *mājas soļa veikšana* saprot kā mājokļa pārvaldīšanu, veicot mājas tīrīšanu, mazgājot drēbes, lietojot mājsaimniecības priekšmetus, uzglabājot pārtiku un atbrīvojoties no atkritumiem, piemēram, galda, sienu un citu virsmu slaucīšana, beršana un mazgāšana; mājsaimniecības atkritumu savākšana un izmešana; istabu, sienas skapju un atvilkņu uzkopšana; drēbju savākšana, mazgāšana, žāvēšana, salocīšana un gludināšana; apavu tīrīšana; slotu, sūkļu un putekļusūcēju lietošana; veļas mašīnu, žāvētāju un gludekļu lietošana.

Funkcionēšanas ierobežojumus jeb grūtības veikt aktivitāti *mājas soļa veikšana* var identificēt personām dažādu iedzimtu vai iegūtu (t. sk. garīgu) saslimšanu gadījumā gan bērniem, gan pieaugušajiem. Lai novērtētu personas veikspēju aktivitātē *mājas soļa veikšana*, ārstniecības procesā rekomendēts iesaistīt medicīnas māsu, ergoterapeitu, sociālo darbinieku un citus speciālistus (*skat. 1.7. tabulu*).

**Aktivitātes mājas soļa veikšana (kategorijas pēc SFK) vērtēšanai
rekomendētās metodes un mērījumi**

Aktivitātes un daļība: kategorijas	Rekomendētās informācijas iegūšanas metodes un mērījumi primārajā veselības aprūpē	Rekomendētie iesaistāmie speciālisti
1	2	3
<p>d640 Mājas soļa veikšana</p> <p>d6400 Drēbju un apģērba mazgāšana un žāvēšana: Drēbju un apģērba mazgāšana ar rokām un to izkāršana žāvēties gaisā.</p> <p>d6401 Virtuves tīrīšana un galda piederumu mazgāšana: Tīrīšana pēc ēdiena pagatavošanas, piemēram, šķīvju, pannu, katlu un ēdiena gatavošanas, piederumu mazgāšana, galda un grīdas uzkopšana ap ēdiena gatavošanas un ēšanas zonu.</p> <p>d6402 Dzīvojamās zonas tīrīšana: Mājokļa dzīvojamās zonas tīrīšana, piemēram, tīrīšana un putekļu slaucīšana, grīdu slaucīšana, beršana un uzslaucīšana, logu un sienu tīrīšana, vannas istabas un tualetes tīrīšana, mājokļa mēbeļu tīrīšana.</p> <p>d6403 Mājsaimniecības ierīču lietošana: Visu veidu mājsaimniecības ierīču, piemēram, veļas mazgājamo mašīnu, žāvētāju, gludekļu, putekļsūcēju un trauku mazgājamo mašīnu lietošana.</p>	<p>Intervija</p>	<p>Ergoterapeits</p> <p>Kanādas nodarbes veikšanas mērījums [29] (personas pašnovērtējums par nodarbes veikšanu un par apmierinātību ar veikšanu desmit (10) ballu skalā).</p> <p><i>RehaCom</i> [26] – uz pierādījumiem balstīta, klīniski apstiprināta un droša metode uztveres-izziņas prasmju novērtēšanai.</p> <p><i>DASH</i> [30, 32] – rokas, pleca un plaukstu nespējas novērtējums ietver sadaļu par aktivitāšu plānošanu.</p>
	<p>Novērošana</p>	<p>Sociālais darbinieks</p> <p>Strukturēta intervija un novērošana</p>
	<p>Funkcionēšanu jeb veiktspēju aktivitātē mājas soļa veikšana var raksturot, izmantojot SFK vispārīgo skalu un norādot atbilstošo grūtību pakāpes apzīmētāju (<i>skat. 1. pielikumu</i>)..</p>	

2. MOBILITĀTES AKTIVITĀTES. TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ

Locītavu kustību funkcija (b710)

Kategorija ietver locītavu kustība apjoma un kustīguma funkciju. Tā apraksta vienas vai vairāku locītavu, mugurkaula skriemeļu, pleca, elkoņa, plaukostas, gūžas, ceļu, mazo plaukostas un pēdas kaulu locītavu kustīguma funkcijas. Pacienta sūdzības saistās ar ierobežotu locītavu kustīgumu, nespēju veikt kustības pilnā apjomā, stīvumu, grūtībām kustināt locītavu. Nereti locītavu kustīguma traucējumu gadījumā novēro arī sāpes (kategorija b280 Sāpju sajūta). Atkarībā no skartās ķermeņa zonas personai var būt traucēta pārvietošanās, pozu maiņa, manipulācijas spējas ar rokām, kas savukārt nelabvēlīgi ietekmē pašaprūpes un ikdienas aktivitātes, kā arī darba pienākumu veikšanu.

Biežākās saslimšanas un veselības stāvokļi (pēc SSK-10), kuru gadījumā novēro locītavu kustību funkcijas traucējumus, ir:

- artropātijas (M00–M25), saistaudu sistēmiskās slimības (M30–M36);
- dorsopātijas (M40–M54), mīksto audu slimības (M60–M79);
- osteopātijas un hondropātijas (M80–M94);
- citi muskuļu, skeleta un saistaudu bojājumi (M95–M99).

Sekundārus locītavu funkciju traucējumus var novērot, ja pacientiem ir nervu sistēmas slimības (G00–G99), cerberovaskulāras slimības (I60–I69), kā arī iedzimtas nervu sistēmas kroplības (Q00–Q07) un iedzimtas balsta un kustību sistēmas kroplības un deformācijas (Q65–Q79).

Funkcijas izmeklēšana. Skartajā locītavā tiek izvērtēts aktīvais un pasīvais kustību apjoms, atzīmēti ierobežojumi, kā arī subjektīvie pacienta un izmeklētāja novērojumi, piemēram, sāpes, kustības kinematika, locītavas stabilitāte u. c. Kustību apjoms perifērajās locītavās tiek noteikts, izmantojot goniometrijas metodi [22]. Mugurkaula kustīguma izvērtēšanai var izmantot mērlenti – nosakot attālumu līdz kādam konkrētam punktam mugurkaula kustības laikā, piemēram, nosakot attālumu no roku pirkstiem līdz grīdai mugurkaula fleksijas izvērtēšanai, vai mērot attāluma izmaiņas starp noteiktiem mugurkaula skriemeļiem.

Rehabilitācija. Locītavu funkciju traucējumu mazināšanā vai novēršanā iesaistītie rehabilitācijas speciālisti:

- fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārsts veic padziļinātu pacienta izmeklēšanu un sastāda individuālo rehabilitācijas plānu, norādot terapijas mērķus, iesaistītos rehabilitācijas speciālistus un intensitāti, kas ir īpaši nozīmīgi pacientiem ar

prognozējamu ilgstošu atveseļošanās periodu vai paliekošiem funkcionēšanas traucējumiem;

- fizioterapeits locītavu funkciju uzlabošanai izmanto terapeitiskos vingrojumus, locītavu mobilizāciju un trakciju, mīksto audu tehnikas, pārvietošanās palīgierīču lietošanas apmācību, fizikālo terapiju u. c.;
- ergoterapeits ir specializējies plaukstas un pirkstu locītavu funkcijas uzlabošanā, rokas ortožu izgatavošanā, palīg līdzekļu pielāgošanā, ikdienas aktivitāšu apmācībā;
- tehniskais ortopēds – izgatavo ortozes un protēzes.

Muskuļu spēka funkcija (b730)

Kategorija ietver funkcijas, kas saistītas ar spēku, ko rada viena muskuļa vai muskuļu grupas saraušanās. Muskuļu spēka funkcijas traucējums novēro, ja ir mazo pēdas un plaukstas muskuļu vājums, muskuļu parēze un paralīze, monoplēģija, hemiplēģija, paraplēģija, kvadriplēģija un akinētiskaia mutisms. Atkarībā no skartās ķermeņa zonas personai var būt traucēta: pārvietošanās, ķermeņa pozu noturēšana un pozu maiņa, manipulācijas ar rokām, pašaprūpe, ikdienas aktivitātišu un darba pienākumu veikšana.

Biežākās saslimšanas un veselības stāvokļi (pēc SSK-10), kuru gadījumos novēro muskuļu spēka funkcijas traucējumus, ir:

- nervu sistēmas slimības (G00–G99);
- cerberovaskulāras slimības (I60–I69);
- muskuļu slimības (M60–M63);
- iedzimtas nervu sistēmas koplības (Q00–Q07).

Muskuļu spēka funkciju traucējumus var novērot arī pēc ilgstošas imobilizācijas vai gadījumos, kad pacients, visbiežāk sāpju dēļ, izvairījies veikt kādas noteiktas kustības.

Funkcijas izmeklēšana. Muskuļu spēku klīniskajā vidē visbiežāk izvērtē, veicot manuālos muskuļu spēka testus, kur muskuļa spēka novērtēšana un testa rezultātu interpretācija balstās uz muskuļa spēju kustināt ķermeņa daļu pret gravitāciju un testētāja veiktu manuālu pretestību.

Interpretē ballēs no 0 līdz 5:

- 1 – nespēj veikt kustību, bet var palpēt kontrakciju;
- 2 – spēj veikt kustību, izslēdzot gravitācijas spēka ietekmi;
- 3 – spēj veikt pilna apjoma kustību pret gravitāciju;
- 4 – spēj veikt pilna apjoma kustību, pārvarot mērenu pretestību;
- 5 – spēj veikt pilna apjoma kustību, pārvarot stipru pretestību [21].

Objektīvākai muskuļu funkciju izvērtēšanai izmanto dinamometrijas metodi.

Muskuļu funkciju traucējumu mazināšanā vai novēršanā iesaistītie rehabilitācijas speciālisti:

- fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārsts – rehabilitācijas plāna sastādīšana, īpaši nozīmīgi ir pacientiem ar prognozējamu ilgstošu atveseļošanās periodu vai palielotiem funkcionēšanas traucējumiem;
- fizioterapeits – terapeitiskie vingrojumi muskuļu spēka uzlabošanai, kinezioloģiskā teipošana, specifiskas terapijas metodes (PNF, slinga terapija u. c.), masāža, pārvietošanās palīgierīču lietošanas apmācība, fizikālā terapija (TENS, FES) u. c.;
- ergoterapeits – palīgīdzekļu pielāgošana, ikdienas aktivitāšu apmācība;
- tehniskais ortopēds – ortožu un protēžu izgatavošana.

Ķermeņa stāvokļa maiņa (d410)

Ķermeņa stāvokļa saglabāšana (d415)

Sevis pārvietošana (d420)

Šīs kategorijas ietver problēmas ar ķermeņa stāvokļa saglabāšanu, pozu maiņu, kā arī sevis pārvietošanu bez ķermeņa stāvokļa maiņas. Ja pacientam grūtības sagādā kāda ķermeņa stāvokļa saglabāšana (piemēram, stāvēšana, sēdēšana, tupēšana, stāvēšana uz ceļiem, gulēšana uz sāniem u. c.), tad novēro funkcionēšanas ierobežojumus kategorijā *d415 Ķermeņa stāvokļa saglabāšana*. Ja personai problēmas sagādā pozu maiņa (piemēram, pagriešanās uz sāniem guļot, apsēšanās no guļus vai stāvus stāvokļa, pietupšanās, piecelšanās kājās no guļus vai sēdus stāvokļa u. c.), tad traucējumi ir kategorijā *d410 Ķermeņa stāvokļa maiņa*. Savukārt, ja pacients nespēj sevi pārvietot no vienas virsmas uz otru bez ķermeņa stāvokļa maiņas (piemēram, lai pārsēstos no gultas uz riteņkrēslu), tad ir funkcionēšanas traucējumi kategorijā *d420 Sevis pārvietošana*. Dažkārt traucējumus novēro tikai vienā no minētajām kategorijām, bet biežāk funkcionēšanas ierobežojumi ietver vairākas kategorijas. Piemēram, pacients ar paraplēģiju pēc nesena muguras smadzeņu šķērsbojājuma Th12–L1 līmenī nespēs no guļus stāvokļa patstāvīgi apsēsties (traucējums kategorijā d410), nespēs stabili nosēdēt (traucējums kategorijā d415), vēl nebūs apguvis pārsēšanos no gultas uz riteņkrēslu (traucējums kategorijā d420).

