



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

Nikolajs Verhovskis

Informētības un attieksmes faktoru izpēte atkarības ārstēšanas organizācijas sistēmā

Pētnieciskais darbs

Medicīnas rezidentūras narkoloģijas specialitātē

Narkoloģija

Studējošā apliecības Nr.18-002157

Darba zinātniskā vadītāja:

Dr. Venita Dāve

Rīga, 2023

Pētnieciskais darbs izstrādāts: Rīgas Stradiņa universitātes Psihiatrijas un narkoloģijas katedrā

Oficiālie recenzenti:

Dr. Inga Landsmane

Pētnieciskā darba aizstāvēšana notiks 2023. gada 24. augustā Rīgas Stradiņa universitātes Psihiatrijas un narkoloģijas katedrā.

Anotācija

Pētnieciskā darba tēma ir saistāma ar informētības un attieksmes faktoru izpēti atkarības ārstēšanas sistēmā. Pētījuma mērķis izvērtēt un aprakstīt ārstu, kā arī pacientu viedokli un pieredzi par narkoloģiskās palīdzības metodēm. Saņemti ieteikumi sistēmas pilnveidošanā no pacientu un ārstu puses.

Pētījuma izlase izveidota no 84 dažādu specialitāšu ārstiem no dažādiem Latvijas reģioniem. Respondentu vecums no 28 līdz 63 gadiem. Ārstu respondentu sadalījums pēc dzimuma: 50% vīrieši, 50% sievietes. Ārsti darbojas 21 dažādā specialitātē, no kuriem 40% ir narkologi un psihiatri. Tāpat pētījumā piedalās 84 narkoloģiska profila pacienti. Pacienti vecumā no 18 līdz 68 gadiem, no kuriem 49% ir vīrieši. Pēc atkarības: 48 alkohola atkarīgie (56%), 28 narkotiku atkarīgie (33%) un 15 azartspēļu atkarīgie (14%).

Darba teorētiskajā daļā tika analizēta zinātniskā literatūra, vadlīnijas un pētījumi par atkarību ārstēšanas metodēm, to efektivitāti, kā arī izvērtētas narkoloģiskās ārstēšanas iespējas ņemot vērā pēdējās aktuālās rekomendācijas. Tāpat tika izmantotas ārstu aptaujas anketas, pacientu aptaujas anketas, kuras izveidotas pēc aktuālām pieejamām ārstēšanas metodēm Latvijā.

Pētījuma rezultāti liecina – kā pirmo no narkoloģiskās palīdzības metodēm ārsti visbiežāk pacientiem iesaka detoksikāciju (82%), savukārt pacienti visbiežāk arī izvēlās detoksikāciju (44%), kas ir izteikti mazāk, nekā to rekomendē ārsti. Ārstu informētības līmenis ir pietiekami augsts. Vājāk ārsti pārzina (7%) par rehabilitācijas kopienām PAV lietotājiem, izjūt nepietiekamību narkoloģiskās palīdzības valsts apmaksātu ārstēšanas programmu nodrošinājumā (77%), kā arī atzīmē, ka nepieciešami nodrošināt kompensējamus medikamentus pacientiem, kas saņem narkoloģisko palīdzību (70%).

Pētnieciskais darbs satur 15 tabulas, 5 attēlus, ir izmantoti 23 literatūras avoti. Darba apjoms bez literatūras avotiem un pielikumiem ir 42 lappuses, bet pielikumi sastāda 19 lappuses.

Abstract

The research topic is "Exploration of Awareness and Attitude Factors in the Addiction Treatment System". The study was conducted with the aim of evaluating and describing the opinions and experiences of doctors and patients regarding addiction treatment methods, as well as receiving recommendations for improving the system from both patients and doctors.

The research sample consists of 84 doctors from various specialties in different regions of Latvia, aged 28 to 63 years. The distribution of doctor respondents by gender was 50% male and 50% female. They represented 21 different specialties, with 40% of them being narcologists and psychiatrists. There were 84 patients with addiction problems, aged 18 to 68 years. Of them, 49% were male. In terms of addiction type, there were 48 alcohol addicts (56%), 28 drug addicts (33%), and 15 gambling addicts (14%).

The theoretical part of the work is based on the analysis of scientific literature, guidelines, and studies on addiction treatment methods and their effectiveness, as well as the evaluation of possibilities for addiction treatment in accordance with the latest recommendations. Doctor surveys and patient questionnaires were used, which were developed based on current available treatment methods in Latvia.

The obtained results indicate that doctors more frequently recommend detoxification as an addiction treatment method (82%), patients more often choose detoxification (44%), which is significantly less than what doctors recommend, and doctors' level of awareness is sufficiently high. However, there is a lack of knowledge (7%) among doctors about rehabilitation communities for addiction users. Doctors also perceive inadequacies in the state-funded addiction treatment program (77%) and identify the need for improvements in the availability of compensable medication for treatment (70%).

The research work includes 15 tables, 5 images, and references to 23 literature sources. The volume of the work, excluding references and appendices, is 42 pages, and with appendices, it amounts to 19 pages.

Darbā izmantotie saīsinājumi

AA - Anonīmie Alkoholiķi (Alcoholics Anonymous)

AN - Anonīmie Narkomāni (Narcotics Anonymous)

Alk. - alkohols

AS - Anonīmie Spēlmaņi (Gambler Anonymous)

Att. - attēls

BAC – Brigāžu atbalsta centrs

I/v - intravenozi

M - vidējais aritmētiskais (mean)

MK - Ministru kabinets

MS - Microsoft

MP - Minesotas programma

NVD - Nacionālais veselības dienests

OOWS - objektīvā opioīdu atcelšanas simptomu skala (Objective opioid withdrawal scale)

PAV - psihoaktīvās vielas

PVA - psihoaktīvo vielu atkarība

PVO - Pasauls veselības organizācija

RPNC - Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs

S/c - subkutāni

SD - standartnovirze (standard deviation)

SPKC - Slimību profilakses un kontroles centrs

SPSS - Statistikas analīzes programma

SSK - Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija

Sūģest. met. ar med. - sūģestīvā metode ar medikamentiem

SVA - Sabiedrības veselības aģentūra

SOWS - subjektīvā opioīdu atcelšanas simptomu skala (Subjective opiate withdrawal scale)

PSKUS - Paula Stradiņa universitātes klīniskā slimnīca

RAKUS - Rīgas austrumu klīniskā universitātes slimnīca

VSIA - valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību

Saturs

1.	Pētījuma zinātniskā novitāte	9
1.1.	Darba mērķis	9
1.2.	Darba uzdevumi	9
1.3.	Darba hipotēze	9
1.4.	Ētiskie apsvērumi	10
1.5.	Pētnieciskā darba struktūra	10
2.	Literatūras apskats	11
2.1.	Ārstēšanas metodes	11
2.1.1.	Detoksikācija	11
	Metodes apraksts	13
2.1.2.	Disulfirama implantācijas medicīniskā tehnoloģija	14
	Metodes apraksts	15
	Disulfirama implantācijas tehnika	15
2.1.3.	Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija ar metadonu	16
	Metadona izsniegšana uzturošās devās	16
2.1.4.	Buprenorfīna pielietošanas opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanā	17
	Buprenorfīna pielietošanas iespējas un nosacījumi	17
2.1.5.	Remisijas saglabāšana pēc Minesotas 12 soļu programmas	18
	Programmas apraksts	18
2.1.6.	Kaitējumu mazināšana	19
2.1.7.	Atbalsta grupas	19
2.1.8.	Narkoloģiskās palīdzības iespējas Latvijā (valsts apmaksātas)	21
3.	Pētījuma materiāls un metodes	22
3.1.	Pētījuma norises procedūra	22
3.2.	Izmantotais instrumentārijs	22
3.3.	Hipotēzes apstiprināšanas metode	23

4.	Statistiskā datu analīze	25
4.1.	Pētījumā iesaistīto ārstu aptauju izpētes rezultāti	25
4.1.1.	Ārstu aptauju izpētes rezultāti pa specialitātēm un darba reģioniem	26
	Informētība par pašpalīdzības grupām	29
	Ārstu ieteikumi pacientiem novirzē pie speciālistiem	30
	Ārstu viedoklis par trūkumiem un uzlabojumiem narkoloģiskajā palīdzībā	30
4.2.	Pētījumā iesaistīto pacientu aptauju izpētes rezultāti.....	31
4.2.1.	Pacientu sociāldemogrāfiskie dati	31
	Pacientu dati saistībā ar psihoaktīvo vielu lietošanu.....	32
	Dati par pacientu saņemtajām narkoloģiskās palīdzības metodēm.....	33
4.3.	Hipotēzes pārbaude	35
5.	Diskusija	38
6.	Secinājumi.....	41
7.	Praktiskās rekomendācijas	42
8.	Izmantotie literatūras avoti	43

Ievads

Alkohols ir toksiska un psihoaktīva viela ar atkarību izraisošām īpašībām. Daudzās mūsdienu sabiedrības sfērās alkoholiskie dzērieni ir ierasta iedzīvotāju sociālās uzvedības sastāvdaļa. Diemžēl katru gadu alkohola lietošana pasaulē izraisa 3 miljonu nāves gadījumu, kā arī invaliditāti un sliktu veselību miljoniem cilvēku. Kopumā kaitīga alkohola lietošana rada 5,1% no globālā slimību sloga [11].

Alkohola kaitīga lietošana rada attiecīgi 7,1% un 2,2% no globālā slimību sloga vīriešiem un sievietēm. Alkohols ir galvenais priekšlaicīgas mirstības un invaliditātes riska faktors vecumā no 15 līdz 49 gadiem, veidojot 10% no visiem nāves gadījumiem šajā vecuma grupā. Nelabvēlīgām un īpaši neaizsargātām iedzīvotāju grupām ir augstāks alkohola izraisītu nāves gadījumu un hospitalizācijas gadījumu skaits [11].

Tādēļ tēma par nepieciešamību sniegt vislabāko un progresīvāko palīdzību ir ļoti svarīga un aktuāla. Ārstu informētības analīze par aktuālo pakalpojumu un tehnoloģiju sniegšanu ir ļoti noderīga, lai Latvijas ārsti sniegtu atbilstoša līmeņa palīdzību, saskaņā ar Eiropas un pasaules vadlīnijām, kopīgu vīziju un stratēģiju. Pasaules Veselības organizācija (WHO) veido vairākas rezolūcijas un mērķus. Mērķi un darbības ir vērstas uz to, lai paātrinātu alkohola kaitīgās lietošanas mazināšanu (EB146.14) [15]:

- Globālā stratēģija alkohola kaitīgās lietošanas samazināšanai (WHA63.13) [16];
- Stratēģijas alkohola kaitīgās lietošanas samazināšanai (WHA61.4) [18];
- Sabiedrības veselības problēmas, ko izraisa kaitīga alkohola lietošana (WHA58.26) [17].

Aktuāla ir arī narkotiku atkarības izplatība Latvijā un Eiropā. Narkoloģiskā palīdzība orientēta uz pacientiem ar narkotisko vielu atkarību. Pastāv vairākas aizvietojošās programmas, tiek īstenoti profilaktiskie pasākumi, nodrošināta narkotisko vielu atkarīgo pacientu ārstēšana, izmantojot medikamentozu terapiju, kā arī tiek piesaistīti cita veida speciālisti. Aktīvi ārstēšanas procesa komandas darbā darbojas arī psihologi. Eksistē Minesotas programma, kas nodrošina augsta līmeņa ārstēšanu, veicinot stablu pacientu remisiju. Tāpat pastāv AN grupas, kas sniedz atbalstu un dod iespēju novērtēt savas remisijas stabilitāti. Latvijai atrodoties ģeogrāfiski izdevīgā stāvoklī, pacienti ar atkarības slimībām, braucot no dažādām valstīm, izmanto iespēju ārstēties pie mums, tādējādi paplašinot iespēju sniegt pasaules līmeņa palīdzību atkarību ārstēšanas jautājumos. Ārstu kompetence saistībā ar atkarības ārstēšanas jautājumiem ir svarīga efektīvā pacientu izvērtēšanā, un laicīgā palīdzības sniegšanā.

1. Pētījuma zinātniskā novitāte

Pētījuma gaitā ir veiktas sekojošas darbības, kas sniedz iespēju turpmākai izpētei:

1. apkopoti pēdējie dati par pacientu un ārstu informētību Latvijas narkoloģiskās palīdzības sistēmā;
2. izvērtēts narkoloģiskās palīdzības metožu pielietojums no ārstu puses, kā arī salīdzināti dati ar realitātē izmantotajām pacientu narkoloģiskās palīdzības ārstēšanas metodēm;
3. izvērtēts ārstu palīdzības sniegšanas modelis narkoloģiskās palīdzības spektra jautājumos.

1.1. Darba mērķis

Pētījuma veikšanai tiek izdalīti sekojoši darba mērķi:

1. izvērtēt ārstu viedokli un pieredzi par narkoloģiskās palīdzības metodēm;
2. izvērtēt pacientu ārstēšanas izvēli attiecībā uz narkoloģiskās palīdzības metodēm;
3. noskaidrot ārstu viedokli par narkoloģiskās palīdzības sniegšanas iespējām.

1.2. Darba uzdevumi

Lai sasniegtu izvirzītos darba mērķus, tiek definēti šādi uzdevumi:

1. izveidot pētījuma anketas atsevišķi ārstiem un pacientiem par informētības līmeni narkoloģiskajā palīdzībā;
2. salīdzināt ārstu izmantotās metodes un pacientu saņemtās ārstēšanas metodes narkoloģiskās palīdzības sistēmā;
3. noskaidrot Latvijas reģionos strādājošo dažādu specialitāšu ārstu viedokli un pieredzi saistībā ar narkoloģisko palīdzību, kā arī iespējamiem pilnveidojumiem palīdzības sistēmā;
4. noskaidrot narkoloģiska pacienta, kas griežies pēc palīdzības medicīniskās iestādēs, kopējo tēlu.

1.3. Darba hipotēze

Ārstu informētība par narkoloģiskās palīdzības metodēm nekorelē ar biežāk izmantotajām pacientu brīvās izvēles metodēm narkoloģiskajā ārstēšanā.

1.4. Ētiskie apsvērumi

Pozitīvu atzinumu par pētījuma sagatavošanu un izstrādi devusi Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komiteja (sk. 2. pielikumu).

Pirms iekļaušanas pētījumā, pacienti tika iepazīstināti ar informāciju par pētījumu, to mērķiem un uzdevumiem, un pielietotām izmeklēšanas metodēm. Respondenti brīvprātīgi apstiprināja piekrišanu dalībai pētījumā. Tika nodrošināta un saglabāta respondentu konfidencialitāte un anonimitāte. Pacienti varēja atteikties no dalības pētījumā jebkurā etapā, tas neietekmēja viņu ārstēšanas gaitu un kvalitāti.

1.5. Pētnieciskā darba struktūra

Pētnieciskais darbs ir uzrakstīts latviešu valodā. Ar klasisku uzbūvi, kas ietver ievadu, literatūras apskatu, materiālu un metožu aprakstu, rezultātu daļu, diskusiju, secinājumus un literatūras avotu sarakstu – kopā 48 lappuses. Darba apjoms bez literatūras avotiem un pielikumiem ir 42 lappuses. Pētnieciskajā darbā iekļautas 15 tabulas, 5 attēli un izmantoti 23 literatūras avoti.

2. Literatūras apskats

Pētījumā tiek skatīta ārstu informētība par narkoloģiskās palīdzības sistēmā pielietotajām ārstēšanas metodēm, tādēļ tiek aprakstītas Latvijā izmantotās metodes, ko apstiprina SPKC vadlīnijas. Ārsti ikdienā bieži sastopas ar kaitējoši pārmērīgu psihoaktīvu vielu lietotājiem, kā arī pacientiem, kam izveidojusies atkarības slimība no PAV. Bieži šādi pacienti recidīva stāvoklī nokļūst slimnīcu uzņemšanas nodaļās, kur nonāk ar ātro palīdzību vai arī griežas pēc palīdzības paši. Ambulatorie ārsti vai ārsti, kas strādā privātpraksēs, arī ikdienā sastopas ar pacientiem, kuriem ir PAV atkarība. Tāpēc svarīgi saprast, kāda ir ārstu informētība par narkoloģiskajā praksē pieejamām ārstēšanas metodēm un noskaidrot palīdzības iespējas, lai pacienti spētu laicīgi saņemt palīdzību. Pacientu kritiskais novērtējums bieži vien ir zemā līmenī attiecībā pret savu atkarību no PAV, tādējādi ir svarīgi pacientiem norādīt uz simptomātiku, kā arī motivēt griezties pie narkologiem tālākas terapijas nozīmēšanai. Svarīga loma ir kopējai ārstu sadarbībai, PAV atkarību profilakses pasākumu nodrošināšanai, savlaicīgai palīdzības sniegšanai un stabilas pacienta remisijas panākšanai.

