

PĒTĪJUMA GALA ZIŅOJUMS

Projekta “ĢIMENES LOMAS STIPRINĀŠANA MENTĀLĀS VESELĪBAS ATBALSTĀ” ietvaros

Jaukto metožu pētījums par tuvinieku pieredzi, vajadzībām un ģimenes iesaisti mentālās veselības aprūpē.

Finansētājs	Sabiedrības integrācijas fonds no Latvijas valsts budžeta
Izpildītājs	Biedrība Ogle
Pētījuma vieta	Latvija; fokusgrupas Rīgā, Valmierā, Jelgavā, Rēzeknē, individuālās intervijas Lielvārdē, Talsos, Rīgā, Ādažos un Ventspilī.
Ziņojuma datums	2026. gada 20. jūlijs
Vieta	Rīga

Projektu finansē Sabiedrības integrācijas fonds no Latvijas valsts budžeta.

Par ziņojuma saturu atbild projekta īstenotājs.

Dokumenta statuss un lietojums

Šis ir projekta pētījuma gala ziņojums, kas sagatavots, integrējot divu aptauju, četru fokusgrupu un desmit individuālo interviju primāros datus.

Ziņojumā termini “mentālā veselība” un “psihiskā veselība” lietoti savstarpēji papildinoši. Projekta nosaukumā un dalībnieku pieredzes aprakstos saglabāts termins “mentālā veselība”, savukārt, atsaucoties uz Latvijas politikas un tiesību dokumentiem, lietots tajos nostiprinātais termins “psihiskā veselība”.

Satura rādītājs

Sadaļa	Lpp.
Kopsavilkums	3
1. Ievads	5
2. Pētījuma mērķis un jautājumi	5
3. Metodoloģija	6
4. Rezultāti	7
4.1. Speciālistu aptauja	7
4.2. Tuvinieku aptauja	9
4.3. Fokusgrupu rezultāti	15
4.4. Individuālo interviju rezultāti	18
5. Secinājumi	22
6. Priekšlikumi	22
7. Ierobežojumi	23
8. Izmantotie avoti	24
Pielikumi	25

Kopsavilkums

Mērķis. Pētījuma mērķis bija izprast ģimeņu pieredzi situācijās, kad pēdējo trīs gadu laikā kāds no tuviniekiem ir saskāries ar mentālās veselības grūtībām, novērtēt ģimenes locekļu slogu, informācijas un pakalpojumu pieejamību, kā arī sagatavot priekšlikumus valsts institūcijām un topošā psihiskās veselības politikas plāna pilnveidei.

Metodes. Izmantots konverģents jaukto metožu dizains. Kvantitatīvo daļu veidoja tuvinieku aptauja (n=283; no tiem n=241 apstiprināja tuvinieka mentālās veselības grūtības pēdējo trīs gadu laikā) un speciālistu aptauja (n=19). Kvalitatīvo pētījuma daļu veidoja četras fokusgrupas: Rīgā piedalījās seši dalībnieki, Valmierā - pieci, Jelgavā - četri un Rēzeknē - četri dalībnieki. Papildus tika veiktas desmit individuālās intervijas ar respondentiem no Rīgas, Lielvārdes, Talsiem, Ventpils un Ādažiem. Fokusgrupu un individuālo interviju dati analizēti tematiskās analīzes ceļā, un rezultāti integrēti ar aptauju rādītājiem kopīgā atradumu matricā.

Galvenie rezultāti

Atradumu joma	Kopsavilkums
Ģimenes loma	Speciālistu vairākums (84,2%) ģimenes iesaisti uzskata par ļoti vai drīzāk svarīgu, taču 52,6% ģimenes faktisko iesaisti savā praksē vērtē kā zemu.
Atbalsta sistēmas nepietiekamība	73,7% speciālistu atbalstu ģimenēm vērtē kā nepietiekamu; 84,2% nepiekrīt vai drīzāk nepiekrīt, ka Latvijā nodrošināta pietiekama starpnozaru sadarbība.
Tuvinieku faktiskā aprūpe	77,2% sniedz emocionālu klātbūtni un uzklauššanu, 48,1% palīdz organizēt medikamentus vai ārsta apmeklējumus, 47,3% sniedz praktisku palīdzību ikdienā.
Slogs	51,7% ziņo par izteiktu vai ļoti lielu emocionālo smagumu; 38,3% - par lielām grūtībām ģimenes attiecību un konfliktu risināšanā.
Navigācija krīzē	Tikai 40,2% ir pilnīgi skaidrs, kur vērsties akūtas pasliktināšanās vai krīzes situācijā; 45,6% zina tikai daļu iespēju.
Reģionālā pieejamība	Palīdzība ārpus lielajām pilsētām saņēmusi zemāko vidējo pieejamības vērtējumu (1,63 no 5); 73,7% speciālistu uzskata, ka pakalpojumi pilsētās pieejami labāk.
Valsts/pašvaldības atbalsts	60,6% tuvinieku nejūtas atbalstīti vai jūtas drīzāk neatbalstīti no valsts vai pašvaldības puses.

Kvalitatīvie rezultāti. Fokusgrupās atkārtojās sešas savstarpēji saistītas tēmas: (1) emocionālais izsīkums, vaina un bezpalīdzība; (2) ģimenes lomu apvēršanās un robežu zudums; (3) praktisku zināšanu trūkums par to, kā runāt un rīkoties; (4) rindas, izmaksas, transporta un reģionālās pieejamības šķēršļi; (5) stigma, dzimumlomu gaidas un bailes no konfidencialitātes pārkāpumiem; (6) nepieciešamība pēc konkrēta ceļveža, savlaicīgas profesionālas konsultācijas un atbalsta pašiem tuviniekiem.

Kopsavilkuma secinājumi

- Ģimenes Latvijā jau pilda būtisku neformālās aprūpes, krīzes atpazīšanas, praktiskās palīdzības un pakalpojumu koordinēšanas funkciju, taču šī loma nav konsekventi atzīta, apmācīta un atbalstīta.
- Sistēmas centrālā problēma nav tikai pakalpojumu skaits, bet arī navigācijas trūkums: cilvēkiem nav saprotama secīga rīcības ceļa no pirmās pazīmes līdz krīzes palīdzībai, ārstēšanai, sociālajam atbalstam un tuvinieka pašaprūpei.
- Tuvinieku emocionālais un attiecību slogs ir sabiedrības veselības un pakalpojumu kvalitātes jautājums, nevis tikai privāta ģimenes problēma.
- Reģionālā nevienlīdzība, izmaksas un garas rindas palielina risku, ka palīdzība tiek meklēta novēloti vai pārtraukta.

- Ģimenes iesaiste jāveido piekrišanā un pacientu tiesībās balstītā veidā, skaidri nodalot konfidencialu klīnisko informāciju no vispārīgas, ģimenei sniedzamas rīcības un drošības informācijas.

Prioritārās rekomendācijas

- Iekļaut jaunajā psihiskās veselības un atkarību politikas plānā atsevišķu rīcības virzienu “Atbalsts ģimenei un tuviniekiem”, nosakot finansējumu, atbildīgās institūcijas un izmērāmus rezultātīvos rādītājus.
- Izstrādāt vienotu ģimenes iesaistes protokolu ārstniecības un sociālās aprūpes iestādēm, tostarp pacienta piekrišanas dokumentēšanu, krīzes drošības plānu un vispārīgas informācijas sniegšanu tuviniekiem.
- Izveidot valsts uzturētu vienotu digitālu ceļvedi un profesionālu navigācijas atbalstu, kas saprotamā valodā skaidro, kur vērsties, ko sagaidīt un kā rīkoties krīzē.
- Nodrošināt tuviniekiem valsts vai pašvaldības apmaksātu minimālo atbalsta grozu: īstermiņa psiholoģiskās konsultācijas, atbalsta grupas un krīzes konsultāciju.
- Ieviest reģionālu hibrīdpakalpojumu modeli un minimālos pieejamības standartus, lai atbalsts ārpus Rīgas nebūtu atkarīgs no atsevišķiem projektiem.
- Regulāri apmācīt ģimenes ārstus, psihiatrijas, psiholoģijas, sociālā darba un izglītības speciālistus par ģimenes iesaisti, komunikāciju, suicidālā riska atpazīšanu un starpinstitucionālu sadarbību.

1. Ievads

1.1. Problēmas aktualitāte

Mentālās veselības grūtības ietekmē ne tikai cilvēku, kurš tās piedzīvo, bet arī partnerus, vecākus, bērnus, brāļus, māsas, vecvecākus un citus tuviniekus. Ģimenes locekļi bieži pirmie pamana izmaiņas, sniedz emocionālu un praktisku palīdzību, organizē vizītes, sedz izmaksas, uzrauga drošību un uztur ikdienas funkcionēšanu. Tomēr šāda iesaiste var radīt ilgstošu stresu, vainas izjūtu, finansiālu slodzi, darba spēju samazināšanos un attiecību sarežģījumus.

Latvijas sabiedrības veselības politikā noteikta virzība uz cilvēkcentrētu un integrētu veselības aprūpi, veselībratības stiprināšanu un starpnozaru sadarbību. Psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plāns 2023.-2025. gadam noslēdza savu darbības periodu, un 2026. gada 12. jūnijā Veselības ministrija paziņoja par darbu pie vienota psihiskās veselības un atkarību politikas plāna, kura sagatavošanā paredzēts izmantot arī pacientu un tuvinieku reālo pieredzi. Tādējādi šī pētījuma rezultāti ir tieši izmantojami jaunā politikas dokumenta satura un īstenošanas mehānismu izstrādē [1-3].

1.2. Projekta konteksts

Pētījums īstenots projektā “Ģimenes lomas stiprināšana mentālās veselības atbalstā” ietvaros, kas finansēts no Sabiedrības integrācijas fonda līdzekļiem no Latvijas valsts budžeta. Projekta iecere bija radīt pierādījumus balstītu pamatu ģimenes lomas stiprināšanai, vienlaikus nepieļaujot, ka atbildība par ārstēšanu un atveseļošanos tiek pārliekta uz ģimeni bez profesionāla un institucionāla atbalsta.

1.3. Pētījuma pamatojums

Latvijā ir pieejami atsevišķi informatīvie materiāli un pakalpojumi, tomēr nav pietiekami sistemātisku datu par to, kā ģimenes reāli orientējas palīdzības sistēmā, kādu slogu tās uzņemas un kā speciālisti vērtē ģimenes iesaistes iespējas. Šajā pētījumā apvienoti tuvinieku, profesionāļu, fokusgrupu un individuālo interviju dalībnieku skatījumi, lai identificētu gan kopīgās tendences, gan atšķirības starp ģimenes nozīmes deklarēto atzīšanu un praksē faktiski pieejamo atbalstu.

2. Pētījuma mērķis un jautājumi

2.1. Vispārīgais mērķis

Izprast ģimeņu pieredzi un vajadzības situācijās, kad kāds no tuviniekiem pēdējo trīs gadu laikā ir piedzīvojis mentālās veselības grūtības, un izstrādāt priekšlikumus valsts institūcijām ģimenes iesaistes un atbalsta pilnveidei veselības politikas plānošanā.

2.2. Galvenie pētījuma jautājumi

1. Kādu emocionālu, praktisku, finansiālu un organizatorisku atbalstu ģimenes locekļi sniedz tuviniekam?
2. Kāds slogs un kādas grūtības rodas ģimenes locekļiem atbalsta sniegšanas procesā?
3. Cik saprotama un pieejama ģimenēm ir informācija, krīzes palīdzība un profesionālie pakalpojumi?
4. Kā speciālisti vērtē ģimenes iesaistes nozīmi, faktisko īstenošanu, pieejamos resursus un starpnozaru sadarbību?
5. Kādas atšķirības pieredzē saistītas ar reģionu, pakalpojumu izmaksām, stigmatu un dzimumlomu priekšstatiem?
6. Kādi sistēmiski risinājumi būtu iekļaujami valsts psihiskās veselības politikas plānā?

3. Metodoloģija

3.1. Pētījuma dizains

Pētījumā izmantots konverģents jaukto metožu dizains: kvantitatīvie un kvalitatīvie dati tika vākti paralēli un integrēti interpretācijas posmā. Aptaujas raksturoja tendences un biežumu, savukārt fokusgrupas skaidroja pieredzes mehānismus, kontekstu un dalībnieku formulētos risinājumus.

3.2. Izlase un datu avoti

Datu avots	n	Laiks/vieta	Raksturojums
Tuvinieku aptauja	283	Tiešsaistes aptauja; 23.12.2025 - 15.07.2026	n=241 analītiskajā apakšizlasē apstiprināja tuvinieka grūtības pēdējo 3 gadu laikā
Speciālistu aptauja	19	Tiešsaistes aptauja; 22.01.2026 - 30.07.2026	Psihologi, psihoterapijas speciālisti, NVO, sociālie darbinieki, ģimenes ārsti u.c.
Rīgas fokusgrupa	6	24.02.2026.; Biedrība Ogle telpas	Visas dalībnieces sievietes; vidējais vecums 45 gadi
Valmieras fokusgrupa	5	17.04.2026.; Valmieras bibliotēka	3 sievietes, 2 vīrieši; vidējais vecums 48 gadi
Jelgavas fokusgrupa	4	28.05.2026.; Zemgales reģiona Kompetenču attīstības centrs	4 sievietes; vidējais vecums 41 gads
Rēzeknes fokusgrupa	4	09.07.2026.; Latgales mācību centrs	4 sievietes; vidējais vecums 43 gadi
Individuālās intervijas	10	29.04.2026. - 12.06.2026.	9 sievietes, 1 vīrietis; vidējais vecums 42 gadi

Izlase veidota pēc brīvprātīgas pašatlases principa, tādēļ tā nav statistiski reprezentatīva Latvijas iedzīvotāju vai visu speciālistu kopumam. Rezultāti interpretējami kā projekta dalībnieku pieredzes un profesionālo vērtējumu raksturojums.

3.3. Datu vākšanas metodes

Tuvinieku anketa ietvēra demogrāfiskos jautājumus, tuvinieka grūtību raksturojumu, sniegtā atbalsta veidus, sloga dimensijas, profesionālās palīdzības meklēšanu, informācijas avotus, krīzes navigāciju, reģionālo pakalpojumu pieejamību un subjektīvo valsts/pašvaldības atbalsta vērtējumu. Speciālistu anketa aptvēra profesionālo profilu, ģimenes iesaistes nozīmi un faktisko līmeni, resursus darba vietā, šķēršļus, starpnozaru sadarbību un prioritāros uzlabojumus.

Fokusgrupas notika pēc daļēji strukturēta jautājumu plāna. Tika pārrunāta problēmas atpazīšana, ģimenes loma, emocionālā un praktiskā ietekme, saskarsme ar speciālistiem, reģionālā pieejamība, stigma un vajadzīgie risinājumi. Rīgas, Valmieras, Jelgavas un Rēzeknes fokusgrupu, kā arī visu individuālo interviju transkriptos norādīts, ka pirms audioieraksta uzsākšanas dalībnieki tika iepazīstināti ar pētījuma mērķi un parakstīja informētās piekrišanas formu.

3.4. Datu analīze

Kvantitatīvajiem datiem aprēķinātas frekvences, procenti un 1-5 skalu vidējie rādītāji. Vairākatbilžu jautājumos procentu summa var pārsniegt 100%. Sloga skalu analīzē atbilde "Nav saskarsmes" izslēgta no attiecīgās skalas saucēja. Reģionālās pieejamības skalu analīzē atbilde "Nezinu/grūti teikt" izslēgta no vidējā vērtējuma, bet tās biežums saglabāts papildtabulās.

Speciālistu datu kvalitātes pārbaudē identificēts viens identisks atbilžu pāris ar atšķirīgiem laika zīmogiem. Pamataprēķinos saglabātas visas 19 atbildes, jo datnē nebija unikāla respondenta identifikatora un nebija iespējams droši noteikt, vai iesniegumi ir viena respondenta atkārtojums. Jūtīguma pārbaude, izslēdzot vienu no identiskajiem ierakstiem, nemainīja galveno secinājumu virzienu.

Kvalitatīvajā analīzē izmantota tematiskā pieeja: transkripti tika izlasīti, identificēti nozīmju vienumi, izveidoti sākotnējie kodi, kodi apvienoti tēmās un salīdzināti starp visām fokusgrupām. Citāti ziņojumā saīsināti un redakcionāli izlīdzināti tikai lasāmībai, nemainot to nozīmi. Dalībnieki apzīmēti ar kodiem FG-R (Rīga), FG-V (Valmiera), FG-J (Jelgava) un FG-Rz (Rēzekne). Individuālo interviju dalībniekiem piešķirti anonimizēti kodi atbilstoši intervijas norises vietai un dalībnieka kārtas numuram: II-R-01 u. tml. Rīgā, II-T-01 u. tml. Talsos, II-Ā-01 u. tml. Ādažos un II-Ve-01 u. tml. Ventspilī.

3.5. Ētika un datu aizsardzība

Pētījumā ievēroti brīvprātības, informētas piekrišanas, konfidencialitātes, datu minimizācijas un kaitējuma mazināšanas principi. Fokusgrupu transkriptos izmantoti pseidonīmi; gala ziņojumā tie aizstāti ar kodiem. Aptaujas brīvprātīgais e-pasta lauks bija paredzēts tikai saziņai par turpmāku dalību un netika izmantots analīzē vai iekļauts tabulās. Veselības informācija uzskatāma par īpašu kategoriju personas datiem, tādēļ projekta turpmākajā datu glabāšanā piemērojami piekļuves ierobežojumi, pseidonimizācija, droša dzēšanas kārtība un skaidrs tiesiskais pamats [4-5].

Svarīgs interpretācijas princips

Ģimenes iesaiste nedrīkst nozīmēt pacienta konfidencialitātes atcelšanu vai ārstēšanas atbildības pārlikšanu uz tuviniekiem. Vienlaikus konfidencialitāte nav šķērslis vispārīgas psihoizglītojošas, drošības un pakalpojumu navigācijas informācijas sniegšanai ģimenei.

