

LIEPĀJAS UNIVERSITĀTE

Izglītības zinātņu institūts



GUNTA BĒTA

Māsu profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā

Promocijas darbs

Pedagoģijas zinātņu doktora grāda iegūšanai

pieaugušo pedagoģijas apakšnozarē

Darba zinātniskā vadītāja:

Dr. paed., profesore **Anita Līdaka**



Promocijas darbs izstrādāts ar ESF projekta „Doktora studiju attīstība Liepājas Universitātē”
(vienošanās Nr.2009/0127/1DP/1.1.2.1.2./09/IPIA/VIAA/018) finansiālu atbalstu

Liepāja

2017

ANOTĀCIJA

Guntas Bētas promocijas darbs pedagoģijā, pieaugušo pedagoģijas apakšnozarē „Māsu profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā” izstrādāts Liepājas Universitātes Izglītības zinātņu institūtā *Dr.paed.*, prof. Anitas Līdakas vadībā laika posmā no 2011. gada septembra līdz 2016. gada augustam.

Promocijas darba mērķis: Izpētīt māsu profesionālo lietpratību pacientu izglītošanas procesā, aktualizējot procesa realizētāju izpratni par pedagoģiskās darbības komponentiem un to nodrošināšanu.

Promocijas darba apjoms ir 163 lpp. un 19 pielikumi.

Pētījuma 1. daļā veikta teorētiskā analīze par pacientu izglītošanas aspektiem, kuru kontekstā tiek analizēta tiesiskā un normatīvā bāze māsu profesionālās darbības īstenošanai, raksturojot pacientu izglītošanas procesu. Darbā tiek apzināti pacientu izglītošanas procesu ietekmējošie faktori, kā arī tiek atklāta un raksturota profesionāli lietpratīgas pacientu izglītošanas būtība.

Pētījuma 2. daļā veikts māsu profesionālas lietpratības izvērtējums pacientu izglītošanas procesā, veicot fona pētījumus māsu un studentu izlasēs, kuri atklāj formālās un profesionālās tālākizglītības, starppersonu mijiedarbības, pedagoģiskā procesa realizācijas aspektus. Pamatpētījumā noskaidroti māsu, studentu, topošo absolventu un pacientu viedokļi par daudzpusīgiem pacientu izglītošanas aspektiem.

Balstoties uz teorētisko atziņu analīzi un promocijas darba teorētisko koncepciju, tiek piedāvāts pedagoģiskajā praksē aktualizēt konceptuālu teorētisko atziņu kopums, kas raksturo māsu profesionāli lietpratīgas izglītojošās darbības īstenošanu, definējot: *profesionāli lietpratīgas pacientu izglītošanas jēdzienu, atspoguļojot māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mīļakarības, kuru kopums integrējams studiju kursa Pedagoģija apgūvē māsām formālā izglītībā, kā arī māsu profesionālajā tālākizglītībā.*

Promocijas darba nobeigumā sniegti galvenie secinājumi, atbilstoši sākotnēji izvirzītai hipotēzei, izstrādātas tēzes aizstāvēšanai, kas atspoguļo darba zinātnisko un praktisko novitāti.

Atslēgvārdi: māsa, pacients, students, pacientu izglītošana, lietpratība, process.

ABSTRACT

The doctoral thesis by Gunta Bēta in the pedagogy in the subdiscipline of adult pedagogy “Nurses’ Professional Proficiency in the Process of Educating Patients” is elaborated in the Institute of Educational Sciences of Liepaja University under the supervision of *Dr.paed.*, prof. Anita Līdaka during the period from September 2011 to August 2016.

Aim of the doctoral thesis: To study the professional proficiency of nurses in patients’ educating process by refreshing the understanding of process implementers about the components of pedagogical activities and provision thereof.

Volume of the doctoral thesis is 163 pages and 19 annexes.

Theoretical analysis of aspects of patients’ educating is performed in the 1st part of the study in the context whereof the legal and normative base for implementation of nurses’ professional activity is analysed by characterizing the process of educating patients. Factors affecting the process of educating patients are gathered in the thesis and the nature of a professionally proficient education of patients is disclosed and characterized.

Evaluation of the professional proficiency of nurses in the process of educating patients is performed in the 2nd part of the study by performing a background research in selected groups of nurses and students which reveal the aspects of formal and professional further education, interpersonal interaction and implementation of the pedagogical process. Opinions of nurses, students, prospective graduates and patients about diverse aspects of educating patients are clarified in the principal study.

On the base of the analysis of the theoretical conclusions and the theoretical concept of the doctoral thesis, it is offered to update a conceptual summary of theoretical conclusions in the pedagogical practice that characterize the implementation of a professionally proficient educating activity of nurses by defining: the concept of a *professionally proficient patients’ educating* and displaying the *correlations of nurses’ educative activity and patients’ education process* that are to be integrated together in the acquisition of the study course *Pedagogy* for nurses in formal education and also in the professional further education of nurses.

Main conclusions, according to the initial hypothesis, are given at the end of the doctoral thesis. The theses demonstrating the scientific and practical novelty of the doctoral thesis are elaborated for presentation.

Keywords: nurse, patient, student, patients’ educating, proficiency, process.