2.1. Ārstēšanas metodes

2.1.1. Detoksikācija

Detoksikācijas metode ir daļa no stacionārās ārstēšanas, taču to ir iespējams veikt arī ambulatori. Tā tiek izmantota pacientiem ar vidēji smagu vai smagu alkohola abstinences stāvokli, kuri tiek stacionāri narkoloģiskajās slimnīcās (nodaļās). Mērķis ir kontrolēt abstinences simptomus, mazināt to intensitāti, novērst komplikāciju rašanos un veicināt atveseļošanos. Pacientiem ar vidēji smagu simptomātiku nepieciešama farmakoloģiska iejaukšanās. Galvenie līdzekļi alkohola abstinences sindroma ārstēšanai ir sedatīvi hipnotiski līdzekļi, jo tās ir labi panesamas zāles, kas modulē GABA funkcijas. Visbiežāk izmantotie līdzekļi ir benzodiazepīni un barbiturāti. Benzodiazepīnus var ievadīt pēc fiksēta grafika vai pēc abstinences simptomu parādīšanās. Medicīniskas ievadīšanas pamatā tiek izmantota Klīniskā institūta pārskatīta alkohola atcelšanas skala (CIWA-Ar) simptomu izvērtēšanai un terapijas plānošanai. Zāles tiek ievadītas tikai tad, ja CIWA-Ar rādītājs pārsniedz 8 punktus [13]. Salīdzinot ar perorālu zāļu iedarbību, intravenoza zāļu ievadīšana ļauj nekavējoties sasniegt darbības efektu, tādējādi palīdz īsākā laika posmā sasniegt uzstādītos mērķa rezultātus un mazināt abstinences simptomātiku.

Lorazepāmu var ievadīt intravenozi, intramuskulāri vai perorāli, kas nodrošina ilgstošu krampju kontroli, jo tas lēni sadalās. Tam ir samazināts sedācijas risks cilvēkiem, kam ir aknu

slimība, jo tam ir īss pussabrukšanas periods un nav aktīvu metabolītu. Ievadīšanas deva ir parasti 1-4 mg ik pēc 5-15 minūtēm, līdz tiek panākta adekvāta uzbudinājuma kontrole. Lielas un ātras lorazepāma devas var izraisīt kardiovaskulāru toksicitāti, kas saistīts ar propilēnglikolu (šķīdinātāju, ko lieto intravenozai ievadīšanai).

Diazepāmu var ievadīt intravenozi, perorāli vai intramuskulāri. Tas ātri novērš izteiktu uzbudinājuma klīnisko ainu, jo ātri izplatās lipīdos. Tomēr tam arī ir ilgs darbības laiks, tāpēc nepieciešama regulāra vitālo radītāju kontrole. Tā aktīvie metabolīti palīdz izlīdzināt abstinences gaitu un ierobežot paasinājuma simptomus, tomēr ilgstoša sedācija ir risks. Ievadīšanas sākotnējā deva ir 5 mg. Zāles tiek atkārtoti ievadītas 5-20 mg devā ik pēc 5-15 minūtēm, līdz tiek panākta adekvāta uzbudinājuma kontrole. Pēc tam, kad uzbudinājums tiek kontrolēts, pēc vajadzības tiek ievadīta vienas stundas deva, lai saglabātu vieglu miegainību.

Kopējā intravenoza diazepāma deva nedrīkst pārsniegt 100 mg/h vai 250 mg 8 stundu laikā. Kopējā intravenoza lorazepāma deva parasti nedrīkst pārsniegt 20 mg/h vai 50 mg 8 stundu laikā.

Gadījumos, kad pacients nereaģē uz lielām benzodiazepīnu devām, kā otrās līnijas GABA modulatori, tiek pievienoti barbiturāti.[3,10] Kombinētā ārstēšana parasti ir efektīva, jo zāles iedarbojas uz dažādiem GABA receptoru kompleksiem. Ir novērots, ka barbiturāti atsevišķi vai kombinācijā ar benzodiazepīniem ir vismaz tikpat efektīvi kā benzodiazepīni alkohola abstinences sindroma ārstēšanā, ar pieņemamu panesamību un drošības profiliem, kas ir līdzīgi benzodiazepīniem [8]. Citi līdzekļi, ko izmanto kombinētajā terapijā, ir baklofēns, haloperidols, karbamazepīns, valproīnskābe, klonidīns un beta blokatori (piemēram, atenolols).[5,1,9,4]

Ilgtermiņa uzraudzība detoksikācijas laikā ietver dažādus režīmus alkohola abstinences sindroma ambulatorai ārstēšanai, bet visbiežāk tiek izmantota benzodiazepīnu ievadīšana. Pacientiem jābūt pietiekami informētiem un kritiski jāizturas pret savu atkarību.

Nelielas klonidīna devas (piemēram, 0,1–0,2 mg perorāli) var palīdzēt novērst centrālo adrenerģisko izdalīšanos, tādējādi mazinot tahikardiju, hipertensiju, tahipnoju, trīci un alkohola ilgas. Beta blokatorus izmanto, lai mazinātu tahikardiju, hipertensiju un trauksmi. Šo medikamentu iedarbība var mazināt delīrija attīstīšanās brīdinājuma simptomus (nomaskē), tāpēc tos jālieto piesardzīgi [4].

Balstoties uz detoksikācijas programmu, pacientiem tiek izveidots terapijas plāns, kurā ietilpst regulāra narkologa apmeklēšana, tieksmes mazinošo medikamentu terapija, Minesotas programmas apmeklējums, intensīvs darbs ar psihologu un pašpalīdzības grupu apmeklēšana. Narkoloģisko slimību recidīva novēršanai tiek izmantotas psihoterapijas, suģestīvās terapijas

un sensibilizējošu medikamentu kombinācijas medicīniskā terapija. Metodi var pielietot pacientam, kad abstinences sindroms ir mazināts, kā arī psihiskais stāvoklis un miegs ir normalizējies.

Metode pamatojas uz pacienta psihoterapeitisku sagatavošanu ilgtermiņa alkohola lietošanas atmešanai, personības stiprināšanu un dzīves kvalitātes uzlabošanu, izmantojot īstermiņa psihodinamisko psihoterapiju un kognitīvi biheviorālo terapiju, kas ietver sevī arī sadarbību ar citu specialitāšu ārstiem, ja ir šāda nepieciešamība. Tādējādi tiek veicināta multidisciplināra pieeja ārstēšanas procesam.

Psihoterapeitisko metožu pielietošanas mērķis: palīdzēt pacientam rast risinājumu adekvātai ikdienas problēmu risināšanai, izvairīties no konfliktiem ar sevi un tuviem cilvēkiem, panākt emocionālo un psihisko līdzsvaru, tādējādi ietekmējot savu domāšanu un rīcību. Rezultātā pacients iemācās pārvarēt slimīgo vēlmi jeb tieksmi pēc alkohola, kas var rasties psiholoģiskās krīzes laikā. Terapijas laikā psihoterapija tiek pastiprināta ar suģestīvu terapiju.

Lai veicinātu pacienta labklājību, paralēli psihoterapijai un suģestīvai terapijai, viņam tiek ievadīti medikamenti, kas palielina organisma jutīgumu pret alkoholu un medikamenti, kuri strauji paplašina asinsvadus, izraisot diskomfortam līdzīgas, nepatīkamas izjūtas. Tas ir būtisks faktors suģestīvās terapijas etapā, kas rezultējās ar remisijas panākšanu.

Metodes, kuras izmanto narkoloģisko slimību recidīvu novēršanai ir psihoterapija, suģestīvā terapija, sensibilizējošo medikamentu izmantošana.

Metodes apraksts

Ārsta un pacienta konsultācijas laikā tiek nolemts par dotās metodes pielietošanu ārstēšanas procesā. Metode tiek izmantota tikai ar pacienta piekrišanu. Ārstēšanu uzsāk ar psihoterapeitisko metožu pielietošanu, tad seko suģestīvā terapija un sensibilizējošo medikamentu terapija. Pirms sensibilizējoša medikamenta ievadīšanas tiek novērtēts vispārējais pacienta veselības stāvoklis un hemodinamiskie rādītāji, rūpīgi ievākta anamnēze. Sensibilizējošas terapijas un negatīva nosacījuma refleksa izstrādei visefektīvāk izmantot nitrofurāna grupas medikamentus i/v tiek ievadīts Sol.Furaginum 0,1% līdz 100 ml, pirmās minūtes laikā izvērtē vai nav alerģiskās reakcijas. No vitamīniem negatīvas nosacījuma refleksa reakcijas izstrādei izmanto Ac.Nicotinici 1% 0,5-2,0 ml i/v sakarā ar īpašību strauji paplašināt asinsvadus, izsaucot pacientam ādas hiperēmiju un karstuma sajūtu. Šāda veida provokatīvā reakcija tiek pastiprināta ar netiešu suģestiju. Pēc medikamentu ievadīšanas tiek pārbaudīti hemodinamiskie rādītāji un noteikts vispārējais pacienta veselības stāvoklis uz

apskates brīdi. Tāpat pacients tiek informēts par tālāku nepieciešamību izvairīties no etanolu saturošu vielu izmantošanas.

Pēc ārsta un pacienta vienošanās tiek noteikts nepieciešamais atkārtoto konsultāciju biežums (pamatā dinamiska pacienta novērošana reizi mēnesī [22]).

2.1.2. Disulfirama implantācijas medicīniskā tehnoloģija.

Disulfirams ir medikaments, kas izmaina alkohola metabolizācijas procesu organismā. Disulfirama implantāciju pielieto pacientiem ar alkohola atkarību, ar labu motivāciju atturībā no alkohola saturošu dzērienu lietošanas.

Disulfirama implantācija zemādas tablešu formā nodrošina, ka pacienta organismā ir pietiekama medikamenta deva, lai vairāku mēnešu laikā būtu jūtīgs uz alkoholu saturošiem dzērieniem.

Pacientam jābūt labi informētam, ka implantēto tablešu darbības laikā nedrīkst lietot alkoholu. Metodes gadījumā tiek pielietota suģestīvā psihoterapija.

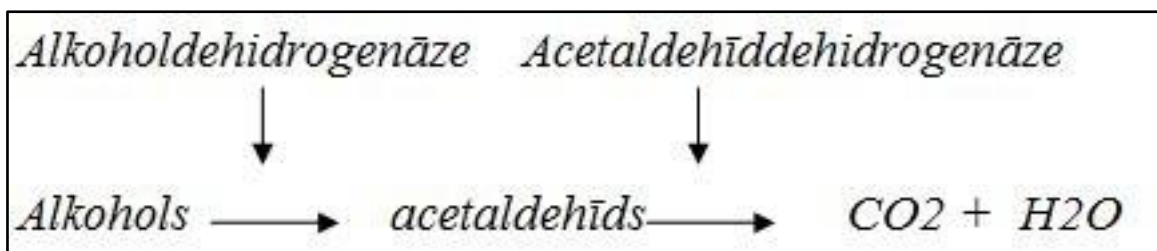
Šī terapijas metode nepieciešama, lai būtu motivācija atturībai, jo pacienta slimības neiroķīmiskie procesi nosaka pacienta tieksmi pēc alkohola lietošanas:

Dopamīnērgiskā sistēma – pacientam iespējams iedzimts samazināts dopamīna-2 receptoru daudzums, kas nosaka cilvēka rīcību lietot vielas, palielinot baudas gūšanas veidus. Pastāvīgi lietojot alkoholu, dopamīna sistēmas aktivitāte pieaug un palielinās dopamīna izdāle, kas nosaka CNS stimulāciju, eiforijas rašanos, uzvedības traucējumus un tieksmes veidošanos, kas pie atturības palielinās;

Serotonīnērgiskā sistēma – alkohola ietekmē veidojas serotonīna deficīts, jo ir samazināta triptofāna koncentrācija asinīs, kā arī samazināts tā daudzums attiecībā pret citām aminoskābēm. Alkohola lietošanas rezultātā sākumā serotonīna sistēmas aktivitāte pieaug, bet vēlāk rodas tās izsīkums, veidojas depresija, trauksme, distress, baiļu sajūta, disforija.

Opioērgiskā sistēma – CNS atrodas vairāki opiātu receptoru veidi μ , κ un δ . Endorfīnu sistēmai normāli funkcionējot, cilvēkam rodas iekšēja komforta sajūta, kas ir CNS stimulācijas, endorfīnu un enkefalīnu eiforizējošs efekts. Bet, ja ir šīs sistēmas disfunkcija, tad cilvēks to cenšas kompensēt ar alkohola lietošanu. Tādējādi endorfīnu sistēmas aktivitāte mākslīgi tiek palielināta, kā rezultātā notiek sistēmas izsīkums, radot monoamīnu sistēmas darbības traucējumus. Veidojas tieksme, distress, trauksme, depresija, disforija un baiļu sajūta.

Disulfirama darbība pamatojas uz spēju specifiski ietekmēt alkohola vielmaiņas procesus organismā. Alkohola vielmaiņas process organismā norisinās sekojoši (sk. 1.att).



1. att. Alkohola šķelšanās organismā

Disulfirams, bloķējot alkohola fermentatīvo biotransformāciju, pēc alkohola lietošanas izraisa acetaldehīda līmeņa paaugstināšanos asins sistēmā. Acetaldehīda līmeņa paaugstināšanās pēc alkohola lietošanas izsauc smagas, pacientam nepatīkamas izmaiņas organismā – ādas apsārtumu, sliktu dūšu, vemšanu, sirdsdarbības paātrināšanos, nemiera sajūtu un apātiju.

Metodes apraksts

Disulfirama implantāciju var veikt divas nedēļas pēc pēdējās alkohola lietošanas reizes. Iepriekš vienojoties par ārstēšanas taktiku, pacients sagatavošanas posmā ir narkologa redzeslokā. Procedūru veic pēc abstinences simptomu pilnīgas kupēšanas un citu metožu, tādu kā patoloģiskas tieksmes mazināšana ar medikamentiem un intensīvas psihoterapijas kursu, apgūšanu iepriekš terapijā.

Kopā ar disulfirama implantāciju ir jāveic intensīva psihoterapija un, nepieciešamības gadījumā, arī jāpievieno citu grupu medikamentozā terapija, atbilstoši slimības gaitai un simptomātikai. Terapijas veidu kombinācijas atkarīgas no pacienta vispārējā veselības stāvokļa, ārsta un pacienta kopējās vienošanas par terapijas kursu.

Disulfirama implantācijas tehnika.

Operāciju veic ārsts-ķirurgs atbilstošā ķirurģisko manipulāciju operācijas telpā. Pēc operācijas vietas apstrādes, tiek izdarīta infūzijas anestēzija. Vēdera priekšējās sienas labajā pusē ar skalpeli izdara ādas griezienu. Neasā ceļā izveido zemādas slānī, kur ar speciālu instrumentu ievieto 8 – 10 sterilas disulfirama tabletes. Tabletēm jāatrodas tieši zemādas slānī, un nav jākontaktē nekādā veidā ar ārējo vidi. Uzliek ādas šuves. Brūci pārklāj ar sterilu pārsēju, kuru katru dienu nomaina, kontrolējot šuves dzīšanu. Šuves diegus izņem, kad notikusi primāra dzīšana, aptuveni pēc nedēļas. [21].

2.1.3. Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija ar metadonu

Metadona sākotnējo devu mērķis ir panākt pacienta velmi turpina ārstēties, veicinot sadarbību ar speciālistu un tādējādi samazināt opioīdu atkarības simptomus un panākt pacienta drošību.

Nemot vērā atkarības smagumu un tolerances līmeni, ārstējošais ārsts individuāli katram pacientam nosaka sākotnējo devu. Sākuma devu par drošu uzskata 20 mg. Sākot ar metadona devu, kas ir 30 mg vai lielāka, jāievēro īpaša piesardzība un jānovēro metadona izraisītā ietekme stacionāra apstākļos. Maksimāli metadona devu palielina par 5 – 10 mg dienā, ne vairāk. Farmakoterapijas mērķis pirmajās nedēļās ir stabilizēt pacienta veselības un psiholoģisko stāvokli. Novērst iespējamu svārstīšanos starp opioīdu abstinenci un intoksikāciju. Lai novērtētu abstinences un intoksikācijas simptomus, šajā laikā pacients tiek izmeklēts katru dienu. Parasti pacients paliek stabils ar 30 – 50 mg metadona devu dienā, kas objektīvu abstinences simptomu kupēšanai parasti ir pietiekama. No buprenorfīna iespējams pāriet uz metadonu jau nākamajā dienā. Programmas ir līdzvērtīgas abstinences mazināšanā, stabilas remisijas nodrošināšanai.