4. Rezultāti

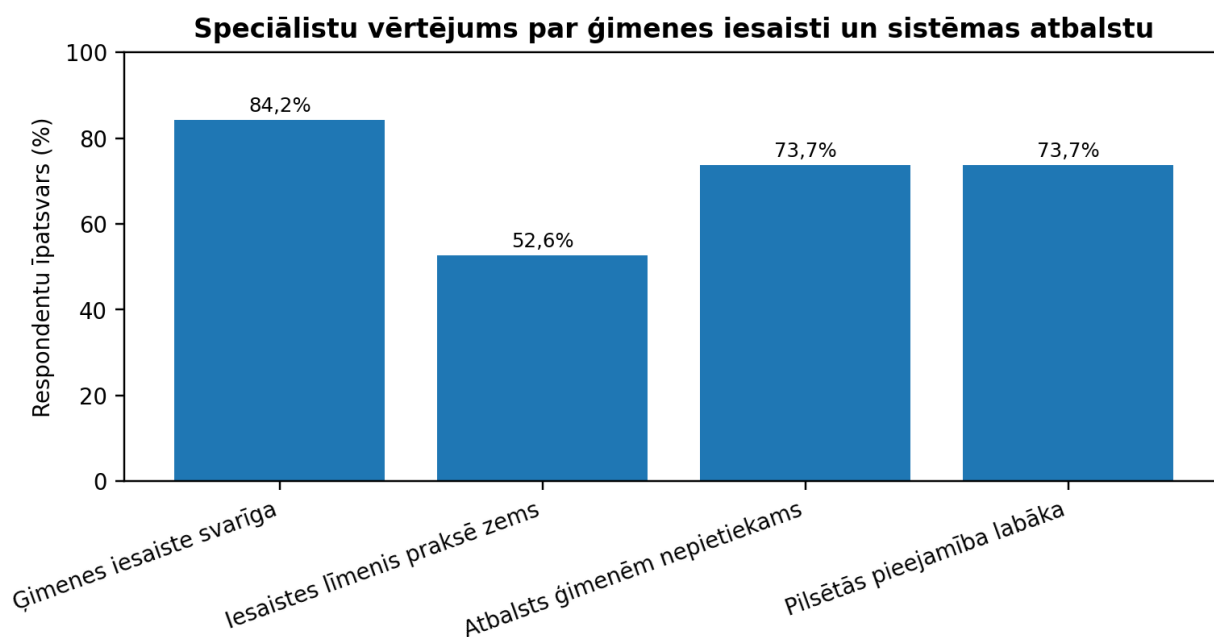
4.1. Speciālistu aptauja

4.1.1. Respondentu profils

Rādītājs	Rezultāts
Specialitātes	NVO pārstāvji 5; psihologi 3; psihoterapijas speciālisti 3; sociālie darbinieki 2; ģimenes ārsti 2; citi 4
Reģions	Rīga 10; Vidzeme 4; Zemgale 3; Kurzeme 2
Darba pieredze	11 gadi vai vairāk - 10 respondenti; 2-5 gadi - 5; mazāk nekā 2 gadi - 3; 6-10 gadi - 1
Saskares biežums	16 no 19 ar mentālās veselības grūtībām saskaras vismaz 5 reizes mēnesī

4.1.2. Ģimenes iesaistes nozīme un faktiskā īstenošana

Rādītājs	n	%
Ģimenes iesaiste ir ļoti vai drīzāk svarīga	16	84,2
Ģimenes iesaiste praksē ir zema (1-2 no 5)	10	52,6
Atbalsts ģimenēm ir nepietiekams (1-2 no 5)	14	73,7
Starpnozaru sadarbība vērtēta zemu (1-2 no 5)	16	84,2
Pakalpojumi labāk pieejami pilsētās	14	73,7



Avots: autoru aprēķini no projekta aptauju datiem.

Rezultāti rāda skaidru atšķirību starp normatīvo/profesionālo pārliecību un ikdienas praksi: ģimenes iesaistes nozīme tiek atzīta, bet tās īstenošanai trūkst protokolu, finansējuma, laika un koordinācijas. Vidējais ģimenes iesaistes līmenis praksē bija 2,47 no 5, bet atbalsta ģimenēm pietiekamība - 2,21 no 5.

4.1.3. Trūkstošie resursi un šķēršļi

Resurss	Nav	Nepietiekami	Pieejams	Cits statuss
Protokoli/vadlīnijas	11	3	2	3
Supervīzijas	4	1	13	1
Konsultējami kolēģi	3	3	13	0
Apmācības/semināri	9	6	4	0
Informācijas materiāli	5	6	6	2
Telpas/laiks konsultācijām	9	4	3	3
Finansējums/administratīvs atbalsts	14	3	2	0
Sadarbības tīkli	6	6	4	3
Tulku/starpkultūru atbalsts	15	1	2	1

Avots: autoru aprēķini no projekta aptauju datiem.

Visizteiktākais deficīts ir finansējumā/administratīvajā atbalstā (14 no 19 norāda, ka nav pieejams), ģimenes iesaistes protokolos (11 no 19), apmācībās (9 no 19) un telpās/laikā individuālām konsultācijām ar ģimeni (9 no 19). Salīdzinoši biežāk pieejams resurss ir konsultējami kolēģi un profesionāļu tīkls.

Speciālistu minētais šķērslis	n	%
Juridiskie ierobežojumi/privātums	7	36,8%
Novēlota palīdzības pieejamība reģionos	7	36,8%
Saziņas grūtības ar speciālistiem	7	36,8%
Informācijas trūkums	7	36,8%
Stigma un aizspriedumi	6	31,6%

Speciālistu minētais šķērslis	n	%
Finansiālā slodze	5	26,3%

Kā prioritārus uzlabojumus speciālisti visbiežāk minēja finansējumu tuvinieku atbalsta programmām (14), starpinstitutionālus sadarbības protokolus (12), centralizētu informācijas platformu (9) un ģimenes līdziesaistes vadlīnijas (8).

4.2. Tuvinieku aptauja

4.2.1. Izlases raksturojums

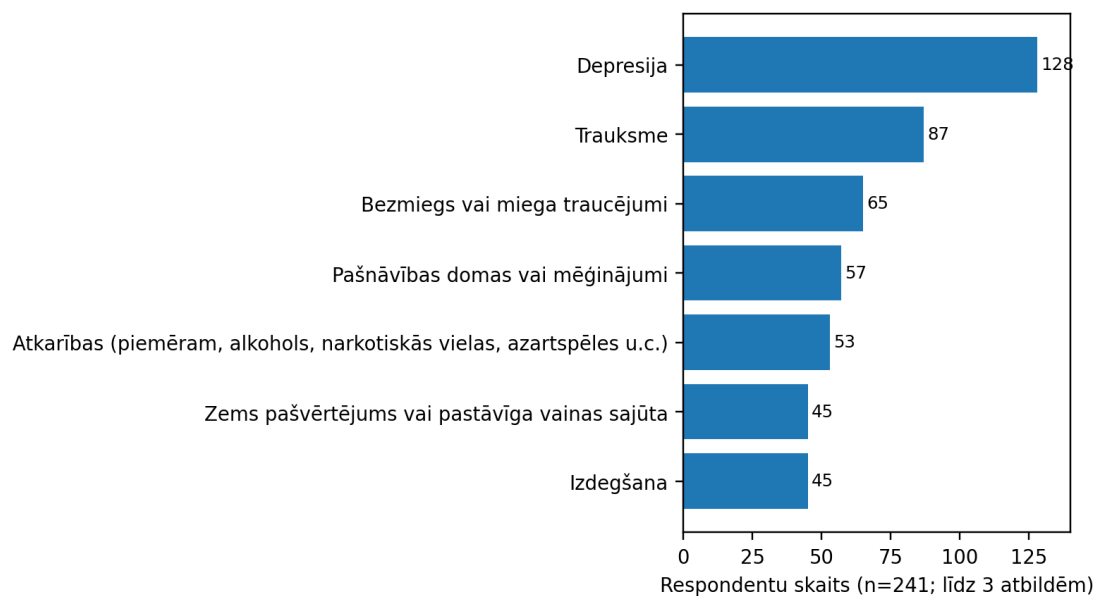
Rādītājs	n	%
Kopējais respondentu skaits	283	100,0%
Apstiprināta tuvinieka pieredze pēdējo 3 gadu laikā	241	85,2%
Sievietes analītiskajā apakšizlasē	218	90,5%
Rīga analītiskajā apakšizlasē	108	44,8%
Vidzeme analītiskajā apakšizlasē	59	24,5%
Pilsēta/lielpilsēta	158	65,6%

Analītiskajā apakšizlasē visbiežāk pieredze bija saistīta ar partneri (64; 26,6%) vai pilngadīgu bērnu (61; 25,3%). 37 respondenti (15,4%) ziņoja par vecāku/aizbildni, 30 (12,4%) - par nepilngadīgu bērnu, bet 29 (12,0%) - par brāli vai māsu.

4.2.2. Mentālās veselības grūtību raksturojums

Grūtību veids	n	% no n=241
Depresija	128	53,1%
Trauksme	87	36,1%
Bezmiegs vai miega traucējumi	65	27,0%
Pašnāvības domas vai mēģinājumi	57	23,7%
Atkarības (piemēram, alkohols, narkotiskās vielas, azartspēles u.c.)	53	22,0%
Zems pašvērtējums vai pastāvīga vainas sajūta	45	18,7%
Izdegšana	45	18,7%
Panikas lēkmes	34	14,1%
Hronisks stress	27	11,2%
Šizofrēnijas spektra traucējumi	25	10,4%
Ēšanas traucējumi	23	9,5%
Tīša paškaitējums (self-harm)	22	9,1%
Bipolārie traucējumi	18	7,5%

2. attēls. Biežāk minētās tuvinieka mentālās veselības grūtības

Biežāk minētās tuvinieka mentālās veselības grūtības

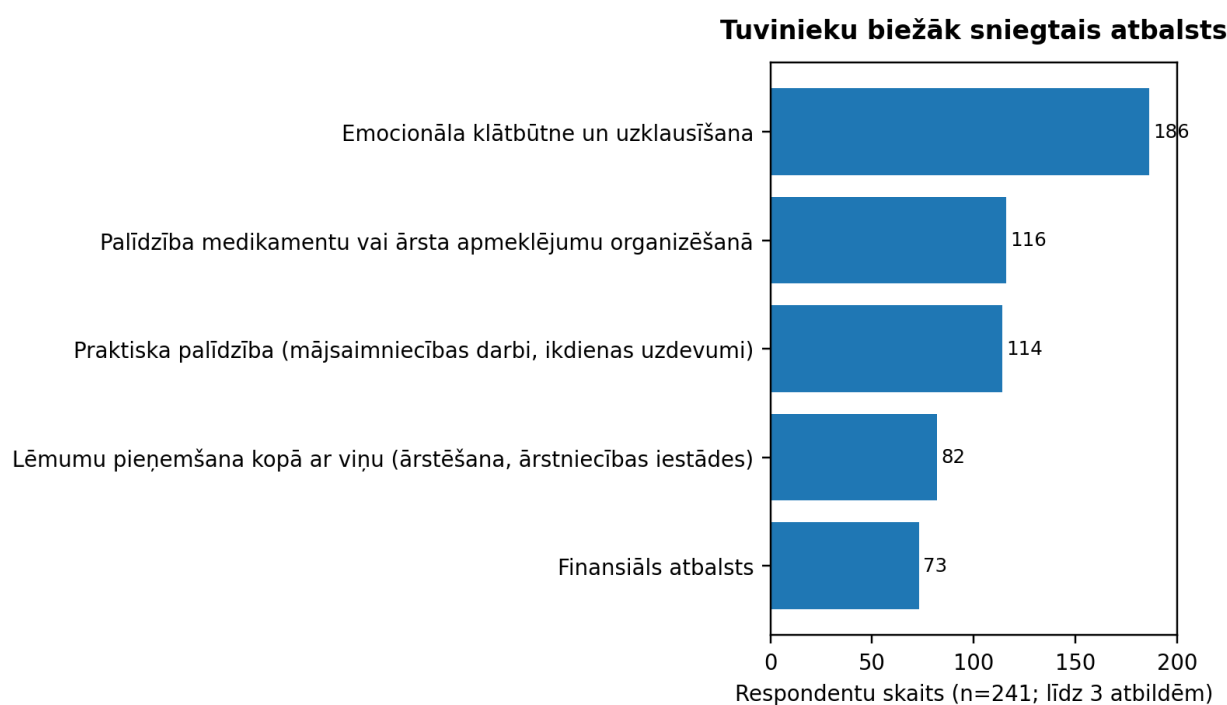
Avots: autoru aprēķini; bija iespējams atzīmēt līdz 3 atbildēm.

Vairāk nekā trešdaļa (36,5%) norādīja, ka grūtības ilgušas vairāk nekā piecus gadus, bet 23,2% - trīs līdz piecus gadus. Tas parāda, ka, lai gan skrīninga jautājums bija par pēdējiem trim gadiem, ievērojama daļa ģimeņu dzīvo ar ilgstošu vai atkārtotu problēmu, kas turpinājusi būt aktuāla pētījuma periodā.

4.2.3. Ģimenes sniegtais atbalsts

Atbalsta veids	n	% no n=241
Emocionāla klātbūtne un uzklausišana	186	77,2%
Palīdzība medikamentu vai ārsta apmeklējumu organizēšanā	116	48,1%
Praktiska palīdzība (mājsaimniecības darbi, ikdienas uzdevumi)	114	47,3%
Lēmumu pieņemšana kopā ar tuvinieku (ārstēšana, ārstniecības iestādes)	82	34,0%
Finansiāls atbalsts	73	30,3%
Tuvinieks noraidīja iesaisti/atbalstu	39	16,2%

3. attēls. Tuvinieku biežāk sniegtais atbalsts



Avots: autoru aprēķini; bija iespējams atzīmēt līdz 3 atbildēm.

Dati apliecina, ka ģimenes loma nav simboliska. Tuvinieki nodrošina emocionālo klātbūtni, praktisko aprūpi, ārstniecības procesa organizēšanu un finansējumu. Šādas funkcijas pēc būtības līdzinās neformālai aprūpei un gadījuma koordinēšanai, taču bieži tiek veiktas bez apmācības un profesionāla atbalsta.

4.2.4. Tuvinieku slogs un emocijas

Sloga dimensija	Derīgs n	Izteiktas/ļoti lielas grūtības	%	Vidējais (1–5)
Emocionālais smagums / stress	238	123	51,7%	3,50
Ģimenes attiecību un konfliktu risināšana	235	90	38,3%	3,05
Informācijas un atbalsta resursu pieejamība	231	77	33,3%	2,91
Komunikācija ar tuvinieku	235	77	32,8%	2,96
Stigma / sabiedrības attieksme	222	70	31,5%	2,80
Finansiālais slogs	235	73	31,1%	2,77
Komunikācija ar ārstiem un institūcijām	203	43	21,2%	2,49
Sava laika organizēšana	238	46	19,3%	2,58

4. attēls. Izteiktas vai ļoti lielas grūtības atbalsta sniegšanā

Izteiktas vai ļoti lielas grūtības atbalsta sniegšanā



Avots: autoru aprēķini no projekta aptauju datiem.

Biežāk norādītās emocijas bija bezspēcība ($n=136$; 56,4%), satraukums vai nemiers ($n=117$; 48,5%), nogurums vai izsīkums ($n=68$; 28,2%), bailes par nākotni ($n=64$; 26,6%) un izmisums ($n=64$; 26,6%). Vainas sajūtu norādīja 48 respondenti (19,9%). Šie rezultāti saskan ar fokusgrupu un individuālo interviju stāstiem par ilgstošu trauksmi, vainu un sajūtu, ka no tuvinieka rīcības ir atkarīga krīzes atkārtošanās.

4.2.5. Profesionālā palīdzība, informācija un krīzes navigācija

Profesionālās palīdzības statuss	n	%
Jā, šobrīd saņem ārstēšanu	113	46,9%
Nē, nav meklējis	60	24,9%
Jā, iepriekš saņēma, bet vairs nē	58	24,1%
Nē, bet plāno meklēt	8	3,3%
Nav zināms	2	0,8%

113 tuvinieki (46,9%) ziņoja, ka cilvēks šobrīd saņem ārstēšanu, 58 (24,1%) - ka iepriekš saņēma, bet vairs nesaņem, un 60 (24,9%) - ka profesionālu palīdzību nav meklējis. Komunikāciju ar medicīnas un sociālās aprūpes speciālistiem kā drīzāk sliktu vai ļoti sliktu vērtēja 51 respondents; 56 norādīja, ka saskares ar speciālistiem nav bijis.

Skaidrība par rīcību krīzē	n	%
Daļēji - zinu dažas iespējas, bet neesmu pārliecināts/a	110	45,6%
Jā, man būtu skaidrs, kur vērsties	97	40,2%
Nē, man nebūtu skaidrs, kur meklēt palīdzību	27	11,2%
Neesmu par to domājis / domājusi	5	2,1%
Nevēlos atbildēt	2	0,8%

Internetā informāciju viegli atrada 113 respondenti, tomēr 71 to atrada tikai daļēji un norādīja, ka tā nebija pilnīga vai saprotama. Pie ģimenes ārsta informāciju viegli atrada 36, bet pie cita veselības aprūpes speciālista - 73 respondenti. Šī aina norāda, ka informācijas esamība internetā pati par sevi nenodrošina drošu navigāciju vai rīcības pārliecību.

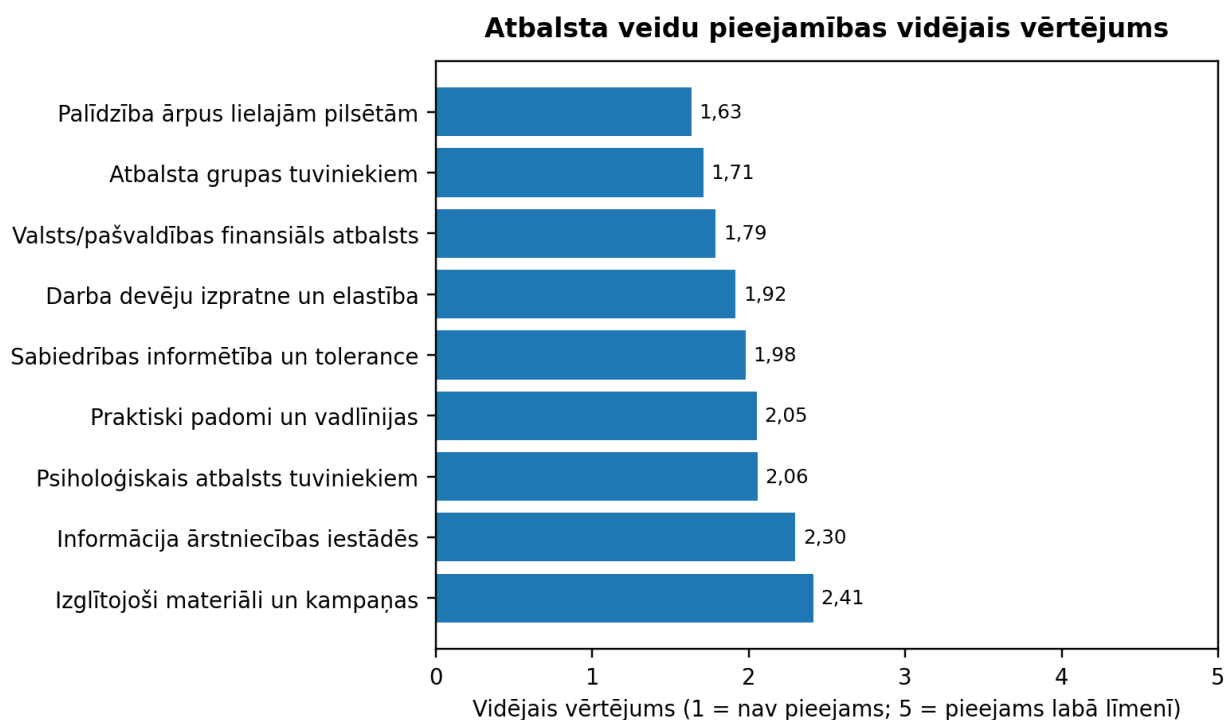
Visvairāk pietrūkušais atbalsts	n	%
Profesionāls atbalsts	117	48,5%
Emocionāls atbalsts	112	46,5%
Informatīvs atbalsts	102	42,3%
Praktisks atbalsts	90	37,3%
Sabiedrības izpratne un tolerance	73	30,3%
Atbalsta grupas/kopiena	62	25,7%

4.2.6. Reģionālā pieejamība un valsts/pašvaldības atbalsts

Atbalsta veids	Derīgs n	Vidējais	Zems vērtējums n	Zems vērtējums %	Nezina n
Palīdzība ārpus lielajām pilsētām	161	1,63	142	88,2%	80
Atbalsta grupas tuviniekiem	186	1,71	161	86,6%	55
Valsts/pašvaldības finansiāls atbalsts	194	1,79	159	82,0%	47
Darba devēju izpratne un elastība	189	1,92	145	76,7%	52
Sabiedrības informētība un tolerance	193	1,98	152	78,8%	48
Praktiski padomi un vadlīnijas	212	2,05	155	73,1%	29