Aktivitāšu (funkcionēšanas) novērtēšana

Pastāv vairākas iespējas funkcionēšanas traucējumu identificēšanai, novērtēšanai un raksturošanai:

- pacienta un / vai piederīgo intervija – pacients izstāsta savas problēmas, un speciālists, uzdodot precizējošus jautājumus, gūst priekšstatu par funkcionēšanas traucējumu raksturu un smagumu;

- pacienta novērošana – speciālists novēro, kā pacients notur ķermeņa stāvokli, kā veic ķermeņa stāvokļa maiņu. Novērošanas procesā tiek konstatēti funkcionēšanas traucējumi, izvērtēta un aprakstīta funkcionēšanas traucējumu smaguma pakāpe;
- standartizēta funkcionēšanas novērtēšana – tiek izmantotas standartizētas aptaujas un protokoli, kas apraksta funkcionēšanas traucējumu smaguma pakāpi.

Primārajā veselības aprūpē funkcionēšanas traucējumu izvērtēšanai visbiežāk tiek izmantota pacienta novērošana un intervija. Precīzākai un izmērāmākai funkcionēšanas raksturošanai tiek izmantoti arī standartizēti novērtējumi, piemēram, starptautiski plaši pielietotais Bartela indekss, kas apraksta indivīda spēju veikt mobilitātes un pašaprūpes aktivitātes. Bartela indekss kā obligāts personas funkcionēšanas novērtējums ir iekļauts arī normatīvajos regulējumos, kuros pieejams arī šī novērtējuma apraksts: MK noteikumos Nr. 578 “Noteikumi par sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanu no valsts budžeta līdzekļiem sociālās rehabilitācijas institūcijā” [6] un MK noteikumos Nr. 805 “Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību”.

Personām, kurām ir funkcionēšanas traucējumi šajās kategorijās, būs nepieciešams ilgstošs atbalsts un palīdzība. Tā kā ir paredzams ilgstošs atveseļošanās periods un rehabilitācija, tad persona sākotnēji būtu nosūtāma pie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārsta, kurš veiks padziļinātu funkcionēšanas novērtēšanu un sastādīs individuālu medicīniskās rehabilitācijas plānu (MK noteikumi Nr. 555 “Veselības pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”) [9]. FRM ārsts kopā ar pacientu un / vai piederīgajiem lems par piemērotāko rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas formu: rehabilitāciju stacionārā, rehabilitāciju dienas stacionārā, rehabilitāciju ambulatori vai rehabilitāciju personas dzīves vietā. Neatkarīgi no pakalpojuma saņemšanas formas funkcionēšanas traucējumu mazināšanā var tik iesaistīti dažādi rehabilitācijas speciālisti – parasti fizioterapeits un ergoterapeits.

Fizioterapeits veic padziļinātu pacienta izmeklēšanu, lai identificētu struktūras un funkcijas, kuras ierobežo konkrētās aktivitātes veikšanu. Pacienta izmeklēšanā fizioterapeits izmanto dažādas metodes un specifiskus testus atbilstoši Latvijā reģistrētajām fizioterapijas tehnoloģijām (MT 13-001, MT 13-003). Lai sekmīgāk plānotu intervenci, tiek veikta arī sociālās situācijas analīze, piemēram, noskaidrojot, vai pacientam ir pieejams tuvinieku atbalsts. Tiek apzināti vides faktori, kas var ietekmēt funkcionēšanas traucējumus, piemēram, ja pacienta gultas matracis ir mīksts, viņam būs daudz grūtāk patstāvīgi apsēsties un uz gultas nosēdēt.

Atbilstoši funkcionālās izmeklēšanas, vides un sociālās situācijas analīzes rezultātiem tiek izvirzīts fizioterapijas mērķis, sastādīts terapijas plāns un uzsākta terapija. Fizioterapeitiskā

ārstēšana ietver terapeitiskos vingrojumus, specifiskas terapijas metodes, masāžu, teipošanu u.c. Tā kā terapijas mērķis vienmēr būs saistīts ar konkrētu funkcionēšanas traucējumu mazināšanu, tad akcents tiek vērsts uz trūkstošās aktivitātes apmācību, piemēram, attīstot spēju patstāvīgi no guļus stāvokļa apsēsties, stabili sēdēt vai stāvēt – katrā individuālā gadījumā koncentrējoties uz to aktivitāti, kas pacientam ir visnozīmīgākā. Fizioterapeits arī ieteiks palīgierīces, kas var atvieglot kādas aktivitātes apgūšanu, piemēram, iesakot pārsēšanās dēli, lai atvieglotu pārsēšanos no gultas uz riteņkrēslu [23].

Ergoterapeits veic padziļinātu vides izvērtēšanu un sniedz rekomendācijas nepieciešamajiem vides pielāgojumiem. Ergoterapeits palīdz apgūt pašaprūpes iemaņas, kā arī iesaka palīgīdzekļus, kas atvieglo to veikšanu, piemēram, personai, kura nespēj stabili nosēdēt, būs nepieciešams īpaši pielāgots vannas krēsls, lai varētu veikt personīgo higiēnu. Līdzīgi kā fizioterapeits, ergoterapeits palīdz apgūt pozu maiņu, nepieciešamības gadījumā sniedz rekomendācijas pacienta piederīgajiem, kā droši un efektīvi veikt pacienta pārvietošanu.

Svarīgi saprast, ka funkcionēšanas traucējumu mazināšana ir aktīvs process, kas pieprasa augstu pacienta un viņa piederīgo līdzestību, aktīvu iesaisti terapeitisko uzdevumu veikšanā un speciālista sniegto rekomendāciju ievērošanu. Tādēļ gadījumos, kad pacienta kognitīvās spējas vai motivācija nav pietiekama iesaistei aktīvā rehabilitācijas procesā, funkcionēšanas traucējumu mazināšana ir ļoti apgrūtināta vai pat neiespējama [23].

Staigāšana (d450)

Šī kategorija ietver staigāšanas traucējumus. Katrā individuālā gadījumā var būt specifiskas problēmas, kas saistītas ar apgrūtinātu staigāšanu. Piemēram – grūtības staigāt vispār, grūtības noiet lielāku attālumu, staigāt pa nelīdzenu virsmu vai pārkāpt šķērslim, pārvietoties vietās, kur ir daudz cilvēku vai jāapiet šķēršļi, iet sātiski vai atmuguriski.

Staigāšanas traucējumi parasti ir saistīti ar kādas funkcijas vai struktūras bojājumu un atkarībā no cēloņa var būt īslaicīgi, ilglaicīgi, pastāvīgi vai progresējoši. Atsevišķos gadījumos staigāšanas traucējumi pāriet bez specifiskas intervences, tomēr vairumā gadījumu efektīvākai traucējumu mazināšanai būs nepieciešama rehabilitācijas tehnoloģiju izmantošana: fizioterapija, fizikālā terapija, masāža, protezēšana, ortozēšana u. c.

Turpmāk apskatīti biežākie staigāšanas traucējumu cēloņi un rehabilitācijas nepieciešamība un iespējas konkrētajos gadījumos.

Apakšējo ekstremitāšu traumas – lūzumi, sasitumi, sastiepumi, locītavu mežģījumi u. c. Staigāšanas traucējumi šajā gadījumā parasti ir pārejoši un staigāšanas aktivitāte atjaunojas, izārstējot traumas rezultātā radušos bojājumus. Lai paātrinātu audu dzīšanas procesu, mazinātu iekaisumu un tūsku, var pielietot fizikālās terapijas metodes – magneto-terapiju, ultraskaņas terapiju, lāzerterapiju u. c. Atsevišķos gadījumos var būt nepieciešama

fizioterapeita palīdzība – pielietojot terapeitiskos vingrojumus un citas fizioterapeitiskās ārstēšanas metodes, tiek atjaunots locītavu kustīgums, uzlabota locītavu stabilitāte, atjaunots gaitas stereotips.

Apakšējo ekstremitāšu locītavu artrīts. Staigāšanas traucējumi sākotnēji rodas iekaisuma izraisīto sāpju dēļ, savukārt vēlāk traucējumus var pastiprināt izmainītais locītavas kustīgums. Lai mazinātu iekaisumu, nozīmīga ir medikamentozā ārstēšana. Ar nolūku mazināt sāpes, iekaisumu un tūsku, papildus var tikt lietotas fizikālās terapijas metodes – aukstuma aplikācijas, ultraskaņa u. c. Tā kā artrīta gadījumā ir augsts locītavu kontraktūru attīstības risks, tad nozīmīga ir fizioterapeita iesaiste ārstēšanas procesā. Fizioterapeits veiks skarto locītavu mobilizāciju, mazinās mīksto audu saspringumu, parādīs terapeitiskos vingrojumus locītavu kustību apjoma un muskuļu spēka saglabāšanai, kā arī sniegs ieteikumus locītavu atslodzei, piemēram, iesakot kādu laiku staigāt, atbalstoties uz spieķa. Īpaša palīdzība nepieciešama gadījumos, ja personai ir liekais svars. Šajā gadījumā uztura speciālists varētu sniegt diētas rekomendācijas, savukārt fizioterapeits palīdzēs atrast un pielāgot fiziskas aktivitātes, kuras pacients var veikt. Svāra korekcija ir nozīmīgs solis apakšējo ekstremitāšu noslodzes mazināšanai un līdz ar to arī staigāšanas atvieglošanai [15].

Muguras sāpes. Izteiktāki staigāšanas traucējumi ir personām ar muguras jostas daļas sāpēm. Iemesli muguras sāpēm var būt dažādi, tās var būt akūtas vai hroniskas, līdz ar to atšķirsies arī ārstēšana. Akūtu sāpju gadījumā personai būs grūti pārvietoties pat īsus attālumus, vairumā gadījumu būs nepieciešama medikamentozā ārstēšana un aktivitāšu ierobežošana. Lai paātrinātu atlabšanu, kā arī veiktu pasākumus, kas novērsu vai mazinātu atkārtotas sāpju epizodes, nozīmīgi ir rehabilitācijas pasākumi. Mīksto audu relaksācijai un sāpju mazināšanai ir ieteicamas relaksācijas pozas, fizikālās medicīnas metodes (TENS, magnetoterapija u. c.), mīksto audu mobilizācija, kuru var veikt masieris vai fizioterapeits. Fizioterapeits arī izglītos pacientu par ergonomikas jautājumiem, kas jāievēro gan sāpju mazināšanai, gan turpmāk, lai sāpju epizodes neatkārtotos, kā arī apmācīs vingrojumus sāpju mazināšanai un muskuļu nostiprināšanai, lai pacients ātrāk spētu veikt ikdienā ierastās aktivitātes.

Hronisku muguras sāpju mazināšanai bez jau pieminētajām terapijas metodēm nozīmīgs ir arī psihoemocionālais atbalsts, tādēļ var būt nepieciešama klīniskā psihologa vai psihiatra palīdzība (sk. klīniskās vadlīnijas “Muguras lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē”).

Neiromuskulāras saslimšanas – insults, cerebrālā trieka, perifērās neiropatijas, multiplā skleroze, Parkinsona slimība, muskuļu distrofijas un miopātijas, miastēnijas u. c. Šīs saslimšanas izraisa izmaiņas vai bojājumi galvas vai muguras smadzenēs, kā arī perifērajos nervos vai muskuļšķiedrās, tādējādi ietekmējot muskuļu darbību. Šajos gadījumos staigāšanas grūtības būs saistītas gan ar līdzsvara un koordinācijas traucējumiem, gan izmainītu muskuļu

tonusu un samazinātu muskuļu spēku [14]. Vairumā gadījumu neiromuskulārās sasilšanas ir ar hronisku gaitu, daļā gadījumā izveseļošanās nav sagaidāma. Līdz ar to staigāšanas aktivitātes uzlabošanai vai uzturēšanai būs nepieciešama regulāra rehabilitācija. Tādēļ nozīmīga ir fizikālās medicīnas ārsta iesaiste – viņš, izvērtējot pacientu, sastādīs individuālo medicīniskās rehabilitācijas plānu, kura realizācijā tiks piesaistīti dažādi rehabilitācijas speciālisti. Fizioterapeits tiks iesaistīts gandrīz visos gadījumos. Padziļināti izmeklējot pacientu un identificējot galvenos staigāšanu apgrūtinājošos mehānismus, fizioterapeitiskā intervence tiks vērsta uz muskuļu spēka uzturēšanu vai uzlabošanu, kustību apjoma uzlabošanu apakšējās ekstremitātes locītavās, līdzsvara un koordinācijas uzlabošanu, gaitas treniņu. Nervu un muskuļu darbības stimulēšanai var tikt pielietota elektroterapija – FES (funkcionālā elektrostimulācija), TEMS (transkutānā elektriskā muskuļu stimulācija) [17; 23]. Gadījumā, ja pacientam staigāšanas aktivitātes uzlabošanai būs nepieciešamas apakšējo ekstremitāšu ortozes, pacients tiks nosūtīts pie tehniskā ortopēda.