Metadona izsniegšana uzturošās devās

Metadons bloķē heroīna ietekmi, paaugstinot opioīdu toleranci un piesaistoties centrālās nervu sistēmas receptoriem, novērš heroīna metabolītu pievienošanos, pārdozēšanas preventīvs pasākums. Pamatā pacientiem efektīva ir 60 līdz 100 mg liela metadona dienas deva.

Metadona dienas deva, kas pārsniedz 100 mg, ir pielietojama pacientiem ar ātru metadona metabolismu, šādos gadījumos devu var dalīt un lietot divas reizes dienā, bet tādas pieejas efektivitāti vēl jāpārbauda pētījumos. Subjektīvi pacienti atzīmē mazāku abstinences simptomātiku.

Sākumā nosakot pacienta dienas devu, metadona farmakoterapija jāveic medicīniskā personāla uzraudzībā, lai izslēgtu komplikāciju riskus. Kad pacienta stāvoklis ir stabilizēts ir ieteicams izsniegt metadonu lietošanai mājās divām, trim dienām. Metadona izsniegšana lietošanai mājās ir ļoti svarīgs priekšnoteikums, lai panāktu līdzestību, kā arī, lai pacienti turpina terapiju ilgāk, tādējādi veicinot iespēju pacientam sociāli adaptēties, panākt stabilu remisiju. Tad uz remisijas pamata iespējams pakāpeniski mazināt medikamenta devu, panākot kopējo dzīves sfēru stabilizāciju. Pacientam veidojas iespēja labāk apzināties savas spējas ārstēšanas procesā. Tiek veicināta spēja risināt dzīves jautājumus, nenonākot diskomforta sajūtā.[23].

2.1.4. Buprenorfīna pielietošanas opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanā

Buprenorfīna hidrohlorīds- efektīvs medikaments opioīdu abstinences stāvokļa detoksikācijai, arī aizvietojošai terapijai, kuras ietvaros norit medicīniska, sociāla un psiholoģiska opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšana.

Buprenorfīns - morfija alkaloīda derivāts, μ opioīdu receptoru daļējs agonists, bet κ opioīdu receptoru antagonists. Tāpēc ir mazāka iespējamība veidoties tolerancei, kā arī elpošanas depresijai. Salīdzinot ar pilniem agonistiem, heroīns, metadons, buprenorfīns ir daudz drošāks lietošanā, ir mazāki riski pārdozēt medikamentu. Eiforija un sedācija, kas rodas buprenorfīna, zemāka nekā pilnam agonistam. Buprenorfīns stipri piesaistās pie receptoriem un lēni atdalās no tiem. Rezultātā, abstinences simptomi, ko izsauc devas mazināšana, ir mazāk izteikti nekā abstinences simptomi pēc heroīna vai metadona lietošanas. Lēnā atdalīšanās no receptoriem veicina arī garāku medikamenta pusizvades laiku, tāpēc pacientiem ir bieži jālieto tikai viena tablete dienā, kas nenoliedzami ir ērti, un paaugstina pacienta līdzestību terapijā.

Buprenorfīna tabletes ir jālieto zem mēles, ļaujot tām izšķīst mutes dobumā. Latvijā pacienti pamatā lieto 8 mg devu, kas nosedz opioīdu diennakts devu, jo tāda buprenorfīna deva ir reģistrēta zāļu valsts reģistrā, un ir pieejama Latvijas pacientiem. Pusizvades periods ir 2-5 stundas, un terminālās eliminācijas fāze - 20-25 stundas gara.

Buprenorfīna pielietošanas iespējas un nosacījumi

Ārsta-narkologa konsultācijas laikā veic pacienta stāvokļa pilnīgu izvērtēšanu, terapijas plāna izveidi.

Darbā izmanto arī abstinences pazīmju novērtēšanas skalas un noteiktas klīniskās analīzes, kas paaugstina spēju objektīvi izvērtēt simptomātiku: OOWS skala, SOWS skala, urīna skrīninga analīzes uz narkotiku klātbūtni, aknu funkcionālās proves, vīrusu seroloģija.

Pielietošanas indikācijas: aizstājoša terapija atkarības gadījumā no opioīdu narkotiskām vielām, ietverot sevī plašas medicīniskas, sociālas un psiholoģiska terapeitiskas shēmas.

Papildus kritēriji: nepieciešama personas motivācija terapijas kursa uzsākšanai. Jābūt pietiekamam sociālās adaptācijas līmenim un uzvedībai, kā arī svaigi veiktiem klīnisko analīžu rezultātiem. Pacienta vai nepilngadīga pacienta (no 15 līdz 18 gadu vecu) vecāku vai aizbildņu parakstīta piekrišana, kurā pacients informēts par medikamentu (buprenorfīnu), tā iespējamām blakusparādībām, ārstēšanās ilgumu un izmaksām. Nepieciešamība veikt kontrolanalīzes. Informēts par bīstamību un riskiem, lietojot ar citām psihoaktīvām vielām vai medikamentiem, iespējamām komplikācijām. Pacients tiek informēts par izslēgšanas kritērijiem no buprenorfīna aizvietojošās terapijas programmas. [20].

2.1.5. Remisijas saglabāšana pēc Minesotas 12 soļu programmas

Minesotas 12 soļu programma - īstermiņa atkarības slimību psihosociāla ārstēšanas metode, kas palīdz nodrošināt atgriezeniskas izmaiņas atkarīga cilvēka dzīves jomās, sfērās. Minesotas programma balstīta uz principiem: atkarība ir primāra, hroniska un progresējoša slimība, kuru raksturo nespēja kontrolēt atkarības vielu lietošanu vai citu atkarību izraisošu procesu laiku, biežumu, daudzumu.

Atkarība ir fiziska, psihiska, sociāla un garīga slimība. Šī slimība rada līdzatkarību ģimenē, darba vietā un jebkurā sociālā vidē. Tā paliek uz visu atlikušo mūžu. Tā nav izārstējama, bet ir apārstējama. Programmas mērķis panākt pacienta dzīves kvalitātes uzlabošanu.

Atveseļošanās programma nodrošina ārstēšanos, kura ir vērsta uz četrām galvenajām pacienta darbības funkciju grupām – fizisko, psiholoģisko, garīgo un sociālo.

Programmas apraksts

Programmas organizācijas virzieni ir vairāki. Tie sastāv no: izglītošanas, grupas nodarbībām, individuāla darba ar pacientu, medikamentozas terapijas ar individuālu pieeju terapijas plāna sastādīšanā. Tāpat arī svarīga ir mērķtiecīga pacientu kopdzīves organizācija, darbs ar ģimenes locekļiem, pacientu iesaistīšana atbalsta grupu kustībā, kas vērsta uz pacientu noturības veidošanu pret atkarību.

Eksistē vairāki programmas mērķi: sniegt pacientam zināšanas par slimību, tās norisi, pazīmēm, atveseļošanās procesu. Saprotami un pārlicinoši atklāt likumsakarības slimības gaitā, kas nosaka pacienta uzvedības modeļus, reakcijas veidu un iemācīties veicināt rīcības maiņu. Uzlabot vai atjaunot pacienta psiholoģisko, garīgo un fizisko veselības stāvokli. Palīdzēt pacientam integrēties sabiedrībā, kura pastāvīgi mainās, veicināt pacienta spēju pielāgoties situācijām. Radīt pareizu izpratni par atkarību un līdzatkarību ģimenes locekļiem izglītojot tos, atklāt tuvinieku nozīmi atkarīga cilvēka dzīvē un atveseļošanās gaitā. Izmantot tuviniekus ārstēšanas komandas darbā. Pielietojamās metodes: Individuālās pacientu un pacientu grupas konsultācijas, lekcijas, diskusijas, speciālās literatūras lasīšana, kopīgas sadzīves veidošana. Psihodrāma, mākslas un mūzikas terapija. Grupas terapija ar pacientiem ka arī viņu ģimenes locekļiem. Specifiska obsesīvi kompulsīvās tieksmes terapija ka arī simptomātiska terapija diagnosticēto blakus slimību ārstēšanai. Narkologa, psihologa, psihoterapeita, psihiatra un somatoneiroloģiskā profila speciālistu konsultācijas, ja tādas nepieciešamas ārstēšanas gaitā.

Programma notiek stacionārā. Sociāli saglabātiem, motivētiem pacientiem, kā arī citos individuālos gadījumos programma var tikt realizēta ambulatori dienas stacionārā. Vides maiņa un, indikāciju gadījumā, pamatojoties uz atkarības patoģenēzi, 28 dienu izolācija no ierastās, psiholoģiskās vides, ir būtisks atvaseļošanās sākumposma priekšnosacījums [19].

2.1.6. Kaitējumu mazināšana

KM programmu darbības mērķi pacientiem ar atkarības slimību:

- mazināt kopēju šļirču izmantošanu injicēšanai - veidot uzticēšanos no pacientu puses, veikt skaidrojošo darbu ar pacientiem, veikt šļirču apmaiņu pret tīrām, izdalīt HIV profilakses materiālus un informāciju;
- mazināt i/v un i/m injekciju veikšanu biežumu – caur izglītošanu;
- mazināt narkotisko vielu lietošanu caur izglītošanu, atbalsta grupām;
- pakāpeniski mazināt ilgtermiņa farmokoterapiju, rēķinoties ar pacienta terapijas plānu un ārsta speciālista viedokli;
- panākt stabilu remisiju no visa veida vielu lietošanas - rehabilitācijas programmas.

KM programmu pakalpojumu nodrošināšana izmantojot 3 veidu palīdzību: zemā sliekšņa centrs, mobilā vienība un ielu darbs [2]. Skatīt informatīvu tabulu 4. pielikumā.

2.1.7. Atbalsta grupas

Latvijā ir vairākas pašpalīdzības programmas, kas pamatā veidotas pēc 12 soļu programmas principiem. Šīs grupas dibina paši alkohola problēmlietotāji, kuri darbojas anonīmi. Anonīmie alkoholiķi, Al-Anon.

Programmas ir balstītas uz pārliecību, ka pilnīga atturēšanās ir vienīgais veids, kā atvaseļoties no atkarības slimības. Cilvēki paši motivēti apmeklēt sanāksmes un kļūst par programmas daļu. Pacienta radniekiem rekomendē līdzatkarīgo grupu apmeklējumus, lai labāk izprastu atkarības slimību, kā arī saprast pārmaiņas procesus pacientā ārstēšanas laikā. Sniedzot kontaktinformāciju par grupu atrašanas palīdzības vietām, šīs grupas rekomendē apmeklēt narkologi vai psihiatri pacienta terapijas laikā [2].

PAV atkarīgiem pacientiem atbalsta grupas spēlē nozīmīgu lomu ārstēšanas un atvaseļošanās procesā. Šīs grupas nodrošina atbalstošu un nevērtējošu vidi, kur indivīdi, kas saskaras ar atkarības izaicinājumiem, var pulcēties kopā, lai dalītos savās pieredzēs, grūtībās un panākumos. Atbalsta grupu priekšrocības un efektivitātes raksturo:

- sociālais atbalsts un empātija atbalsta grupas nodrošina piederības sajūtu un izpratni. Dalībnieki spēj empātiski uztvert viens otra pieredzi, samazinot izolācijas un kauna sajūtas, kas bieži pavada atkarību. Šis sociālais atbalsts var uzlabot motivāciju un veicināt kopienas sajūtu, kas pozitīvi ietekmē atveseļošanās ceļu.
- Dalīšanās pieredzē un mācīšanās no citiem: atbalsta grupās indivīdi var mācīties no citu pieredzes un tikt iepazīstināti ar dažādiem problēmu risināšanas veidiem. Šo zināšanu apmaiņa var veicināt veselīgākus problēmu risināšanas mehānismus, jaunas perspektīvas attiecībā pret atkarību, ierosinājumus, kā pārvaldīt tieksmi un situācijas, kas var izraisīt atkārtosanos.
- Samazinātas atkārtosšanās rādītāji: pētījumi liecina, ka atbalsta grupu dalība ir saistīta ar samazinātu atkārtosšanās biežumu. Regulāra grupas apmeklēšana un iesaiste var palīdzēt indivīdiem uzturēt remisijas stāvokli, saglabāt saistību ar atveseļošanās mērķiem un izveidot stipru atbalsta tīklu.
- Uzlabota garīgā veselība: atbalsta grupas bieži nodrošina drošu vidi, kur dalībnieki var runāt par savām emocionālajām grūtībām. Dalīšanās ar emocijām, bailēm un uztraukumu var būt svarīga loma depresijas, trauksmes un citu garīgo veselības problēmu simptomu mazināšanā, kas bieži saistās ar atkarību.
- Palielināta ārstēšanas saskaņošana: pacienti, kas aktīvi iesaistās atbalsta grupās, ir labāk gatavi citiem atkarības ārstēšanas elementiem, piemēram, konsultācijām, terapijai vai medikamentu lietošanai. Grupas dinamika un savstarpējā atbildība var mudināt pacientus saglabāt savu atveseļošanās plānu.
- Pārliecības gūšana un personīgā izaugsme: atbalsta grupas veicina vidi, kurā indivīdi var uzņemt aktīvu lomu savā atveseļošanas procesā. Atbildības un pārliecības sajūta, kas rodas no aktīvas iesaistes grupā, var veicināt personīgu izaugsmi un uzlabot pašnovērtējumu.
- Ilgtspējīgas atveseļošanās uzturēšana: atbalsta grupas bieži saistās ar ilgtermiņa atveseļošanās uzturēšanu. Regulāra apmeklēšana un pastāvīga iesaiste var nodrošināt ilglaicīgu atbalstu un iedrošinājumu mūža garumā, kas palīdz indivīdiem uzturēt savu remisijas dzīvesveidu un novērst recidīvu atkārtosanos.
- Pētniecībā balstītas prakses: dažas atkarību atbalsta grupas, piemēram, "Anonīmie alkoholiķi" (AA) un "Anonīmie narkomāni" (NA), ir labi izpētītas

un augstu novērtētas saistībā ar to efektivitāti. Šīs grupas bieži seko pētniecībā balstītām praksēm un demonstrē pozitīvus rezultātus pētījumos.

Svarīgi ir atzīmēt – lai arī atbalsta grupas var būt ļoti efektīvas, tās nespēj aizstāt profesionālu atkarību ārstēšanu. Daudziem indivīdiem visefektīvākais ceļš atkarības pārvarēšanai un ilgtermiņa izveseļošanās sasniegšanai, ir kombinēt atbalsta grupas, konsultācijas, terapiju un medicīnisko iejaukšanos.

Pašpalīdzības grupas ir bez dalības maksas. Grupas uztur dalībnieki no brīvprātīgiem ziedojumiem. [12].

2.1.8. Narkoloģiskās palīdzības iespējas Latvijā (valsts apmaksātas)

Vietnē rindapiearsta.lv var uzzināt, kuras ārstniecības iestādes sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī cik gara ir rinda un kādas ir iespējas saņemt pakalpojumu ātrāk. Tas tā notiek, jo gaidīšanas laiks dažādās ārstniecības iestādēs ir atšķirīgs. Pacients var vērsties pēc palīdzības tajā vietā, kur tiks pie speciālista ātrāk.

Papildus informāciju par precīzām palīdzības sniegšanas vietām var atrast pētījuma 5. pielikumā.

3. Pētījuma materiāls un metodes

3.1. Pētījuma norises procedūra

Pētījums veikts vienā posmā no 2022. gada 25. septembra līdz 2023 gada 21. jūlijam:

1. balstoties uz izvērtēto literatūru par narkoloģiskās palīdzības iespējām un SPKC apstiprinātajām ārstēšanas metodēm Latvijā, izveidota ārstu respondentu anketa.
2. Balstoties uz izvērtēto literatūru par narkoloģiskās palīdzības iespējām un SPKC apstiprinātajām ārstēšanas metodēm Latvijā, izveidota pacientu respondentu anketa.
3. Anketas nav verificētas. Ārstu anketa sastāv no 18 jautājumiem ar atbilžu variantiem un ar iespēju sniegt arī plašākas atbildes (ieteikumu veidā). Pacientu anketas sastāv no 23 jautājumiem ar atbilžu variantiem un ar iespēju sniegt plašākas atbildes (pacienta rakstveida atbilžu veidā).
4. Ārstu anketas tika izveidotas arī e-vidē, ar iespēju aizpildīt tiešsaistes režīmā.