Atbalsta veids	Derīgs n	Vidējais	Zems vērtējums n	Zems vērtējums %	Nezina n
Psiholoģiskais atbalsts tuviniekiem	212	2,06	158	74,5%	29
Informācija ārstniecības iestādēs	204	2,30	130	63,7%	37
Izglītojoši materiāli un kampaņas	211	2,41	128	60,7%	30

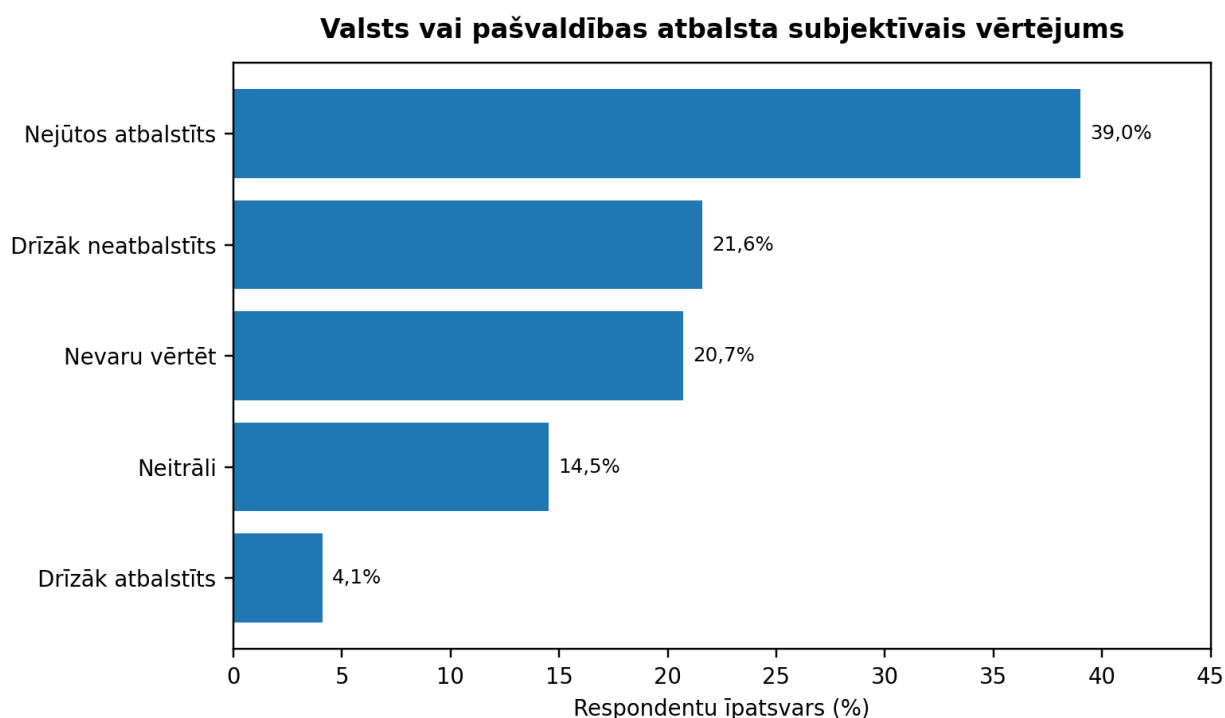
5. attēls. Atbalsta veidu pieejamības vidējais vērtējums



Avots: autoru aprēķini; "Nezinu/grūti teikt" nav iekļauts vidējā.

Zemāk vērtēta palīdzība ārpus lielajām pilsētām, atbalsta grupas, finansiāls atbalsts, darba devēju elastība un sabiedrības tolerance. Lielais "Nezinu/grūti teikt" atbilžu skaits dažos posteņos pats par sevi norāda uz zemu pakalpojumu atpazīstamību.

6. attēls. Valsts vai pašvaldības atbalsta subjektīvais vērtējums



Avots: autoru aprēķini no projekta aptauju datiem.

Kopumā 146 no 241 respondentiem (60,6%) norādīja, ka nejūtas atbalstīti vai jūtas drīzāk neatbalstīti. Tikai 10 respondenti (4,1%) atzīmēja, ka jūtas drīzāk atbalstīti; neviens neizvēlējās augstāko atbalsta kategoriju.

4.3. Fokusgrupu rezultāti

4.3.1. Dalībnieku raksturojums

Rīgas fokusgrupā piedalījās sešas sievietes vecumā no 25 līdz 69 gadiem (vidējais vecums 45 gadi). Pieredze bija saistīta ar vecākiem, vecvecākiem, partneri, pieaugušiem bērniem, māsas bērnu un mazbērniem. Valmieras fokusgrupā piedalījās piecas personas - trīs sievietes un divi vīrieši vecumā no 38 līdz 61 gadam (vidējais vecums 48 gadi); pieredzes bija saistītas ar partneri, pieaugušiem bērniem un nepilngadīgajiem bērniem. Jelgavas fokusgrupā piedalījās četras sievietes vecumā no 29 līdz 53 gadiem (vidējais vecums 41 gads). Rēzeknes fokusgrupā piedalījās četras sievietes vecumā no 27 līdz 54 gadiem (vidējais vecums 43 gadi). Visās grupās bija pārstāvēta depresija, trauksme/izdegšana, atkarības, paškaitējums, suicidāls risks, bipolāri traucējumi un citas ilgstošas grūtības.

4.3.2. Galvenās tēmas

Tēma	Interpretācija
1. Emocionālais izsīkums, vaina un bezpalīdzība	Dalībnieki aprakstīja šoku, pastāvīgas bailes, vainu par nepamanītām pazīmēm un izdegšanu. Īpaši intensīva bija pieredze pēc paškaitējuma vai pašnāvības mēģinājuma.
2. Ģimenes lomu apvēršanās un robežu zudums	Bērni kļūst par vecāku aprūpētājiem, partneri - par terapeitiem un nereti vienīgajiem iztikas pelnītājiem. Parādās "glābēja" loma, līdzatkarības risks un grūtības izteikt savas vajadzības.
3. Zināšanu un rīcības ceļveža trūkums	Tuviniekiem nav pārliecības, kā runāt, motivēt vērsties pēc palīdzības, atpazīt akūtu risku un saglabāt robežas.
4. Rindas, izmaksas un reģionālā nevienlīdzība	Fokusgrupās minētas augstas privāto pakalpojumu izmaksas, speciālistu trūkums, neregulāras vizītes, transporta slogs un Rīgas priekšrocības.
5. Stigma, dzimumlomas un konfidencialitātes bailes	Stigma ir mazinājusies, tomēr saglabājas uzskati "saņemies", "esi vecis", bailes, ka mazpilsētā informācija kļūs zināma, un nevēlēšanās runāt ar apkārtējiem.

Tēma	Interpretācija
6. Vajadzība pēc profesionāla, tūlītēja un ģimeni iesaistoša atbalsta	Dalībnieki vēlējas vienotu ceļvedi, 24/7 profesionālu konsultāciju, atbalsta grupas, ģimenes ārsta izsniegtu pakalpojumu sarakstu un speciālistu skaidru komunikāciju ar tuviniekiem.

Tēma 1. Emocionālais izsīkums, vaina un bezpalīdzība

Visās fokusgrupās tuvinieki stāstīja par ilgstošu spriedzi un izjūtu, ka viņiem jānovērš nākamā krīze. Vaina radās gan par nepamanītām pazīmēm, gan par savām robežām, gan par nespēju “izārstēt” tuvinieku. Daļai dalībnieku pašu funkcionēšana būtiski pasliktinājās.

“Es jūtos bezgala vainīga, ļoti, ļoti. Man vajadzēja kaut ko darīt, bet es nezināju – ko.”

FG-R3

“Es nonācu ļoti smagā situācijā, es sabruku emocionāli.”

FG-J1

Tēma 2. Ģimenes lomu apvēršanās un robežu zudums

Dalībnieku pieredzē ģimene nereti pārņēma ārstēšanas motivēšanu, vizīšu organizēšanu, ienākumu nodrošināšanu un ikdienas vadību. Šī aprūpe dažkārt nostiprināja nevienlīdzīgas attiecības un apgrūtināja robežu veidošanu.

“Tagad lomas mūsu starpā ir apgrieztas. Brīžiem es jūtos kā mamma viņām abām.”

FG-Rz1

“Es biju kā psihoterapeits vīram visu laiku.”

FG-V2

Tēma 3. Zināšanu un rīcības ceļveža trūkums

Tuvinieki nevēlējās tikai vispārīgu informāciju par diagnozēm. Viņiem bija nepieciešamas situatīvas instrukcijas: kā runāt, ko darīt, ja cilvēks atsakās no palīdzības, kā atšķirt konfliktu no krīzes, kā pasargāt sevi un kad iesaistīt neatliekamo palīdzību.

“Man tiešām nav zināšanu, kā pareizi ar to cilvēku runāt. Es esmu neziņā.”

FG-V1

“Būtu noderīga informācija kaut vai bukleta vai rokasgrāmatas formātā.”

FG-Rz4

Tēma 4. Rindas, izmaksas un reģionālā nevienlīdzība

Dalībnieki aprakstīja situācijas, kad palīdzība vajadzīga uzreiz, bet speciālists pieejams pēc vairākiem mēnešiem. Privāto pakalpojumu izmaksas radīja papildu slogu, savukārt reģionos ierobežota izvēle palielināja transporta un konfidencialitātes bažas.

“Rindas pie speciālista ir tik milzīgas, ka jaunus pacientus vairs nespēj uzņemt pat krīzes situācijās.”

FG-R6

“Viena psihoterapeita vizīte bieži vien maksā 110 eiro, un tas ir nežēlīgi dārgi.”

FG-J3

Tēma 5. Stigma, dzimumlomas un konfidencialitātes bailes

Stigma fokusgrupās tika raksturota kā mainīga: sabiedrības izpratne uzlabojas, tomēr joprojām pastāv nosodījums, vainošana un stereotipi par vīrišķību. Reģionos palīdzības meklēšanu kavē arī bažas, ka privāta informācija var kļūt zināma vietējā kopienā.

“Es esmu saskārusies ar to, ka man pasaka: depresija ir slinkums.”

FG-Rz3

“Mazpilsētā visi zinās un ar pirkstu rādīs.”

FG-V4

Tēma 6. Vajadzība pēc profesionāla un tūlītēja atbalsta

Dalībnieku piedāvātie risinājumi bija praktiski: profesionālis “viena zvana attālumā”, plašāk pieejama krīzes konsultācija ārpus darba laika, ģimenes ārsta izsniegts rīcības un pakalpojumu saraksts, regulāras atbalsta grupas un skaidrs ģimenes iesaistes modelis ārstniecības procesā.

“Cilvēks viena zvana attālumā, kad jebkurā brīdī vari piezvanīt un pajautāt, ko tagad iesākt.”

FG-V3

“Vajadzētu būt palīdzībai, kas ir akūti pieejama.”

FG-R4

4.3.3. Individuālo pieredzes ierakstu analīze

Analīze nav paredzēta klīniskai diagnožu pārbaudei; tās mērķis ir parādīt ģimenes lomu un vajadzību dažādību.

Kods	Attiecību konteksts	Grūtību konteksts	Dominējošā ģimenes ietekme	Primārā vajadzība
FG-R1	Meita un mazmeita, kura atbalsta māti un vecmāmiņu	Ilgstoša depresija	Ģimenes lomu apvēršanās; aprūpētāja pienākumu uzņemšanās agrīnā vecumā	Atbalsts personīgo robežu noteikšanā; psihoizglītība
FG-R2	Tante, kura atbalsta māsas bērnu	Paškaitējums, pašnāvības risks un depresija	Akūts emocionāls satricinājums; finansiāls slogs; bailes no krīzes atkārtošanās	Krīzes rīcības ceļvedis; ģimenes konsultācijas
FG-R3	Vecmāmiņa, kura atbalsta mazbērnu	Paškaitējums un pašnāvības risks; neiroatfistības grūtības	Vainas izjūta; ilgstošas bailes; emocionāls izsīkums	Atbalsta grupa; drošības plāna izstrāde
FG-R4	Partnere	Depresija un izdegšana	Atbildības pārdale; finansiāls un emocionāls slogs	Pāra vai ģimenes konsultācijas; atbalsts robežu noteikšanā
FG-R5	Meita, kura atbalsta tēvu	Depresija	Pastiprināta glābēja loma; personīgo vajadzību atstāšana novārtā	Individuāls psiholoģiskais atbalsts tuviniekam
FG-R6	Māte, kura atbalsta pieaugušos bērnus	Ilgstoša depresija un citas mentālās veselības grūtības	Bezpalīdzība; ilgstošs aprūpes slogs; grūtības motivēt vērsties pēc palīdzības	Vadlīnijas motivējošai komunikācijai; atbalsts tuviniekam
FG-V1	Tēvs, kurš atbalsta pieaugušos bērnus	Depresīvi simptomi un citas psihiskās veselības grūtības	Vainas izjūta; bailes no konflikta; stigmatizācijas pieredze	Komunikācijas vadlīnijas; savlaicīgi pieejams psiholoģiskais atbalsts
FG-V2	Bijusī sieva un māte	Depresija, hroniskas veselības grūtības un vardarbīga attiecību dinamika	Izdegšana; finansiālais, emocionālais un aprūpes slogs	Krīzes, juridiskais un psiholoģiskais atbalsts
FG-V3	Tēvs, kurš atbalsta pieaugušo meitu	Paškaitējums	Bažas par drošību; neziņa par piemērotāko rīcību un palīdzības iespējām	Ātri pieejama profesionāla konsultācija; krīzes rīcības plāns
FG-V4	Partnere	Izdegšana, depresija un atkarības problēmas	Neformāla terapeita lomas uzņemšanās; darba pārtraukšana; emocionāls izsīkums	Vīriešiem piemērotu speciālistu pieejamība; skaidrs ārstēšanas un rehabilitācijas ceļš

Kods	Attiecību konteksts	Grūtību konteksts	Dominējošā ģimenes ietekme	Primārā vajadzība
FG-V5	Partnere	Alkohola atkarība	Izsākums, līdzatkarība, finansiālas problēmas	Spēja motivēt tuvinieku iziet rehabilitāciju, sabiedrības izpratne un tolerance
FG-J1	Māte, kura atbalsta pieaugušu meitu	Bipolāri afektīvi traucējumi	Informācijas trūkums grūtību sākumposmā; ilgstošs emocionāls izsākums	Skaidra informācija par palīdzības soļiem un piemērotām ārstēšanas iespējām
FG-J2	Sieva/māte	Depresija saistībā ar onkoloģisku saslimšanu	Sociālā izolācija; bezpalīdzība; izdegšana	Savstarpējā atbalsta grupas; individuāls psiholoģiskais atbalsts
FG-J3	Partnere	UDHS	Grūtības savstarpējā komunikācijā un tuvinieka motivēšanā vērsties pēc profesionālas palīdzības	Atbalsta grupa; atbalsts komunikācijas un personīgo robežu noteikšanā
FG-J4	Māte, kura atbalsta nepilngadīgu bērnu	Autiskā spektra traucējumi	Stigmatizācija; sociālā izolācija; nepietiekama izpratne izglītības vidē	Sabiedrības informētības uzlabošana; iekļaujošāka un kompetentāka izglītības vide
FG-Rz1	Bijusī sieva	Depresija; vardarbīga attiecību dinamika; ilgstoša manipulācija	Ilgstošas bailes; izmisums; neuzticēšanās vietējai psihiatrijas aprūpes sistēmai	Drošība un aizsardzība no vardarbības; koordinēta pēcaprūpe pēc izrakstīšanas no stacionāra
FG-Rz2	Māsa, kura atbalsta māsu saistībā ar viņas bērnu	Autiskā spektra traucējumi	Vainas izjūta; neformāla terapeita lomas uzņemšanās; stigmatizācija	Sabiedrības un izglītības iestāžu izpratnes uzlabošana; atbalsta grupas
FG-Rz3	Māte, kura atbalsta nepilngadīgu bērnu	UDHS; autiskā spektra traucējumi	Izdegšana; liels aprūpes un laika slogs; ierobežotas iespējas plānot personīgo dzīvi	Sabiedrības izpratnes uzlabošana; praktisks atbalsts ģimenei
FG-Rz4	Māsa, kura atbalsta brāli	Depresija; trauksme	Grūtības motivēt vērsties pēc palīdzības; neformāla terapeita lomas uzņemšanās	Atbalsta grupa; tuvinieka līdzatbildības stiprināšana; lielāka valsts apmaksātu speciālistu pieejamība

Starpgadījumu salīdzinājums rāda, ka neatkarīgi no diagnozes vai attiecību veida atkārtojas trīs mehānismi: tuvinieks kļūst par sistēmas navigatoru, ilgstoša nenoteiktība rada trauksmi un vainu, bet profesionāla pretatbalsta trūkums palielina robežu zudumu un izdegšanas risku.

4.3.4. Integrētie rezultāti

Integrētais atradums	Speciālistu dati	Tuvinieku dati	Fokusgrupu skaidrojums	Politikas implikācija
Ģimenes loma ir būtiska, bet nestrukturēta	84,2% speciālistu atzīst nozīmi; 52,6% vērtē faktisko iesaisti kā zemu	Tuvinieki organizē vizītes, ikdienu un finanses	“Lomas ir apgrieztas”; “biju kā psihoterapeits”	Nepieciešams vienots ģimenes iesaistes protokols
Augsts emocionālais un attiecību slogs	73,7% atbalstu ģimenēm vērtē kā nepietiekamu	51,7% augsts emocionālais slogs; 38,3% augstas attiecību grūtības	Vaina, bezpalīdzība, izdegšana, robežu zudums	Atbalsta grozs pašiem tuviniekiem
Navigācijas vakuums	Informācijas trūkums un komunikācijas grūtības ir bieži šķēršļi	Tikai 40,2% pilnīgi skaidrs, kur vērsties krīzē	Pieprasīts ceļvedis un profesionālis “viena zvana attālumā”	Vienota platforma + profesionāla navigācija
Reģionālā un finansiālā nevienlīdzība	73,7% norāda pilsētu priekšrocības	Ārpus lielajām pilsētām vidējais 1,63/5; finansiāls atbalsts 1,79/5	Rindas, transports, izmaksas, anonimitātes bažas	Hibrīdpakalpojumi un minimālie reģionālie standarti
Stigma un dzimumlomu gaidas	Stigma minēta kā šķērslis	31,5% augstas stigmatas radītas grūtības	“Depresija ir slinkums”; “esi vecis”	Mērķēta komunikācija un vīriešiem pieejami atbalsta formāti

Datu triangulācija palielina secinājumu ticamību: vieni un tie paši trūkumi parādās profesionāļu vērtējumos, tuvinieku skaitliskajos datos un pieredzes stāstos. Atšķirība ir uzsvārus: speciālisti vairāk akcentē resursu un protokolu trūkumu, bet tuvinieki – emocionālo cenu, apjukumu un savlaicīgas palīdzības nepieejamību.

4.4. Individuālo interviju rezultāti

4.4.1. Dalībnieku raksturojums

Individuālajās intervijās piedalījās desmit respondenti - deviņas sievietes un viens vīrietis. Dalībnieku vidējais vecums bija 42 gadi. Sešas intervijas tika veiktas ar respondentiem no Rīgas, bet pa vienai intervijai - ar respondentiem no Talsiem, Ādažiem, Ventspils un Lielvārdes.