Staigāšanas grūtības senioriem. Cilvēkam novecojot, pakāpeniski samazinās muskuļu masa, pasliktinās propriocepēcija, kas ir galvenie iemesli, kādēļ pasliktinās līdzsvars un tiek apgrūtināta staigāšana. Nereti staigāšanu vēl vairāk apgrūtina citas veselības problēmas – locītavu sasilšanas, hroniskas sirds un asinsvadu sasilšanas, adipozitāte, demence u. c. Aptuveni 10% senioru vecumā no 60 līdz 69 gadiem ir gaitas un līdzsvara traucējumi, bet vecumā pēc 80 gadiem šos traucējumus novēro pat 60% gadījumu [13]. Senioriem staigāšanas grūtības nereti ir saistītas ar paaugstinātu kritienu risku, kas var izraisīt paliekošu funkcionēšanas pasliktināšanos vai pat nāvi [24]. Tādēļ senioru vecumā īpaša vērība jāpievērš staigāšanas drošumam. Lai to novērtētu un izvērtētu krišanas risku, senioriem klīniski vienkārši pielietojams ir “Piecelšanās un iešanas tests” (*Timed Up and Go Test*): testa uzdevums ir bez roku atbalsta piecelties no krēsla, aiziet līdz 3 m attālumā novietotai atzīmei, apgriezties un atgriezties atpakaļ, apsēžoties uz krēsla. Tiek fiksēts laiks no piecelšanās līdz apsēšanās brīdim. Ja uzdevums tiek veikts ilgāk nekā 13 sekundēs, ir norāde uz paaugstinātu krišanas risku (<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/timed-and-go>). Pētījumi apliecina fizisko un kognitīvo aktivitāšu pozitīvo ietekmi uz līdzsvara uzlabošanu un kritienu risku mazināšanu senioriem, tādēļ nozīmīga ir fizioterapeitiskā un ergoterapeitiskā intervence, kas vērsta uz šo aktivitāšu uzlabošanu [31].

Pārvietošanās (d455)

Šī kategorija iekļauj traucējumus tādos pārvietošanās veidos kā skriešana, lēkšana, kāpšana, peldēšana, līšana un rāpošana. Funkcionāli nozīmīga ir kāpšana – ja ir traucējumi šajā aktivitātē, tad personai būs grūtības kāpt pa kāpnēm, pārvietoties vietās, kur nepieciešams uzkāpt un nokāpt (piemēram, šķērsojot ielu) vai iekāpt transporta līdzeklī. Individuāli nozīmīgi

traucējumi var būt saistīti ar nespēju skriet vai peldēt. Bērnu vecumā nozīmīgi ir arī tādu pārvietošanās veidu kā līšana, rāpošana vai lēkāšana traucējumi, kas pieaugušā vecumā reti ir nozīmīgs funkcionēšanas ierobežojums. Tādēļ katrā konkrētā gadījumā, novērojot un aptaujājot pacientu, ir svarīgi noskaidrot, cik nozīmīgs ir konkrētais pārvietošanās traucējums un cik svarīgi personai ir to uzlabot.

Pārvietošanās traucējumu mazināšana ir iespējama ar fizioterapijas metodēm. Fizioterapeitiskā intervence tiek vērsta uz to funkciju traucējumiem, kas ierobežo konkrētās aktivitātes veikšanu (piemēram, mazinot sāpes, uzlabojot kustību apjomu, muskuļu spēku, līdzsvaru u. c.), kā arī trenējot konkrēto aktivitāti vai meklējot alternatīvus veidus tās veikšanai, piemēram, pielāgojot palīglīdzekļus.

Pārvietošanās, izmantojot aprīkojumu (d465)

Šī kategorija iekļauj pārvietošanos, izmantojot palīgierīces, kas paredzētas, lai atvieglotu pārvietošanos (tādas kā spieķis, kruķi, staigāšanas rāmis u. c.) vai radītu citas pārvietošanās iespējas (piemēram, riteņkrēsls, slidas, slēpes u. c.). Tātad, ja personai ir traucēta staigāšana, tad to iespējams uzlabot, izmantojot palīgierīces vai arī meklējot alternatīvus pārvietošanās veidus. Dažkārt pārvietošanās ar aprīkojumu ir nepieciešama īslaicīgi, piemēram, pēc apakšējo ekstremitāšu traumas staigāšana rada sāpes vai nav atļauta kājas slogošana – pārvietošanās būs iespējama, izmantojot kruķus. Citos gadījumos pārvietošanās aprīkojums būs jāizmanto ilgstoši vai pat pastāvīgi, piemēram, personai pēc muguras smadzeņu šķērsbojājuma pārvietošanās būs iespējama, tikai izmantojot riteņkrēslu, vai senioram ar augstu krišanas risku staigāšanas laikā būs jāizmanto spieķis.

Pārvietošanās uzlabošanai parasti tiek izmantoti spieķi, elkoņu un padušu kruķi, kvadripodi vai tripodi, staigāšanas rāmji vai rollatori, manuāli vai elektriski vadāmie riteņkrēslī. Pārvietošanās aprīkojums pieder pie tehniskajiem palīglīdzekļiem un persona to var iegādāties par personīgajiem līdzekļiem vai arī to piešķir par valsts finansējuma līdzekļiem atbilstoši MK noteikumos Nr. 1474 "Tehnisko palīglīdzekļu noteikumi" [8] noteiktajai kārtībai.

Atbilstoša kompetence, lai izvērtētu iepriekš minētos faktorus un lemtu par piemērotāko pārvietošanās aprīkojumu, ir rehabilitācijas speciālistiem – fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārstiem, ergoterapeitiem un fizioterapeitiem. Svarīgi uzsvērt, ka jebkura aprīkojuma lietošanai ir nepieciešama atbilstoša apmācība – personai ir jāapgūst, kā droši pārvietoties ar aprīkojumu pa līdzenu un nelīdzenu virsmu, kā pārvarēt šķēršļus un kāpnis, u. tml. [17].

3. PSIHOLÓGISKO UN EMOCIONĀLO FUNKCIJU TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ

Psihológiskās un emocionālās funkcijas (b152)

Emocionālās funkcijas ir īpašas garīgās funkcijas, kas saistītas ar sajūtu un prāta procesu afektīvajiem komponentiem.

Tās ir:

- emociju atbilstība;
- emociju regulācija;
- emociju diapazons – skumjas, laime, mīlestība, bailes, dusmas, naidis, spriedze, trauksme, prieks, bēdas;
- emociju labilitāte;
- afekta blāvums.

Šeit neietilpst temperamenta un personības funkcijas (b126), kā arī enerģijas un dziņu funkcijas (b130).

Nav vienas teorijas, kas apraksta emocijas. Pēdējā desmitgadē, arvien vairāk pētot emociju nozīmi saistībā ar veselību un slimību, palielinās izpratne par to nozīmi atveseļošanās procesā, tai skaitā rehabilitācijā.

Mūsdienās emocijas apraksta kā konsekventas fizioloģiskas, neiroloģiskas, uzvedības un verbālas reakcijas uz iekšējiem vai ārējiem notikumiem, kuriem ir īpaša nozīme cilvēka dzīvē. Emociju uzdevums ir palīdzēt cilvēkam adaptēties situācijai, apkārtējai pasaulei un notikumiem. Emocijām piemīt adaptācijas, informatīvā, motivācijas, enerģizējoša, novērtējoša un komunikatīva funkcija [4].

Adaptācijas funkcija palīdz noteiktā situācijā izvēlēties uzvedības stratēģiju. Piemēram, saslimstot vai pēc traumas pacients ar labu spēju adaptēties izrādīs interesi par atveseļošanās stratēģijām un būs līdzestīgs, savukārt bailes par neveselīga dzīvesveida sekām liks pacientam ieviest jaunus, veselīgākus paradumus ikdienā. Ja šī funkcija ir traucēta, pacients pat pēc akūtās, šoka fāzes dzīvos, noliedzot slimības vai seku esamību.

Informatīvā emociju funkcija ietekmē to, kā uztveram pasauli mums apkārt. Nomāktā garastāvoklī, izjūtot skumjas, daudz vairāk tiek sadzirdēta negatīva informācija, tostarp, piemēram, par saslimšanas prognozi, taču priecīgā noskaņojumā pat sarežģīti notikumi tiek uztverti vieglāk. Nozīme ir arī pacienta personības iezīmēm. Depresijas, kā arī citu psihisko traucējumu gadījumā var būt traucēta spēja adekvāti uztvert informāciju.

Emocijām ir arī **motivācijas funkcija** – vēlme atveseļoties motivē pacientu pievērsties veselīgākam dzīvesveidam, meklēt internetā informāciju par atbalsta un atveseļošanās iespējām. Ja šī funkcija ir traucēta, pacients var būt inerts, apātisks, pat nespēt ievērot elementāras ārsta rekomendācijas. Amotivācijas sindroms raksturīgs arī pacientiem, kuriem ir atkarība – marihuānas smēķētājiem.

Dusmas var dot enerģiju – sevi aizstāvēt, iesaistīties, piemēram, pacientu atbalsta biedrībā, vai citkārt tiesāties par pacienta tiesību ievērošanu. Savukārt skumjas var atņemt enerģiju pat ikdienas aktivitātēm. Tā ir emociju **enerģizējošā funkcija**, kuras traucējumu gadījumā pacients ilgstoši nevar, piemēram, pierakstīties pie speciālista, iegādāties medikamentus utt.

Emociju **novērtējošā funkcija** ļauj saprast notikuma svarīgumu dzīvē – skumju intensitāte ļauj novērtēt zaudētā nozīmīgumu, piemēram, zaudētas darbaspējas, bet prieks atveseļojoties un tās atgūstot ir atbilstošs ieguldītajam darbam un gaidītajam rezultātam. Pacients, kuram šī emociju funkcija ir traucēta, var samazināt notikušā nozīmību, būt nekritisks – piemēram, pēc nopietnas traumas apgalvot, ka tas nav nekas svarīgs, vai arī pārvērtēt notikušo, pieprasot daudz nopietnus papildu izmeklējumus vīrusu infekcijas sākuma stadijā.

Visbeidzot, emocijām ir arī **komunikācijas funkcija** – saskarsmē atpazīt sarunas biedra emocijas, veiksmīgi veidot saskarsmi. Šo funkciju traucējumu gadījumā, iespējams, sastapsimies ar konfliktējošu pacientu, kurš nespēj sadarboties ar speciālistiem, un, pat nomainot speciālistu, agri vai vēlu radīsies problēmas.

Lai arī sākotnēji emocionālo funkciju traucējumi var šķist nenozīmīgi un tikt novērtēti pat kā pacienta slinkums, “slikts raksturs” utt., svarīgi tiem nopietni pievērst uzmanību un izmantot rehabilitācijas iespējas. Sertificēts klīniskais un veselības psihologs, izmantojot psiholoģiskās izpētes metodes, var sniegt atzinumu par pacienta personības funkcionēšanu – gan kognitīvo, gan emocionālo sfēru, kā arī sniegt rekomendācijas. Emocionālās sfēras traucējumu gadījumā psihologs sastāda konsultēšanas plānu, kopā ar pacientu izvirzot konsultēšanas mērķi. Rehabilitācijas procesā psihologa konsultācijas ir atbalsts atveseļošanās procesā. Bieži veselības un klīniskais psihologs veic arī psihoizglītošanu.

Emocijas ietekmē arī veselības aprūpes personāla saskarsmi ar pacientu. Jāatceras, ka negatīvas emocijas parasti rodas, ja informācija ir negatīva vai nav pietiekama, pozitīvās emocijas – ja informācijas pietiek vai arī tā izrādās labāka par sagaidāmo.

Veselības aprūpē, pacientam saņemot nepietiekamu vai negatīvu informāciju par saslimšanas prognozi, dusmas, skumjas un trauksme bieži var provocēt negatīvas emocijas arī pret personālu. Saņemot labas ziņas par atkārtota izmeklējuma rezultātiem, pacients izjutīs

atvieglotumu un prieku, tas nomainīs trauksmi, kas bijusi, gaidot rezultātu. Jāņem vērā, ka pacientam, esot emociju varā, var būt grūtības adekvāti uztvert informāciju un plānot rīcību.