Anketas tika izdalītas ārstiem RPNC, “Ģintermuižā”, PSKUS uzņemšanas nodaļā, RAKUS Gaiļezers uzņemšanas nodaļā, ka arī NMPD BAC Centrs. Pastāvēja iespēja aizpildīt anketu arī interneta vidē, saņemot saiti uz pētījuma anketu. Anketu aizpildīšana nekādā veidā netraucēja ārstu darbu.

Pacientiem anketas tika izdalītas RPNC narkoloģijas palīdzības visos posmos un Ģintermuižas narkoloģiskās palīdzības visos posmos. Pacientiem bija iespēja atteikties no piedalīšanās anketas aizpildīšanā. Šāda veida pieeja sniedza iespēju analizēt iegūtos datus plašā pacientu spektrā. Tāpat pacientiem bija dažāda pieredze ar narkoloģiskās palīdzības klāstā esošām ārstēšanas metodēm. Galvenokārt anketas aktīvi aizpildīja pacienti, kas atradās Minesotas nodaļā.

Anketu aizpildīšana netraucēja nekādā veidā ārstēšanas procesu.

Pēc anketu saņemšanas, rezultāti ievadīti MS Excel programmā, kur veikta to kodēšana turpmākai ievadei SPSS programmā, statistikas metožu izmantošanai, hipotēzes apstiprināšanas izvērtēšanai, galīgo statistikas rezultātu iegūšanai.

3.2. Izmantotais instrumentārijs

1. Ārstu aptaujas anketa – izmantota autora izstrādāta anketa ar 18 jautājumiem, kuru pamatā ir atbilžu varianti.

2. Pacientu aptaujas anketa – izmantota autora izstrādāta anketa ar 23 jautājumiem, kuru pamatā ir atbilžu varianti.

Kritērijs, lai piedalītos ārstu anketēšanā: ārsta grāds. Izvirzītajiem kritērijiem atbilda visas 84 aizpildītās anketas.

Kritērijs, lai piedalītos pacientu anketā: pacientam ir F10 - F19.8 spektra diagnoze un ir sasniedzis pilngadību (18 gadu vecumu), anketas aizpildīšanas laikā nav alkohola vai citu psihoaktīvu vielu reibumā, pacientam netiek novērota abstinences simptomātika, izslēgta psiho produktīvā simptomātika. Izvirzītajiem kritērijiem atbilda visas 84 anketas.

3.3. Hipotēzes apstiprināšanas metode

Hi-kvadrāta statistika ir plaši izmantota metode statistikā, lai pārbaudītu kategorisko mainīgo neatkarību un salīdzinātu novērotos biežumus ar sagaidāmajiem biežumiem. Tā ir īpaši noderīga darbā ar nemetriskiem datiem un to bieži lieto sociālo zinātņu, bioloģijas un mārketinga pētījumos. Hi-kvadrāta tests novērtē vai starp diviem kategoriskajiem mainīgajiem pastāv nozīmīga saistība kontingences tabulā. Kontingences tabula ir datu tabulārs attēlojums, kas rāda abu pētīto mainīgo kopīgo sadalījumu. Tā krustojuma veidā uzrāda biežumu, kāds sastopams katras mainīgās kategorijas kombinācijā. Testa veikšanas pamatsolī:

- Nulles hipotēze (H_0): starp diviem kategoriskajiem mainīgajiem nav saistības un jebkādas novērotās atšķirības ir nejaušas.
- Alternatīvā hipotēze (H_a): starp diviem kategoriskajiem mainīgajiem ir nozīmīga saistība.
- Gaidīto biežumu aprēķināšana: balstoties uz kopējo skaitu kontingences tabulā, aprēķina gaidītos biežumus katrā šūnā, pieņemot, ka mainīgie ir neatkarīgi.
- Hi-kvadrāta statistika tiek aprēķināta, izmantojot formulu:

$$\chi^2 = \sum [(Novērots\ biežums - Gaidītais\ biežums)^2 / Gaidītais\ biežums],$$

kur Σ apzīmē visu šūnu summu kontingences tabulā.

- Brīvības pakāpes noteikšana: Hi-kvadrāta testa brīvības pakāpe (df) tiek aprēķināta, izmantojot formulu:

$$df = (\text{rindu skaits} - 1) * (\text{kolonnu skaits} - 1)$$

- Nozīmības līmeņa noteikšana (p): nozīmības līmenis (p) ir sliekšnis, lai noteiktu, vai rezultāti ir statistiski nozīmīgi. Parasti izmantotās p vērtības ir 0,05 un 0,01.
- Hi-kvadrāta statistiku salīdzina ar kritiskajām vērtībām no Hi-kvadrāta sadalījuma tabulas, izmantojot izvēlēto nozīmības līmeni un brīvības pakāpi.

- Secinājumi: ja aprēķinātā Hi-kvadrāta statistika ir lielāka par kritisko vērtību, tad tiek noraidīta nulles hipotēze (H_0) un tiek secināts, ka starp diviem kategoriskajiem mainīgajiem pastāv nozīmīga saistība. Ja Hi-kvadrāta statistika ir mazāka par kritisko vērtību, tad nav pietiekamu pierādījumu, lai noraidītu nulles hipotēzi, un tas norāda uz mainīgo neatkarību.

Svarīgi ir atzīmēt, ka Hi-kvadrāta tests ir pieņemams, tai skaitā par izlases pastāvīgumu un derīgumu tikai kategorisko datu analīzei. Turklāt tests kļūst mazāk precīzs, ja gaidītie biežumi kādā kontingences tabulas šūnā ir mazi (parasti mazāki par 5).

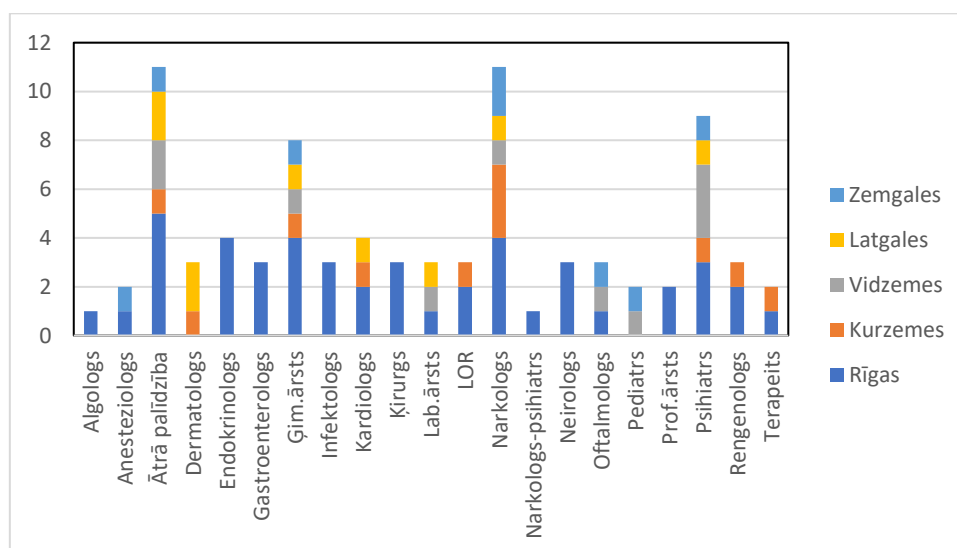
Secinājumā Hi-kvadrāta statistika ir spēcīgs rīks, lai izpētītu kategorisko mainīgo sakarību, un to plaši izmanto, lai pārbaudītu hipotēzes dažādās zinātnes jomās.

4. Statistiskā datu analīze

Hi-kvadrāta (hi-square) metode ir neparametriskās statistiskās analīzes tehnika, kas plaši tiek izmantota datu analīzē, lai novērtētu atšķirības starp novērojumiem un prognozētajiem rezultātiem. Tā tiek veiksmīgi pielietota, kad nepieciešams pārbaudīt vai novērojumu skaits kategoriskiem datiem ar nenormālu sadalījumu atbilst prognozētajam skaitam. Šī metode ir īpaši noderīga dažādos sociālos, medicīnas un bioloģijas pētījumos, kā arī citos zinātniskos un biznesa pētījumos.

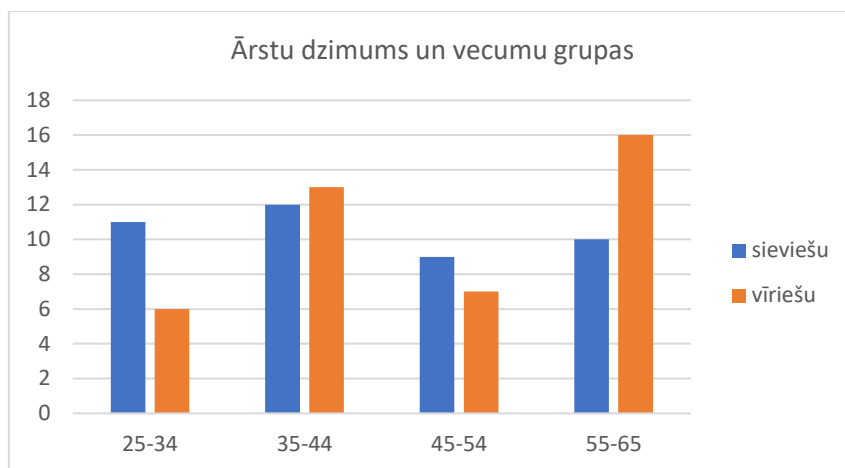
4.1. Pētījumā iesaistīto ārstu aptauju izpētes rezultāti

Aptaujā piedalījās 84 ārsti no 21 dažādas specialitātes. Ārsti pārstāvēja visus Latvijas reģionus. Gandrīz 40% no aptaujātajiem ir narkologi, psihiatri vai ātrās palīdzības ārsti, kas ikdienā bieži sastopas ar atkarību sirgstošiem cilvēkiem. Tāpat tika aptaujāti ģimenes ārsti, algologs, anesteziologi, dermatologi, endokrinologi, gastroenterologi, infektologi, kardiologi, ķirurgi, laboratorija ārsti, LOR ārsti, oftalmologi, pediatri, arodārsti, rentgenologi un terapeiti. (sk. 2 att.)



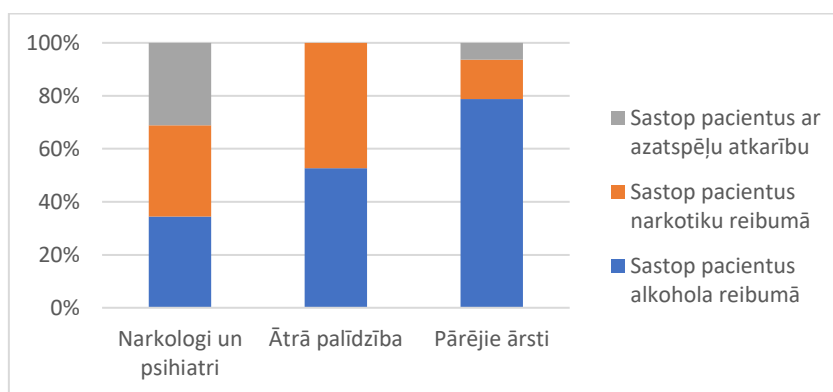
2. att. Ārstu sociāldemogrāfiskie dati

Sieviešu un vīriešu īpatsvars aptaujāto vidū bija vienāds, vecuma diapazons no 28 līdz 63 gadiem. Tādējādi pētījums sasniedza mērķi aptaujāto ārstu vidū – iekļaut dažādu dzimumu, vecumu, reģionu un profesiju pārstāvjus, lai iegūtu pēc iespējas sabalansētākus rezultātus Latvijas ārstu kopienas vidē (sk. 3. att.).



3. att. Ārstu dzimums un vecums grupas

Narkologu un psihiatru grupa sastop alkohola, narkotiku un azartspēļu atkarīgus pacientus vienlīdz bieži. Tas skaidrojams ar tiešo darba pienākumu pildīšanu, kad pie ārstiem un speciālistiem, tieši narkoloģijas jomā, nāk pacienti, kas biežāk sadarbojas un spēj kritiski izvērtēt savu atkarību. Cita profila ārsti daudz mazāk sastopas ar azartspēļu atkarīgiem. Ātrās palīdzības grupa “strādā” ar cilvēkiem alkohola un narkotisko vielu reibumā, kamēr citi ārsti biežāk sastopas ar alkohola atkarības pacientiem. (sk. 4. att.)



4. att. Atkarības profils pacientiem, sastopoties ar noteiktas specialitātes ārstiem

4.1.1. Ārstu aptauju izpētes rezultāti pa specialitātēm un darba reģioniem

Pirmais jautājums saistībā ar ārstēšanos skanēja “Kādas narkoloģiskās palīdzības iespējas Jūs zināt (Latvijā)?”. Narkologu atbildēs iezīmējās augsta pārzināšana visās ārstēšanas metodēs: no 81% līdz 100% metodes pārzināšanas. Ātrās palīdzības ārstu zināšanas par pieejamām palīdzības metodēm narkoloģiskās palīdzības praksē bija no 0% (Minesotas programma) līdz 91% detoksikācijā, pašpalīdzības grupās. Pārējo ārstu specialitātēs zināšanas par pieejamām narkoloģiskās palīdzības metodēm bija no 25% (par rehabilitācijas kopienām) un līdz 89% par detoksikāciju (sk. 1. tabulu). Detoksikācija ir vidēji vispopulārākā metode visu ārstu vidū, kamēr par rehabilitācijas palīdzības metodi dzirdēja tikai katrs ceturtais aptaujātais

ārsts. Otrais jautājums “Kuras Minesotas programmas Latvijā Jūs ir zināmas?”. Ārstu sniegtās atbildes tika sagrupētas atbilstoši ārstu grupai (kritērijs sadalījumam – pēc saskarsmes biežuma ikdienā ar pacientiem, kuriem ir psihoaktīvo vielu reibums vai azartspēļu atkarības paasinājums) (sk. 1. tabulu).

	Narkologi un psihiatri	NMPD	Citu specialitāšu ārsti	Kopā
Ārstu skaits	21	11	52	84
Metodes				
Detoksikācija	100%	91%	85%	89%
Suģest.met.ar med.	90%	36%	54%	61%
Disulfirama	95%	55%	42%	57%
Metadons	90%	27%	46%	55%
Minesotas programma	100%	0%	21%	38%
Rehabilitācija	81%	9%	6%	25%
Pašpalīdzība	81%	91%	31%	51%
Minesota programmas				
MP RPNC	100%	0%	21%	38%
MP Akrona	81%	0%	2%	21%
MP Ģintermuiža	100%	0%	8%	30%
Nevienu	0%	100%	79%	62%

1. tab. Ārstu zināšanas par narkoloģiskajām metodēm un Minesotas programmām

Par RPNC Minesotas programmu zināja 38% ārstu, kamēr Akronas programma bija vismazāk pazīstama. Īpaši zināšanu trūkums šajā jautājumā izpaudās ātrās palīdzības ārstiem, kā arī kopumā citu specialitāšu ārstiem. Vislabākā informētība ir par RPNC Minesotas programmu.

Trešais pamatjautājums, uz kuru tika lūgts sniegt atbildi, skanēja “Kuras no minētajām metodēm Jūs iesakāt pacientiem?”. Sniegtās atbildes atšķīrās starp atbildētāju grupām, kas ir pamatojams ar dažādu metožu zināšanu un pielietojumu ikdienā.

	Narkologi un psihiatri	Ātrā palīdzība	Pārējie ārsti	Kopā
Ārstu skaits	21	11	52	84
Metodes				
Detoksikācija	90%	91%	77%	82%
Suģest.met.ar med.	48%	27%	19%	27%
Disulfiram.impl.	57%	36%	25%	35%
Metadons	81%	0%	8%	25%
Minesotas programma	100%	0%	21%	38%
Rehabilitācijas kopienas	48%	9%	6%	17%
Pašpalīdzība	67%	82%	29%	45%

2. tab. Ārstu rekomendētās ārstēšanas metodes

Jāņem vērā, ka ieteikumu vidējās vērtības starp ārstiem atšķirās no narkologu un psihiatru grupas. Spriežot pēc atbildēm, metadona un rehabilitācijas kopienas ir vismazāk iesakāmās metodes starp ārstiem. Tas varētu būt skaidrojams, piemēram, ar metadona programmas specifisku šauru terapeitisko efektu un nolūku ārstēšanas procesā. Par to tieši atbild ārsti narkologi. Biežāk ārsti iesaka detoksikācijas metodi (82%) (sk. 3. tabulu). Vismazāk populāra atbilde bija rehabilitācijas kopienas (17%). Vērtējot atbildes starp reģioniem, nevar izcelt lielas atšķirības starp vidējiem rādītājiem (sk. pēdējo kolonnu).