Piecu respondentu pieredze bija saistīta ar laulātā vai partnera mentālās veselības grūtībām, trīs respondentu pieredze - ar bērna mentālās veselības grūtībām, savukārt divu respondentu pieredze bija saistīta ar brāli vai brāļa dēlu. Intervijās aplūkotās situācijas ietvēra depresiju, trauksmi, izdegšanu, obsesīvi kompulsīvos traucējumus, alkohola un narkotisko vielu atkarību, paškaitējumu, pašnāvības risku un mēģinājumus, kā arī vardarbīgu un manipulatīvu attiecību dinamiku atkarības kontekstā.

Individuālo interviju dalībniekiem tika piešķirti anonimizēti kodi, kuros norādīts datu ieguves veids, respondenta dzīvesvieta un kārtas numurs. Ziņojumā iekļautie citāti lasāmības uzlabošanai ir minimāli redakcionāli izlīdzināti, nemainot to saturisko nozīmi.

4.4.2. Galvenās individuālajās intervijās identificētās tēmas

Tēma	Interpretācija
1. Emocionālais slogs, vientulība un bezspēcība	Respondenti aprakstīja ilgstošu spriedzi, izolētību, bailes, dusmas, bezcerību un sajūtu, ka atbildība par situācijas risināšanu gulstas galvenokārt uz viņiem.
2. Vainas izjūta, atbildības uzņemšanās un sēras	Vainas izjūta saglabājās arī tad, ja bija izmēģinātas vairākas palīdzības iespējas. Zaudējuma gadījumā tā savijās ar smagām sērām un ģimenes nosodījumu.
3. Aprūpes, sadzīviskais un finansiālais slogs	Tuvinieki pārņēma ikdienas aprūpi, ienākumu nodrošināšanu, vizīšu organizēšanu un drošības uzraudzību, faktiski pildot neformāla asistenta funkcijas.
4. Grūtības motivēt tuvinieku saņemt palīdzību	Palīdzības piedāvājumi tika noraidīti vai atļikti, bet ģimenēm trūka vadlīniju sarunai ar cilvēku, kurš noliedz grūtības, izvairās vai pārnēs atbildību uz citiem.
5. Atbalsta pieejamība un reģionālās atšķirības	Ārpus Rīgas un Pierīgas bija ierobežotāka terapijas, rehabilitācijas un diagnozei pielāgotu pakalpojumu izvēle, kā arī sarežģītāka orientēšanās palīdzības sistēmā.
6. Valsts finansēta un ģimenei orientēta atbalsta nepieciešamība	Respondenti uzsvēra vajadzību pēc valsts līdzfinansētām konsultācijām, ģimenes terapijas, atbalsta grupām, ģimenes asistenta un kopīgiem atveseļošanās pasākumiem.
7. Drošība, vardarbība un atkarību pēcprūpe	Vardarbības situācijās prioritāra bija drošība un juridiska palīdzība, savukārt atkarību gadījumos - ilgtermiņa uzraudzība un pēcprūpe pēc rehabilitācijas.

Tēma 1. Emocionālais slogs, vientulība un bezspēcība

Viena no izteiktākajām individuālo interviju tēmām bija ilgstošs emocionālais slogs. Respondenti aprakstīja vientulību, bezspēcību, bailes, dusmas, izmisumu un sajūtu, ka atbildība par situācijas risināšanu gulstas galvenokārt uz viņiem. Īpaši izteikta izolētība bija situācijās, kurās mentālās veselības vai atkarības problēmas bija saistītas ar vardarbību un manipulāciju. Ilgstoša atrašanās atbalstītāja lomā ietekmēja arī pašu tuvinieku mentālo veselību, veicinot izdegšanu, pašvērtējuma pazemināšanos un savu vajadzību atstāšanu novārtā.

“Es sajutos tik vientuļi - šķita, ka visa pasaule ir pret mani.”

II-Ā-01

“Vīrs tolaik depresijas dēļ nevarēja strādāt. Es attapos pamesta novārtā, taču man bija jāturpina domāt, kā atbalstīšu vīru, rūpēšos par zīdaiņiem, risināšu finansiālās grūtības un pati tikšu galā ar pēcdzemdību depresiju un visiem sadzīves jautājumiem.”

II-R-07

Tēma 2. Vainas izjūta, atbildības uzņemšanās un sēras

Vainas izjūta parādījās gan situācijās, kurās tuvinieks turpināja saskarties ar mentālās veselības vai atkarības grūtībām, gan pēc tuvinieka zaudējuma. Respondenti atkārtoti analizēja savu rīcību un apsvēra, vai bija iespējams darīt vairāk, pat ja jau bija izmēģinātas dažādas palīdzības iespējas. Intervijā ar māti, kura bija zaudējusi pilngadīgu dēlu, sēras savijās ar vainas izjūtu, ģimenes nosodījuma pieredzi un atziņu, ka dēla dzīves laikā ģimenei nebija pietiekama atbalsta.

“Katru reizi, kad par to domāju, arvien vairāk sevi iedzinu vainas sajūtā. Likās, ka varēju darīt kaut ko vairāk, kaut arī viss jau bija izmēģināts.”

II-L-01

Tēma 3. Aprūpes, sadzīviskais un finansiālais slogs

Respondenti uzņēmās ne tikai emocionālu, bet arī praktisku, sadzīvisku un finansiālu atbildību. Atsevišķos gadījumos tuvinieka stāvoklis būtiski ierobežoja viņa spēju strādāt, rūpēties par sevi vai veikt ikdienas pienākumus. Ģimenes locekļi organizēja pārtikas iegādi, ārstniecības pakalpojumus un pierakstus pie speciālistiem, kā arī uzraudzīja tuvinieka drošību. Tādējādi viņi faktiski pildīja neformāla aprūpētāja, asistenta vai gadījuma vadītāja funkcijas bez profesionālas sagatavotības un sistemātiska atbalsta.

“Viņš nebija ēdis gandrīz nedēļu, jo viņam bija grūti iziet no mājas un aiziet pēc pārtikas. Tā kā viņš atradās tālu, runājām videozvanā, kamēr viņš izstaigāja veikalu.”

II-R-02

“Viņai vienkārši neko negribējās. Es iemācījos pa māju staigāt kā spoks, atstājot rokas stiepiena attālumā visu nepieciešamo.”

II-R-04

Tēma 4. Grūtības motivēt tuvinieku saņemt palīdzību

Vairākās intervijās tika aprakstītas grūtības pārliecināt tuvinieku vērsties pie speciālista. Respondenti piedāvāja informāciju, konkrētu palīdzību pieraksta organizēšanā un iespēju sazināties ar speciālistu tuvinieka vietā, tomēr palīdzība tika noraidīta. Komunikāciju papildu sarežģīja noliegums, izvairīšanās, manipulācija un atbildības pārņemšana uz citiem. Šādās situācijās ģimenēm trūka praktisku vadlīniju par to, kā atbalstīt tuvinieku un vienlaikus saglabāt personiskās robežas.

“No sākuma mēģināju pamudināt pierakstīties pie speciālista - nekā. Pēc tam piedāvāju konkrētus risinājumus, ka varu piezvanīt viņas vietā, bet arī - nekā.”

II-R-01

“Bija sarežģīti viņu uzklausīt - dažreiz viņš izvairījās, dažreiz mēģināja iežēlināt, dažreiz uzvēla man visu atbildību.”

II-T-01

Tēma 5. Atbalsta pieejamība un reģionālās atšķirības

Intervijās tika aktualizēta nevienmērīga profesionālās palīdzības pieejamība dažādās Latvijas teritorijās. Ārpus Rīgas un Pierīgas bija ierobežotākas iespējas saņemt dažādu terapijas virzienu, rehabilitācijas un diagnozei pielāgotus pakalpojumus. Viena respondente norādīja, ka profesionālā darbība nevalstiskajā sektorā bija palīdzējusi vieglāk orientēties atbalsta iespējās; tas vienlaikus norāda, ka cilvēkiem bez profesionālām zināšanām vai kontaktiem palīdzības sistēmā orientēšanās var būt ievērojami sarežģītāka.

“Es pati strādāju NVO, līdz ar to pieļauju, ka man bija nedaudz vieglāk atrast informāciju par palīdzības iespējām.”

II-V-01

Tēma 6. Valsts finansēta un ģimenei orientēta atbalsta nepieciešamība

Respondenti uzsvēra, ka psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība ģimenēm bieži nav finansiāli pieejama. Tika pausta vajadzība pēc valsts pilnībā vai daļēji finansētām psihologa, psihoterapeita un ģimenes terapeita konsultācijām, kā arī pēc atbalsta grupām, ģimenes asistenta un praktiskas palīdzības. Ģimene tika raksturota ne tikai kā resurss tuvinieka atveseļošanās procesā, bet arī kā atsevišķa atbalsta saņēmēja, kurai pēc ilgstošas krīzes nepieciešama iespēja atjaunot komunikāciju, savstarpējo uzticēšanos un ikdienas funkcionēšanu.

“Būtu ļoti noderīgi, ja psiholoģiskais atbalsts būtu plašāk pieejams un vismaz daļēji finansēts no valsts puses.”

II-R-05

“Būtu tik jauki, ja būtu kādas nometnes, kurās varētu piedalīties visa ģimene un atkal saliedēties. Mums tas bija ļoti nepieciešams pēc visas elles, kurai bijām izgājuši cauri.”

II-R-06

Tēma 7. Drošība, vardarbība un atkarību pēcaprūpe

Atkarību pieredzēs tika identificētas savstarpēji saistītas problēmas: stigmatizācija, atkārtoti rehabilitācijas mēģinājumi, nepietiekama pēcaprūpe, tuvinieku finansiālais slogs un sarežģīta personisko robežu saglabāšana. Respondenti uzsvēra, ka īslaicīga rehabilitācija bez turpmākas uzraudzības un sociālā atbalsta bieži nav pietiekama. Vardarbīgas attiecību dinamikas gadījumā primārā vajadzība bija drošība, juridiskā palīdzība un koordinēta institūciju rīcība. Mentālās veselības vai atkarības grūtības nedrīkst izmantot kā vardarbības attaisnojumu, un cietušā drošībai jābūt prioritārai.

4.4.3. Individuālo gadījumu analītiskais raksturojums

Kods	Respondenta loma ģimenē	Tuvinieka grūtību raksturojums	Galvenā ietekme uz respondentu un ģimeni	Galvenās atbalsta vajadzības
II-R-01	Vīrs, kurš atbalsta sievu	Smaga depresija	Emocionāls slogs; bezspēcība; izdegšana; mazināta uzticēšanās palīdzības iespējām	Praktisks atbalsts ģimenei; ģimenes asistenta pakalpojums
II-T-01	Māsa, kura atbalsta brāli	Narkotisko vielu atkarība	Personisko robežu pārkāpšana; vainas un atbildības pārņemšana; pašas iepriekšējās pieredzes aktualizēšanās	Stigmas mazināšana; ilgtermiņa uzraudzība un pēcaprūpe pēc rehabilitācijas
II-Ā-01	Bijusī sieva	Alkohola atkarība; pašnāvības draudi; vardarbīga un manipulatīva attiecību dinamika	Vientulība; sociālā izolācija; pašvērtējuma pazemināšanās; ilgstošas bailes no vardarbības	Drošības un juridiskais atbalsts; iespēja tikt uzklaustītai; koordinēta dienestu rīcība
II-V-01	Māte, kura atbalsta nepilngadīgu meitu	Paškaitējums un pašnāvības mēģinājumi	Ilgstošas bailes; vainas izjūta; bezspēcība, saskaroties ar ierobežotu palīdzības efektivitāti	Daudzveidīgu terapijas iespēju pieejamība ārpus Rīgas un Pierīgas; aktīvāka skolas psihologa iesaiste
II-R-02	Māte, kuras pilngadīgais dēls ir miris	Depresija un obsesīvi kompulsīvie traucējumi	Smagas sārgas; vainas izjūta; ģimenes nosodījums; atbalsta trūkums dēla dzīves laikā	Diagnozei pielāgots atbalsts; atbalsts sārgas; lielāka ģimenes un sabiedrības izpratne
II-L-01	Tante, kura atbalsta pilngadīgu brāļa dēlu	Alkohola atkarība	Bezspēcība; dusmas; ievērojams finansiālais slogs	Reģionāli pieejama rehabilitācija; ģimenes asistents vai gadījuma vadītājs
II-R-04	Māte, kura atbalsta nepilngadīgu meitu	Depresija un obsesīvi kompulsīvie traucējumi	Bailes atstāt bērnu vienu; neziņa; bezspēcība; liels ikdienas aprūpes slogs	Diagnozei pielāgots profesionālais atbalsts; atbalsta grupas tuviniekiem

Kods	Respondenta loma ģimenē	Tuvinieka grūtību raksturojums	Galvenā ietekme uz respondentu un ģimeni	Galvenās atbalsta vajadzības
II-R-05	Partnere	Izdegšana	Grūtības savstarpējā komunikācijā; tuvinieka izvairīšanās un noslēgšanās	Saprotamas komunikācijas vadlīnijas; valsts daļēji finansēts psiholoģiskais atbalsts
II-R-06	Sieva, kura atbalsta vīru	Depresija, bezmiegs un trauksme	Bailes par nākotni; bezcerība; neziņa par piemērotāko rīcību	Ģimenei kopīgi atveseļošanās un saliedēšanās pasākumi; ģimenes konsultācijas
II-R-07	Sieva, kura atbalsta vīru	Depresija un izdegšana	Dusmas; sadzīviska un emocionāla pārslodze; vientulība; bezcerība	Atbalsts tuvinieka motivēšanai vērsties pēc palīdzības; valsts finansēta ģimenes terapija

Piezīme. II — individuālā intervija; burts kodā apzīmē respondenta dzīvesvietu, bet skaitlis - respondenta kārtas numuru attiecīgajā vietā.

4.4.4. Individuālo interviju rezultātu kopsavilkums

Individuālo interviju rezultāti parāda, ka tuvinieka mentālās veselības grūtības ietekmē visu ģimenes sistēmu un var radīt ilgstošu emocionālu, sadzīvisku, finansiālu un sociālu slogu. Respondenti bieži uzņēmas neformāla aprūpētāja, terapeita, asistenta vai krīzes koordinatora lomu, vienlaikus nesaņemot pietiekamu profesionālu atbalstu savām vajadzībām.

Visbiežāk identificētās ietekmes bija bezspēcība, vientulība, vainas izjūta, bailes par nākotni, izdegšana, sadzīviska pārslodze un grūtības saglabāt personiskās robežas. Respondentu pieredzes pamato vajadzību pēc vienota palīdzības ceļveža, valsts finansēta psiholoģiskā un ģimenes atbalsta, reģionāli pieejamiem un diagnozei pielāgotiem pakalpojumiem, komunikācijas vadlīnijām, ģimenes asistenta un atkarību pēcaprūpes pakalpojumiem, kā arī drošības un juridiskā atbalsta vardarbības situācijās.

5. Secinājumi

1. Ģimenes locekļi faktiski veic būtisku neformālās aprūpes un pakalpojumu koordinēšanas darbu. Viņu iesaiste ietver emocionālu klātbūtni, praktisku palīdzību, vizīšu organizēšanu, ārstēšanas lēmumu atbalstu un finansiālu ieguldījumu.
2. Profesionālā atziņa par ģimenes nozīmi nav pārvērsta konsekventā praksē. Lielākā daļa speciālistu ģimenes iesaisti uzskata par svarīgu, tomēr vairāk nekā puse faktisko iesaisti vērtē kā zemu, un gandrīz trīs ceturtdaļas atbalstu ģimenēm - kā nepietiekamu.
3. Tuvinieku galvenais slogs ir emocionāls un attiecību līmenī. Bezspēcība, satraukums, izsīkums, bailes un vaina var pāraugt pašu tuvinieku mentālās veselības pasliktinājumā un darba/ģimenes funkcionēšanas traucējumos.
4. Latvijā pastāv navigācijas vakuums: informācija ir izkliedēta, rīcības secība nav skaidra, un tikai 40,2% tuvinieku ir pilnīga pārliecība par to, kur vērsties akūtā krīzē.
5. Reģionālā nevienlīdzība, pakalpojumu izmaksas un rindas ir centrāli šķēršļi. Īpaši zemu vērtēta palīdzība ārpus lielajām pilsētām un atbalsta grupu pieejamība.
6. Stigma nav izzudusi; tā izpaužas kā vainošana, grūtību trivializēšana, dzimumlomu spiediens un bažas par konfidencialitāti mazākās kopienās.
7. Ģimenei draudzīga politika prasa divējādu pieeju: pacienta autonomijas un konfidencialitātes aizsardzību un vienlaikus sistemātisku psihoizglītojošu, navigācijas, krīzes un psiholoģisku atbalstu tuviniekiem.

6. Priekšlikumi valsts institūcijām un veselības plāna pilnveidei

Rekomendācijas formulētas kā īstenojami politikas pasākumi ar atbildīgajām institūcijām un iespējamiem rezultātīvajiem rādītājiem. Tās paredzēts integrēt vienotā psihiskās veselības un atkarību politikas plānā un saistīt ar valsts un pašvaldību finansējumu.