Grūtības emociju regulācijā, nespēja tikt galā ar negatīvajām emocijām tiek uzskatīta par vienu no galvenajiem mehānismiem, kas skaidro saistību starp stresu un veselību [5].

Daudzu saslimšanu gadījumā emociju funkcijas tiek traucētas ne tikai akūtajā periodā. Tāpēc, izvērtējot nepieciešamību pacientam doties uz rehabilitāciju, nozīme ir emocionālo funkciju novērtēšanai. Piemēram, pēc jebkuras nopietnas traumas vai akūtas saslimšanas pacientam var rasties depresīvi simptomi.

Šizofrēnijas gadījumā novēro afekta blāvumu, organisku traucējumu gadījumā emocijas ir labilas.

Pētnieki ir secinājuši, ka pēc išēmiskā insulta bieži sastopama traucēta emociju atpazīšana, kas negatīvi ietekmē sociālo mijiedarbību [27].

Lai novērtētu pacienta emocionālo stāvokli, sākotnēji tiek veikta **intervija**. Veselības aprūpes speciālista uzdevums ir būt labam klausītājam un novērotājam – tas palīdz novērtēt pacienta iespējamās grūtības.

Noderīgi ir **atvērtie jautājumi**, kas palīdz pacientam paust viedokli par situāciju un speciālistam novērtēt emociju izpausmes, to atbilstību situācijai:

- Kā Jūs jūtaties?
- Kā Jūs raksturotu savu garastāvokli dienas laikā?
- Kas Jūs satrauc?
- Kādas pārmaiņas izjūtat savā noskaņojumā?

Jāpievērš uzmanība pacienta attieksmei pret slimību, jo daudzu saslimšanu pēcakūtajā periodā var pastāvēt noliegums – uz jautājumu, kā pacients jūtas, atbilde var būt “labi” un, tikai izjautājot sīkāk, atklājas izjūtu nianšes, kas liek domāt par emocionālo funkciju traucējumiem.

Intervija ar pacientu var palīdzēt iegūt informāciju par viņa emocionālo funkcionēšanu ikdienā, tomēr jāņem vērā, ka ne vienmēr pats pacients spēj to objektīvi novērtēt. Noderīga būs arī aprūpētāju un tuvinieku informācija par novēroto. Pastāvot aizdomām par izmainītu, neadaptīvu, neatbilstošu emocionālo stāvokli, pacientu var nosūtīt pie psihologa, kas ar psiholoģiskās izpētes metodēm (psihodiagnostikas testiem) novērtēs pacienta emocionālo stāvokli un nepieciešamības gadījumā ieteiks psihologa, psihiatra vai psihoterapeita konsultāciju, kā arī turpmāko palīdzību.

Stresa pārvarēšana un citas psiholoģiskās vajadzības (d240)

Tiek vērtēta spēja izmantot vienkāršas vai sarežģītas un savstarpēji saistītas darbības, lai pārvaldītu un kontrolētu psiholoģiskās vajadzības, lai veiktu uzdevumus, kuros ir augstas

prasības un atbildība, vajadzība sadalīt uzmanību, vai krīzēs, vai situācijās, kas rada stresu, piemēram, transportlīdzekļa vadīšana intensīvas satiksmes laikā vai daudzu bērnu aprūpe.

Galvenie kritēriji:

- spēja uzņemties atbildību;
- pārvaldīt stresu un krīzes situāciju.

Stress ir organisma atbildes reakciju virkne uz spēcīga kairinātāja (stresora) iedarbību [5]. Stress var būt gan patīkams (eistress), gan nepatīkams (distress). Patīkamu stresu rada, piemēram, liels prieks. Nepatīkams stress jeb distress nozīmē bēdas, ciešanas, briesmas.

Pastāv vairākas teorijas par akūta un hroniska stresa reakcijām, skaidrojot tās gan no fizioloģiskās teorijas viedokļa, gan izvirzot priekšplānā psiholoģiskos faktoros. Nozīmīga ietekme ir arī videi. Stresa reakciju nosaka nevis situācija, bet tas, kā cilvēks šo situāciju uztver un prot vadīt emocijas. Pavērojot cilvēku reakcijas, piemēram, ārsta pieņemšanas uzgaidāmajā telpā, redzams, ka situācija visiem ir viena, bet stresa līmenis un spēja vadīt stresu ir dažāda. Kāds daudz runā, mazinot trauksmi, cits vēlas klusumu, vēl kādam rokās ir tālrunis, iespējams, gaidot savu kārtu, kāds dosies smēķēt. Atšķirīgas reakcijas vērojamas arī nopietnās situācijās, kas skar slimību / veselību.

Nopietna saslimšana vai trauma ir stresori, tādēļ nepieciešama adaptācija jauniem apstākļiem gan fiziski, gan psiholoģiski. Sadarbojoties ar pacientu, visticamāk, būs vērojamas gan akūtas, gan hroniskas stresa reakcijas un arī posttraumatiskā stresa reakcija. Piemēram, ir pētnieki, kuri, pārskatot literatūru, ir secinājuši, ka pacientiem ar apdeguma traumām posttraumatiskais stress sastopams 31–45,2% gadījumu [21].

Stresam ir nozīmīga ietekme daudzu saslimšanu etioloģijā, piemēram, tā ietekme ir pierādīta sirds un asinsvadu sistēmas slimību izcelsmē, imūnsistēmas darbības traucējumu gadījumos [5], tomēr daudzi indivīdi pat nelabvēlīgā situācijā spēj saglabāt fizisko un psihisko veselību. Tas skaidrojams ar cilvēka dzīvesspēku (*resilience*).

Vienā no populārākajām stresa teorijām Hanss Seljē (*H. Selye*) stresu apraksta kā adaptācijas sindromu, kurā ir vairākas stadijas – trauksmes stadija, rezistences stadija un izsīkuma stadija. Veselības aprūpē pacients stresa reakcijas dēļ var būt jebkurā no šīm stadijām. Spēju pārvarēt un tolerēt stresu var novērtēt sarunā ar pacientu, aicinot viņu pastāstīt par situācijām, kurās izjūt satraukumu, un savu uzvedību šajās situācijās.

Ieteicamie jautājumi:

- Kas Jūs pēdējā laikā satrauc?
- Kā Jūs pārvarat satraukumu?
- Kā Jūs rīkojaties, kad esat satraukts?

- Kā Jūs vērtētu savu stresu pēdējo divu nedēļu (dienu) laikā skalā no 0 līdz 10?
- Kā Jūs vērtētu savu spēju pārvarēt stresu? (skalā no 0 līdz 10)?

Spēju tolerēt stresu var novērtēt arī saistībā ar pacienta saslimšanu. Viena no šādām stratēģijām būs pacienta līdzestība. Ja pacients apraksta uz problēmu orientētu stresa pārvarēšanas stratēģiju – aktīvi līdzdarbojas, lieto nozīmētos medikamentus, piesakās uz ārsta nozīmētajiem izmeklējumiem, meklē informāciju par savu saslimšanu, ievēro režīmu, veselīgu dzīvesveidu, adaptācijas spējas situācijai saistībā ar saslimšanu vērtējamās pozitīvi. Kā destruktīvus stresa pārvarēšanas veidus var minēt noliegumu, alkohola lietošanu stresa situācijās, intensīvu smēķēšanu, medikamentu lietošanu bez ārsta nozīmējuma. Tas norāda uz pacienta nepietiekamu spēju vadīt stresa situāciju konstruktīvi. Par konstruktīvu var atzīt arī emocionāli orientētu stresa vadīšanas stratēģiju – pacients meklē atbalsta grupas, aktīvi izmanto sociālos resursus – atbalsta personas, kā arī praktizē, piemēram, relaksācijas tehnikas.

Lai diagnosticētu traucējumus, kas saistīti ar stresa pārvarēšanu, pacientu ieteicams nosūtīt pie psihologa, kurš ar psihodiagnostikas metodēm nosaka pacienta stresa, trauksmes līmeni un adaptācijas mehānismus, kā arī sniedz ieteikumus situācijas risināšanai.

Interpersonāla pamatmijiedarbība (d710)

Interpersonāla pamatmijiedarbība ir mijiedarbība ar cilvēkiem sociāli piemērotā veidā atbilstoši kontekstam, piemēram, parādot uzmanību un cieņu vai reaģējot uz citu jūtām.

Galvenie kritēriji vērtēšanai:

- cieņas, siltuma, atzinības un iecietības izrādīšana attiecībās;
- reaģēšana uz kritiku un sociālo prasmju izmantošana attiecībās;
- spēja izmantot atbilstošu fizisko kontaktu.

Grūti iedomāties situāciju, kurā cilvēks spētu ilgstoši eksistēt bez mijiedarbības ar citiem cilvēkiem. No tā, kādas ir cilvēka prasmes būt saskarsmē, ir atkarīga viņa spēja kvalitatīvi dzīvot sabiedrībā, adaptēties situācijai personīgajā un profesionālajā vidē.

Mijiedarbības pieredzi katrs apgūst vispirms jau ģimenē, sākotnējā mijiedarbībā ar māti vai aprūpētāju, vēlāk bērnudārzā un skolā, un pieaugot realizē savās attiecībās ar tuviem cilvēkiem. Spēja mijiedarboties atbilstoši situācijas kontekstam ir gan audzināšanas un pieredzes, gan arī smadzeņu spoguļneironu darbības rezultāts. Spoguļneironu sistēma ir pamatā mūsu spējai būt empātiskiem, saskarsmē atbildēt uz stimuliem. Kad mēs uztveram citus, kas pauž noteiktas emocijas, piemēram, riebumu, mūsu smadzenēs tiek aktivizētas tās pašas smadzeņu zonas kā tad, kad subjektīvi piedzīvojam šīs emocijas paši.

Spēja veidot ciešas un draudzīgas attiecības ar citiem cilvēkiem ir viens no priekšnoteikumiem, lai indivīds justos laimīgs, turpretī pilnvērtīgu draudzības saišu trūkums sekmē

vientulības izjūtu, un tā savukārt ir saistīta ar bezcerību, bezpalīdzību, bezspēcību un atsvešinātību [4].

Interpersonālajā mijiedarbībā saskarsmes rezultātā var būt traucēta gan spēja būt empātiskam, gan spēja izprast situāciju un izmantot sociālās prasmes.

Pamata interpersonālās mijiedarbības traucējumus speciālists var novērot jau saskarsmē ar veselības aprūpes personālu, novērtējot:

- spēju ievērot robežas;
- uzvedību atbilstoši situācijai;
- cieņu pret sevi un citiem;
- spēju konstruktīvi uztvert cieņpilni izteiktu kritiku par rekomendāciju neievērošanu;
- spēju pieņemt ieteikumus par veselības uzvedību.

Piemēram, pacients, kurš vairākkārt pierakstījies pie speciālista un nav ieradies, bet regulāri pēc ārsta darba laika vēlas saņemt ieteikumus vai atbildes uz jautājumiem, zvanot ārstam vai sūtot īsziņas, nepārprotami ir ar interpersonālās mijiedarbības traucējumiem. Centieni iekļūt ārsta kabinetā ārpus rindas, konfliktu izraisīšana saskarsmē norāda uz nepietiekamām sociālajām prasmēm, nepietiekamu empātiju.

Veselības aprūpes speciālistam, intervējot pacientu, ieteicams pajautāt par viņa ikdienas saskarsmi ar citiem cilvēkiem – tuviniekiem, draugiem, kolēģiem.

- Kā Jums veicas darbā?
- Kā Jūs raksturotu attiecības ar draugiem pēc saskarsmes (ārstēšanās stacionārā, traumas)?
- Kā Jūs jūtaties ikdienā ar tuviniekiem?
- Kā esat adaptējies jaunajai situācijai, vai jūtat atbalstu no tuviniekiem (draugiem, kolēģiem)?
- Kas (kurš no Jūsu tuviniekiem) ir Jūsu atbalsts ikdienā?

Jāpievērš uzmanība emocionālai attieksmei, runājot par citiem, kā arī, ja pacients apraksta vēlmi izolēties, izsaka izteikti negatīvus spriedumus par līdzcilvēkiem, vilšanos. Interpersonālo mijiedarbību ietekmē arī emocionālo funkciju traucējumi.

Intīmās attiecības (d770)

Tiek vērtēta spēja veidot un uzturēt ciešas vai romantiskas attiecības starp indivīdiem, piemēram, vīru un sievu, mīļotajiem vai seksuālajiem partneriem.