	Rīga	Kurzeme	Vidzeme	Latgale	Zemgale	Kopā
Ārstu skaits	46	11	10	9	8	84
Metodes						
Detoksikācija	80%	82%	80%	78%	100%	82%
Suģest. met. ar med.	22%	36%	40%	22%	38%	27%
Disulfiram.impl.	22%	45%	60%	33%	63%	35%
Metadons	13%	27%	50%	33%	50%	25%
Minestotas programma	28%	55%	60%	33%	50%	38%
Rehabilitācijas kopienas	13%	27%	10%	33%	13%	17%
Pašpalīdzība	43%	64%	50%	44%	25%	45%

3. tab. Ieteiktās ārstēšanas metodes pa reģioniem

Ceturtais pamatjautājums skanēja: “Vai kādas no metodēm Jūs praktizējat savā profesionālajā ikdienā?”. Šajā gadījumā ir redzams loģisks sadalījums starp narkologu/psihiatru grupu un pārējiem ārstiem, kas ikdienā nepraktizē šīs metodes. (sk. 4. tabulu)

	Narkologi un psihiatri	Ātrā palīdzība	Pārējie ārsti	Kopā
Ārstu skaits	21	11	52	84
Metodes				
Detoksikācija	95%	91%	4%	38%
Sūgest. met. ar med.	52%	0%	0%	13%
Disulfiram.impl.	33%	0%	0%	8%
Metadons	48%	0%	0%	12%
Minesotas programma	76%	0%	0%	19%
Rehabilitācijas kopienas	29%	0%	0%	7%
Pašpalīdzība	48%	0%	0%	12%

4. tab. Metodes, kuras ārsti praktizē ikdienā

Vērtējot pacientu saņemtās ārstēšanas metodes un pieredzi ar metodēm, vērojams, ka pacienti ārstu praktizējošas ārstēšanas metodes saņēma mazāk, nekā to atzīmē ārsti. Iespējams pacienti nav pietiekami izglītoti par sniegto ārstēšanas metodi. Lielu lomu spēlē tas, kādā stāvoklī pacienti saņem palīdzību, jo pamatā tas notiek neapzināti, PAV reibuma stāvoklī. Pacientu kritiskais vērtējums attiecībā pret slimību un ārstēšanos ir manāmi zems, tādēļ bieži vien brīvas izvēles gadījumā netiek izmantota ārstu piedāvātā palīdzības metode (sk. 5. tabulu).

	Rīga	Kurzeme	Vidzeme	Latgale	Zemgale	Kopā
Ārstu skaits	46	11	10	9	8	84
Metodes						
Detoksikācija	28%	45%	50%	44%	63%	38%
Sūgest. met. ar med.	9%	27%	20%	0%	25%	13%
Disulfiram.impl.	4%	18%	10%	0%	25%	8%
Metadons	11%	18%	10%	0%	25%	12%
Minestotas programma	9%	36%	40%	11%	38%	19%
Rehabilitācijas kopienas	2%	18%	10%	11%	13%	7%
Pašpalīdzība	9%	36%	10%	0%	13%	12%

5. tab. Izmantotās metodes pa reģioniem

Informētība par pašpalīdzības grupām

50% ārstu nezināja par dažādu pašpalīdzību grupu esamību savā reģionā. Tomēr interesants novērojums ārstu vidū ir vienlīdzīga relatīva informētība par anonīmajām pašpalīdzības grupām, alkoholiķiem, narkomāniem un spēlmaņiem. Aptuveni puse ārstu iesaka pacientiem apmeklēt pašpalīdzības grupas (sk. 6. tabulu).

	Narkologi un psihiatri	Ātrā palīdzība	Pārējie ārsti	Kopā
Ārstu skaits	21	11	52	84
Pašpalīdzības grupas				
AA	57%	45%	19%	32%
AN	52%	45%	19%	31%
AS	52%	45%	19%	31%
Nē	24%	36%	13%	19%
Nezinu	19%	18%	67%	49%
Iesaka	81%	82%	33%	51%

6. tab. Ārstu informētība par pašpalīdzības grupām

Ārstu ieteikumi pacientiem novirzē pie speciālistiem

Vairums respondentu iesaka pacientiem ar atkarībām vērsties pie psihoterapeita, psihologa vai ģimenes ārsta, bet vismazāk pie kardiologa un citiem ārstiem (sk. 7. tabulu).

	Narkologi un psihiatri	Ātrā palīdzība	Pārējie ārsti	Kopā
Ārstu skaits	21	11	52	84
Speciālists				
Psihiatrs	62%	100%	100%	90%
Psihoterapeits	100%	100%	100%	100%
Psihologs	100%	73%	62%	73%
Neirologs	71%	0%	25%	33%
Endokrinologs	67%	18%	23%	33%
Ģimenes ārsts	95%	100%	83%	88%
Kardiologs	57%	9%	17%	26%
Cits	29%	9%	25%	24%

7. tab. Ārstu ieteikumi pacientu novirzē pie speciālistiem

Ārstu viedoklis par trūkumiem un uzlabojumiem narkoloģiskajā palīdzībā

Viens no pētījuma mērķiem bija arī uzzināt ārstu viedokli par nepilnībām (trūkumiem) un vēlamajiem uzlabojumiem narkoloģiskās palīdzības sniegšanā valstī. Gandrīz katrs ārsts izvēlējās vienu no piedāvātajiem jautājumiem saistībā ar trūkumiem. Par vislielāko trūkumu tika norādīts valsts apmaksātu ārstēšanas programmu deficīts (77%). Saistībā ar uzlabojumiem – ārstiem tika piedāvāti 3 varianti, kas redzami 8. tabulā. Kā vislielākais potenciālais uzlabojums tika minēts kompensējamo medikamentu ieviešana un nodrošināšana (70%). Pašreiz kompensējamie medikamenti narkoloģijā pieejami tikai bērnu vecuma pacientiem. Tomēr katrs 5. ārsts sniedza alternatīvu viedokli par iespējami visnepieciešamāko uzlabojumu. Galvenokārt atbildes sliecās uz sadarbības paaugstināšanu starp speciālistiem narkoloģiskā profila pacientu ārstēšanā (sk. 8. tabulu).

	Narkologi un psihiatri	Ātrā palīdzība	Pārējie ārsti	Kopā
Ārstu skaits	21	11	52	84
Trūkumi				
Narkologu pieejamība	43%	55%	63%	57%
Speciālistu trūkums (narkologi)	52%	64%	58%	57%
Valsts apmaksātas ārstēšanas programmas	67%	100%	77%	77%
Nav	5%	0%	0%	1%
Uzlabojumi				
Mazināt stigmatizāciju par valsts aprūpi	48%	82%	56%	57%
Kompensējamie medikamenti	52%	91%	73%	70%
Multidisciplināru komandu paplašināšana	62%	73%	58%	61%
Cits	19%	36%	15%	19%

8. tab. Ārstu viedoklis par trūkumiem un iespējamiem uzlabojumiem narkoloģiskajā palīdzībā

4.2. Pētījumā iesaistīto pacientu aptauju izpētes rezultāti

4.2.1. Pacientu sociāldemogrāfiskie dati

Pētījuma autoram izdevās aptaujāt dažādu vecumu, dažādu reģionu pacientus ar atšķirīgu izglītību. Vīriešu un sieviešu sadalījums bija praktiski vienāds. Vairāk nekā puse aptaujāto pacientu bija bez darba (56%). Precīzu sociāldemogrāfisko sadalījumu, tajā skaitā ģimenes stāvokli un bērnu skaitu, var iepazīt 9. tabulā.

Sociāldemogrāfiskā pazīme		N	%
Kopā		84	100%
Vecums	<20	5	6%
	20-29	10	12%
	30-39	23	27%
	40-49	23	27%
	50-59	12	14%
	60-70	11	13%
Dzimums	sieviešu	43	51%
	vīriešu	41	49%
Reģions	Rīgas	33	39%
	Vidzeme	20	24%
	Kurzeme	12	14%
	Zemgale	19	23%
	Latgale	0	0%
Izglītība	nav	3	4%
	pamata	22	26%
	vidējā	20	24%
	vidējā-speciālā	21	25%
	augtākā	18	21%
Darbs (pašreiz)	Jā	37	44%
	Nē	47	56%
Ģimenes stāvoklis	Precējies (-usies)	20	24%
	Šķirts (-a)	24	29%
	Atraitnis (-e)	6	7%
	Dzīvo viens (-a)	15	18%
	Civilattiecībās	21	25%
Bērnu skaits	0	23	27%
	1	23	27%
	2	28	33%
	3	9	11%
	4	1	1%

9. tab. Pacientu sociāldemogrāfiskie dati

Pamatā ārstēto pacientu vecums bija iedalāms divās vecuma grupās: 30-39 un 40-49, kopumā veidojot 54% no respondentiem. Visvairāk aptaujāto (39%) no Rīgas, taču ir pārstāvēti visi valsts reģioni. Pacienti pamatā atzīmēja ģimenes stāvokli “šķirts(-a)” – 29%. Lielākai daļai pētījuma respondentu ir bērni (73%).

Pacientu dati saistībā ar psihoaktīvo vielu lietošanu

Pacientu-respondentu psihoaktīvo vielu lietošanas pazīmes ir apkopotas 10. tabulā. Sadalījums tika veikts starp vīriešu un sieviešu dzimumu grupām.

Psihoaktīvo vielu lietošana	vīrieši (N)	%	sievietes (N)	%
Kopā	41	100%	43	100%

Lietoja (vai spēlēja)	Alkoholu	38	93%	43	100%
	Narkotikas	22	54%	29	67%
	Azartspēles	14	34%	14	33%
	Nevienu	3	7%	0	0%
Vecums, kad pirmo reizi lietoja alkoholu	10	0	0%	1	2%
	12	4	10%	4	9%
	13	9	22%	3	7%
	14	7	17%	11	26%
	15	3	7%	7	16%
	16	9	22%	4	9%
	17	4	10%	2	5%
	18	2	5%	11	26%
	Nelietoja	0	0%	3	7%
Vecums, kad pirmo reizi lietoja narkotikas	10-19	12	29%	7	16%
	20-29	8	20%	14	33%
	30-39	2	5%	8	19%
	Nelietoja	19	46%	14	33%
Reibums, vēršoties pēc palīdzības	Jā	18	44%	18	42%
	Nē	23	56%	25	58%
Reibums, saņemot palīdzību	Jā	24	59%	23	53%
	Nē	17	41%	20	47%
Atzīst atkarību	No alkohola	24	59%	24	56%
	No narkotikām	14	34%	14	33%
	No azartspēlēm	9	22%	6	14%
	Neatzīst	7	17%	9	21%

10. tab. Pacientu dati saistībā ar psihoaktīvo vielu lietošanu

Sievietes kritiskāk uztver atkarības problēmu, 100% gadījumos atzīmējot alkohola atkarību ārstēšanas posmā. Gandrīz visi respondenti bija sākuši lietot alkoholu pirms pilngadības sasniegšanas. Jaunākais vecums apzināti pamēģinot alkoholu: 10 gadi. Lielākās procentuālās vērtības vīriešu un sieviešu grupās ir vecumā no 12 līdz 16 gadu vecumam. Vairāk nekā puse pacientu atzina atkarību no alkohola, trešdaļa atzina atkarību no narkotikām, kamēr azartspēļu atkarību atzina mazāk nekā piektdaļa (respondentiem bija iespēja atzīmēt vairākus atbilžu variantus). Tāpat piektdaļa atbildētāju neatzina nevienu no atkarībām (kas iespējams saistīts ar kritikas trūkumu attiecībā pret savu slimību un/vai ārstēšanu).

Dati par pacientu saņemtajām narkoloģiskās palīdzības metodēm

Pacienti tika lūgti atzīmēt kādas dzīves jomas tika skartas atkarības dēļ. Šajā pētījumā tuvāk apskatīti atkarību atzinušie pacienti, sadalot tos vīriešu un sieviešu grupās. Ar respondentu atbilžu sadalījumu var iepazīties 11. tabulā (norādītie procenti atbilst attiecībai pret kopējo dzimuma grupu, t.i., vīriešiem – 41 pacients, sievietēm – 43 paciente). Lielākās

problēmas, kuras radās atkarības ietekmē, skāra darba sfēru (49% vīriešiem alkohols), savukārt sievietēm saistībā ar attiecībām (51% alkohola dēļ). Vērtējot narkotisko vielu atkarību, vīrieši atzīmē darba un attiecību sfēru (29%), bet sievietes atzīmē attiecības (32%). Azartspēļu gadījumā gan vīriešu, gan sieviešu vidū izplatītākā atbilde bija “attiecības” – attiecīgi 22% un 12%.

	vīrieši (N) – 41			sievietes (N) – 43		
	Atzīst atkarību			Atzīst atkarību		
	Alkohols	Narkotikas	Azartspēles	Alkohols	Narkotikas	Azartspēles
Problēmas						
Veselības jomā	29%	22%	15%	29%	15%	7%
Darbā	49%	29%	15%	24%	15%	5%
Attiecības	44%	29%	22%	51%	32%	12%
Finanšu jomā	37%	24%	12%	24%	12%	7%
Seksuāla jomā	20%	12%	10%	10%	5%	2%
Ar likumu	29%	17%	15%	27%	17%	2%
Ētikas jomā	32%	24%	17%	37%	20%	5%
Emocionālas	32%	24%	17%	37%	24%	5%
Neizjūt problēmas	0%	0%	0%	0%	0%	0%

11. tab. Pacientu uztvertās problēmas saistībā ar atkarību

Pacienti ļoti reti paši vērsās pēc palīdzības. Tikai 5% vīriešu ar alkohola atkarību vērsās pēc palīdzības paši bet sieviešu gadījumā tie bija 16%. Narkotisko vielu atkarības gadījumā – 2% vīriešu un 12% sieviešu. Azartspēļu atkarīgie nav meklējuši palīdzību nemaz. Dotajā gadījumā tika ņemti tikai tie pacienti, kas atbildēja apstiprinoši par atkarības esamību (sk. 12. tabulu).

	vīrieši (N) – 41			sievietes (N) – 43		
	Atzīst atkarību			Atzīst atkarību		
	Alkohols	Narkotikas	Azartspēles	Alkohols	Narkotikas	Azartspēles
Palīdzība						
Vērsās pēc palīdzības	5%	2%	0%	16%	12%	0%

12. tab. Pacienti, kas paši vērsās pēc palīdzības

13. tabulā vērojams, kas motivēja pacientus vērsties pie ārstiem saistībā ar savu atkarību. Līdz ar to iezīmējas kumulatīvs efekts, kas norāda uz to, ka informēšana no ārstu, draugu, ģimenes puses palielina iespēju atzīt problēmu un griezties pēc palīdzības pie speciālistiem. Tāpēc ir tik svarīgi laicīgi motivēt pacientu uzsākt ārstēšanu.

	vīrieši (N) – 41			sievietes (N) – 43		
	Atzīst atkarību			Atzīst atkarību		
	Alkohols	Narkotikas	Azartspēles	Alkohols	Narkotikas	Azartspēles
Ieteica						

Pats	24%	15%	7%	21%	12%	2%
Ģimene	7%	5%	2%	7%	7%	7%
Draugi	7%	2%	0%	9%	2%	2%
Ģimenes ārsts	7%	5%	5%	7%	5%	2%
Psihiatrs	7%	5%	7%	14%	9%	5%
Psihoterapēts	5%	2%	0%	2%	0%	2%
Neirologs	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Endokrinologs	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Kardiologs	0%	0%	0%	2%	0%	0%
Darba biedri	2%	2%	2%	9%	7%	2%
Cits	7%	5%	2%	2%	0%	0%

13. tab. Kas motivēja pacientus vērsties pēc palīdzības

Pacientu pieredze ar narkoloģiskajām palīdzības metodēm izteikti atšķīrās no ārstu speciālistu (narkologu) ieteiktajām (sk. 14. tabulu).

	vīrieši (N) – 41			sievietes (N) – 43		
	Atzīst atkarību			Atzīst atkarību		
	Alkohols	Narkotikas	Azartspēles	Alkohols	Narkotikas	Azartspēles
Palīdzības kurss						
Detoksikācija	44%	34%	22%	35%	19%	12%
Sūģest.met.ar med.	10%	2%	2%	14%	5%	5%
Minesotas programma	24%	12%	10%	23%	16%	7%
Metadons	0%	0%	0%	2%	2%	0%
Pašpalīdzība	12%	10%	5%	16%	9%	5%
Individuālā psihoterapija	7%	7%	7%	16%	7%	2%
Grupu psihoterapija	7%	7%	5%	19%	12%	5%
Nevienu no minētajām	5%	0%	0%	2%	0%	0%