Priekšlikums	Atbildīgās institūcijas	Galvenā darbība	Iespējamie indikatori
1. Atsevišķs rīcības virziens ģimenēm	VM sadarbībā ar LM, NVD, NPVC, SPKC	Politikas plānā iekļaut mērķi, pasākumus, budžetu un indikatorus tuvinieku atbalstam.	Apstiprināts rīcības virziens; ikgadējs finansējums; publiskais progresa ziņojums
2. Vienots ģimenes iesaistes protokols	VM, NPVC, profesionālās asociācijas, ārstniecības iestādes	Noteikt piekrišanas dokumentēšanu, ģimenes kontaktpersonu, vispārīgās informācijas minimumu, krīzes drošības plānu un nosūtīšanu tuviniekam.	Protokolu ieviešanu iestāžu īpatsvars; ģimenes saņemtās informācijas rādītājs
3. Vienota informācijas un navigācijas sistēma	NVD/NPVC/SPKC sadarbībā ar 112/113, pašvaldībām un NVO	Izveidot vienuviet pārbaudītu ceļvedi: simptomi, krīze, pakalpojumi, rindas, izmaksas, tiesības un tuvinieka pašaprūpe; nodrošināt profesionālu konsultāciju kanālu.	Platformas lietojums; navigācijas konsultāciju skaits; krīzes rīcības skaidrības pieaugums
4. Minimālais atbalsta grozs tuviniekiem	NVD un pašvaldības	Piedāvāt 3–5 psiholoģiskās konsultācijas, psihoizglītšanu, grupu nodarbības un īslaicīgu krīzes atbalstu neatkarīgi no pacienta ārstēšanās statusa, ievērojot tiesisko pamatu.	Atbalstu saņēmušo tuvinieku skaits; gaidīšanas laiks; pašnovērtētā sloga izmaiņa
5. Reģionālais hibrīdpakalpojumu modelis	VM, NVD, plānošanas reģioni, pašvaldības	Noteikt minimālo pakalpojumu pieejamību reģionos; finansēt attālinātas grupas, konsultācijas un klātienē mobilās komandas.	Pakalpojumu pārklājums; gaidīšanas laiks; atšķirība starp Rīgu un reģioniem
6. Speciālistu apmācības un supervīzijas	NPVC, SPKC, ārstniecības un sociālās aprūpes institūcijas	Obligātas regulāras mācības par ģimenes iesaisti, suicidālā riska komunikāciju, motivējošu sarunu, vardarbības pazīmēm un konfidencialitāti.	Apmācīto speciālistu īpatsvars; kompetences pašvērtējums; ģimeņu komunikācijas vērtējums
7. Starpinstitucionāls gadījuma koordinators	VM/LM, pašvaldības, NVD	Sarežģītos gadījumos noteikt vienu koordinējošu profesionāli, kas savieno veselības, sociālos, izglītības un NVO resursus.	Koordinēto gadījumu skaits; nosūtījumu pabeigtība; atkārtotu krīžu rādītāji
8. Finansiālais, atelpas un darba vides atbalsts	LM, pašvaldības, darba devēju organizācijas	Izvērtēt konsultāciju līdzmaksājumu segšanu, atelpas brīžus aprūpētājiem un vadlīnijas elastīgam darbam ģimenes krīzes laikā.	Izmantotā atbalsta apjoms; darba kavējumu/izdegšanas rādītāji
9. Stigmas mazināšana ar mērķētām auditorijām	VM/SPKC sadarbībā ar NVO un medijiem	Kampaņas vīriešiem, darba devējiem, pedagogiem un mazpilsētu kopienām; uzsvērt konfidencialitāti un agrīnu palīdzības meklēšanu.	Attieksmju mērījumi; palīdzības meklēšanas laiks; kampaņas sasniegums
10. Regulāra datu uzraudzība un līdzdalība	VM, SPKC, NVD, akadēmiskās institūcijas, NVO	Ik pēc 2-3 gadiem atkārtot tuvinieku un speciālistu aptauju; politikas uzraudzībā iekļaut cilvēkus ar pieredzi un tuviniekus.	Atkārtoti salīdzināmi rādītāji; līdzdalības padomes darbība

6.1. Ieteicamie rezultāta rādītāji politikas plānam

Rādītājs	Definīcija	Sākuma situācija	Ieteicamais mērķis
Krīzes navigācijas skaidrība	To tuvinieku īpatsvars, kuri pilnīgi zina, kur vērsties krīzē	40,2% pētījumā	≥70%
Subjektīvais atbalsts	Tuvinieku īpatsvars, kuri jūtas drīzāk vai pilnībā atbalstīti	4,1% drīzāk atbalstīti; 0% pilnībā	≥30% pirmajā periodā
Ģimenes iesaistes protokoli	Ārstniecības iestāžu īpatsvars ar ieviestu protokolu	Speciālistu aptaujā 11/19 protokoli nav pieejami	≥80% mērķiestāžu
Atbalsta grupu pieejamība	Reģionu/pašvaldību skaits ar regulāru klātienē vai attālinātu grupu	Vidējais vērtējums 1,71/5	Visos plānošanas reģionos
Gaidīšanas laiks	Mediālais laiks līdz pirmajai neakūtai konsultācijai	Pētījumā kvalitatīvi minēti mēneši	≤14 dienas prioritārai pirmajai vizītei

7. Ierobežojumi

- Brīvprātīgas pašatlases izlase nav reprezentatīva; pētījumā var būt pārstāvēti cilvēki ar izteiktāku pieredzi vai lielāku motivāciju dalīties.
- Tuvinieku izlasē dominē sievietes un Rīgas/Vidzemes respondenti, tādēļ vīriešu un Latgales pieredze ir mazāk pārstāvēta.
- Speciālistu izlase ir neliela (n=19) un profesionāli heterogēna; procenti jāinterpretē kopā ar absolūto skaitu.
- Vienā speciālistu datu ierakstu pāri atbildes bija identiskas; bez respondenta identifikatora nebija iespējams droši noteikt dublikātu.
- Visi aptaujas dati ir pašziņojumi; tuvinieku minētās diagnozes un grūtības nav klīniski pārbaudītas.
- Vairākatbilžu jautājumos procenti nesummējas līdz 100%; atsevišķiem jautājumiem ir atšķirīgs derīgo atbilžu skaits.
- Fokusgrupu rezultātus var ietekmēt grupas dinamika, moderatora jautājumu formulējums un sociāli vēlamas atbildes.
- Atsevišķs individuālo interviju/audioierakstu korpuss nebija pieejams; individuālā analīze balstīta fokusgrupu dalībnieku gadījumos.
- Pētījuma šķērsgriezuma dizains neļauj noteikt cēloņsakarības vai izvērtēt pakalpojumu ietekmi laika gaitā.

Neraugoties uz ierobežojumiem, dažādu datu avotu konverģence – speciālistu vērtējumi, tuvinieku aptauja un fokusgrupu stāsti – ļauj pietiekami droši identificēt politikas prioritātes.

8. Izmantotie avoti

8.1. Pētījuma primārie avoti

- Aptauja tuviniekiem (Aptauja_tuvinieki.xlsx). Projekta anonimizētā aptaujas datne, 283 ieraksti.
- Aptauja speciālistiem (Aptauja_speciālisti.xlsx). Projekta aptaujas datne, 19 ieraksti.
- Rīgas fokusgrupa (FG-R_transkripts.docx). 24.02.2026., 6 dalībnieces.
- Valmieras fokusgrupa (FG-V_transkripts.docx). 17.04.2026., 5 dalībnieki.
- Jelgavas fokusgrupa (FG-J_transkripts.docx). 14.04.2026., 4 dalībnieces.
- Rēzeknes fokusgrupa (FG-Rz_transkripts.docx). 09.07.2026., 4 dalībnieces.
- Individuālā intervija (II-T-01_transkripts.docx). 29.04.2026.
- Individuālā intervija (II-L-01_transkripts.docx). 07.05.2026.
- Individuālā intervija (II-R-04_transkripts.docx). 11.05.2026.
- Individuālā intervija (II-Ā-01_transkripts.docx). 12.05.2026.
- Individuālā intervija (II-R-02_transkripts.docx). 15.05.2026.
- Individuālā intervija (II-R-05_transkripts.docx). 27.05.2026.
- Individuālā intervija (II-R-01_transkripts.docx). 30.05.2026.
- Individuālā intervija (II-V-01_transkripts.docx). 03.06.2026.
- Individuālā intervija (II-R-06_transkripts.docx). 03.06.2026.
- Individuālā intervija (II-R-07_transkripts.docx). 05.06.2026.

8.2. Politikas un tiesību avoti

[1] Ministru kabinets. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam. MK 2022. gada 26. maija rīkojums Nr. 359. <https://likumi.lv/ta/id/332751-sabiedribas-veselibas-pamatnostadnes-2021-2027-gadam>

[2] Ministru kabinets. Psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plāns 2023.–2025. gadam. MK 2022. gada 13. decembra rīkojums Nr. 939. https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/332e33c7-b4cc-48e6-9b96-b09be01da0ea

[3] Veselības ministrija. “Veselības ministrija uzsāks darbu pie vienota psihiskās veselības un atkarību politikas plāna”, 12.06.2026. <https://www.vm.gov.lv/lv/jaunums/veselibas-ministrija-uzsaks-darbu-pie-vienota-psihiskas-veselibas-un-atkaribu-politikas-plana>

[4] Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2016/679 (Vispārīgā datu aizsardzības regula).
<https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

[5] Pacientu tiesību likums. <https://likumi.lv/ta/id/203008-pacientu-tiesibu-likums>

Tīmekļa avoti skatīti 20.07.2026.

Pielikumi

Pielikums A. Tuvinieku aptaujas anketa

Zemāk sniegts jautājumu saraksts no projekta datnes. Brīvprātīgais e-pasta lauks analizē netika izmantots.

Nr.	Jautājums
1	Jūsu vecums
2	Dzimums
3	Dzīvesvietas reģions
4	Dzīvesvieta
5	Vai kāds no Jūsu tuviniekiem pēdējo 3 gadu laikā ir saskāries ar mentālās veselības grūtībām? (piemēram, depresiju, trauksmi, izdegšanu, atkarībām vai pašnāvības risku)
6	Ar kuru ģimenes locekli Jums ir saistīta šī pieredze?
7	Cilvēka, kurš piedzīvo/piedzīvoja mentālās veselības grūtības, vecuma grupa
8	Ar kāda veida mentālās veselības traucējumiem vai grūtībām Jūsu tuvinieks ir/bija saskāries? Lūgums atzīmēt līdz 3 izteiktākajiem traucējumiem.
9	Cik ilgi Jūsu tuvinieks piedzīvo vai ir piedzīvojis šīs mentālās veselības grūtības?
10	Kā Jūs uzzinājāt, ka Jūsu tuvinieks piedzīvo vai ir piedzīvojis mentālās veselības grūtības? Lūgums norādīt avotu, no kura informācija sākotnēji iegūta.
11	Kādu atbalstu Jūs sniegtat savam tuviniekam? Lūgums atzīmēt līdz 3 atbalsta veidiem.
12	Novērtējiet, cik lielas grūtības Jums sagādā šādi aspekti, kad sniegtat vai mēģināt sniegt atbalstu savam tuviniekam (arī tad, ja viņš/viņa šo atbalstu noraida). [Emocionālais smagums / stress]
13	Novērtējiet, cik lielas grūtības Jums sagādā šādi aspekti, kad sniegtat vai mēģināt sniegt atbalstu savam tuviniekam (arī tad, ja viņš/viņa šo atbalstu noraida). [Sava laika organizēšana]
14	Novērtējiet, cik lielas grūtības Jums sagādā šādi aspekti, kad sniegtat vai mēģināt sniegt atbalstu savam tuviniekam (arī tad, ja viņš/viņa šo atbalstu noraida). [Finansiālais slogs]
15	Novērtējiet, cik lielas grūtības Jums sagādā šādi aspekti, kad sniegtat vai mēģināt sniegt atbalstu savam tuviniekam (arī tad, ja viņš/viņa šo atbalstu noraida). [Komunikācija ar tuvinieku]
16	Novērtējiet, cik lielas grūtības Jums sagādā šādi aspekti, kad sniegtat vai mēģināt sniegt atbalstu savam tuviniekam (arī tad, ja viņš/viņa šo atbalstu noraida). [Komunikācija ar ārstiem un institūcijām]
17	Novērtējiet, cik lielas grūtības Jums sagādā šādi aspekti, kad sniegtat vai mēģināt sniegt atbalstu savam tuviniekam (arī tad, ja viņš/viņa šo atbalstu noraida). [Stigmas / sabiedrības attieksme]
18	Novērtējiet, cik lielas grūtības Jums sagādā šādi aspekti, kad sniegtat vai mēģināt sniegt atbalstu savam tuviniekam (arī tad, ja viņš/viņa šo atbalstu noraida). [Ģimenes attiecību un konfliktu risināšana]
19	Novērtējiet, cik lielas grūtības Jums sagādā šādi aspekti, kad sniegtat vai mēģināt sniegt atbalstu savam tuviniekam (arī tad, ja viņš/viņa šo atbalstu noraida). [Informācijas un atbalsta resursu pieejamība]
20	Kādas emocijas Jūs izjutāt laikā, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūgums atzīmēt līdz 3 izteiktākajām emocijām.
21	Kas Jums šajā laikā visvairāk palīdzēja vai sniedza atbalstu? Lūgums atzīmēt līdz 3 variantiem.
22	Vai Jūsu tuvinieks ir meklējis profesionālu palīdzību?
23	Kā Jūs vērtējat komunikāciju ar medicīnas un sociālās aprūpes speciālistiem?
24	Kāda veida atbalsts Jums šajā laikā visvairāk pietrūka? Lūgums atzīmēt līdz 3 variantiem.

Nr.	Jautājums
25	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Internetā (piemēram, Google, ChatGPT, internetportāli)]
26	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Sociālajos tīklos (Facebook, Instagram, u.c.)]
27	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Pie ģimenes ārsta]
28	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Pie cita veselības aprūpes speciālista (psihiatra, psihologa u.c.)]
29	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Sociālajā dienestā vai pašvaldības iestādē]
30	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Pie nevalstiskajām organizācijām (NVO)]
31	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [No draugiem, paziņām vai kolēģiem]
32	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [No ģimenes locekļiem]
33	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Medijos (TV, radio, prese, ziņu portāli)]
34	Kur un cik viegli Jūs atradāt informāciju vai palīdzību, kad Jūsu tuvinieks piedzīvoja mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Reliģiskā vai garīgā kopienā]
35	Vai Jums ir skaidrs, kur vērsties pēc palīdzības situācijā, kad cilvēkam notiek akūta mentālās veselības pasliktināšanās vai krīze?
36	Kā Jūs vērtējat šo atbalsta veidu pieejamību savā dzīvesvietas reģionā cilvēkiem, kuru tuvinieks piedzīvo mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Psiholoģisks atbalsts tuviniekiem (piemēram, konsultācijas, sarunu terapija)]
37	Kā Jūs vērtējat šo atbalsta veidu pieejamību savā dzīvesvietas reģionā cilvēkiem, kuru tuvinieks piedzīvo mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Praktiski padomi un informācija par to, kā palīdzēt tuviniekam (konkrēti soļi, vadlīnijas)]
38	Kā Jūs vērtējat šo atbalsta veidu pieejamību savā dzīvesvietas reģionā cilvēkiem, kuru tuvinieks piedzīvo mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Izglītojoši materiāli un kampaņas par mentālo veselību]
39	Kā Jūs vērtējat šo atbalsta veidu pieejamību savā dzīvesvietas reģionā cilvēkiem, kuru tuvinieks piedzīvo mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Informācija ārstu praksēs vai ārstniecības iestādēs]
40	Kā Jūs vērtējat šo atbalsta veidu pieejamību savā dzīvesvietas reģionā cilvēkiem, kuru tuvinieks piedzīvo mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Atbalsta grupas tuviniekiem]
41	Kā Jūs vērtējat šo atbalsta veidu pieejamību savā dzīvesvietas reģionā cilvēkiem, kuru tuvinieks piedzīvo mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Ērti pieejama palīdzība ārpus lielajām pilsētām]
42	Kā Jūs vērtējat šo atbalsta veidu pieejamību savā dzīvesvietas reģionā cilvēkiem, kuru tuvinieks piedzīvo mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Valsts vai pašvaldības nodrošināts finansiāls atbalsts (piemēram, konsultāciju apmaksa)]
43	Kā Jūs vērtējat šo atbalsta veidu pieejamību savā dzīvesvietas reģionā cilvēkiem, kuru tuvinieks piedzīvo mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Darba devēju izpratne un elastība situācijās, kad ģimenē ir grūtības]
44	Kā Jūs vērtējat šo atbalsta veidu pieejamību savā dzīvesvietas reģionā cilvēkiem, kuru tuvinieks piedzīvo mentālās veselības grūtības? Lūdzu, katram avotam izvēlieties vienu atbildes variantu. [Lielāka sabiedrības informētība un tolerance pret mentālās veselības jautājumiem]
45	Cik lielā mērā Jūs jūtaties atbalstīts no valsts vai pašvaldības puses?
46	Pētījuma ietvaros plānotas arī fokusgrupas un individuālas intervijas, lai padziļināti izprastu ģimeņu pieredzi un vajadzības. Vai Jums būtu interese piedalīties arī šajā pētījuma daļā? Ja jā, lūdzu, brīvprātīgi norādiet savu e-pasta adresi, lai varam ar Jums sazināties. Jūsu e-pasta adrese netiks saistīta ar aptaujas atbildēm, un tā tiks izmantota tikai saziņai par fokusgrupu dalību.

Pielikums B. Speciālistu aptaujas anketa

Nr.	Jautājums
1	Kāda ir Jūsu specialitāte?
2	Darba pieredze šajā jomā
3	Darbības reģions
4	Darbības vieta
5	Cik bieži savā darbā Jūs saskaraties ar cilvēkiem, kuri piedzīvo mentālās veselības grūtības?
6	Ar kādām mentālās veselības grūtībām cilvēki visbiežāk vēršas pie Jums? Izvēlieties trīs variantus, kuri Jūsu pieredzē ir visbiežāk sastopami.
7	Cik svarīga, jūsuprāt, ir ģimenes locekļu iesaiste cilvēka ar mentālās veselības grūtībām ārstēšanas un atveseļošanās procesā?
8	Cik lielā mērā ģimenes locekļi tiek iesaistīti pacienta ārstēšanas procesā jūsu praksē/darba vietā (ņemot vērā, nepieciešamību ievērot pacienta konfidencialitāti)? (1 - netiek iesaistīti, 2 - drīzāk netiek iesaistīti, 3 - dažkārt tiek iesaistīti, dažkārt nē, 4 - drīzāk iesaistīti, 5 - pilnībā iesaistīti)
9	Kā jūs vērtējat pašreizējo atbalstu ģimenēm, kuru tuvinieks saskaras ar mentālās veselības grūtībām, jūsu praksē vai iestādē? (1 - ļoti nepietiekams, 2 - drīzāk nepietiekams, 3 - neitrāls/vidēji pietiekams, 4 - drīzāk pietiekams, 5 - ļoti pietiekams)
10	Kuras informācijas un atbalsta jomas, jūsuprāt, ģimenes locekļiem visvairāk trūkst, kad tuvinieks saskaras ar mentālās veselības krīzi?
11	Kādi šķēršļi, jūsuprāt, visbiežāk traucē ģimenes locekļiem iesaistīties tuvinieka mentālās veselības aprūpē?
12	Vai jūsu darba vietā/praksē ir pieejami resursi ģimeņu iesaistei/atbalstam? [Apstiprināti protokoli vai vadlīnijas ģimenes iesaistei un informēšanai]
13	Vai jūsu darba vietā/praksē ir pieejami resursi ģimeņu iesaistei/atbalstam? [Speciālistu atbalsta grupas vai supervīzijas (regulāras tikšanās ar kolēģiem vai mentoriem)]
14	Vai jūsu darba vietā/praksē ir pieejami resursi ģimeņu iesaistei/atbalstam? [Apkārtojamie profesionāļi/kolēģi, ar kuriem var konsultēties, ja nepieciešams (piemēram, sociālie darbinieki, psihologi)]
15	Vai jūsu darba vietā/praksē ir pieejami resursi ģimeņu iesaistei/atbalstam? [Apmācības un semināri par ģimenes locekļu atbalstu un komunikācijas prasmēm]
16	Vai jūsu darba vietā/praksē ir pieejami resursi ģimeņu iesaistei/atbalstam? [Informācijas materiāli (brošūras, bukleti, tiešsaistes resursi) ģimenēm]
17	Vai jūsu darba vietā/praksē ir pieejami resursi ģimeņu iesaistei/atbalstam? [Telpas un laiks individuālām konsultācijām ar ģimenes locekļiem]
18	Vai jūsu darba vietā/praksē ir pieejami resursi ģimeņu iesaistei/atbalstam? [Finansējums vai administratīvs atbalsts speciālistiem ģimeņu iesaistes nodrošināšanai]
19	Vai jūsu darba vietā/praksē ir pieejami resursi ģimeņu iesaistei/atbalstam? [Sadarbības līgumi vai tieši ar NVO un pašvaldības iestādēm]
20	Vai jūsu darba vietā/praksē ir pieejami resursi ģimeņu iesaistei/atbalstam? [Pieejams tulku vai starpkultūru speciālistu atbalsts, ja ģimenē ir valodas barjeras]
21	Kurš no turpmāk minētajiem uzlabojumiem, jūsuprāt, visvairāk palīdzētu uzlabot ģimenes atbalstu mentālās veselības krīžu gadījumos?
22	Cik noderīgi, jūsuprāt, ir pieejamie informatīvie materiāli par mentālo veselību ģimenēm (brošūras, tīmekļa vietnes u.c.)? (1 - pilnībā nederīgi, 2 - drīzāk nederīgi, 3 - neitrāli, 4 - drīzāk noderīgi, 5 - ļoti noderīgi)
23	Cik lielā mērā jūs piekrītat apgalvojumam: "Veselības aprūpes sistēma Latvijā nodrošina pietiekamu starpnozaru sadarbību (veselības aprūpe, sociālie dienesti, NVO), lai atbalstītu ģimenes, kad kādam no tuviniekiem ir mentālās veselības krīze"? (1 - pilnībā nepiekrītu, 2 - drīzāk nepiekrītu, 3 - neitrāli, 4 - drīzāk piekrītu, 5 - pilnībā piekrītu)
24	Kā jūs vērtējat mentālās veselības pakalpojumu pieejamību lauku reģionos salīdzinājumā ar lielajām pilsētām?