Kritēriji: romantiskas, laulātā vai seksuālās attiecības.

Tēma par intimitāti ārsta un pacienta sarunās iespējama tikai tad, ja pacients uzticas ārstam un jūtas brīvi runāt par jebkuru jautājumu. Tieši tāpat no ārsta puses – spēja uzklaut un sadzirdēt intimitātes problēmas ir iespējams tad, ja ārsts ir gatavs brīvi runāt par šīm tēmām.

Lai izprastu, kā norit pacienta intīmā dzīve, kā to ietekmē saslimšana, svarīgi ir uzmanīgi klausīties stāstījumā par ikdienas saskarsmi ģimenē un attiecībās un izmaiņām tajā pēc saslimšanas. Nereti pacienti ieminas, ka attiecības ar partneri ir mainījušās, pauž bažas par to, kā laulātais uztver saslimšanas vai traumas dēļ radušos ierobežojumus, tai skaitā seksuālajā dzīvē. Īpaša uzmanība pievēršama izteicieniem – “Kam es tāds / tāda esmu vajadzīgs(-a)!” , “Kogān es vairs varu sagaidīt no attiecībām, esmu jau “norakstīts(-ta)”.

Tādu negatīvu domu rezultātā intimitātes problēmas var pastiprināties – pastāvot negatīvām domām, cilvēks sāk izvairīties no tuvības, savukārt partneris, iespējams, to nesaprot, distancējas, un tas apstiprina pacienta bažas par izmaiņām attiecībās. Veidojas apburtais loks. Iespēja risināt intimitātes problēmas ir tikai tad, ja laulāto / partneru attiecības arī pirms traumas vai saslimšanas ir bijušas tuvas un jebkuras, ne tikai intimitātes problēmas, ir bijis iespējams pārrunāt. Pastāv trāpīgs izteiciens, ka mūsu galvenais seksuālais orgāns atrodas nevis starp kājām, bet starp ausīm. Tas, ko domājam un jūtam, vairāk ietekmē intīmo dzīvi nekā fiziskās sajūtas. Veselīgās attiecībās pastāv mijiedarbība starp partneriem, bieži – savstarpēji papildinoša, tāpat pastāv spēja adaptēties pārmaiņām. Savukārt, lai veidotu veselīgas attiecības, svarīga ir bērnības pieredze. Pētījumi apstiprina, ka agrīnā piesaiste mātei (aprūpētājam) nosaka to, cik tuvi un droši cilvēks jūtas romantiskajās attiecībās pieaugušā vecumā. Ir izteikts pieņēmums, ka tā pati motivācijas sistēma, kas rada ciešu emocionālu saikni starp vecākiem un viņu bērniem, ir atbildīga par saikni, kas veidojas starp pieaugušajiem emocionāli tuvās attiecībās [16]. Tas nozīmē, ka fiziska saslimšana vai trauma var būt pārbaudījums intimitātei situācijās, kad bērnības un pieaugušā attiecībās bijuši traucējumi. Šādā gadījumā vislabāk palīdzēs individuāla psihoterapija. Ģimenes ārsts vai speciālists var veikt psihoizglītojošu funkciju un motivēt psihoterapeita apmeklējumam, kā arī nepieciešamības gadījumā vizītei pie seksopatologa.

4. DAŽĀDU VESELĪBAS STĀVOKĻU IZRAISĪTU AKTIVITĀŠU IEROBEŽOJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ

Sāpju sajūta (b280)

Sāpju sajūta tiek raksturota kā nepatīkamu sajūtu uztvere, kas norāda uz iespējamu vai faktisku kādas ķermeņa struktūras bojājumu, un tā ietver:

- vispārēju vai lokalizētu sāpju sajūtu (b2800);
- sāpju sajūtu vienā vai vairākās ķermeņa daļās (b2801);
- sāpes dermatomā (b2803);
- izstarojošas sāpes kādā segmentā vai apvidū (b2804).

Sāpes var raksturot kā durošu, dedzinošu, trulu, smeldzošu sāpju sajūtu, kā arī tādus neveselības veidus kā mialģija, analģēzija un hiperalģēzija.

Vispārējas sāpes saistās ar nepatīkamu sajūtu uztveri, kas liecina par iespējamu vai faktisku kādas ķermeņa struktūras bojājumu, kas ir jūtama visā ķermenī.

Sāpes kādā ķermeņa daļā var raksturot kā nepatīkamu sajūtu uztveri, kas norāda uz iespējamu vai faktisku kādas ķermeņa struktūras bojājumu un jūtama noteiktā ķermeņa daļā – sāpes galvā un kaklā, krūškurvī, kuņģī vai vēderā, iegurņa apvidū, mugurā, visā rumpī, muguras lejasdaļā, augšējās ekstremitātēs, tostarp plaukstās, apakšējās ekstremitātēs, arī pēdās, sāpes mazās un lielās, tostarp pleca un gūžas, locītavās, sāpes vairākās ķermeņa daļās.

Izstarojošas sāpes dermatomā norāda uz iespējamu vai faktisku kādas ķermeņa struktūras bojājumu, kas atrodas ādas apvidū, ko intervē viena un tā pati nervu saknīte.

Izstarojošas sāpes segmentā vai noteiktā apvidū norāda uz iespējamu vai faktisku kādas ķermeņa struktūras bojājumu, kas atrodas ādas apvidos dažādās ķermeņa daļās un ko intervē viena un tā pati nervu saknīte.

Vispārējās prakses ietvaros visplašāk lietojamais instruments to novērtēšanai ir Vizuālā analogā skala (VAS).

Miega funkcijas (b134)

Ar šo kategoriju tiek aprakstītas cilvēka vispārīgās garīgās funkcijas, kas atbild par periodisku, atgriezenisku un selektīvu fizisku vai garīgu atslēgšanos no indivīda tiešās vides, ko pavada miegam raksturīgas fizioloģiskas pārmaiņas organismā. To raksturo miega daudzums (b1340), iemigšana (b1341) – pāreja starp nomoda stāvokli un miegu, miega uzturēšana (b1342) – funkcija, kas saglabā miega stāvokli, un miega kvalitāte (b1343), kas noved pie optimālas fiziskas un garīgas atpūtas un atslābināšanās. No miega funkcijas izriet arī tādi miega traucējumu jēdzieni kā bezmiegs, hipersomnija, narkolepsija – īslaicīgas pēkšņas

iemigšanas lēkmes un parasomnija. Miega traucējumus var izraisīt miega apnoja un laika joslu maiņas sindroms.

Miega raksturošanai izmanto arī miega ciklu (b1344), kas ietver ātro acs kustību miega fāzi (*REM, rapid eyemovement*) saistībā ar sapņiem un miega fāzi bez ātrām acs kustībām (*NREM, non-REM*), kas ir tradicionālais priekšstats par miegu, ko raksturo pazeminātas fizioloģiskas un psihiskas aktivitātes laiks).

Miega novērtēšanai primārajā aprūpē var izmantot esošo medicīnisko dokumentāciju, to papildinot ar interviju ar pacientu, piemēram, ieviešot *miega dienasgrāmatu* un izmantojot speciālas *miega pašnovērtējuma anketas*. Pēc nepieciešamības pacientus var nosūtīt konsultācijai pie neirologa, psihiatra vai psihologa, kā arī pacientu izmeklēt Miega laboratorijā, nosakot elpošanas traucējumus miegā, arī miega apnojas novērtēšanai un sakarā ar citiem traucējumiem, ieskaitot miega paradumu novērtēšanu.

Miega traucējumu rehabilitācijā liela nozīme ir abiem galvenajiem rehabilitācijas stratēģiskajiem virzieniem – kā ārstējošajam, tā rehabilitējošajam, kur pēdējā lielu darba daļu var veikt psihologi, piemēram, bezmiega gadījumā izmantojot kognitīvi biheiviorālo terapiju u. tml., kā arī dažādu profesiju funkcionālajiem speciālistiem veicot apmācību miega higiēnas pasākumu ievērošanā.

Energijas un dziņu funkcijas (b130)

Energijas un dziņu funkcijas ietilpst SFK Vispārīgās fizioloģisku un psiholoģisku mehānismu garīgo funkciju kategoriju sadaļā, kas liek indivīdam neatlaidīgi virzīties uz vispārīgu dzīves mērķu sasniegšanu un noteiktu individuālu vajadzību apmierināšanu.

Šī kategorija ietver garīgas funkcijas raksturojošas kategorijas, piemēram:

- enerģijas līmeni (b1300), kas atbild par spēku un izturību;
- motivāciju (b1301), kas atbild par pamudinājumu darboties un apzinātu vai neapzinātu dziņu darboties;
- apetīti (b1302), kas atbild par dabīgām tieksmēm un vēlmēm, sevišķi par dabīgām un atkārtotām vēlmēm pēc ēdiena un dzēriena;
- kāri (b1303), kas mudina nekavējoties patērēt kādas vielas, iekļaujot arī vielas, kam iespējama ļaundabīga iedarbība;
- impulsu kontroli (b1304), kas regulē un pretojas pēkšņām intensīvām vēlmēm kaut ko darīt.

No klīniskā aspekta enerģijas un dziņu funkcijas nosaka tādu klīniski svarīgu aspektu kā indivīda kognitīvās funkcijas iegūtu – galvas traumas, insulta, dažādu hipoksisku smadzeņu bojājumu, encefalīta, smadzeņu audzēju – un virknes iedzimtu un attīstības traucējumu slimību gadījumā.

Svarīgs aspekts slimību ārstēšanas gaitā ir pacientu enerģijas līmenis un motivācija, kā arī apetīte visdažādākajās tās izpausmēs.

Īpašu vietu primārās veselības aprūpes līmenī ieņem kāre un impulsu kontrole gan ārstniecisko rekomendāciju ievērošanā, gan kā patstāvīgas klīniskas izpausmes.

Enerģijas un dziņu funkcionēšanas ierobežojumi var būt saistīti ar izmaiņām pacienta psihiskajā stāvoklī – depresiju un citām psihiskām saslimšanām.

Primārās aprūpes līmenī funkcionēšanas novērtēšana enerģijas un dziņu aspektā galvenokārt ir jābalsta uz pacienta interviju. Saskaņojoties ar klīnisku nepieciešamību to novērtēt padziļināti, pacienti ir jānosūta pie psihologa vai noteiktos gadījumos – uz psihiatrijas vai narkoloģijas tipa ārstniecības iestādī, kā arī multiprofesionālus pakalpojumus sniedošu rehabilitācijas iestādī. Pacientu enerģijas un dziņu funkcionēšanas ierobežojumu multiprofesionālus rehabilitācijas pakalpojumus nodrošinošā rehabilitācijas iestādē novērtēšanu organizē fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts un funkcionālie speciālisti – fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi u. c., kā arī psihologs un sociālais darbinieks.

Novērtēšanā ir jāizmanto esošā medicīniskā dokumentācija, intervijas un pacienta klīniskajai situācijai aktuāli aktivitāšu novērtēšanai atbilstoši protokoli.

Urīnācijas funkcijas (b620)

Urīnācija ietver funkcijas, kas ir saistītas ar urīna izvadīšanu no urīnpūšļa – urīna izvadīšanas biežums un urīna saturēšana, kā arī tāds neveselīgs traucējums kā spiedīga prasība nolaist urīnu, stresa un reflektoriska urīnācija, urīnpūšļa pārpildīšanās, urīna nesaturēšana, pilienvēda urīnēšana, urīnpūšļa automātisms, poliūrija, urīna aizture un imperatīvā mikcija. Urīnācijas funkcija neietver urīna ekskrecijas funkcijas (b610) un sajūtas, kas saistītas ar urīna izvades funkcijām (b630).

Urīnācijas funkcijas novērtēšana galvenokārt balstās uz pacienta vai viņa piederīgo pašvērtējumu, urīnācijas dienasgrāmatām u. tml., kā arī uz esošās medicīnas dokumentācijas un papildu medicīniskas izmeklēšanas datiem, lai, piemēram, īslaicīgus urīnācijas traucējumus sakarā ar akūtiem iekaisumiem u. tml. diferencētu no citu veselības traucējumu radītiem stigmējošiem funkcionēšanas traucējumiem, kuru novēršana bieži vien ir sarežģīta un laikietilpīga.

Par šo funkcionēšanas traucējumu atpazīšanu galveno atbildību uzņemas uroloģiskie dienesti, kuros kopā ar urologiem un māsām strādā arī funkcionālie speciālisti – fizioterapeiti un reizēm arī psihologi.