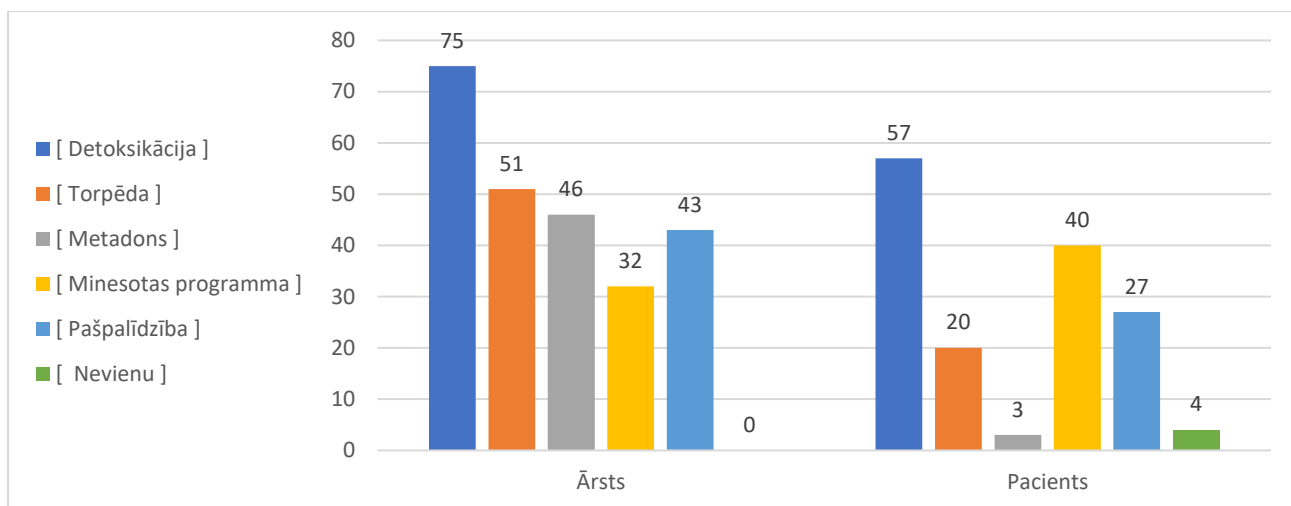
14. tab. Pacientu pieredze saistībā ar narkoloģisko palīdzību

Ļoti maza daļa pacientu, kas atzina savu atkarību, vērsās pēc palīdzības. Šī tendence ir vairāk izteikta vīriešu starpā. Tomēr situācijās, kad tika meklēta palīdzība, kā liecina atbildes, pacientu lēmums bija pašu izvēle. Visbiežākie izmantotie palīdzības kursi ir detoksikācija un Minesotas programma. Jāpiebilst, ka liela daļu aptaujāto pacientu bija Minesotas programmas dalībnieki, kas nepārprotami ietekmē pētījuma kopskatu un var neatāinot patieso situāciju.

4.3. Hipotēzes pārbaude

H0: ārstu informētība par narkoloģiskām palīdzības metodēm nekorelē ar biežāk izmantotajām pacientu brīvās izvēlēs metodēm narkoloģiskajā ārstēšanā.

Atbilžu nevienlīdzību “ar neapbruņotu aci” var redzēt 5. attēlā, kas atāino ārstu atbildes par zināmajām ārstēšanas metodēm un pacientu izmantotajām metodēm.



5. att. Salīdzinājums ārstu un pacientu grafikiem narkoloģiskās palīdzības informētības jautājumā

Lai pārbaudītu hipotēzi tika veikti 3 statistiski salīdzinājumi, izmantojot Hi-kvadrāta metodi:

- **1.testis** – salīdzina ārstu zināšanas par palīdzības metodēm (9. jautājums) un pacientu atbildes par saņemtajām metodēm (17. - 21. jautājums);
- **2.testis** – salīdzina ārstu ieteikumus par palīdzības metodēm (11. jautājums) un pacientu atbildes par saņemtajām metodēm (17. - 21. jautājums);
- **3.testis** – salīdzina ārstu – narkologu praktizētās palīdzības metodes (12. jautājums) un pacientu atbildes par saņemtajām metodēm (17. - 21. jautājums).

Testa rezultātu apkopojumu var redzēt 15. tabulā.

	Detoksikācija	Sūgest.met.ar med.	Metadons	Minesotas programma	Pašpalīdzība
1.testis	0.001**	0.000**	0.000**	0.212	0.012*
2.testis	0.033*	0.596	0.000**	0.212	0.081
3.testis	0.090	0.056	0.000**	0.217	0.223

15. tab. Testa rezultātu apkopojums

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Salīdzinot 5 palīdzības metodes, analīzes rezultāti ļauj daļēji apstiprināt hipotēzi par to, ka ārstu zināšanas par narkoloģijas palīdzības metodēm nekorelē ar pacientu izvēlētajām metodēm. Tas ir novērojams ar detoksikācijas, sūgest. met. ar med., metadona un pašpalīdzības metodēm. Lai arī rezultāti apstiprina likumsakarību, tie nenorāda uz tās stiprumu (kam būtu nepieciešami papildus statistiski testi). Korelācijas neesamību neizdevās apstiprināt Minesotas programmas gadījumā, kas skaidrojams ar to, ka vairums pacientu bija programmas dalībnieki un bija attiecīgi informēti par šo ārstniecības metodi.

2. tests apstiprina hipotēzi detoksikācijas un metadona gadījumā, taču nespēj apstiprināt suģest. met. ar med., pašpalīdzības grupu un Minesotas programmas gadījumos.

3. tests, kur tika izmantotas tikai 12 narkologu atbildes attiecībā pret 84 pacientu atbildēm, apstiprina hipotēzi vien metadona metodes gadījumā. Tomēr ir jāievēro, ka šī Hi-kvadrāta analīze ir jūtīga pret parauga izmēru, kas ietekmē esošos rezultātus.

Ņemot vērā formulējumu, rezultāti daļēji apstiprina hipotēzi, taču pētījuma mērķa apstiprinājumam un statistiskai integritātei būtu nepieciešams aptaujāt vēl vairāk respondentu, veikt papildus aptaujāto ārstniecības metožu salīdzinājumus un izvērtēt likumsakarību statistisko spēku.

5. Diskusija

Pētījuma autors mēģināja rast atbildes uz jautājumiem par ārstu un pacientu zināšanām par ārstēšanas metodēm, kuras tiek pielietotas narkoloģiskajā palīdzībā, kā arī saprast uz kādiem aktuāliem jautājumiem jāliek lielāks uzsvars, lai uzlabotu sadarbību starp speciālistiem un pacientiem, jo no tā atkarīga ārstēšanas kvalitāte un pacientu veselības stāvoklis.

Pētījuma ierobežojumi. Gan ārstu, gan pacientu aptaujas anketas nav verificētas. Anketas ir informācijas apkopošanas rīks, lai saņemtu informāciju par narkoloģiskas palīdzības iespējām ārstu un pacientu skatījumā.

Pētījuma ierobežojums ir neliels respondentu skaits. Īpaši izteikti tas attiecas uz narkologu daudzumu, kas piedalījās pētījumā. Pētījumā bija svarīgi iezīmēt darbības sfēras, kuras ir iespējams pilnveidot, lai ārstēšanas efektivitāte pieaugtu, kas atspoguļotos garākā pacientu remisijas laikā.

Pacientu izlase atbilst izlases statistiskās ticamības rādītājiem, kā arī ir tuva sadalījumam populācijā gan attiecībā uz dzimumu, gan atkarībām, gan ārstēto pacientu vidējo vecumu. Pētījuma ierobežojums – pieejamās izlases izmantošana, ko lielā mērā sastādīja Minesotas programmas pacienti. Pētījumā piedalījās visi respondenti, kas atbilda iekļaušanas kritērijiem.

Ārstu anketās spilgti iezīmējās informētības trūkums par Minesotas programmām. Tādējādi ārstiem nepieciešams atjaunot informāciju par ārstēšanas metožu pieejamību. 38% atzīmēja informētību par RPNC Minesotas programmu. 62% respondentu atzīmēja, ka nezina par šāda palīdzības veida esamību. Minesotas programma Latvijā pieejama 3 vietās, kas, iespējams, ir viens no faktoriem, kāpēc tik liels ārstu skaits nav informēts par šādu palīdzības veidu. Tas tieši norāda uz nepieciešamību palielināt informētības pieejamību par konkrēto ārstēšanas metodi. Iespējams, ka nepieciešams palielināt šāda palīdzības veida pieejamību kopēji Latvijas teritorijā, jo šīs programmas tiek realizētas tikai Rīgā un Jelgavā un nedod pacientiem iespējas ārstēties tuvāk dzīvesvietai.

Ārstu informācija par rehabilitācijas kopienu pieejamību kā palīdzības veidu ārstēšanā, ir nepietiekams. Tikai 17% ārstu izmanto šāda veida informāciju un spēj izglītēt pacientu par šādas ārstēšanas metodes iespējamību. Tas nozīmē, ka ir jāaktualizē jautājums par informācijas nodošanu ārstiem par šādu ārstēšanas iespēju.

Ķeroties klāt jautājumam par multidisciplināras komandas darbu PAV atkarīgu pacientu ārstēšanā, iezīmējas tas, ka ārsti biežāk nosuta pacientus pie psihoterapeitiem, psihologiem un ģimenes ārstiem. Šie ārsti ir mērķauditorija, uz kuru vajag likt lielu uzsvaru,

izglītojot par PAV atkarības ārstēšanas iespējām, jo pacienti bieži nonāk pie šiem speciālistiem, izlaižot narkologa apmeklējumu. Tāpēc šo jomu speciālistiem būtu vēlams orientēties atkarības slimību simptomātikā un, ja ir nepieciešamība, laicīgi nosūtīt pacientu pēc palīdzības saņemšanas ārstēšanā pie narkologa.

Ārsti anketēšanas laikā varēja atbildēt uz jautājumu par trūkumiem narkoloģiskās palīdzības sistēmā. 77% atzīmēja nepietiekamu apmaksātu ārstēšanas programmu esamību, kas, iespējams, kavē efektīvu sadarbību starp pacientu un ārstu ārstēšanas procesā. Ārsti arī atzīmēja kompensējamo zāļu nepieciešamību (70%), kas arī ietekmē ārstēšanas gaitu un pacientu līdzestību. Plaši tika aktualizēta arī sadarbība starp specialitātēm, kas var rezultēties efektīvākā ārstēšanas procesā un labākā kopējā pacienta veselības stāvoklī. Kopīgi šādu nepilnību pilnveidošana, iespējams, rezultētos ar pacienta dzīvildzes pagarināšanos, kas ir viens no svarīgākajiem ārstēšanas efektivitātes kritērijiem.

Pacienti pamatā ārstējas alkohola lietošanas dēļ, taču ir arī kombinēti pacienti ar PAV atkarību un atkarību no azartspēlēm. Daļa pacientu piedalījās anketēšanā atrodoties Minesotas programmas posmā. Anketas tika izsniegtas pacientiem, kuri jau bija saņēmuši pamat terapiju, kā rezultātā kupēta abstinences sindroma simptomātika, panākta remisija. Minesotas programmas laikā, pieaugot kritikai par slimību, pacienti bija biežāk gatavi atzīt arī citu veidu atkarību esamību.

Vidējais pacientu vecums, kurā viņi apzināti izmēģināja alkoholu, bija zem pilngadības robežas. Lai gan valstī alkohola pārdošana nepilngadīgajiem ir aizliegta ar likumu [6], pacientiem kaut kādā veidā bija iespēja to iegādāties jaunības gados. Tādejādi tiek novērota likuma normu nepildīšana. Lielu lomu spēlē sociālā komponente – sabiedrības attieksme pret bērnu PAV lietošanu.

Narkotisko vielu lietošanas gadījumi kopumā ir mazāk izplatīti starp aptaujātajiem pacientiem, tomēr procentuāli tas ir liels skaits, kā arī ir vērojamas kombinētās atkarības (alkohols, PAV, azartspēles). Pacientiem eksistē vairākas slimības izpausmes. Latvijā narkotiskās vielas un to prekursori ir stingri reglamentēti un kriminalizēti [7]. Salīdzinot ar alkoholu, pacienti lielākoties sāk lietot narkotiskās vielas vēlāk, bet vienalga pirms pilngadības sasniegšanas.

Pacienti pietiekami kritiski vērtē sekas, kas saistītas ar alkohola, narkotisko vielu un azartspēļu atkarību. Visbiežāk skartās jomas ir attiecību sfēra (ģimene, draugi, radi).

Pētījums parāda, ka ir pacienti, kas saņem ārstēšanu tikai pēc tam, kad tie pārkāpj likumu. Bija aptaujāti arī pacienti, kas pēc Latvijas likuma sistēmas tika novirzīti pēc palīdzības saņemšanas ar tiesas lēmumu (piemēram, Minesotas programmas iziešanu noteica tiesas

spriedums). Pacienti bieži saņem narkoloģisko palīdzību caur neatliekamās palīdzības izsaukumiem, tiem nokļūstot somatiskās vai psihiatriskās slimnīcu uzņemšanas nodaļās. Daļa pacientu tiek nosūtīta uz narkoloģiskās palīdzības ambulatorām daļām ar probācijas dienesta nosūtījumu. Neliela pacientu daļa pati vēršas pie speciālistiem, nonākot pie secinājuma, ka ir jāsāk ārstēšana no atkarības slimības. Liels ārstu spektrs saskaras ar pacientiem, kuriem ir atkarības slimības simptomi, tāpēc ir svarīgi izglītēt visus ārstus par atkarības slimības simptomiem, izpausmēm, dinamiku un palīdzības sniegšanas metodēm. Nepieciešams izveidot stingrāku algoritmu, pēc kura vadīties, lai nosūtītu pacientus pie narkologa terapijas plāna noskaidrošanai un ārstēšanās uzsākšanai. Atkarības slimībai ir hroniska gaita, tāpēc nepieciešams pastāvīgi novērtēt slimības dinamiku.

6. Secinājumi

Iegūtie rezultāti ļaut daļēji apstiprināt hipotēzi par to, ka ārstu zināšanas par narkoloģijas palīdzības metodēm nekorelē ar pacientu izvēlētajām metodēm.

Kopējā ārstu informētība par narkoloģiskās palīdzības iespējām ir augstā līmenī, neskaitot divas metodes: Minesotas programma un rehabilitācijas kopienas.

Informētības līmenis par Minesotas programmu un pašpalīdzības grupām ārstu vidū kopumā vērtējams, ka zems.

Kopējā ārstu informētība par Minesotas programmu palīdzības pieejamības vietām ir zema.

Pacienti nepietiekami izmanto ārstēšanas metodes.

Kopējais narkoloģiskās palīdzības metožu spektrs, kas ir pieejams pacientiem, tiek izmantots selektīvi, atšķiroties no pacientu gūtās ārstēšana pieredzes atkarības ārstēšanā.

Ārsti kopumā biežāk izvēlas palīdzēt pacientiem ar detoksikācijas metodi, kā arī iesaka vērsties pēc palīdzības Minesotas programmā.

Ārsti, vērtējot narkoloģisko palīdzību Latvijā, kā trūkumu atzīmē nepietiekamu valsts apmaksātu ārstēšanas programmu esamību.

Tāpat, vērtējot narkoloģisko palīdzību Latvijā, ārsti, kā iespējamo uzlabojamu atzīmē kompensējamo medikamentu nodrošināšanu un multidisciplināras komandas darbības paplašināšanu.

7. Praktiskās rekomendācijas

1. Pētījuma ietvaros gūtās atziņas sniedz pamatu pārskatīt informētības jautājumu attiecībā pret Minesotas programmu ārstu vidū.
2. Ārstus nepieciešams papildus izglītēt par atkarības slimību, tās pazīmēm, iespējamām sekām, tādējādi speciālisti varēs stimulēt pacientus ārstēties, kā arī snigs iespēju ātri reaģēt uz slimības simptomātiku, veicinot ātru citu speciālistu piesaisti efektīva ārstēšanas rezultāta panākšanai.
3. Svarīgi izglītēt PVA pacientus par viņu atkarību, runāt par to ar viņiem, redzot slimības klīnisko ainu, tādējādi palielinot pacientu kritisko domāšanu par slimību, vēlmi iesaistīties ārstēšanas procesā, kuru rekomendē ārsts.
4. Svarīgi vērst lielu sabiedrības uzmanību par PAV atkarībām, kā arī paplašināt zināšanas par ārstēšanas metodēm, to efektivitāti, mazināt atkarības slimības stigmatu un veicināt palīdzības pieejamību tuvāk pacientu dzīvesvietai.
5. Nepieciešama Minesotas programmas attīstība reģionos, tādējādi paplašinot tās pieejamību.