Pielikums C. Fokusgrupu jautājumi

Piezīme. Fokusgrupu diskusijas tika īstenotas daļēji strukturētā formā. Vadlīnijas kalpoja kā tematisks ietvars, nevis obligāti secīgi uzdozamu jautājumu saraksts. Jautājumu secība, formulējums un detalizācijas pakāpe tika pielāgota grupas dinamikai, dalībnieku emocionālajam stāvoklim, gatavībai runāt un sarunā jau spontāni aptvertajām tēmām. Tādēļ ne visās fokusgrupās tika uzdoti visi pamatjautājumi un papildjautājumi.

Nr.	Jautājums
1.	Iepazīšanās “Lūdzu, iepazīstiniet sevi ar vienu teikumu - varat minēt savu vārdu vai izvēlēto segvārdu un, piemēram, reģionu, no kura esat.” Jautājuma mērķis: Palīdz dalībniekiem savstarpēji iepazīties un citam citu uzrunāt. Dalībnieks drīkst izmantot segvārdu, ja tas ļauj justies drošāk.
1.2.	Ģimenes loma īsumā “Pastāstiet, kāda ir Jūsu loma ģimenē tajā kontekstā, par kuru šodien runājam. Kāds radinieks Jums ir cilvēks, kurš piedzīvoja mentālās veselības grūtības, un aptuveni cik ilgi šī situācija turpinās?” Jautājuma mērķis: Ļauj droši atklāt minimāli nepieciešamo kontekstu par ģimenes attiecībām un pieredzes ilgumu, neprasot uzreiz detalizētu stāstījumu.
1.3.	Dalības motivācija “Kā Jūs izlēmāt piedalīties šajā diskusijā? Kas Jūs pamudināja atnākt?” Jautājuma mērķis: Ļauj sākt sarunu ar salīdzinoši vieglu jautājumu un palīdz moderatoram izprast dalībnieku gaidas.
1.4.	Pāreja uz pamatjautājumiem Moderatora piezīme: Pēc iepazīšanās moderators pateicas dalībniekiem, īsi apkopo grupā pārstāvētās ģimenes lomas un pieredžu daudzveidību un norāda, ka diskusijas gaitā tiks meklētas gan kopīgās, gan atšķirīgās tēmas.
2.	Pieredzes sākums un emocionālā reakcija “Vai Jūs atceraties brīdi, kad sapratāt, ka Jūsu tuviniekam ir nopietnas mentālās veselības grūtības? Kas notika, un kā Jūs tajā brīdī jutāties?” Jautājuma mērķis: Aicina dalībniekus aprakstīt pieredzes sākumu, piemēram, pirmo diagnozi, krīzes epizodi vai brīdi, kad grūtību nopietnība kļuva nepārprotama. Iespējamie papildjautājumi: “Kas Jums tajā brīdī bija vissmagākais?” / “Ko Jūs darījāt vispirms, kad uzzinājāt par problēmu?”
2.1.	Emociju un domu pārmaiņas laika gaitā “Kā laika gaitā mainījās Jūsu emocijas un domas par šo situāciju? Piemēram, sākumā varbūt bija šoks - kas notika pēc tam? Vai ar laiku situāciju izdevās pieņemt, vai arī tā kļuva arvien smagāka?” Jautājuma mērķis: Palīdz izprast, vai ar laiku iestājās situācijas pieņemšana vai, tieši pretēji, pieauga nogurums, izmisums un bezspēcība. Iespējamie papildjautājumi: “Vai bija kāds brīdis, kad sapratāt: “Mums tiešām nepieciešama palīdzība” vai “Es vairs netieku galā”? Pastāstiet par to.”
3.	Ģimenes loma un sniegtais atbalsts “Kā Jūs mēģinājāt palīdzēt un atbalstīt savu tuvinieku? Ko Jūs darījāt, un kādu lomu Jums nācās uzņemties?” Jautājuma mērķis: Ļauj identificēt emocionālā, praktiskā, informatīvā un finansiālā atbalsta veidus, kā arī situācijas, kurās tuvinieks palīdzību nepieņēma. Iespējamie papildjautājumi: “Kas, Jūsaprāt, bija Jūsu galvenā loma, piemēram, aprūpētāja, aizstāvja vai uzmundrinātāja loma?” / “Vai Jums nācās pārņemt pienākumus, kurus agrāk neveicāt, piemēram, rūpes par sadzīvi, finansēm vai bērniem?”
3.1.	Izaicinājumi, sniedzot atbalstu “Ar kādiem galvenajiem izaicinājumiem vai grūtībām Jūs saskārāties, mēģinot sniegt atbalstu?” Jautājuma mērķis: Rosina runāt par neziņu, bezspēcību, palīdzības noraidīšanu, laika un spēka trūkumu, konfliktiem un citu dzīves jomu pasliktināšanos.

Nr.	Jautājums
	Iespējamie papildjautājumi: “Vai jutāties pietiekami sagatavots šādai situācijai, vai drīzāk apjucis un nezinājāt, ko darīt?” / “Kas bija visgrūtākais fiziski un emocionāli?” / “Vai bija brīži, kad pašam trūka spēka turpināt atbalstīt? Kas notika tad?”
3.2.	Ģimenes iesaiste profesionālajā palīdzībā “Vai Jūs kā ģimenes loceklis tikāt iesaistīts speciālistu sniegtajā palīdzībā? Piemēram, vai ārsti, psihologi vai citi speciālisti ar Jums runāja, deva padomus vai aicināja uz konsultācijām?” Jautājuma mērķis: Palīdz noskaidrot, vai un kā profesionāli iesaistīja ģimeni, sniedzot informāciju, psihoizglītošanu vai praktiskas rīcības rekomendācijas. Iespējamie papildjautājumi: “Ja Jūs netikāt iesaistīts, vai būtu vēlēties, lai speciālisti ar Jums aprunājas un iesaka, kā palīdzēt?” / “Ja tikāt iesaistīts, vai tas palīdzēja justies drošāk?” / “Vai Jūs pats mēģinājāt sazināties ar ārstiem, sociālajiem darbiniekiem vai izglītības iestādes pārstāvjiem? Kāda bija viņu reakcija?” Moderatora piezīme: Jautājumu apspriež, respektējot pacienta konfidencialitāti un piekrišanas nepieciešamību. Dalībniekiem nav jāatklāj ārstēšanas detaļas.
4.	Atbalsts un informācija pašam ģimenes loceklim “Vai šajā periodā Jūs meklējāt atbalstu vai informāciju arī sev kā ģimenes loceklim? Piemēram, vai lasījāt par tuvinieka grūtībām, vērsāties pie speciālista vai runājāt ar draugiem un citiem radiniekiem?” Jautājuma mērķis: Palīdz noskaidrot, vai ģimenes loceklis saņēma emocionālu, informatīvu vai profesionālu atbalstu un kādi šķēršļi kavēja tā saņemšanu. Iespējamie papildjautājumi: “Kas Jums palīdzēja tikt galā ar stresu un emocijām?” / “Ja vērsāties pie speciālista vai atbalsta grupas, vai tas bija noderīgi?” / “Ja atbalstu nemeklējāt, kas Jūs atturēja — laika trūkums, kauns, izmaksas vai pārliecība, ka palīdzība vairāk nepieciešama tuviniekam?”
4.1.	Apkārtējo un plašākas ģimenes atbalsts “Kā Jūs vērtējat, vai apkārtējie - draugi un plašāka ģimene - saprata Jūsu situāciju? Vai viņi piedāvāja palīdzību?” Jautājuma mērķis: Ļauj analizēt sociālā atbalsta pieejamību, iespējamus konfliktus ģimenē un vainošanas vai stigmatizācijas pieredzi. Iespējamie papildjautājumi: “Vai citi ģimenes locekļi savstarpēji atbalstīja cits citu, vai arī radās konflikti?” / “Vai piedzīvojāt nosodījumu vai vainošanu, piemēram, apgalvojumu, ka tuvinieka grūtības radušās nepareizas audzināšanas dēļ?”
4.2.	Orientēšanās palīdzības sistēmā “Vai Jums bija skaidrs, kur vērsties pēc informācijas vai palīdzības kā ģimenei? Vai ģimenes ārsts vai kāds cits speciālists izskaidroja, kur Jūs kā tuvinieks varat saņemt atbalstu?” Jautājuma mērķis: Palīdz identificēt informācijas pieejamību, pakalpojumu atpazīstamību un sistēmas navigācijas šķēršļus.
5.	Atklātība par tuvinieka grūtībām “Vai Jūs atklāti stāstījāt citiem, piemēram, darbā, draugiem vai izglītības iestādē, ka Jūsu tuviniekam ir mentālās veselības grūtības? Vai arī centāties to neizpaust? Kāpēc?” Jautājuma mērķis: Palīdz noskaidrot, vai dalībnieki izjuta kaunu, bažas par konfidencialitāti vai bailes no nosodījuma, kā arī vai atklātība veicināja atbalsta saņemšanu.
5.1.	Aizspriedumaina vai noraidoša attieksme “Vai Jūs vai Jūsu ģimene piedzīvojāt aizspriedumainu, aizvainojošu vai citādi noraidošu attieksmi saistībā ar tuvinieka mentālās veselības grūtībām?” Jautājuma mērķis: Ļauj identificēt stigmas izpausmes, piemēram, grūtību trivializēšanu, vainošanu, izvairīšanos vai nepietiekamu izpratni darbā un citās vidēs.

Nr.	Jautājums
	Iespējamie papildjautājumi: “Kā šāda attieksme Jūs ietekmēja? Vai tā pastiprināja izolētības sajūtu, dusmas vai nevēlēšanos meklēt palīdzību?”
5.2.	Sabiedrības izpratne par ģimenes lomu “Vai, Jūsprāt, sabiedrībā kopumā ir pietiekama izpratne par ģimenes lomu mentālās veselības atbalstā, vai arī ģimenes locekļu pieredze un vajadzības paliek nepamanītas?” Jautājuma mērķis: Rosina dalībniekus vispārināt savu pieredzi un izvērtēt pārmaiņas sabiedrības attieksmē.
6.	Ietekme uz ikdienu un veselību “Kā šī situācija ietekmēja tieši Jūs — Jūsu ikdienu, fizisko un emocionālo stāvokli, darbu un iespējas atpūsties?” Jautājuma mērķis: Palīdz identificēt izdegšanu, trauksmi, miega traucējumus, darba vai ienākumu izmaiņas, kā arī personisko vajadzību un plānu atlikšanu. Iespējamie papildjautājumi: “Vai, atskatoties uz šo periodu, arī Jūs piedzīvojāt mentālās veselības grūtības, piemēram, depresīvu noskaņojumu vai trauksmi?” / “Vai tuvinieka situācijas dēļ Jums bija jāmaina savi plāni vai jāatsakās no kaut kā personiski svarīga?”
6.1.	Ietekme uz attiecībām ģimenē “Kā šī situācija ietekmēja Jūsu attiecības ar pašu tuvinieku un pārējiem ģimenes locekļiem?” Jautājuma mērķis: Palīdz analizēt ģimenes dinamiku, tostarp konfliktus, lomu maiņu, atsvešināšanos vai ģimenes saliedēšanos. Iespējamie papildjautājumi: “Vai Jūsu attiecībās ar tuvinieku notika pārmaiņas - kļuvāt tuvāki vai, tieši pretēji, radās atsvešinātība?”
6.2.	Pieredzes dotās atziņas “Ko šī pieredze Jums pašam iemācīja vai deva? Vai atklājāt sevī jaunas spējas, vai mainījās Jūsu skatījums uz dzīvi un vērtībām?” Jautājuma mērķis: Ļauj identificēt pieredzes rezultātā radušās zināšanas, prasmes un iespējamās pozitīvas pārmaiņas, nenoliedzot piedzīvotās grūtības.
7.	Nepieciešamais atbalsts ģimenei “Kā Jūs domājat, kāda palīdzība vai atbalsts Jums būtu bijis visvairāk nepieciešams šajā ģimenes dzīves posmā?” Jautājuma mērķis: Palīdz identificēt neapmierinātās emocionālās, informatīvās, praktiskās un finansiālās vajadzības. Iespējamie papildjautājumi: “Kas visvairāk pietrūka - informācija, emocionāls atbalsts vai praktiska palīdzība ikdienā?” / “Iedomājieties ideālo scenāriju - kādam būtu jābūt atbalsta tīklam ap ģimeni, kad kāds piedzīvo mentālās veselības grūtības?”
7.1.	Priekšlikumi atbalsta sistēmas pilnveidei “Vai Jums ir konkrētas idejas vai ieteikumi, piemēram, veselības aprūpes sistēmai, pašvaldībai vai darba vietām, kā uzlabot ģimenes locekļu situāciju šādos gadījumos?” Jautājuma mērķis: Rosina formulēt praktiskas rekomendācijas pakalpojumu, informācijas, finansējuma, darba vides un sabiedrības izglītošanas pilnveidei. Iespējamie papildjautājumi: “Vai būtu nepieciešams centrs vai organizācija, kur ģimenes varētu vērsties mentālās veselības krīzē? Kādus pakalpojumus tai vajadzētu piedāvāt?”
8.	Padoms citiem cilvēkiem līdzīgā situācijā “Ko Jūs ieteiktu cilvēkam, kurš tikko nonācis līdzīgā situācijā - kad tuviniekam sākas mentālās veselības krīze?” Jautājuma mērķis: Ļauj dalībniekiem formulēt būtiskākās atziņas un praktisko padomu no savas pieredzes.

Nr.	Jautājums
8.1.	Neapspriestie, bet būtiskie jautājumi “Vai ir kas tāds, par ko mēs šodien neparunājām, bet ko, Jūsaprāt, ir svarīgi pateikt par ģimenes lomu mentālās veselības atbalstā?” Jautājuma mērķis: Dod iespēju pieminēt jautājumus, kurus diskusijas vadlīnijas nav aptvērušas.
8.2.	Diskusijas noslēgums un dalībnieku pašsajūta “Kā Jūs pašlaik jūtaties pēc šīs sarunas? Vai saruna bija noderīga un atvieglojoša, vai arī emocionāli smaga?” Jautājuma mērķis: Palīdz moderatoram novērtēt dalībnieku pašsajūtu un nepieciešamību pēc papildu emocionāla vai krīzes atbalsta pēc diskusijas.

Pielikums D. Individuālo interviju jautājumu vadlīnijas

Piezīme. Individuālās intervijas tika īstenotas daļēji strukturētā formā. Jautājumu secība, formulējums un apjoms tika pielāgots katra dalībnieka pieredzei, emocionālajam stāvoklim un sarunas gaitai. Tādēļ ne visās intervijās visi jautājumi tika uzdoti tieši šeit norādītajā secībā vai formulējumā; nepieciešamības gadījumā tika izmantoti precizējoši papildjautājumi.

Nr.	Jautājums
1.	Situācijas sākums “Vai Jūs atceraties brīdi, kad sapratāt, ka Jūsu tuviniekam ir mentālās veselības grūtības? Kas notika, un kā Jūs tajā brīdī jūtaties?”
2.	Emociju trajektorija un pagrieziena punkti “Kā laika gaitā mainījās Jūsu domas un emocijas par šo situāciju? Vai bija kāds pagrieziena punkts, kad sapratāt: “Mums tiešām vajag palīdzību?””
3.	Ģimenes loma un rīcība “Kā Jūs mēģinājāt palīdzēt un atbalstīt savu tuvinieku? Kāda loma Jums bija jāuzņemas?”
4.	Grūtības un risināšanas stratēģijas “Ar kādiem galvenajiem izaicinājumiem Jūs saskārāties, mēģinot sniegt atbalstu? Kas Jums palīdzēja izturēt, un kas nepalīdzēja?”
5.	Iesaistīšana profesionālajā palīdzībā “Vai Jūs kā ģimenes loceklis tikāt iesaistīts speciālistu sniegtajā palīdzībā, piemēram, ārstu, psihologu vai sociālo darbinieku darbā? Kā tas notika?”
6.	Informācijas un palīdzības pieejamība “Vai Jums bija skaidrs, kur vērsties pēc informācijas vai palīdzības kā ģimenei? Kā Jūs to uzzinājāt, un kur meklējāt informāciju?”
7.	Atbalsts intervijas dalībniekam kā ģimenes loceklim “Vai Jūs šajā periodā meklējāt atbalstu arī sev? Kas tieši bija pieejams vai nebija pieejams?”
8.	Stigma un sabiedrības attieksme “Vai Jūs vai Jūsu ģimene piedzīvojāt aizspriedumus vai nejauku attieksmi saistībā ar tuvinieka mentālās veselības grūtībām? Kā tas Jūs ietekmēja?”
9.	Ietekme uz ikdienu un attiecībām “Kā šī situācija ietekmēja Jūs pašu - Jūsu ikdienu, veselību, darbu un attiecības ģimenē?”
10.	Vajadzības un priekšlikumi “Ja Jūs varētu pārveidot atbalsta sistēmu tā, lai ģimenēm būtu vieglāk, kādas būtu divas vai trīs svarīgākās lietas, kas būtu jāuzlabo?”

Pielikums E. Papildtabulas

E.1. Tuvinieka attiecību loma

Attiecību loma	n	%
Partneris / vīrs / sieva	64	26,6%
Bērns (pilngadīgs)	61	25,3%
Vecāks / aizbildnis	37	15,4%
Bērns / bērns aizbildnībā (nepilngadīgs)	30	12,4%
Brālis / māsa	29	12,0%
Cits radnieks (tante, onkulis, brālēns, māsīca, u.c.)	14	5,8%
Vecvecāks	5	2,1%
Mazbērns	1	0,4%

E.2. Emocijas

Emocija	n	%
Bezspēcība	136	56,4%
Satraukums / nemiers	117	48,5%
Nogurums / izsīkums	68	28,2%
Bailes par nākotni	64	26,6%
Izmisums	64	26,6%
Vainas sajūta	48	19,9%
Dusmas	44	18,3%
Bažas	44	18,3%
Motivācija palīdzēt	29	12,0%
Apjukums	25	10,4%
Skumjas	21	8,7%
Vientulība	18	7,5%
Noslēgtība / grūtības runāt par to	12	5,0%
Cerība	6	2,5%
Kauna sajūta	4	1,7%

E.3. Atbalsta avoti pašiem tuviniekiem

Atbalsta avots	n	%
Ģimene	99	41,1%
Veselības aprūpes speciālisti (ārsts, psihiatrs, psihologs u.c.)	71	29,5%
Draugi vai paziņas	69	28,6%
Neviens / neatceros	69	28,6%
Interneta resursi (informācija, forumi, sociālie tīkli u.c.)	60	24,9%

Atbalsta avots	n	%
Mākslīgā intelekta rīki	23	9,5%
Reliģiskā vai garīgā kopiena	16	6,6%
Sociālie darbinieki vai pašvaldības atbalsts	15	6,2%
Atbalsta grupas	10	4,1%
Darba vietas atbalsts (kolēģi, vadītājs u.c.)	9	3,7%
Nevalstiskās organizācijas (NVO)	3	1,2%
Nevēlos atbildēt	2	0,8%

Pielikums F. Ekspertu atzinumi par pētījuma gala ziņojumu

Lai nodrošinātu pētījuma rezultātu ticamību un veicinātu secinājumu un rekomendāciju ārējo validāciju, pētījuma gala ziņojuma projekts pirms gala redakcijas sagatavošanas tika nodots neatkarīgai ekspertu izvērtēšanai. Eksperti sniedza rakstiskus komentārus un priekšlikumus par ziņojuma saturu, metodoloģiju, rezultātu interpretāciju un rekomendāciju praktisko piemērojamību. Sagatavojot gala redakciju, autori izvērtēja visus saņemtos komentārus un iespēju robežās integrēja tos ziņojumā. Pilni ekspertu atzinumi pievienoti pielikumos.