Urīnācijas traucējumu rehabilitācija bez ārstējošajiem un rehabilitējošajiem pasākumiem ļoti lielā mērā balstās arī uz efektīvu medicīniskās aprūpes (kopšanas) tehnoloģiju izmantošanu.

Apmaksāts darbs (d850)

Ar šo SFK kategoriju tiek aptverta tāda cilvēka daļības sfēra, kas skar iesaistīšanos visos ar darbu saistītos dzīves (dzīvesveida) aspektos kā aroda, profesijas vai citas formas nodarbinātība par samaksu kā darba ņēmējam uz daļslodzi vai pilnu slodzi, vai kā pašnodarbinātai personai. Apmaksāts darbs ietver nodarbinātības meklēšanu un darba iegūšanu, darba uzdevumu veikšanu, darba vietas apmeklēšanu darba veikšanai vajadzīgajā laikā, citu darbinieku darba pārraudzību vai pakļaušanos pārraudzībai pašam un vajadzīgo uzdevumu veikšanu vienatnē vai grupās.

Ar apmaksātu darbu SFK izpratnē saprot arī pašnodarbinātību (d8500), kas izpaužas kā iesaistīšanās paša indivīda meklētā, radītā vai citu uzdotā, ar līguma palīdzību apmaksātā darbā bez formālām nodarbinātības attiecībām – piemēram, rakstnieks, mākslinieks, noteiktu sfēru konsultants, uzņēmuma īpašnieks u. tml.

Daļslodzes nodarbinātība (d8501) vai pilnas slodzes nodarbinātība (d8502) apzīmē iesaistīšanos visos darba aspektos par samaksu kā darba ņēmējam, pamatojoties uz daļslodzes (nepilna darba laika) vai pilnas slodzes samaksu.

Ar veselības stāvokli saistītie apmaksāta darba veikšanas funkcionēšanas ierobežojumi atkarībā no slimības un tās gaitas var būt daļēji vai pilnīgi, un pārejoši (īslaicīgi) vai pastāvīgi (ilgstoši) jeb permanenti. Latvijas likumdošana, terminoloģiski šo procesu nesaistot ar funkcionēšanas jēdzienu SFK kategorijās, primārās veselības aprūpes speciāliem nosaka lielu atbildību apmaksāta darba veikšanas spēju novērtēšanā – darbspēju ekspertīzē, un tā ir būtiska ģimenes ārsta darba sadaļa.

Visbiežāk tas attiecas uz pārejošiem apmaksāta darba ierobežojumiem jeb pārejošu darbnespēju, kas attiecīgi var būt pilnīga vai daļēja. Pilnīgi ierobežojumi sakarā ar slimību vai traumu, karantīnu, grūtniecību, pēcdzemdību periodu u. c., kad pacients nav spējīgs vai viņam nav ļauts – karantīnas un pēcdzemdību periodā, profilakses nolūkos u. tml. – izpildīt nekādu apmaksātu darbu. Slimības un traumu gadījumā šīs spējas nosaka vairāku aktivitāšu kopums SFK izpratnē – mobilitāte, redze, dzirde, lēmumu pieņemšana u.tml., kas ir saistīti ar tiešo apmaksāta darba veikšanai nepieciešamo aktivitāšu kopumu, tostarp lai izpildītu atsevišķu profesiju vai ieņemamo amatu minimālā līmeņa prasības un nepieciešamo darba drošības noteikumu ievērošanu, kā arī nokļūšanu no dzīves vietas līdz apmaksātā darba veikšanas vietai.

Gadījumos, kad personas veselības stāvoklis neprasa pilnīgus pārejošus apmaksāta darba ierobežojumus, ģimenes ārsts var lemt par pārejošiem daļējiem apmaksāta darba ierobežojumiem. Latvijas likumdošana paredz iespēju ierobežot atļautās pilnās slodzes nodarbinātības aktivitātes, lai mazinātu nepieciešamo fizisko un garīgo slodzi u.tml., kā arī noteikt darba dienas garuma ierobežojumus, nosakot daļslodzes nodarbinātību.

Pastāvīgi (ilgstoši) jeb permanenti apmaksāta darba ierobežojumu ekspertīze ir Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu komisijas kompetencē, bet attiecībā uz primāro veselības aprūpes sistēmu līdz E-veselības sistēmas pilnas funkcionalitātes nodrošināšanai no ģimenes ārsta tiek prasīta noteiktas formas atzinuma sagatavošana, kurā ir jāietver informācija par tiem ar veselības problēmām saistītajiem aktivitāšu ierobežojumiem, kas varētu pamatot pacienta iesniegumu par invaliditātes ekspertīzes uzsākšanu.

Apmaksāta darba ierobežojumu noteikšanu karantīnas u.tml. gadījumos nosaka attiecīgi normatīvie akti saistībā ar slodzes samazināšanu, vides ietekmes stabilizēšanu u.tml. slimību ārstēšanas gaitā – vadlīnijas, klīniskie ceļi, speciālistu ieteikumi un vispārpieņemtā prakse, kas ir jāatzīmē medicīniskās lietvedības dokumentācijā.

Akūtas slimības vai paasinājumu izpausmēm mazinoties, ir jāvērtē pacienta aktivitāšu līmenis, kas nepieciešams pacienta profesionālo pienākumu veikšanai un nokļūšanai līdz darba vietai un atpakaļ mājās – funkcionālā mobilitāte, īpašas pašaprūpes vajadzības, komunikācija, spēja pieņemt lēmumus, redze, dzirde u.tml.

Novērtēšanai var izmantot esošo medicīnisko dokumentāciju, interviju ar pacientu, to pēc nepieciešamības papildinot ar Bartela indeksa vērtējumu, vai arī nosūtīt pacientu uz rehabilitācijas iestādi, nosūtījumā norādot lēmuma (par apmaksāta darba strādāšanas funkcionēšanas ierobežojumiem) pieņemšanai atbilstošas aktivitātes atbilstoši profesijas un vides aspektiem.

Pacienta profesijai un darba vietai atbilstoša apmaksāta darba strādāšanas iespēju pilnā vai ierobežotā veidā, kā arī apmaksāta darba veikšanas funkcionēšanas pilnīgus funkcionēšanas ierobežojumus var novērtēt multiprofesionālus rehabilitācijas pakalpojumus nodrošinošā rehabilitācijas iestādē. Iesaistītie speciālisti – fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārsts un funkcionālie speciālisti – fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi u. c., kā arī psihologs un sociālais darbinieks. Šim nolūkam tiek izmantota medicīniskā dokumentācija, intervijas, aktuālo aktivitāšu novērtēšanai atbilstošie protokoli, kā arī starptautiski atzītu instrumentu latviskās versijas.

5. KOMUNIKĀCIJAS AKTIVITĀTES: TRAUCĒJUMU ATPAZĪŠANA UN NOVĒRTĒŠANA PVA PRAKSĒ

Dažādu traucējumu gadījumos var tikt skarts komunikācijas process, valoda un runa. Pilnvērtīgs rehabilitācijas process ietver sevī komunikācijas, valodas un runas funkcijas veicināšanu un atjaunošanu.

Audiologopēds ir speciālists (ārstniecības persona), kas veic pacientu komunikācijas, runas / valodas, fonācijas un rīšanas traucējumu novērtēšanu, sastāda terapijas plānu un realizē to. Audiologopēds piedalās dažādas etioloģijas komunikācijas un rīšanas traucējumu rehabilitācijā personām jebkurā vecumā.

Komunikācijas process (informācijas apmaiņas process) ir daudzpusīgs, un audiologopēda uzdevums ir palīdzēt procesu apgūt vai atjaunot. Komunikācijas veida izvēle ir atkarīga no pacienta spējām. Komunikācijas veids var būt mutisks, rakstisks vai neverbāls.

Mutiskajā komunikācijā mēs lietojam mutvārdu saziņu. Mutvārdu saziņā ir gan ārējais noformējums (balss, skaņu izruna utt.), gan saturs (vārdisks domāšanas līdzeklis).

Rakstiskajā komunikācijā tiek izmantotas zīmes un simboli, kas tiek apgūti dzīves laikā.

Neverbāla komunikācija ir komunikācijas veids, kad tiek izmantoti tādi saziņas līdzekļi kā žests, ķermeņa valoda, balss tonis, skaņas, sejas izteiksmes, acu skats utt.

Dažādu traucējumu dēļ komunikācijas process var tikt traucēts, kā rezultātā cilvēkam nav iespējams izteikt, uzrakstīt, parādīt vai signalizēt par savām vajadzībām, mērķiem, vēlmēm, interesēm vai arī ir būtiskas grūtības uztvert un saprast apkārtējo cilvēku sniegto informāciju. Visbiežākie komunikācijas traucējumu cēloņi ir:

- intrauterīna augļa augšanas aizture, kas var ietekmēt nervu sistēmas un citu sistēmu attīstību;
- psihiskās attīstības traucējumi (autiskā spektra traucējumi, mācīšanās iemaņu traucējumi, uzvedības traucējumi u. c.);
- dzirdes traucējumi;
- mutes, sejas un žokļu patoloģijas;
- rīkles un balsenes darbības traucējumi (balss saišu, mīksto aukslēju darbības traucējumu, traheostomijas u. c.);
- neiroloģiski / neirokognitīvi traucējumi (galvas smadzeņu traumas, cerebrālā trieka, insulti, neirodeģeneratīvas slimības u. c.);
- ģenētiskās slimības;
- u. c. traucējumi.

Traucēta komunikācijas procesa (verbāla, rakstiska, neverbāla) gadījumos audiologopēds palīdz pacientam apgūt vai atjaunot traucētās funkcijas – valodas un runas funkcijas (vārdu, teikumu veidošana, skaņu izruna utt.), balss funkciju, uzlabo un atjauno kognitīvos procesus, rakstīšanu un lasīšanu. Ja nav iespējams palīdzēt apgūt vai atjaunot mutvārdu un rakstu saziņu, tiek meklēts veids, kā sazināties ar pacientu, izmantojot augmentatīvās (atbalstošas) vai alternatīvās (aizstājošas) komunikācijas līdzekļus (valodu un runu aizstājošus līdzekļus, piemēram, *Go Talk* saziņas dēlis, dažādas programmas, tādas kā *SymWriter*, utt.).

Vēl viens svarīgs aspekts pacientu rehabilitācijā ir ēšanas un rīšanas procesa nodrošināšana. Rīšanas traucējumi tiešā veidā ietekmē jebkura cilvēka dzīves kvalitāti, un rīšanas procesa atjaunošana ir viens no daudzajiem audiologopēda darba uzdevumiem (oromotoro funkciju, ēšanas procesa atjaunošana utt.).

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

1. Ancāne, G., Meistere, L., ... Zīle, I. Rokasgrāmata skolotājiem, strādājošiem specializētajās iestādēs bērniem ar psihiskās veselības traucējumiem: Metodiskais materiāls. Pieejams: <http://www.arstipsihoterapeiti.lv/uploads/Rokasgramata.pdf>
2. Audiologopēda profesijas standarts. (2015). Pieejams: <https://www.google.com/search?q=Audiologop%C4%93da+profesijas+standarts&oq=Audiologop%C4%93da+profesijas+standarts&aqs=chrome..69i57.6936j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
3. Intrauterīnas augļa augšanas aizture (IUAAA): Informācija pacientēm. (b.g.). Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/7_info_pacientam1.pdf
4. Mārtinsone, K. (zin. red.), Miltuze A. (2015). Psiholoģija: Pamatjautājumi – teorijas un pētījumi. Rīga, Zvaigzne ABC.
5. Mārtinsone, K. (zin. red.), V. Sudraba. (2016). Veselības psiholoģija: Teorijas un prakses starpdisciplinārā perspektīva. Rīga, RSU.
6. Noteikumi par sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanu no valsts budžeta līdzekļiem sociālās rehabilitācijas institūcijā: Ministru kabineta 2019. gada 3. decembra noteikumi Nr. 578, 8 [Bartela indekss]. (adaptēts ar tehnisko palīg līdzekļu attēliem – skat. 2. tabulu pielikumā).
7. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (SFK). Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/funkcionšanas-nespejas-un-veselibas-klasifikacija>
8. Tehnisko palīg līdzekļu noteikumi: Ministru kabineta noteikumi Nr. 1474. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/202674-tehnisko-paliglidzeklu-noteikumi>
9. Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/301399-veselibas-aprupes-pakalpojumu-organizšanas-un-samaksas-kartiba>
10. Zāļu valsts aģentūra. (2021). Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datubāze. Fiziskā funkcionālā stāvokļa izmeklēšana fizioterapijā. Pieejams: <https://www.zva.gov.lv/zvais/mtdb/30-rehabilitācijas-mediciniskie-pakalpojumi/347-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/fizisk-funkcionl-stvoka-izmeklana-fizioterapija>
11. Aben, et al. (2020). High occurrence of impaired emotion recognition after ischemic stroke. *European Stroke Journal*, 5(3), pp. 262–270.
12. Baur, K. M., Hardy, P. E., Van Dorsten, B. (1998). Posttraumatic stress disorder in burn populations: a critical review of the literature. *J Burn Care Rehabil.* 19, 230–240.
13. Brown, C. J. & Flood, K. L. (2013). Mobility limitation in the older patient: a clinical review. *Jama*, 310(11), 1168–1177.
14. Burnfield, J. M., Norkin, C. C. (2014). Examination of Gait. In O’Sullivan, S. B., Schmitz, T. J., Fulk, G. D. (Eds.). *Physical Rehabilitation* (pp. 251–272). Philadelphia: F. A. Davis Company.
15. Ellis, B. M. & Conaghan, P. G. (2017). Reducing arthritis pain through physical activity: a new public health, tiered approach. *British Journal of General Practice.* 67(663), 438–439.
16. Fraley, C. R. (2018). Adult Attachment Theory and Research. A Brief Overview. Pieejams: <http://labs.psychology.illinois.edu/~rcfraley/attachment.htm>
17. Fulk, D. G., Schmitz, T. J. (2014). Locomotor Training. In O’Sullivan, S. B., Schmitz, T. J., Fulk, G. D. (Eds.). *Physical Rehabilitation* (pp. 444–484). Philadelphia: F.A. Davis Company.