8. Izmantotie literatūras avoti

1. Eyer Florian, Schreckenbergr Meike, Hecht Daniela, Adorjan Krisztina, Schuster Tibor, Felgenhauer Norbert, Pfab Rudi, Strubel Tim, Zilker Thomas. Alcohol and Alcoholism, Volume 46, Issue 2. Carbamazepine and Valproate as Adjuncts in the Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: A Retrospective Cohort Study [Internet]. 2011 Mar [cited 2023 Jun 6];7(4):[about 1p.]. Available from: <https://academic.oup.com/alcalc/article-pdf/46/2/177/506865/agr005.pdf>
2. DIA+LOGS. Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar atkarīgām un līdzatkarīgām personām [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Jun 15];3(1):[about 1p.]. Available from: https://www.lm.gov.lv/lv/metodiskie-materiali-0/metodiskais_materials_atkarigam_personam.pdf
3. Hack Jason B., Hoffmann Robert S., Nelson Lewis S. Journal of medical toxicology, volume 2, number 2. Resistant alcohol withdrawal: does an unexpectedly large sedative requirement identify these patients early [Internet]. 2006 Jun [cited 2023 May 23];5(2):[about 1p.]. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF03161171.pdf>
4. Kahkonen Seppo, Bondarenko Boris, Lipsanen Jari, Zvartau Edwin. International Journal of Psychophysiology, Volume 66, Issue 3. Cardiovascular effects of propranolol in patients with alcohol dependence during withdrawal [Internet]. 2007 Apr [cited 2023 Jun 8];5(2):[about 1p.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167876007001699>
5. Larson Scott A., Burton Caroline M., Kasiwagi Deanne T., Hugo Zachary P., Cha Stephen S., Lapid Maria I. Treating alcohol withdrawal with oral baclofen: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial [Internet]. 2011 Oct [cited 2023 Jun 5];7(3):[about 1p.]. Available from: <https://shmpublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhm.928>
6. Latvijas likumi. Alkoholisko dzērienu aprites likums [Internet]. 2020 Dec [cited 2023 Apr 13];13(3):[about 1p.]. Available from: <https://likumi.lv/ta/id/88009-alkoholisko-dzerienu-aprites-likums>

7. Latvijas likumi. Narkotisko un psihotropo vielu un zāļu, kā arī prekursoru likumīgās aprites likums [Internet]. 2022 Apr [cited 2023 Apr 13];17(4):[about 1p.]. Available from:
<https://likumi.lv/ta/id/40283-narkotisko-un-psihotropo-vielu-un-zalu-ka-ari-prekursoru-likumigas-aprites-likums>
8. Mo Yoonsun, Thomas Michael C., Karras George E. Journal of Critical Care, Volume 32. Barbiturates for the treatment of alcohol withdrawal syndrome: A systematic review of clinical trials [Internet]. 2016 Nov [cited 2023 Jun 3];5(2):[about 1p.]. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944115005997>
9. Muzyk Andrew J., Fowler Jill A., Norwood Daryn K., Chilipko Allison. Ann Pharmacother. Role of α 2-agonists in the treatment of acute alcohol withdrawal [Internet]. 2011 May [cited 2023 Jun 6];7(4):[about 1p.]. Available from:
<https://www.medscape.com/viewarticle/742191>
10. Nisavic Mladen, Nejad Shamim H., Isenberg Benjamin M., Bajwa Ednan Khalid, Currier Paul, Wallace Paul M., Velmahos George, Wilens Timothy. Psychosomatics, Volume 60, Issue 5. Use of Phenobarbital in Alcohol Withdrawal Management – A Retrospective Comparison Study of Phenobarbital and Benzodiazepines for Acute Alcohol Withdrawal Management in General Medical Patients [Internet]. 2019 Feb [cited 2023 Jun 2];9(2):[about 1p.]. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318219300404/pdf?md5=a30b6ce824479e4897769caae6526705&pid=1-s2.0-S0033318219300404-main.pdf>
11. Rekke Dag, Banatvala Nicholas, Karpati Adam, Tarlton Dudley, Westerman Lucinda, Sperkova Kristina, Casswell Sally, Duennbier Maik, Rojhani Ariella, Bakke Oystein, Monteiro Maristela, Linou Natalia, Kulikov Alexey, Poznyak Vladimir B. Prioritising action on alcohol for health and development [Internet]. 2019 Dec [cited 2023 Apr 10];4(1):[about 1p.]. Available from:
<https://www.bmj.com/content/bmj/367/bmj.16162.full.pdf>
12. Stirna Astrīda, Tērauds Elmārs, Ārons Mihails, Kozlovska Līga, Landsmane Inga, Skaida Sarmīte, Stepens Ainārs, Tirāns Edgars, Platkājis Ardis, Rancāns Elmārs. Klīniskais ceļš “Alkohola atkarības pacientu uzturošā terapija, vadīšana un aprūpe”. [Internet]. 2018 Apr [cited 2023 Jun 17];6(1):[about 1p.]. Available from:
https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/4.alk_kl_c_4_alk_atkar_th1.pdf

13. Sullivan John T., Sykora Kathy, Schneiderman Joyce, Naranjo Claudio A., Sellers Edward M. British Journal of Addiction 84(11). Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale [Internet]. 1989 Nov [cited 2023 May 17];5(2):[about 1p.]. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x?sid=nlm%3Apubmed>
14. Veselības ministrija. Latvijā jāsamazina alkohola patēriņš sabiedrībā [Internet]. 2023 Mar [cited 2023 May 5];2(1):[about 1p.]. Available from:
<https://www.vm.gov.lv/lv/jaunums/veselibas-ministrija-latvija-jasamazina-alkohola-paterins-sabiedriba>
15. WHO. Accelerating action to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. 2020 Feb [cited 2023 May 3];2(1):[about 1p.]. Available from:
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146\(14\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146(14)-en.pdf)
16. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. 2010 May [cited 2023 May 7];38(5):[about 2p.]. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf?sequence=1
17. WHO. Public-health problems caused by harmful use of alcohol [Internet]. 2005 May [cited 2023 May 13];3(1):[about 1p.]. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20376/WHA58_26-en.pdf?sequence=1
18. WHO. Strategies to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. 2008 May [cited 2023 May 7];2(1):[about 1p.]. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23519/A61_R4-en.pdf?sequence=1
19. Zāļu valsts aģentūra. Atkarības slimību ārstniecības un medicīniskās rehabilitācijas pēc Minesotas 12 soļu programmas medicīniskā tehnoloģija [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Jun 11];3(1):[about 1p.]. Available from:
<https://dati.zva.gov.lv/mtdb/14-narkologijas-mediciniskie-pakalpojumi/atkaribas-slimibu-arstniecibas-un-mediciniskas-rehabilitacijas-pec-minesotas-12-solu-programmas-mediciniska-te>

20. Zāļu valsts aģentūra. Buprenorfīna pielietošanas medicīniskā tehnoloģija opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanā [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Jun 11];3(1):[about 1p.]. Available from:
<https://dati.zva.gov.lv/mtdb/14-narkologijas-mediciniskie-pakalpojumi/buprenorfina-pielietosanas-mediciniska-tehnologija-opioidu-atkarigo-pacientu-arstesana>
21. Zāļu valsts aģentūra. Disulfirama implantācijas medicīniskā tehnoloģija [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Jun 11];3(1):[about 1p.]. Available from:
<https://dati.zva.gov.lv/mtdb/14-narkologijas-mediciniskie-pakalpojumi/disulfirama-implantacijas-mediciniska-tehnologija>
22. Zāļu valsts aģentūra. Narkoloģisko slimību recidīva novēršana izmantojot psihoterapiju, suģestīvo terapiju un sensibilizējošus medikamentus medicīniskā tehnoloģija [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Jun 11];3(1):[about 1p.]. Available from:
<https://dati.zva.gov.lv/mtdb/14-narkologijas-mediciniskie-pakalpojumi/282-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/narkologisko-slimibu-recidiva-noversana-izmantojot-psihoterapiju-sugestivo-terapiju-un-sensibilizejosus-medika>
23. Zāļu valsts aģentūra. Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija ar metadonu [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Jun 11];3(1):[about 1p.]. Available from:
<https://dati.zva.gov.lv/mtdb/14-narkologijas-mediciniskie-pakalpojumi/282-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/opioidu-atkarigo-pacientu-ilgtermina-farmakoterapija-ar-metadonu>

9. PIELIKUMI

1. pielikums

Veidlapa Nr. E-9(3)

APSTIPRINĀTA

ar Rīgas Stradiņa universitātes rektora

2018. gada 26. septembra rīkojumu Nr. 5-1/238/2018

Rīgas Stradiņa universitātes

Pētījumu ētikas komitejas

LĒMUMS

Rīgā

25.09.2022

2-PĒK-4/408/2022

	Komitejas sastāvs	Kvalifikācija	Nodarbošanās
1	Profesors Jānis Vētra	Dr.habil. med.	Morfoloģijas katedra
2	Asoc. Prof. Zanda Daneberga	Dr.med.	OI Molekulārās ģenētikas laboratorijas vadītāja
3	Asoc. Prof. Anita Vētra	Dr.med.	Rehabilitācijas katedras vadītāja
4	Profesore Ingrīda Čēma	Dr.habil. med.	Mutes medicīnas katedras vadītāja
5	Docente Anna Junga	Dr.med.	Morfoloģijas laboratorijas vadītāja
6	Docente Karina Palkova	Ph.D.	Advokāte, Doktora studiju programmas vadītāja
7	Marina Siņkovska		Datu drošības un pārvaldības nodaļas vadītāja

Pieteikuma iesniedzējs/i:

Nikolajs Verhovskis, Rezidentūras studiju fakultāte

**Pētījuma / pētnieciskā darba
nosaukums:**

Informētības un attieksmes faktoru izpēte atkarības ārstēšanas organizācijas sistēmā

**Pētījumu ētikas komitejas
sēdes datums:**

30.06.2022.

Pētījuma protokols:

Pētījumu Ētikas komiteja ir saņēmusi un atbilstoši kompetencei izvērtējusi pieteikuma dokumentus.

Pētījuma mērķis ir “Izvērtēt un sistematizēt ārstu viedokli un pieredzi par narkoloģiskās palīdzības metodēm, ka arī pacientu izvēles attiecībā uz narkoloģisko palīdzību”. Pētījuma uzdevumi skaidri definēti. Pētījumā pietiekami aprakstīta privātuma aizsardzība un konfidencialitāte. Pētījuma plānots izmantot aptaujas anketu. Aplūkojot aptaujas anketu, secināms, ka tajā ir iestrādāta informēta piekrišana, taču saturiski tā nav pilnīga. Vēlams papildināt informētas piekrišanas saturu, proti, norādīt informāciju par pētījumu un pētījuma dalībnieku tiesībām, par privātuma aizsardzību un konfidencialitāti, pētījuma rezultātu pieejamību, kā arī pētnieka un ētikas komitejas kontaktinformāciju (vairāk informācijas Pētījumu Ētikas komitejas mājaslapā: <https://www.rsu.lv/petijumu-etikas-komiteja>). Kopumā, pētījums atbilst prasībām, kas ietvertas gan Pētījumu ētikas komitejas nolikumā, gan arī normatīvajos aktos.

Komitejas lēmums:

Piekrist pētījuma veikšanai

Komitejas priekšsēdētājs Jānis Vētra

Tituls: Dr.habil. med., profesors.

ŠIS DOKUMENTS IR ELEKTRONISKI PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO
PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU

K. Ķauķe

Tālrunis: 26691306

2. pielikums

Informētības un attieksmes faktoru izpēte atkarības ārstēšanas organizācijas sistēmā

Respondentu anketa ārstiem.

Lai noskaidrotu Latvijas ārstu informētību par narkoloģiskās palīdzības iespējām, lūdzu, atbildiet uz anketas jautājumiem! Anketa ir anonīma, iegūtie dati tiks izmantoti tikai RSU rezidenta Nikolaja Verhovska pētnieciskā darba ietvaros.

1. Specialitāte _____

2. Dzimums

- Vīriešu
- Sieviešu

3. Vecums _____

4. Reģions

- Rīgas
- Kurzemes
- Latgales
- Vidzemes
- Zemgales

5. Vai Jūs savā ikdienas darbā sastopaties ar pacientiem, kuriem ir atkarības?

- No alkohola
- No narkotikām
- No azartspēlēm
- Nē

6. Vai jūs savā ikdienas darbā sastopaties ar pacientiem, kuri ir alkohola vai narkotisko vielu reibumā?

- Jā
- Nē

7. Vai jūs personīgi sniežat palīdzību pacientiem, kuri ir alkohola vai narkotisko vielu reibumā?

- Jā
- Nē

8. Vai jums ir iespēja runāt ar pacientu pēc psihoaktīvo vielu lietošanas izraisītas intoksikācijas?

(Piemēram, kad pacientam vairs nav reibuma vai intoksikācijas)

- Jā
- Nē

9. Kādas narkoloģiskās palīdzības iespējas Jūs zināt (Latvijā)?

- Detoksikācija ar medikamentiem
- Recidīva novēršanas terapija ar sensibilizējošiem medikamentiem, izmantojot suģestīvo terapiju un psihoterapiju (pacientu valodā – “torpēda”)
- Disulfirama implantācija (pacientu valodā – “ampula”)
- Metadona, Buprenorfīna ilgtermiņa farmakoterapijas programmas(aizvietojošā terapija)
- Minesotas 12 soļu programma
- Rehabilitācijas kopienas narkomāniem
- Pašpalīdzības grupas " Anonīmie Alkoholiķi”, “Anonīmie Narkomāni", Anonīmie Spēlmaņi”
- Nevienu

10. Kuras Minesotas programmas Latvijā Jums ir zināmas?

- Rīga – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs
- Rīga – SIA „Akrona”
- Jelgava – slimnīca “Ģintermuiža”
- Neviena

11. Kuras no minētajām metodēm Jūs iesakāt pacientiem?

- Detoksikācija ar medikamentiem
- Recidīva novēršanas terapija ar sensibilizējošiem medikamentiem, izmantojot suģestīvo terapiju un psihoterapiju (pacientu valodā – “torpēda”)
- Disulfirama implantācija (pacientu valodā – “ampula”)
- Metadona, Buprenorfīna ilgtermiņa farmakoterapijas programmas(aizvietojošā terapija)
- Minesotas 12 soļu programma
- Rehabilitācijas kopienas narkomāniem
- Pašpalīdzības grupas " Anonīmie Alkoholiķi”, “Anonīmie Narkomāni", Anonīmie Spēlmaņi”
- Nevienu

12. Vai kādas no metodēm Jūs praktizējat savā profesionālajā ikdienā?

- Detoksikācija ar medikamentiem
- Recidīva novēršana terapija ar sensibilizējošiem medikamentiem, izmantojot suģestīvo terapiju un psihoterapiju (pacientu valodā – “torpēda”)

- Disulfirama implantācija (pacientu valodā – “ampula”)
- Metadona, Buprenorfīna ilgtermiņa farmakoterapijas programmas(aizvietojošā terapija)
- Minesotas 12 soļu programma
- Rehabilitācijas kopienas narkomāniem
- Pašpalīdzības grupas " Anonīmie Alkoholiķi”, “Anonīmie Narkomāni", Anonīmie Spēlmaņi”
- Nevienu

13. Vai Jūsu darba reģionā ir pieejamas pašpalīdzības grupas?

- „Anonīmie Alkoholiķi”
- „Anonīmie Narkomāni”
- „Anonīmie Azartspēlmaņi”
- nē
- nezinu

14. Vai Jūs iesakāt pacientiem apmeklēt pašpalīdzības grupas?

- Jā
- Nē

15. Vai Jūs iesakāt pacientam ar atkarības saslimšanu vērsties pie šādiem specialistiem?

- Psihiatrs
- Psihoterapeits
- Psihologs
- Neirologs
- Endokrinologs
- Ģimenes ārsts
- Kardiologs
- Citi speciālisti (

ierakstīt)_____

16. Kādas, Jūsuprāt, ir nepilnības, trūkumi narkoloģiskās palīdzības sniegšanā?

- apgrūtināta pieejamība pie narkologa
- speciālistu – narkologa trūkums
- valsts apmaksātu ārstēšanas programmu trūkums

17. Ko, Jūsaprāt, vajadzētu uzlabot narkoloģiskās palīdzības sniegšanā?

- Mazināt stigmatizāciju par valsts narkoloģisko aprūpi
- Paredzēt kompensējamus medikamentu atkarību ārstēšanā(šobrīd pieejami tikai bērniem līdz 18 gadu vecumam)
- Plašāku multidisciplināru komandu ieviešanu ārstēšanā(psihologs, infektologs, mākslas, mūzikas terapieti u.c.)