F.1. Eksperta Nr. 1 atzinums (Gunārs Trimda)

“Komentāri un pārdomas pētījumam.

Pētījums īpaši pašlaik (pēc covid pandēmijas, vairāku karu esamības arī pašlaik, dabas stihiju skaita negaidītā pieauguma dēļ) ir ļoti nozīmīgs ar tiem jautājumiem, kuri tika noskaidroti un rezultātiem, kuri pēc šī pētījuma tika apkopoti.

Galvenās atziņas no profesionālās prakses skatoties ir :

- ģimenes savu iespēju robežās cenšas iesaistīties tuvinieku, kam ir psihiskās veselības grūtības, palīdzības sniegšanā un aprūpē.
- praksē iesaistes līmenis ir nepietiekošs.
- atbalsts ģimenēm ir nepietiekošs.
- palīdzības pieejamība ir labāka pilsētās, bet tāpat nepietiekoša.
- nav vadlīniju, pēc kurām varētu nodrošināt pietiekami skaidrus soļus rīcības plānam palīdzības sniegšanā aprūpē iesaistītajiem.

Precizējumi vai kritiskās piezīmes.

Vienīgā kritiskā piezīme ir, ka ņemot vērā Latvijas populāciju varētu būt vairāk aptaujājamo.

Tajā pašā laikā darbojoties psihiskās veselības jomā vairāk kā 20 gadus man ir pārliecība, ka šī pētījuma rezultāti esot vairāk respondentiem, aptaujātajiem tikai vairāk norādītu uz deficītiem saistībā ar atbalstu tuviniekiem, kas cenšas palīdzēt tiem, kas cieš no dažādiem psihiskiem traucējumiem (galvenokārt no depresijas un trauksmes).

Vai ir iespējams īstenot rekomendācijas.

Rekomendācijas pildīt grūtības rada tas apstāklis, ka palīdzība ir vajadzīga ne tikai tam, kas cieš no psihiskiem traucējumiem, bet gan visai ģimenei.

Sistēmiskajā ģimenes psihoterapijā ir tāds jēdziens kā identificējamais pacients, t.i. tas, kurš tiek uzskatīts par vienīgo problēmas avotu, jo izrāda redzamus simptomus.

Patiesība ir tā, ka grūtības ir visiem ģimenes locekļiem, reizēm tās ir pat smagākas kā šim identificējamajam pacientam.

Manā darbā strādājot gan kā ārstam -pieaugušo un bērnu psihiatram un sistēmiskās ģimenes psihoterapijas speciālistam to var ļoti labi redzēt.

Piemēram māte, kas nereti viena pati rūpējas par bērnu, kam ir autiska spektra traucējumi bieži vien pati piedzīvo klīniski smagu depresiju.

Ļoti bieži palīdzība pārvēršas līdzatkarībā, piemēram, kad atkarīgo cenšas “glābt” viņa partneris vai kāds cits ģimenes loceklis vai tuvinieks. Tas atkarīgo scenāriju padara tikai sarežģītāku un grūtāk atrisināmu.

Vēl nereti var redzēt, ka pieaugušos atkarīgos ir spiesti “pieskatīt” pašu bērni, tādējādi ar garantiju radot savai nenobriedušajai psihei tādu slodzi, kas agri vai vēlu novedīs pie nopietniem psihiskiem traucējumiem.

Problēma ir tā, ka aprūpētājs pats sev palīdzību meklē reti, un ja meklē, tad bieži vien novēloti.

Grūtību rada apstāklis, ka tiek uzskatīts, ka aprūpētajam ir pietiekami, ja viņš saņems zināšanas, t.s.

psihodukāciju piem. “Kā komunicēt ar ģimenes loekli, kam ir šizofrēnija?” vai arī viņam tiek piešķirtas tradicionālās 10 reizes “pie psihologa”, kuras ir par maz.

Lai sagaidītu kādas vērā ņemamas pārmaiņas ir nepieciešama sistēmiskā ģimenes psihoterapija, kas parasti ilgst vairāk kā vienu gadu. Kā mazāk efektīvas, bet palīdzošas var minēt dažādas atbalsta grupas aprūpētājiem. Grūtības rada motivācijas trūkums katram ģimenes loceklim apmeklēt sistēmisko ģimenes psihoterapiju vai individuālo psihoterapeitu. Psihoterapija ir smags, ilgstošs process, darbs pašam ar sevi. Viegļāk ir atvest pie speciālista šo identificējamo pacientu un teikt, lai viņu “salabo”- vēlams šajās tradicionālajās 10 tikšanās reizēs.

Vēl grūtības rada apstākļi, ja arī šis identificējamais pacients sāk izvesēties, tad terapijas process tiek sabotēts, jo tiek izjaukts ģimenes attiecību strukturālais un funkcionālais modelis. Piem. bērns, kam ir depresija nāk pie smilšu terapeita. Terapijas laikā bērns beidzot sāk izrādīt savas apspiestās dusmas, vecākiem tas nepatīk un bērns tad ir spiests pārtraukt nodarbības pie “sliktā un nekompetentā” smilšu spēles terapijas metodes praktizētāja.

Arī valsts un pašvaldību finansiālā iesaiste ir problemātiska, jo tā nav pietiekoša, kā arī pašam psiholoģiskās palīdzības apmaksas modelim būtu jābūt ar paša klienta finansiālās atbildības uzņemšanos.

Lai sagaidītu labus rezultātus apmaksa iespēju robežās ir jāveic arī pašam klientam (pacientam). Psihoterapija ir attiecības, kurās ir svarīgs “došanas un ņemšanas” modelis, un ja klientam (pacientam) visu terapijas procesu apmaksā valsts vai pašvaldība, tad tā ir “spēle vienos vārtos”, pārmaiņas būs nelielas, to nebūs vispār, vai retāk var kļūt vēl sliktāk (smagas, akūtas krīzes gadījumos).”

F.2. Eksperta Nr. 2 atzinums (Anna Guberman)

“Projekts “Ģimenes lomas stiprināšana mentālās veselības atbalstā” aktualizē būtiskās problēmas mentālās veselības jomā - informācijas un pakalpojumu pieejamību cilvēkiem, ārpus ārstniecības iestādēm, jautājumus par ģimenes lomu tuvinieku Latvijas veselības aprūpē un starpinstitutionālo sadarbības iespējam saredzēt problēmas mentālās veselības jomā kā gadījumus, kuriem nepieciešams sniegt individualizēto pakalpojumu klāstu biopsihosociālas pieejas ietvaros.

Pētījums sniedz vērtīgu ieskatu ģimeņu lomā mentālās veselības atbalstā Latvijā un aktualizē problēmas, kas profesionālajā praksē bieži tiek novērotas, bet salīdzinoši reti sistemātiski dokumentētas. Tā ticamību stiprina konverģents jaukto metožu dizains, kurā aptauju dati papildināti ar fokusgrupām un individuālajām intervijām, ļaujot savstarpēji pārbaudīt galvenās tendences. Īpaši nozīmīga ir secinājumu sakritība dažādos datu avotos: gan tuvinieki, gan speciālisti norāda uz nepietiekamu atbalsta sistēmu, informācijas trūkumu un grūtībām orientēties palīdzības saņemšanas procesā.

No savas profesionālās prakses varu apliecināt, ka ģimenes atbalsta loma bieži vien ir nepietiekami novērtēta kā viens no galveniem dziedinošiem faktoriem. Gan no paša cilvēka kurš cieš no mentālās veselības problēmas, gan no sabiedrības, kura bieži sagaida no tuviniekiem spēju funkcionēt tāda pati līmenī kāds tiem bija raksturīgs pirms ģimenes locekļa saslimšanās, gan arī bieži no mums profesionāliem. Jo ģimenes locekļi (visbiežāk sievietes) faktiski pilda neformālu aprūpētāju, koordinētāju un emocionālā atbalsta sniedzēju funkcijas, taču šī loma netiek pietiekami atzīta un atbalstīta institucionālā līmenī. Pētījumā pamatoti akcentēta nepieciešamība attīstīt ģimeņu (kā arī nozares profesionāļu) izglītošanu, izveidot praktiskās vadlīnijas krīzes situācijām un pieejamus atbalsta resursus pašiem tuviniekiem veicinot starpinstitutionālo sadarbību starp medicīnas pakalpojumu sniedzējiem, sociāliem dienestiem un NVO. Tāpat nozīmīgs ir uzsvars uz reģionālo nevienlīdzību, kas arī praksē bieži ir viens no galvenajiem šķēršļiem savlaicīgai palīdzības saņemšanai.

Vienlaikus jānorāda daži metodoloģiski ierobežojumi. Izlase veidota pēc pašatlases principa un nav reprezentatīva Latvijas iedzīvotājiem kopumā. Turklāt respondentu vidū dominē Rīgas vai Vidzemes iedzīvotāji, kas var ietekmēt rezultātu vispārīgumu. Speciālistu izlase (n=19) ir neliela, tādēļ procentuālie rādītāji jāinterpretē piesardzīgi. Jāņem vērā arī tas, ka pētījums balstās uz pašziņojumiem, nevis klīniski verificētiem datiem.

Pētījuma rezultātu interpretāciju ierobežo tas, ka no pētījuma apraksta nav iespējams viennozīmīgi secināt, vai tika veikts ģimeņu, kurās dzīvo ģimenes loceklis ar mentālās veselības traucējumiem, un ģimeņu bez šādas pieredzes aprūpes sloga salīdzinājums. Šāda salīdzinoša analīze sniegtu iespēju precīzāk novērtēt to ietekmi uz ģimenes locekļu pieredzēto slogu, kā arī veicinātu iegūto rezultātu interpretāciju plašākā kontekstā.

Vienlaikus speciālistu aptaujas rezultāti aktualizē vairākus organizatoriskus aspektus, kuru nozīme būtu padziļināti analizējama un kuru risināšanai būtu nosakāma augsta prioritāte. Speciālistu norādes uz konfidencialām sarunām piemērotu telpu trūkumu, ierobežotu laika resursu darbam ar ģimenes locekļiem, kā arī tulkus pakalpojumu nepieejamību liecina par sistēmiskiem šķēršļiem ģimenes orientētas aprūpes īstenošanā.

Nemot vērā, ka pētījuma rezultāti liecina par to, ka ne visas ģimenes meklē vai saņem nepieciešamo palīdzību, būtu lietderīgi izvērtēt standartizētu skrīninga instrumentu izstrādes un ieviešanas iespējas ģimenes ārstu praksēs, lai savlaicīgi identificētu ģimenes, kurām nepieciešams papildu atbalsts. Tāpat būtu nepieciešams izvērtēt, cik lielā mērā pakalpojumu saņēmējiem ir iespējams saņemt atbalsta pakalpojumus attālināti, jo īpaši reģionos, kuros palīdzības pieejamība ir būtiski ierobežota.

Rekomendācijas kopumā vērtējamas kā praktiskas un īstenojamas, jo tās balstās identificētajās vajadzībās un esošās sistēmas nepilnībās. Īpaši reālistiskas šķiet vienota informācijas ceļveža izveide, speciālistu apmācības un ģimenes iesaistes protokolu izstrāde. Savukārt plašāku finansējumu prasošie pasākumi, piemēram, valsts apmaksāts atbalsta grozs tuviniekiem vai reģionālu pakalpojumu tīkla paplašināšana, prasīs politisku prioritizēšanu un ilgtermiņa resursus. Kopumā pētījums veido pārliecinošu pamatu turpmākai politikas un pakalpojumu attīstībai ģimeni iesaistošas mentālās veselības atbalsta sistēmas virzienā.”

F.3. Eksperta Nr. 3 atzinums (Anita Zabavņikova)

“Īss vērtējums par pētījuma rezultātu ticamību un nozīmīgumu.

Pētījuma rezultāti ir ticami un nozīmīgi, bet nav reprezentatīvi visai Latvijas sabiedrībai, kā norāda arī paši pētījuma autori, tādēļ tie precīzi raksturo iesaistīto dalībnieku pieredzi un sistēmiskās problēmas, nevis dod pilnīgu statistisku ainu par visu valsti.

Dažādu datu avotu konverģence ir viens no spēcīgākajiem šī pētījuma ticamības pamatiem: tie paši trūkumi – navigācijas vakuums, emocionālais slogs, reģionālā nevienlīdzība – atkārtojas speciālistu aptaujā, tuvinieku kvantitatīvajos datos un kvalitatīvajos stāstos. Autori veic sistemātisku tematisko analīzi, skaidri parādot kodu matricas, tēmu definīcijas un piemērus, kas ļauj izsekot, kā no citātiem nonākts līdz tēmām.

Autori paši skaidri nosauc ierobežojumus: izlase nav statistiski reprezentatīva; dominē sievietes un Rīga/Vidzeme; speciālistu skaits ir neliels, un visi dati ir pašziņojumi. Tas nozīmē, ka procentuālās vērtības (piemēram, 51,7% ar izteiktu emocionālo smagumu vai 60,6% nejūtas atbalstīti no valsts/pašvaldības) nevar vispārināt kā “Latvijas līmeni”, bet drīzāk kā signālu par nopietnu problēmu riska grupā.

Galvenās atziņas no profesionālās prakses skatpunkta

Viena no galvenām problēmām, kura tika atklāta šajā pētījumā ir nevis pakalpojumu trūkums, bet orientēšanās trūkums. Ģimenēm īpaši nepieciešama nevis tikai vispārīgā informācija par diagnozi, bet konkrēti rīcības algoritmi konkrētās situācijās.

Tuvinieku emocionālais slogs būtu patstāvīgs intervences mērķis. Nosauktās pētījumā tuvinieku problēmas (bezpēcība, vaina, hroniska trauksme un t.t.) ir tās, ar ko es arī bieži saskaros savā praksē un tās būtiski ietekmē paša ģimenes locekļa darba spējas, attiecību kvalitāti un spēju sniegt atbalstu.

Īpaši svarīga ir robežu tēma. Pētījums parāda risku, ka tuvinieks bieži izpilda dažādas lomas un profesionālai palīdzībai ir jābūt orientētai uz to, lai atšķirtu atbalstu no pārmērīgas atbildības pārņemšanas.

Precizējumi vai kritiskas piezīmes

Pētījuma secinājumi ir pārliecinoši kā pieredzes un vajadzību atspoguļojums, bet ne kā Latvijas iedzīvotāju reprezentatīvs raksturojums. Izlase ir brīvprātīga, 90,5% tuvinieku aptaujas dalībnieku sievietes un ievērojami pārstāvēta Rīga un Vidzeme, tāpēc rezultātus nevajadzētu interpretēt kā visu Latvijas ģimeņu precīzus rādītājus.

Speciālistu izlase ir neliela un neviendabīga, - 19 respondenti no dažādām profesijām ir pietiekami, lai identificētu problēmu virzienus, bet nepietiekami, lai droši vispārinātu par visu psihiatrijas, primārās aprūpes, sociālo dienestu vai psiholoģiskās palīdzības sistēmu.

Vienā grupā ir apvienotas atšķirīgas situācijas, - depresija, trauksme, paškaitējums, suicidāls risks, atkarības, vardarbība, UDHS, autiskā spektra traucējumi un izdegšana rada ļoti atšķirīgas ģimeņu vajadzības un pakalpojumu ceļus. Kopējā tēma par atbalstu ģimenei ir pamatota, tomēr rekomendācijām jāparedz atsevišķi ceļi vismaz šādos gadījumos: akūtam suicidālam vai paškaitējuma riskam, smagai un ilgstošai psihiskai saslimšanai, atkarībām, vardarbības situācijām, bērnu un pusaudžu psihiskās veselības grūtībām.

Īss vērtējums par rekomendāciju īstenojamību

Rekomendācijas kopumā ir praktiskas un savstarpēji loģiski saistītas, īpaši vienotais ģimenes iesaistes protokols, navigācijas sistēma, minimālais atbalsta grozs, reģionālie hibrīdpakalpojumi un speciālistu apmācības. To stiprā puse ir tā, ka ir nosauktas atbildīgās institūcijas un piedāvāti iespējamie indikatori.

Minimālā atbalsta grozs 3 līdz 5 konsultāciju apjomā ir reālistisks kā sākotnējā, agrīnā interence, tomēr tas nebūs pietiekams tuviniekiem, kuri saskaras ar sērām, vardarbību, ilgstošu aprūpi, bērna suicidālu risku vai hronisku atkarību ģimenē. Būtu vēlams paredzēt skaidrus nosūtīšanas kritērijus tālākai palīdzībai.

Gadījuma koordinātors varētu būt īpaši efektīvs sarežģītos gadījumos, bet šai lomai ir vajadzīgs skaidrs apraksts, ierobežots gadījumu skaits, informācijas apmaiņas kārtība un reālas tiesības savienot veselības, sociālos un izglītības resursus. Pretējā gadījumā šī loma kļūs par formālo funkciju bez ietekmes.

Reģionālais hibrīdmodelis ir īstenojams, ja tas tiek veidots kā pastāvīgs pakalpojums, nevis īslaicīgs projekts. Attālinātas konsultācijas un grupas var mazināt izolāciju, bet mobilās komandas un klātienes pieejamība ir nepieciešama cilvēkiem ar augstu risku, digitālās piekļuves grūtībām vai sarežģītu sociālo situāciju.”