18. Functional Independence Measure – FIM. [Funkcionālās neatkarības mērījums]. Pieejams: <https://integrisok.com/-/media/pdf/therapy-students/fim-manual-pdf.ashx?revision=443ff8bb-2e9c-4e05-ae07-962e932fc21b&la=en&hash=CCC068DE5BDC223532D9445C6EEBA9D1BFA15567>
19. Gardner, P., Knittel-Keren, D., Gomez, M. (2012). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist as a screening measure for posttraumatic stress disorder in rehabilitation after burn injuries. *Arch Phys Med Rehabil.* 93(4).
20. Gugging Swallowing Screen – GUSS. [Rīšanas tests]. Pieejams: https://gussgroup-international.files.wordpress.com/2017/01/guss_english_mai2017.pdf
21. Naqvi, U. Muscle strength grading. (2019). *StatPearls Publishing*. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436008/>
22. Norkin, C. C. & White, D. J. (2016). Measurement of joint motion: a guide to goniometry. Philadelphia: F. A. Davis Company.
23. O’Sullivan, S. B. (2014). Strategies to Improve Motor Function. In O’Sullivan, S. B., Schmitz, T. J., Fulk, G. D. (Eds.). *Physical Rehabilitation* (pp. 393–437). Philadelphia: F. A. Davis Company.
24. Pirker, W. & Katzenschlager, R. (2017). Gait disorders in adults and the elderly. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(3–4), 81–95.
25. PROCRAS Study Group. (2020). High occurrence of impaired emotion recognition after ischemic stroke. *European Stroke Journal.* 5(3), 262–270. <https://doi.org/10.1177/2396987320918132>
26. RehaCom – Cognitive Therapy. *Hasomed*. Pieejams: <https://hasomed.de/en/products/rehacom>
27. Shete, A. N., Garkal, K. D. (2016). Mirror neurons and their role in communication. *Int J Res Med Sci.* 4(8), 3097–3101. DOI:[10.18203/2320-6012.ijrms20162265](https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20162265)
28. Speech-Language Pathology Medical Review Guidelines. (2015). *American Speech-Language-Hearing Association*. Pieejams: <https://www.asha.org/practice/reimbursement/slp-medical-review-guidelines/>
29. The Canadian occupational performance measure (COPM). Pieejams: <https://www.thecopm.ca>
30. The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire (DASH). Pieejams: <https://dash.iwh.on.ca/>
31. Thomas, E., Battaglia, G., ... Palma, A., & Bellafiore, M. (2019). Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. *Medicine.* 98(27): e16218. DOI: 10.1097/MD.00000000000016218.
32. Ven-Stevens, L. A. van de; Kus, S.; Graff, M. J. L.; Geurts, A. C. H. (2015). Which assessment tools address the categories of the Brief ICF Core Set for Hand Conditions? *Hand Therapy*, 20(3), 75–87. DOI:[10.1177/1758998315586276](https://doi.org/10.1177/1758998315586276).

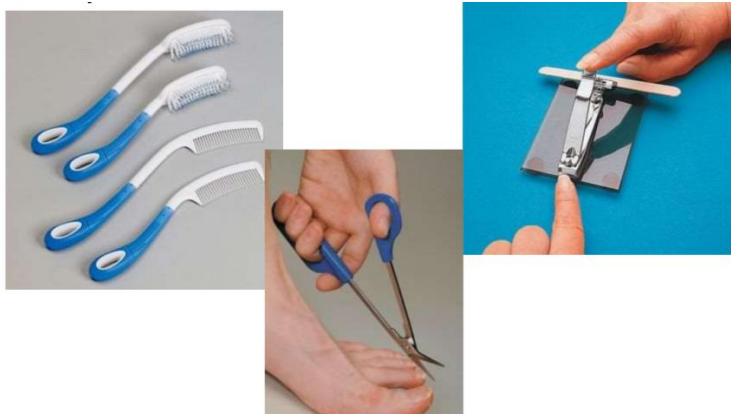

Pielikumi

Funkcionēšanas novērtējuma raksturojums pēc SFK [7]

Apzīmējums	Grūtības raksturojums	Sinonīmi	Ierobežojums, %
0	NAV grūtību	(nekādas, neesošas, vērā neņemamas,...)	0–4
1	VIEGLAS grūtības	(niecīgas, mazas,...)	5–24
2	MĒRENAS grūtības	(vidējas, mēreni smagas,...)	25–49
3	SMAGAS grūtības	(augstas, ārkārtīgi smagas,...)	50–95
4	ABSOLŪTAS grūtības	(pilnīgas, totālas...)	96–100
8	nav precizētas		
9	nav piemērojams		

Bartela indekss

Nr. p. k.	Aktivitāte	Punkti
1.	2.	3.
1.	Ēšana:	
1.1.	pilnībā atkarīgs no citas personas palīdzības (nepieciešama barošana)	0
1.2.	spēj paēst, bet nepieciešama palīdzība (piemēram, sagriezt ēdienu, uzziest sviestu u.tml.)	1
1.3.	spēj paēst bez citas personas palīdzības (t.sk. lietojot ēšanas palīg līdzekļus)	2
		
<i>1. attēls. Pielāgoti ēdamrīki</i>		
2.	Pārvietošanās (no gultas uz krēslu un atpakaļ):	
2.1.	nespēj pārvietoties, sēžot nespēj saglabāt līdzsvaru	0
2.2.	pārvietojoties nepieciešama liela fiziska palīdzība, var sēdēt	1
2.3.	pārvietojoties nepieciešama neliela citas personas fiziska vai vārdiska palīdzība, vai pārraudzība	2
2.4.	pārvietojas no gultas uz krēslu un atpakaļ bez citas personas palīdzības, nepieciešamības gadījumā spēj lietot pārsēšanās palīg līdzekļus (piemēram, slīddēli)	3
3.	Mobilitāte (staigāšana vai pārvietošanās ar riteņkrēslu vismaz 50 m distancē):	
3.1.	nestaigā un nespēj pārvietoties ar riteņkrēslu	0
3.2.	nepieciešama liela fiziska palīdzība, staigājot vai pārvietojoties ar riteņkrēslu	1
3.3.	nepieciešama neliela fiziska palīdzība, staigājot vai pārvietojoties ar riteņkrēslu	2
3.4.	patstāvīgi spēj staigāt (t. sk., izmantojot staigāšanas palīg līdzekļus) vai pārvietoties ar riteņkrēslu	3
4.	Kāpnēs un citi alternatīvi augstuma pārvarēšanas ceļi:	
4.1.	nespēj pārvietoties pa kāpnēm vai lietot citus alternatīvus augstuma pārvarēšanas ceļus (piemēram, uzbrauktuvi, liftu, kāpņu liftu)	0
4.2.	nepieciešama citas personas fiziska vai vārdiska palīdzība, pārvietojoties pa kāpnēm vai lietojot citus alternatīvus augstuma pārvarēšanas ceļus (piemēram, uzbrauktuvi, liftu, kāpņu liftu)	1
4.3.	patstāvīgi spēj kāpt pa kāpnēm vai lietot citus alternatīvus augstuma pārvarēšanas ceļus (piemēram, uzbrauktuvi, liftu, kāpņu liftu)	2
5.	Ģērbšanās:	
5.1.	nespēj noģērbties un apģērbties, pilnībā atkarīgs no citas personas palīdzības	0

1.	2.	3.
5.2.	nepieciešama palīdzība noģērbjoties un/vai apģērbjoties, bet apmēram pusi no darbībām var veikt pats	1
5.3.	patstāvīgi spēj noģērbties un apģērbties (t.sk. lietot apģērba aizdares, piemēram, pogas, rāvējslēdzēju, kurpju auklas u.tml.), neatkarības saglabāšanai lieto palīglīdzekļus un/vai pielāgotu apģērbu un apavus	2
6.	Rūpes par izskatu (sejas, matu, zobu un nagu kopšana):	
6.1.	nepieciešama citas personas palīdzība sejas, matu, zobu un nagu kopšanā	0
6.2.	patstāvīgi veic sejas, matu, zobu un nagu kopšanu, neatkarības saglabāšanai lieto palīglīdzekļus  <p>2. attēls. Personīgās higiēnas palīglīdzekļi – ķemmes, nagu šķēres</p>	1
7.	Visa ķermeņa mazgāšana (vannā, dušā):	
7.1.	nespēj patstāvīgi iekāpt vannā/dušā, nomazgāt un noslaucīt ķermeni, nepieciešama citas personas uzraudzība vai palīdzība	0
7.2.	spēj patstāvīgi iekāpt vannā/dušā, nomazgāt un noslaucīt ķermeni, neatkarības saglabāšanai lieto palīglīdzekļus, nav nepieciešama citas personas uzraudzība vai palīdzība  <p>3. attēls. Mazgāšanās palīglīdzekļi – vannas dēlis, dušas krēsls</p>	1
8.	Vēdera izeja:	
8.1.	nespēj fizioloģiski kontrolēt vēdera izeju un patstāvīgi lietot vēdera izejai nepieciešamos palīglīdzekļus un palīgmētdes, (piemēram, uzlikt un nomainīt fekālijas uztverošos līdzekļus vai veikt klizmu), aktivitātes veikšanu nodrošina aprūpētājs	0
8.2.	atsevišķos gadījumos (ne biežāk kā reizi nedēļā) nespēj kontrolēt vēdera izeju, nepieciešama aprūpētāja palīdzība vēdera izejai nepieciešamo palīglīdzekļu un palīgmetožu izmantošanā	1

1.	2.	3.
8.3.	kontrolē vēdera izeju fizioloģiski vai bez citas personas palīdzības lieto palīglīdzekļus un palīgmetodes vēdera izejas nodrošināšanai	2
9.	Urīnācija:	
9.1.	nespēj fizioloģiski kontrolēt urīnpūšļa iztukšošanu un patstāvīgi lietot nepieciešamos palīglīdzekļus (piemēram, uzlikt un nomainīt urīnu uzsūcošos līdzekļus vai katetru), aktivitātes veikšanu nodrošina aprūpētājs	0
9.2.	atsevišķos gadījumos (ne vairāk kā vienu reizi diennakts laikā) nespēj kontrolēt urīnpūšļa iztukšošanu, nepieciešama aprūpētāja palīdzība uzlikt un nomainīt urīnu uzsūcošos līdzekļus vai katetru	1
9.3.	kontrolē urīnpūšļa iztukšošanu fizioloģiski vai ar palīglīdzekļiem (piemēram, uzlikt un nomaina urīnu uzsūcošos līdzekļus vai katetru, kad tas nepieciešams), citas personas palīdzība nav nepieciešama	2
10.	Tualetes lietošana:	
10.1.	nespēj patstāvīgi lietot tualeti, pilnībā atkarīgs no citas personas palīdzības	0
10.2.	nepieciešama neliela citas personas palīdzība tualetes lietošanā (piemēram, apģērba sakārtošanā, starpenes higiēnas uzturēšanā u.tml.)	1
10.3.	patstāvīgi spēj ieiet un iziet no tualetes, apsēties un piecelties vai pārsēties uz/no tualetes poda, veikt starpenes higiēnu, sakārtot apģērbu pirms un pēc tualetes lietošanas, neatkarības saglabāšanai lieto palīglīdzekļus	2
Kopā:		

Bartela indekss (*Mahony, Barthel, 1965*). Bartela indeksa (BI) oriģinālu izveidoja 1965. gadā Ņujorkas geriātrs Mahonijs un fizioterapeits Bartels. Šis ir pasaulē visbiežāk lietotais instruments funkcionālo spēju novērtēšanai pašaprūpē. Bartela indekss mēra indivīda spēju veikt 10 ikdienas pašaprūpes funkcijas. BI ir iekļautas šādas pašaprūpes aktivitātes: ēšana, pārvietošanās, kustīgums, pārvietošanās pa kāpnēm, ģērbšanās, rūpes par izskatu, vanna, zarnu darbības kontrole, urīnpūšļa izvades kontrole un tualetes lietošana. Katra punkta vērtējums pamatojas uz fiziskās asistēšanas apjomu, kas nepieciešams uzdevumu veikšanai (pilnīgi atkarīgs, spēj veikt ar palīdzību, pilnīgi neatkarīgs). Oriģinālā BI noteikšanā tiek lietota trīs (3) punktu novērtējuma skala. Sešdesmit gadu laikā ir izstrādātas dažādas šī instrumenta modifikācijas. Bartela indeksa ticamība ir pierādīta daudzos pētījumos.