Informētības un attieksmes faktoru izpēte atkarības ārstēšanas organizācijas sistēmā

Respondentu, pacientu aptaujas anketa.

Lai noskaidrotu Latvijas ārstu informētību par narkoloģiskās palīdzības iespējām, lūdzu, Jūs kā pacientus, atbildiet uz anketas jautājumiem! Anketa ir anonīma, iegūtie dati tiks izmantoti tikai RSU rezidenta Nikolaja Verhovksa pētnieciskā darba ietvaros.

1. Vecums _____

2. Dzimums
 - Vīriešu
 - Sieviešu

3. Reģions
 - Rīgas
 - Kurzemes
 - Latgales
 - Vidzemes
 - Zemgales

3. Kad vērsaties pēc palīdzības sakarā ar pārmērīgu psihoaktīvo vielu lietošanu vai bijāt reibuma stāvoklī?
 - Jā
 - Nē

5. Kad jums tika sniegta palīdzība sakarā ar jūsu pārmērīgo psihoaktīvo vielu lietošanu, vai jūs bijāt reibuma stāvoklī? (Piem., universitātes slimnīcu vai reģionālo slimnīcu uzņemšanas nodaļā.)
 - Jā
 - Nē

6. Izglītība
 - pamata
 - vidējā
 - vidējā-speciālā
 - augstākā
 - nav

7. Darbs (pašreiz)
 - Ir
 - Nav

8. Ģimenes stāvoklis?
- precējies(-usies)
 - šķirts(-a)
 - atraitis(-e)
 - dzīvo viens(-a)
 - civilattiecības
9. Bērni ?
- Ir (Cik?) _____
 - Nav
10. Vai esat lietojis (-usi)
- Alkoholu
 - Narkotikas
 - Spēlējis azartspēles
 - Nē
11. Cik gadu vecumā pirmo reizi apzināti pamēģinājāt alkoholu?
- _____
12. Cik gadu vecumā pirmo reizi apzināti pamēģinājāt narkotikas?
- _____
13. Vai pārmērīgas psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ ir radušās sekas?
- veselības jomā
 - darba jomā
 - attiecību (ģimene, draugi, radi) jomā
 - finansiālā jomā
 - seksuālā jomā
 - ar likumu saistītā jomā
 - ētiskā (morālā) jomā-negodīgums, neuzticība, krāpšana, principu pārkāpšana utt.
 - emocionālā jomā
 - nē, nav bijušas
14. Vai atzīstat, ka esat atkarīgs(-a) no:
- Alkohola
 - Narkotikām
 - Azartspēlēm
 - nē, neesmu atkarīgs

15. Vai atkarības dēļ esat meklējis (-usi) palīdzību?
- Jā
 - Nē
16. Kurš ieteica vērsties pēc narkoloģiskās palīdzības?
- pats(-i)
 - ģimene (sieva/vīrs, māte/tēvs/bērni u.c.)
 - draugi
 - ģimenes ārsts
 - psihiatrs
 - psihoterapeits
 - neirologs
 - endokrinologs
 - kardiologs
 - darba biedri
 - cits (kas?) _____
17. Vai esat saņēmis(-usi) detoksikāciju ar medikamentiem?
- Jā
 - Nē
18. Vai esat saņēmis(-usi) recidīva novēršanas terapiju ar sensibilizējošiem medikamentiem, izmantojot sugestīvo terapiju un psihoterapiju (pacientu valodā – “torpēdu”)
- Jā
 - Nē
19. Vai esat ārstējies(-usies) Minesotas programmā?
- Jā
 - Nē
20. Vai esat saņēmis(-usi) Metadona/subutex kursu?
- Jā
 - Nē
21. Vai esat apmeklējis(-usi) pašpalīdzības grupas?
- Jā
 - Nē
22. Vai esat apmeklējis(-usi) individuālo psihoterapiju?
- Jā
 - Nē
23. Vai esat apmeklējis(-usi) grupu psihoterapiju?
- Jā
 - Nē

Kaitējuma mazināšanas pakalpojumu sniegšanas vietas

Pakalpojumi, atbalsts	NVO, kas to piedāvā
Izglītojoša informācija, līdzīgs-līdzīgam konsultācijas	“DIA+LOGS”, Apvienība HIV.LV, Baltijas HIV asociācija, Latvijas Sarkanais Krusts, Resurrection, Via Libertas
Ielu darbs – pirmais kontakts ar grūti aizsniedzamiem klientiem un šļirču maiņa	“DIA+LOGS”, Apvienības HIV.LV
Aizsardzība pret infekciju saslimšanām (HIV, hepatītu profilakse) – šļirču maiņa, prezervatīvi, HIV, hepatītu testi	“DIA+LOGS”, Latvijas Sarkanais Krusts, Apvienība HIV.LV
Psihosociāls atbalsts zemā sliekšņa centrā	“DIA+LOGS”, Resurrection
Līdzbiedru atbalsts	Iniciatīvas grupa Durvis, Resurrection
Atbalsta grupas	Resurrection, Via Libertas
Konsultatīvais tālrunis	Apvienība HIV.LV
Atbalsts līdzatkarīgajiem	Nova vita, Via Libertas

5. Pielikums

Rīga					
Nosaukums	Pakalpojumi	Adrese	Tālrunis	Mājas lapa	E-pasta adrese
VSIA "Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs" narkoloģijas palīdzības dienests	<i>Ilgtermiņa farmakoterapijas programma (metadona programma)</i> <i>Minesotas 12 soļu programma</i> <i>Pieejami valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi stacionārā</i>	Tvaika iela 2, Rīga, LV – 1005	67080193	www.rpnc.lv	rpnc@rpnc.lv
SIA "Akrona 12"	<i>Minesotas 12 soļu programma</i> (bezdarbniekiem Nodarbinātības valsts aģentūras īstenotā ESF projekta ietvaros bez maksas (informāciju skatīt zemāk)) Minesotas 12 soļu programma stacionārā (pieejama par maksu) Minesotas 12 soļu programma dienas stacionārā (daļēji valsts apmaksāta tikai toksikomānīem)	Vecmīlgrāvja 5. līnija, Rīga, 26, LV - 1015	67586524	www.akrona12.lv	
SIA Bērnu un pusaudžu resursu centrs			<i>Rīgas filiāle:</i> 29164747		info@pusaudzucentrs.lv

			<i>Konsultatīvais tālrunis (visa Latvija):</i> 25737363		
AS "Veselības centru apvienība"		Saharova iela 16, Rīga, LV - 1021	67799977	www.vca.lv	klinakvca@gmail.com
MFD Veselības centrs "Dziedniecība"		Rušonu iela 15, Rīga, LV – 1057	67131313	www.mfd.lv/veselibas-centrs-dziednieciba	dziednieciba@mfd.lv
Edvīna Jaunušāna ārsta prakse narkoloģijā		Gogoļa iela 3, Rīga, LV – 1050	29542837		
VSIA "Bērnu Klīniskā universitātes slimnīca"	Pieejamas valsts apmaksātas narkologa konsultācijas bērniem	Vienības gatve 45, Rīga, LV – 1004	<i>Zvanu centrs:</i> 80708866	www.bkus.lv	poliklinika@bkus.lv

Jūrmalas un Rīgas nodaļas					
Nosaukums	Pakalpojumi	Adrese	Tālrunis	Mājas lapa	E-pasta adrese
Kauguru veselības centrs	<i>Ilgtermiņa farmakoterapijas programma (metadona programma)</i>	Raiņa iela 98A, Jūrmala, LV-2016	67736350		info@kvc.lv
SIA Dakteres Daces Skerškānes prakse		Asaru prospekts 61, Jūrmala, LV - 2008	67766151		
Siguldas slimnīca		Lakstīgalas iela 13, Sigulda, Siguldas nov., LV - 2150	67971329	www.siguldasslimnica.lv	slimnica@sigulda.lv
Edvīna Jaunušāna ārsta prakse narkoloģijā	<i>Ilgtermiņa farmakoterapijas programma (metadona programma)</i>	Zemgales 57, Olaine, LV - 2114	29542837		
Salaspils veselības centrs	<i>Ilgtermiņa farmakoterapijas programma (metadona programma)</i>	Lauku iela 8, Salaspils, LV - 2121	67800750; 67800751; 20011289	www.salaspilsvc.lv	

Vidzeme					
Nosaukums	Pakalpojumi	Adrese	Tālrunis	Mājas lapa	E-pasta adrese
VSIA Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	<i>Pieejami valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi stacionārā</i>	Valkas iela 11, Strenči, Valmieras nov., LV – 4730	25480566; 64731580	www.strencupns.lv	info@strencupns.lv
SIA Cēsu klīnika		Palasta iela 15, Cēsis, Cēsu nov., LV – 4101	64123567; 64122997	www.cesuklinika.lv	info@cesuklinika.lv
SIA “Bērnu un pusaudžu resursu centrs”			<i>Valmieras filiāle:</i> 26433366 <i>Konsultatīvais tālrunis (visa Latvija):</i> 25737363		valmiera@pusaudzucentrs.lv
SIA Alūksnes primārās veselības aprūpes centrs		Vidus iela 1a, Alūksne, Alūksnes nov., LV – 4301	64322482	www.aluksnespoliklinika.lv	administracija@aluksnespoliklinika.lv
SIA Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība		Upes iela 1, Gulbene, Gulbenes nov., LV – 4401	<i>Gulbene:</i> 64472809		birojs@slimnicuapvieniba.lv
SIA Madonas slimnīca		Rūpniecības iela 38, Madona, Madonas nov., LV – 4801	64860586; 64807046	www.madonasslimnica.lv/	slimnica@madonasslimnica.lv
SIA Vidzemes slimnīca	Narkologa konsultācijas pieejamas filiālē Valkā	Rūjienas iela 3, Valka, LV – 4201	64202603; 64202601	www.vidzemesslimnica.lv	birojs@vidzemesslimnica.lv

Kurzeme					
Nosaukums	Pakalpojumi	Adrese	Tālrunis	Mājas lapa	E-pasta adrese
SIA Liepājas reģionālā slimnīca, narkoloģijas nodaļa	<i>Pieejami valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi stacionārā</i>	Slimnīcas iela 25, Liepāja, LV – 3414	63403223; 26653213	www.liepajasslimnica.lv	
SIA Saldus medicīnas centrs		Slimnīcas iela 3, Saldus, Saldus nov., LV - 3801	63881562; 28300323	www.slimnica.saldus.lv	slimnica.sekretare@saldus.lv
SIA “Jaunliepājas primārās veselības aprūpes centrs”		Aldaru iela 20/24, Liepāja	63423149	www.jpvac.lv/	veselibascentrs@jpvac.lv
SIA Ventspils poliklīnika	<i>Ilgtermiņa farmakoterapijas programma (metadona programma)</i>	Raiņa iela 6, Ventspils, LV - 3601	63622131	www.ventspilspoliklinika.lv	info@ventspilspoliklinika.lv
SIA Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	<i>Pieejama ilgtermiņa farmakoterapijas programma (metadona programma)</i>	Inženieru iela 60, Ventspils, LV-36012	63624721	www.ziemeļkurzemesslimnica.lv	info.slimnica@ventspils.lv
SIA “Bērnu un pusaudžu resursu centrs”			<i>Ventspils filiāle:</i> 25458111 <i>Liepājas filiāle:</i> 26623422 <i>Konsultatīvais tālrunis (visa Latvija):</i> 25737363		ventspils@pusaudzucentrs.lv liepaja@pusaudzucentrs.lv
SIA Tukuma slimnīca		Raudas iela 8, Tukums, LV - 3100	63122209	www.tukslim.lv	tukuma.slimnica@apollo.lv

Lailas Atiķes doktorāta narkoloģiskais kabinets		Pļavas iela 6, Liepāja, LV-3401	63401988		atikesdoktorats@apollo.lv
Jeļenas Sorokinas ārsta prakse neiroloģijā, narkoloģijā un psihiatrijā	<i>Ilgtermiņa farmakoterapijas programma (metadona programma)</i>	Atmodas ielā 26, Aizpute, Aizputes nov., LV-3456	29159889		jeļenasorokina@inbox.lv
Rutas Lūciņas ārstu prakse psihiatrijā un narkoloģijā		Aploku iela 6, Kuldīga, Kuldīgas nov., LV – 3301	29521199		rutalucina@gmail.com
Valdas Strēlnieces ārsta prakse psihiatrijā un narkoloģijā		Stendes iela 1, Talsi, Talsu nov., LV - 3201	20425272		

Zemgale					
Nosaukums	Pakalpojumi	Adrese	Tālrunis	Mājas lapa	E-pasta adrese
VSIA Slimnīca "Ģintermuiža"	<i>Ilgtermiņa farmakoterapijas programma (metadona programma)</i> <i>Minesotas 12 soļu programma stacionārā Minesotas 12 soļu programma (bezdarbniekiem Nodarbinātības valsts aģentūras īstenotā ESF projekta ietvaros bez maksas)</i> Pieejami valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi stacionārā bērniem	Filozofu iela 69, Jelgava, LV - 3008	63007495; 63022270; 26164021	www.gintermuiza.lv	slimnica@gintermuiza.lv
SIA Aizkraukles medicīnas centrs		Bērzu iela 5, Aizkraukle, Aizkraukles nov., LV - 5101	65133875; 65133870	www.amc.lv/	info@amc.lv
SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca"		A. Pormaļa 125, Jēkabpils, LV-5201	62203333	www.jrslimnica.lv	pieraksts@jrslimnica.lv
SIA Bauskas slimnīca		Dārza iela 7/1, Bauska, Bauskas nov., LV - 3901	63924688; 63923433	www.bauskasslimnica.lv	b_res@apollo.lv
Ivetas Rūdes ārsta prakse narkoloģijā un psihiatrijā		Krišjāņa Barona iela 2 - 3, Dobele, Dobeles nov., LV - 3701	63722650		
SIA Bērnu un pusaudžu resursu centrs			<i>Jelgavas filiāle:</i> 27323238 <i>Konsultatīvais tālrunis (visa Latvija):</i> 25737363		jelgava@pusaudzucentrs.lv

Latgale					
Nosaukums	Pakalpojumi	Adrese	Tālrunis	Mājas lapa	E-pasta adrese
SIA "MENTAL PRAKSE"		Lielā iela 42, Daugavpils, LV-5401	65422516		
SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca"		Vasarnīcu iela 20, Daugavpils, LV-5417	65422419	www.slimnica.daugavpils.lv	sia.drs@apollo.lv
SIA "Rēzeknes slimnīca"		18. novembra iela 41, Rēzekne, LV-4601	68805050	www.rslimnica.lv/	kanceleja@rslimnica.lv
SIA "Krāslavas slimnīca"		Rīgas iela 159, Krāslava, LV-5601	65623233		kraslhospital@inbox.lv
Krāslavas novada Veselības un sociālo pakalpojumu centrs "Dagda"		Brīvības iela 29, Dagda, LV-5674	65653187	www.dagdasvpsc.lv/	veseliba@dagda.lv
SIA "Ludzas medicīnas centrs"		18. novembra iela 17, Ludza, LV-5701	65707090	www.ludzahospital.lv/lv/	
SIA Bērnu un pusaudžu resursu centrs			<u>Rēzeknes filiāle:</u> 27313138 <u>Daugavpils filiāle:</u> 25635533 <u>Konsultatīvais tālrunis (visa Latvija):</u> 25737363 (darba dienās: 12:00 - 19:00)		rezekne@pusaudzucentrs.lv daugavpils@pusaudzucentrs.lv

6. Pielikums

Galvojums

Es, Nikolajs Verhovskis ar parakstu apliecinu , ka pētnieciskais darbs ir izstrādāts pastāvīgi, par izmantotajiem informācijas, materiāliem un datiem ir dotas atsauces. Šis darbs nav nekadādā veidā ticis iesniegts nevienai citai komisijai un nekad nav publicēts.

Datums 26.07.2023

Rezidenta paraksts un atšifrējums