Pielikums G. Fokusgrupu kodēšanas matrica

Kods	Definīcija	Indikatīvie izteikumi	Tēma
Vaina	Pašatbildība par nepamanītām pazīmēm vai krīzi	vainīga; vajadzēja pamanīt; darījtu nepareizi	Emocionālais slogs
Bezpalīdzība	Nespēja panākt palīdzības meklēšanu vai kontrolēt iznākumu	nevaru palīdzēt; nezinu, ko darīt	Emocionālais slogs
Lomu apvēršanās	Bērns/partneris pārņem aprūpētāja, pelnītāja vai terapeita lomu	mamma savai mammai; psihoterapeits partnerim	Ģimenes lomas
Robežu zudums	Savām vajadzībām nav vietas; bailes izraisīt pasliktināšanos	staigājam uz pirkstgaliem; visu pakārtoju otram	Ģimenes lomas
Navigācijas trūkums	Nav skaidra rīcības ceļa vai pakalpojumu saraksta	kur zvanīt; ko teikt; rokasgrāmata	Informācija
Pieejamības šķēršļi	Rindas, izmaksas, transporta un speciālistu trūkums	mēnešiem jāgaida; dārgi; jābrauc uz Rīgu	Pakalpojumu pieejamība
Stigma/dzimumlomas	Grūtību noliegšana, vainošana vai “vīrišķības” prasības	saņemies; depresija ir slinkums	Stigma
Tūlītējs profesionāls atbalsts	Vajadzība pēc konsultācijas brīdī, kad rodas krīze vai apjukums	viena zvana attālumā; 24/7	Risinājumi
Atbalsts tuviniekam	Psihoizglītošana, konsultācijas, grupas un atelpa pašam ģimenes loceklim	atbalsta grupa; psihologs sev	Risinājumi

Pielikums H. Individuālo interviju kodēšanas matrica

Kods	Definīcija	Indikatīvie izteikumi	Tēma
Vientulība un izolācija	Sajūta, ka respondente vai respondents ar situācijas slogu paliek viens un nesaņem pietiekamu apkārtējo atbalstu	visa pasaule ir pret mani; pamesta novārtā; nav, kas uzklausa	Emocionālais slogs
Vaina	Pašatbildība par tuvinieka stāvokli, nepamanītām pazīmēm vai nespēju novērst nelabvēlīgu iznākumu	varēju darīt vairāk; visu jau biju izmēģinājusi; vainas sajūta	Emocionālais slogs
Bezpalīdzība	Nespēja panākt tuvinieka palīdzības meklēšanu, uzlabot situāciju vai kontrolēt tās iznākumu	nekā; nekas nepalīdz; nezinu, ko vēl darīt	Emocionālais slogs
Bailes un pastāvīga modrība	Ilgstošas bažas par vardarbību, paškaitējumu, pašnāvības risku, krīzes atkārtēšanos vai tuvinieka drošību	bail atstāt vienu; bailes par nākotni; ilgstošas bailes no vardarbības	Drošība un krīze
Sēras un zaudējums	Smagas un ilgstošas sēras pēc tuvinieka nāves, kas savijas ar vainu, nosodījumu un neatbildētiem jautājumiem	zaudēts dēls; nopietnas sēras; ģimenes nosodījums	Emocionālais slogs
Aprūpes un sadzīves pārslodze	Vienlaicīga atbildība par tuvinieka aprūpi, bērniem, mājāsaimniecību, darbu, finansēm un paša veselību	rūpēties par zīdaiņiem; risināt finanses; viss sadzīves slogs uz mani	Ģimenes lomas
Neformāla aprūpētāja loma	Ģimenes loceklis pārņem asistenta, aprūpētāja, krīzes koordinatora vai terapeita funkcijas bez profesionāla atbalsta	videozvans, kamēr izstaigā veikalu; visu nepieciešamo rokas stiepiena attālumā	Ģimenes lomas
Robežu pārkāpšana un atbildības pārņemšana	Tuvinieks pārņem atbildību uz ģimenes locekli, manipulē, izraisa vainu vai neievēro personiskās robežas	mēģināja iežēlināt; uzvēla man visu atbildību; robežu pārkāpšana	Ģimenes dinamika
Palīdzības noraidīšana	Tuvinieks noliedz grūtības, izvairās no sarunas vai nepiekrīt vērsties pēc profesionālas palīdzības	pieāvāju piezvanīt viņas vietā — nekā; nevēlas atzīt, ka vajag palīdzību	Palīdzības meklēšana
Komunikācijas grūtības	Neziņa par to, kā uzklaustīt, runāt un motivēt tuvinieku, nepalielinot spriedzi vai atsvešināšanos	grūti viņu uzklaustīt; izvairījās; kā runāt ar cilvēku šādā stāvoklī	Palīdzības meklēšana
Navigācijas trūkums	Nav skaidrs, kur meklēt uzticamu informāciju, kādi pakalpojumi ir pieejami un kādā secībā tos izmantot	NVO pieredzes dēļ bija vieglāk; kur meklēt palīdzību; vajadzīgs skaidrs ceļš	Informācija
Reģionālie pieejamības šķēršļi	Terapijas, rehabilitācijas un specializētu pakalpojumu piedāvājums ārpus Rīgas un Pierīgas ir ierobežots	pieejamākas terapijas ārpus Rīgas; rehabilitācija reģionos; speciālistu trūkums	Pakalpojumu pieejamība
Finansiālie šķēršļi	Profesionālā palīdzība nav pietiekami pieejama izmaksu dēļ, un ģimenei jāsedz būtiska pakalpojumu daļa	vismaz daļēji finansēts no valsts; valsts finansēta ģimenes terapija	Pakalpojumu pieejamība
Pēcaprūpes un koordinācijas trūkums	Pēc rehabilitācijas vai akūtas palīdzības trūkst ilgtermiņa uzraudzības, pēctecīgas aprūpes un institūciju sadarbības	uzraudzīt arī pēc rehabilitācijas; atbildīgāka dienestu rīcība; skolas psihologa iesaiste	Pakalpojumu pēctecība
Stigma un nosodījums	Sabiedrības vai ģimenes aizspriedumi pret mentālās veselības un atkarības grūtībām, kas veicina klusēšanu un izolāciju	stigma pret atkarīgajiem; ģimenes nosodījums; lielāka sabiedrības sapratne	Stigma
Ģimenei orientēts atbalsts	Vajadzība pēc pakalpojumiem, kas vienlaikus atbalsta tuvinieku un visu ģimeni un palīdz atjaunot ģimenes funkcionēšanu	ģimenes asistents; atbalsta grupa; ģimenes terapija; nometnes visai ģimenei	Risinājumi
Drošības un juridiskais atbalsts	Vajadzība pēc aizsardzības, juridiskas palīdzības un koordinētas institūciju rīcības vardarbības vai augsta riska situācijās	juristu palīdzība; būt saklaustītai; pasargāt no vardarbības	Risinājumi

Pielikums I. Individuālā gadījuma kopsavilkuma veidne

Lauks	Aizpildīšanas norāde
Gadījuma kods	Anonīms kods, piemēram, II-R-01 vai FG-R1
Attiecību konteksts	Partneris, vecāks, bērns, brālis/māsa, cits
Grūtību konteksts	Dalībnieka aprakstītā problēma bez klīniskas pārinterpretācijas
Ģimenes sniegtais atbalsts	Emocionāls, praktisks, finansiāls, ārstēšanas koordinēšana
Sloga pazīmes	Stress, izdegšana, bailes, vaina, darba/finanšu ietekme
Sistēmas saskares punkti	Ģimenes ārsts, psihiatrs, psihologs, sociālais dienests, NVO
Šķēršļi	Rindas, izmaksas, stigma, informācijas trūkums, atteikšanās no palīdzības
Palīdzošie faktori	Atbalsta persona, terapija, grupa, krīzes centrs, rehabilitācija
Ieteicamais atbalsts	Konkrēts pakalpojums vai politikas risinājums
Pierādījuma vieta	Transkripta lappuse/rindkopa vai audio laika atzīme

Pielikums J. Informētās piekrišanas formas datu paraugs

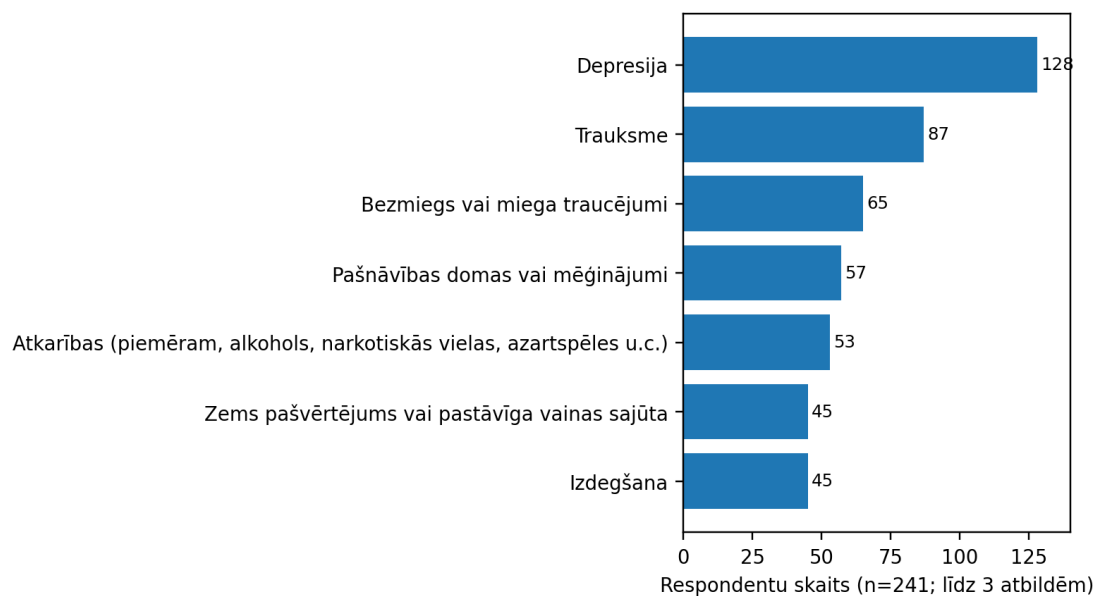
Sadaļa	Parauga saturs
Projekta nosaukums	Ģimenes lomas stiprināšana mentālās veselības atbalstā
Mērķis	Izprast tuvinieku pieredzi un sagatavot priekšlikumus valsts institūcijām.
Dalība	Dalība ir brīvprātīga; dalībnieks var neatbildēt uz jautājumu vai izstāties bez nelabvēlīgām sekām.
Ieraksts	Fokusgrupa/intervija tiek ierakstīta tikai ar atsevišķu dalībnieka piekrišanu.
Riski	Saruna var radīt emocionālu diskomfortu; nepieciešamības gadījumā saruna tiek pārtraukta un sniegta informācija par atbalsta iespējām.
Konfidencialitāte	Vārdi un identificējoša informācija netiek publicēta; citāti tiek anonimizēti.
Datu glabāšana	Dati glabājas drošā, piekļuves ierobežotā vidē līdz projekta dokumentācijā noteiktajam termiņam, pēc tam tiek droši dzēsti.
Kontakti	Aļona Aleksejeva, 20098757, alona@ogle.lv
Apliecinājums	Esmu saņēmis/-usi informāciju, man bija iespēja uzdot jautājumus un es brīvprātīgi piekrītu dalībai.

Pielikums K. Datu aizsardzības un anonimizācijas procedūras paraugs

- Piešķirt katram dalībniekam unikālu kodu; atslēgu starp kodu un kontaktinformāciju glabāt atsevišķi.
- No transkriptiem izņemt personvārdus, precīzas adreses, darbavietas, retas diagnožu kombinācijas un citus netiešus identifikatorus, ja tie nav analītiski nepieciešami.
- Kontaktinformāciju neapvienot ar aptaujas atbildēm un neizmantojot analīzē.
- Failus glabāt šifrētā vidē ar lomu balstītu piekļuvi.
- Dokumentēt datu glabāšanas termiņu, rezerves kopiju kārtību un drošu dzēšanu.
- Publicēšanai atlasīt citātus, kuru kombinācija nerada dalībnieka atpazīšanas risku.
- Ja izmanto automatizētus transkripcijas vai analīzes rīkus, iepriekš izvērtēt tiesisko pamatu, datu apstrādātāju un datu pārsūtīšanu ārpus EEZ.

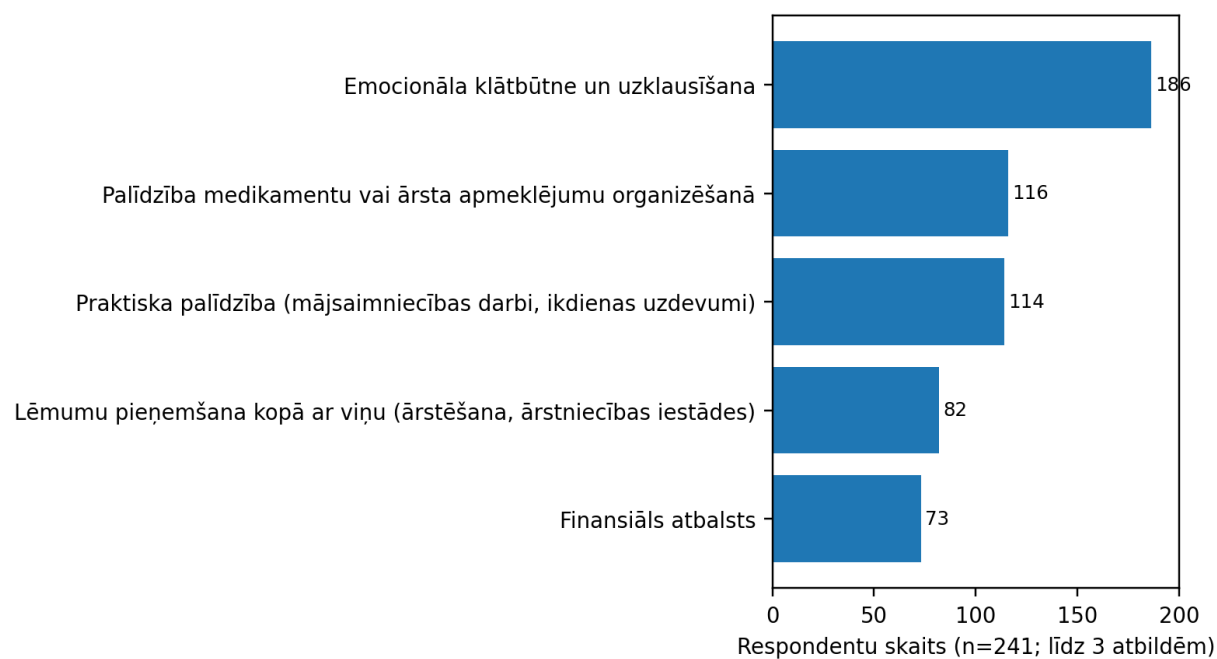
Pielikums L. Diagrammu kopsavilkums**L.1. Biežāk minētās mentālās veselības grūtības**

Biežāk minētās tuvinieka mentālās veselības grūtības



L.2. Tuvinieku sniegtais atbalsts

Tuvinieku biežāk sniegtais atbalsts



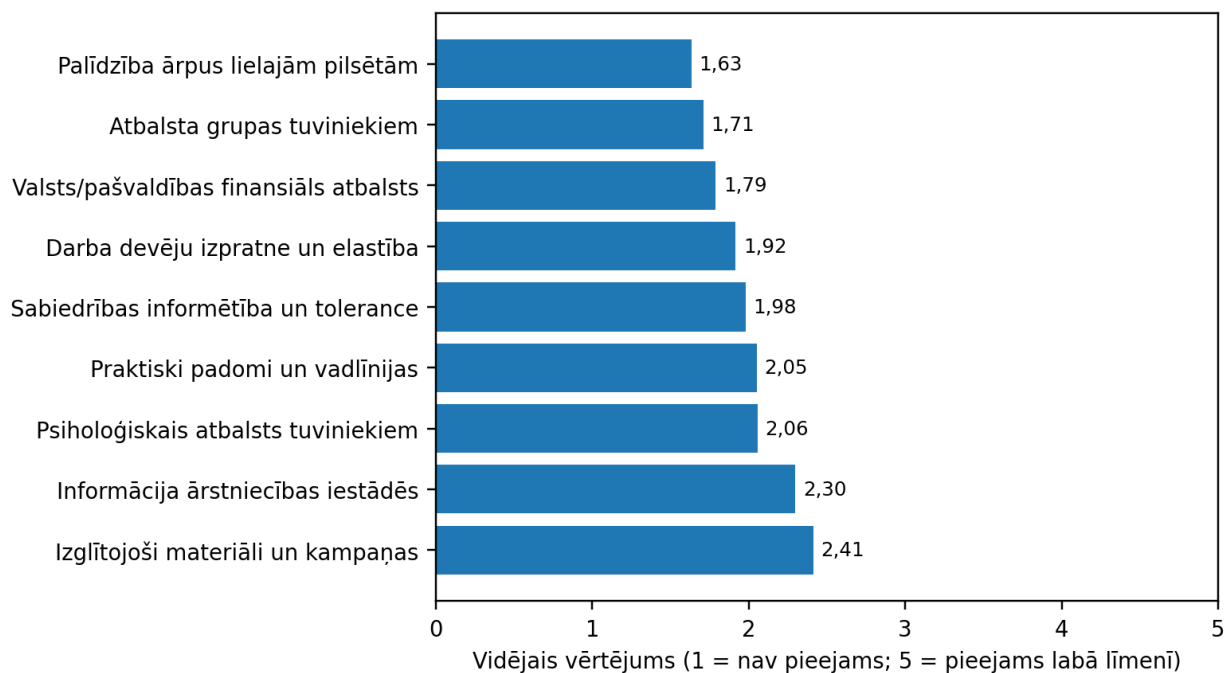
L.3. Sloga dimensijas

Izteiktas vai ļoti lielas grūtības atbalsta sniegšanā



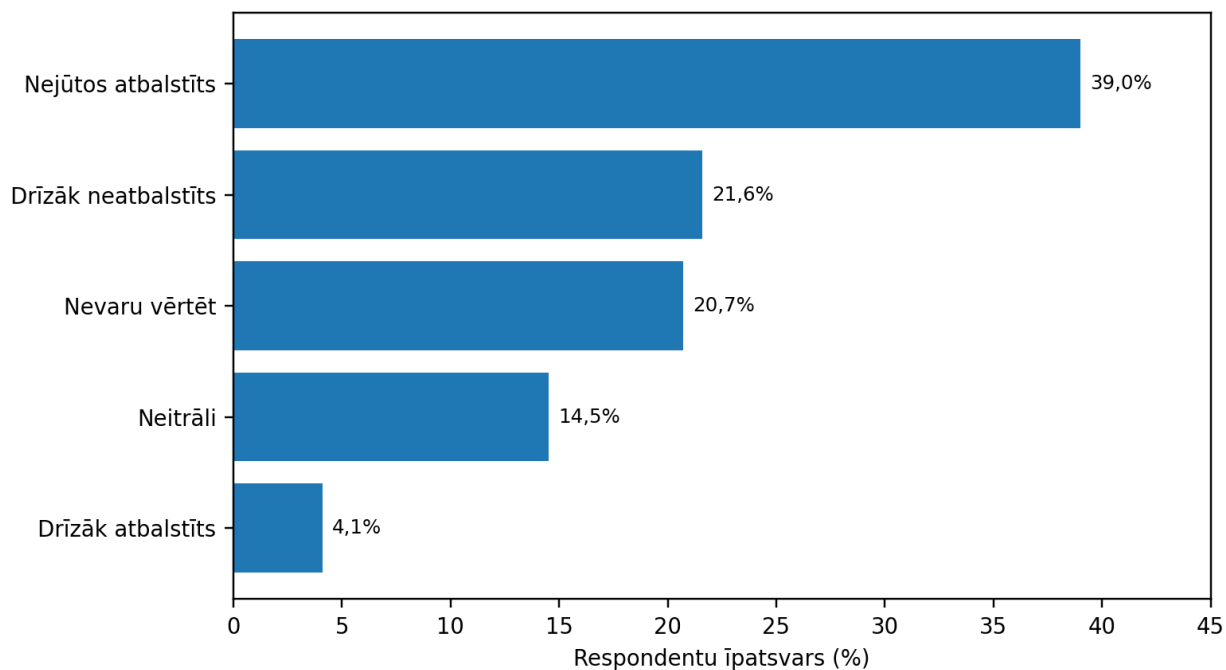
L.4. Atbalsta pieejamība reģionā

Atbalsta veidu pieejamības vidējais vērtējums



L.5. Valsts/pašvaldības atbalsta vērtējums

Valsts vai pašvaldības atbalsta subjektīvais vērtējums



L.6. Speciālistu sistēmas vērtējums

Speciālistu vērtējums par ģimenes iesaisti un sistēmas atbalstu