**Pašaprūpes aktivitāšu apraksti, ņemot vērā nepieciešamo palīdzību un atbalstu
aktivitātes pilnvērtīgai veikšanai**

Pašaprūpes aktivitāte	Apraksts
1.	2.
<p>Mazgāšanās</p>	<p>Mazgāšanās ir spēja iekāpt un izkāpt no vannas, dušas, vannas sagatavošana, tostarp ūdenskrāna atgriešana, mazgāšanās un slaucīšanās ar dvieli. Personas var uzskaitīt vairākas mazgāšanās metodes, ko tie parasti izmanto, piemēram, nedēļas laikā. Kāds var sešas dienas nedēļā mazgāties pie izlietnes, bet vienreiz nedēļā izmantot vannu ar palīg līdzekļu izmantošanu. Jautājums attiecas uz metodi, kas tiek izmantota vienmēr vai lielākajā daļā gadījumu, lai nomazgātu visu ķermeni.</p> <p>Palīdzība nav nepieciešama. Persona bez citu palīdzības pati iekāpj un izkāpj no vannas vai dušas, atgriež ūdenskrānu, nomazgā visu ķermeni vai, izmantojot vannas sūkli, mazgājas pie izlietnes, ja nav nepieciešama iegremdēšanās vannā. (N = neatkarīgs)</p> <p>Modificēta veikšana, izmantojot tehniskos palīg līdzekļus. Personai parasti nepieciešams aprīkojums vai iekārta, piemēram, vannas vai dušas krēsls, rokturi, speciāli aprīkots ūdenskrāns, birste ar garu rokturi un/vai mehāniskais pacēlājs. (D = daļēji atkarīgs)</p> <p>Modificēta veikšana, izmantojot tikai citas personas palīdzību (A = Atkarīgs):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Uzraudzība (mutiski mājieni, mudināšana). Personai parasti nepieciešama mudināšana un/vai mutiski ieteikumi, lai droši veiktu visu ķermeņa nomazgāšanu. Šī kategorija attiecas arī uz personām, kam nepieciešama apmācība, kā vannoties. – Fiziska palīdzība (fiziska aprūpe). Personas vietā kāds piepilda vannu vai pienes ūdeni, aprūpētājs nomazgā daļu ķermeņa, palīdz iekāpt un izkāpt no vannas vai dušas, kā arī palīdz noslaucīties. <p>Personas, kam nepieciešama cita cilvēka palīdzība, tikai lai nomazgātu muguru vai pēdas, netiek iekļauti šajā kategorijā, bet tiek kodēti kā tādi, kam “Palīdzība nav nepieciešama”.</p> <p>Modificēta veikšana, izmantojot tehniskos palīg līdzekļus un citas personas palīdzību. Personai parasti nepieciešams aprīkojums vai iekārta, kā arī nepieciešama citu palīdzība, lai nomazgātos. (A = atkarīgs)</p> <p>Veic citi. Personas mazgāšanu pilnībā veic kāds cits cilvēks. Pati persona aktivitātē nepiedalās. (TA = totāli atkarīgs)</p>

1.	2.
<p>Tualetes apmeklēšana</p>	<p>Tualetes apmeklēšana ir spēja aiziet un atnākt no tualetes, apsēsties un piecelties no tualetes poda, novilkt un uzvilkt atpakaļ apģērbu, kā arī nolaist ūdeni. Aprīkojums var tiks uzskatīts par “tualeti” tikai tādā gadījumā, ja tas atbilst “tualetei”, ko persona iztukšo, tīra un noliek vietā attiecīgo tvertni kā, piemēram, naktspods vai pisuārs, bez citu palīdzības.</p> <p>Palīdzība nav nepieciešama: Persona izmanto tualeti, notīra sevi un sakārto apģērbu bez citu palīdzības. (N = Neatkarīgs)</p> <p>Modificēta veikšana, izmantojot tehniskos palīgīdzekļus: Personai nepieciešami rokturi, paaugstināts tualetes sēdekļis vai pārsēšanās virsma, bet viņš izmanto šo aprīkojumu bez citu palīdzības. Tas attiecas arī uz personām, kas izmanto margas, atzveltnes, staiguļus vai krukus, lai sevi atbalstītu un pabeigtu tualetes apmeklējumu. Tāpat šajā kategorijā ir iekļautas personas, kas bez citu palīdzības izmanto tualeti dienas laikā, bet naktī izmanto naktspodu, pisuāru vai mazgājamo kumodi un paši šo tvertni arī iztukšo. (D = daļēji atkarīgs)</p> <p>Modificēta veikšana, izmantojot tikai citas personas palīdzība: (A = atkarīgs)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Uzraudzība (mutiski mājieni, mudināšana). Personai parasti nepieciešama mudināšana un vai/ mutiski ieteikumi, lai veiktu tualetes apmeklējumu. – Fiziska palīdzība (fiziska aprūpe). Personai parasti nepieciešama citas personas asistēšana, kas palīdz nokļūt uz un no tualetes, sakārto drēbes, uzceļ uz un no tualetes poda vai satīra pēc tualetes apmeklējuma. Persona piedalās aktivitātē. <p>Modificēta veikšana, izmantojot tehniskos palīgīdzekļus un citas personas palīdzību. Personai parasti nepieciešams aprīkojums vai iekārta, kā arī citas personas palīdzība, lai apmeklētu tualeti. (A = atkarīgs)</p> <p>Aktivitāte netiek veikta. Persona neizmanto tualeti. (TA = totāli atkarīgs)</p> <p>Veic citi. Persona veic tualetes apmeklējumu, bet ir pilnībā atkarīga no citu palīdzības. Pati persona aktivitātē nepiedalās. Personai var būt izvadstoma (stoma ir mākslīgi izveidota atvere vēdera sienā zarnu satura vai urīna izvadīšanai), un par šo mākslīgo izvadkanālu rūpējas cita persona, kas notīra ādu, apģērbj to, pielieto palīgierīces, veic skalošanu u. tml. Ja urinācijas nodrošināšanai tiek lietots katetrs, katetrizāciju var veikt cita persona, kas ievada un izņem, notīra, sterilizē un sagatavo ierīces. (TA = totāli atkarīgs)</p>

1.	2.
<p><u>Ēšana</u></p>	<p>Ēšanas aktivitātē ir iekļauta ēdiena sagriešana, ēdiena pārvietošana no šķīvja vai bļodas mutē, dzēriena iepakojuma atvēršana. Ēšana ir process barības nokļūšanai ķermenī. Šī aktivitāte tiek veikta, kad ēdiens ir novietots personas priekšā.</p> <p>Palīdzība nav nepieciešama. Persona ir spējīga izpildīt visas minētās aktivitātes bez aprīkojuma vai citu personu palīdzības. (N = neatkarīgs)</p> <p>Modificēta veikšana, izmantojot tehniskos palīg līdzekļus. Personai parasti nepieciešams aprīkojums vai iekārta, piemēram, rokas ortozes, pielāgoti ēdamrīki un/vai neslidoši šķīvji, lai veiktu ēšanas aktivitāti. Personas, kam nepieciešams speciāli sagatavots ēdiens (biezeņi) un/vai jau sagriezts ēdiens, ir iekļauti šajā kategorijā. (D = daļēji atkarīgs)</p> <p>Modificēta veikšana, izmantojot tikai citas personas palīdzību (A = atkarīgs):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Uzraudzība (mutiski mājieni, mudināšana). Persona sevi var pabarot, bet tam nepieciešama mudināšana un ieteikumi, lai uzsāktu un/vai pabeigtu ēšanas aktivitāti. – Fiziska palīdzība (fiziska aprūpe). Personai nepieciešama palīdzība, lai ievietotu ēdienu mutē, sagrieztu gaļu, uzsmērētu sviestu uz maizes. Šajā kategorijā netiek iekļautas personas, kas var sevi pabarot, taču drošāk jūtas, ja tos pabaro aprūpētājs. <p>Modificēta veikšana, izmantojot tehniskos palīg līdzekļus un citas personas palīdzību. Personai parasti nepieciešams aprīkojums vai iekārta, ka arī tam nepieciešama citu palīdzība, lai paēstu. (A = atkarīgs)</p> <p>Veic citi. Šajā kategorijā iekļautas personas, kas tiek barotas, barības vielas ievadot organismā enterāli vai intravenozi, t.i., gadījumā, ja persona pati nespēj nogādāt ēdienu no šķīvja sev mutē un norīt, viņu baro alternatīvā veidā. (TA = totāli atkarīgs)</p>

1.	2.
<p>Ģērbšanās</p>	<p>Ģērbšanās ir apģērba izņemšana no skapjiem un / vai atvilknēm, aiztaisīšana un apģērba novilkšana. Apģērbšanās attiecas uz apģērbu, protēzēm un ortozēm, kas tiek valkātas ikdienā. Personas, kas valkā pidžamu, naktskreklu, halātu kā viņu ikdienas apģērbu, tiek uzskatīti par apģērbtiem.</p> <p>Palīdzība nav nepieciešama. Persona parasti apģērbjas bez citu palīdzības. Ja vienīgā palīdzība, ko tam sniedz citas personas, ir kurpju auklu aizsīšana, tas netiek uzskatīts par nepieciešamo palīdzību. (N = neatkarīgs)</p> <p>Modificēta veikšana, izmantojot tehniskos palīg līdzekļus. Personai parasti nepieciešams aprīkojums vai ierīce, piemēram, kurpju ievilcēji ar garu rokturi, rāvējslēdzēju vilcēji, īpaši modelētas drēbes vai staigulis ar tam piestiprinātu groziņu, lai pabeigtu ģērbšanos. (D = daļēji atkarīgs)</p> <p>Modificēta veikšana, izmantojot tikai citas personas palīdzība (A = atkarīgs):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Uzraudzība (mutiski mājieni, mudināšana). Personai parasti nepieciešama mudināšana un vai/ mutiski ieteikumi, lai apģērbtos. Šajā kategorijā ietilpst arī personas, kam tiek mācīts, kā apģērbties. – Fiziska palīdzība (fiziska aprūpe). Personai parasti nepieciešama citas personas asistēšana, kas palīdz drēbes pienest, tās uzvilkt, nostiprināt āķīšus, uzvilkt mākslīgos locekļus u.c. <p>Modificēta veikšana, izmantojot tehniskos palīg līdzekļus un citas personas palīdzību. Personai parasti nepieciešams aprīkojums vai iekārta, kā arī nepieciešama citas personas palīdzība, lai apģērbtos. (A = atkarīgs)</p> <p>Veic citi. Personas apģērbšanu parasti veic kāds cits, un persona pati nepiedalās aktivitātē.</p> <p>Aktivitāte netiek veikta. Attiecas uz personām, kas piesaistītas pie gultas; tiek uzskatītas par neapģērbtām. (TA = totāli atkarīgs)</p>