APZĪMĒJUMI

AIL – augstākais izglītības līmenis

ISCED – International Standard Classification of Education/Starptautiskā standartizētā izglītības klasifikācija

LI – Lauku iedzīvotāji (pacientu pētījumā)

PI – Pilsētas respondenti (pacientu pētījumā)

PIL – profesionālais izglītības līmenis

PVAC – Primārās veselības aprūpes centri

PVO – Pasaules Veselības organizācija

SVAC – Sekundārās veselības aprūpes centri

DEFINĪCIJAS

Primārā veselības aprūpe (PVA) ir pirmais saskarsmes posms starp indivīdu (ģimeni) un veselības aprūpes sistēmu, racionālas veselības aprūpes sistēmas pamats, kuras uzdevums ir atrisināt galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršākās un izmaksu efektīvas medicīnas tehnoloģijas (MK noteikumi Nr. 1529, 17.12. 2013).

Sekundārā veselības aprūpe (SVA) ir specializēta ambulatorā un/vai stacionārā veselības aprūpe, kas ir orientēta uz neatliekamu, akūtu un plānveida medicīnisku palīdzību - ātru un kvalitatīvu diagnostiku, intensīvu ārstēšanu un rehabilitāciju ar mērķi maksimāli ātri un kvalitatīvi panākt pacienta izveseļošanos vai samazināt slimības izpausmes līdz tādai pakāpei, kad ir iespējama tālāka ārstēšana primārās veselības aprūpes sistēmā (MK noteikumi Nr. 1529, 17.12. 2013).

SATURS

| | |
|---|-----|
| IEVADS | 6 |
| 1. PACIENTU IZGLĪTOŠANAS PROCESS VESELĪBAS APRŪPĒ | 23 |
| 1.1. Tiesiskā un normatīvā bāze māsu profesionālās darbības īstenošanai | 23 |
| 1.2. Pacientu izglītošanas procesa būtība un to ietekmējošie faktori | 28 |
| 1.3. Profesionālā lietpratība pacientu izglītošanā | 47 |
| 2. MĀSU PROFESIONĀLĀS LIETPRATĪBAS IZVĒRTĒJUMS PACIENTU IZGLĪTOŠANAS PROCESĀ | 60 |
| 2.1. Izglītojošās darbības vērtējums fona pētījumos | 60 |
| 2.1.1. Profesionālo tālākizglītību apliecinājošo dokumentu kopiju analīze. | 60 |
| 2.1.2. Māsu vērtējums par vērtībām profesijas identitātes aspektā un pedagoģisko darbību ietekmējošiem aspektiem .. | 62 |
| 2.1.3. Izglītības process topošo veselības aprūpes speciālistu vērtību sekmētājs..... | 74 |
| 2.1.4. Māsu eksāmena darbu „Prakse pacientu izglītošanā” analīze | 79 |
| 2.1.5. Pedagoģisko aspektu atspoguļojums studentu pētnieciskajos darbos..... | 83 |
| 2.2. Pacientu izglītošanas procesa vērtējums pamata pētījumā | 84 |
| 2.2.1. Studentu vērtējums par pacientu izglītošanas procesu | 84 |
| 2.2.2. Izglītošanas procesa nodrošinājums tā saņēmējiem – pacientiem | 99 |
| 2.2.3. Praktizējošo māsu novērtējums pacientu izglītošanas aspektiem | 117 |
| SECINĀJUMI | 135 |
| IETEIKUMI | 138 |
| AIZSTĀVĒŠANAI IZVIRZĪTĀS TĒZES | 140 |
| NOBEIGUMS | 141 |
| IZMANTOTIE AVOTI UN RESURSI | 142 |
| PIEVENOTO ATTĒLU, TABULU UN SHĒMU SARAĶSTS | 161 |
| PIELIKUMI | 164 |

IEVADS

Māsu profesija ir aicinājums, kur zināšanas un prasmes summējas ar vēlmi kalpot cilvēkiem. Darba spektrs ir ļoti plašs un nozīmīgs, jo māsas pacientiem sniedz gan praktisku palīdzību, gan emocionālu atbalstu un palīdz gūt psiholoģisko līdzsvaru neskaidros jautājumos dažādos gadījumos, kas var atšķirties nozīmīguma, intensitātes un vajadzību ziņā. Profesionālie principi, kurus 19. gadsimtā definēja māsu profesijas pamatlicēja F. Naitingeila (*Florence Nightingale*)(Alligood, 2013), kas saistās ar veselības aprūpi, panākot maksimāli labāko iespējamo apstākļu nodrošinājumu, slimību profilaksi, ir vienlīdz aktuāli 21. gadsimtā un norāda uz veselības aprūpes sistēmas dalībnieku – māsu – nozīmīgu lomu ārstniecības un profilakses procesā. Profesijas sociālās lomas, tiesības un pienākumi iekļauj dažādu darbību diapazonu, kas kopumā veido priekšstatu par izpildītāju. Sabiedrībā māsas uzskata par vidutāju starp pacientu un ārstu, par profesionālēm, kuras veic dažādas manipulācijas un izglītošanas darbu.

Analizējot māsu profesijas jēdzienus profesionalitātes kontekstā, kā norāda K. Alidina (Alidina, 2013), būtiski jāuzsver profesionālās darbības nosacījumi – nepārtraukt izglītības procesu, apgūt jaunas zināšanas neformālā vai formālā izglītībā, pilnveidot vai rekonstruēt esošās. Zināšanas un prasmes, kas veido kompetenču kopumu, māsas lieto mikrogrupu (pacients, ģimenes locekļi), mezogrupu (visu vecuma interešu grupu izglītošanai valsts un nevalstiskās organizācijās, skolās, biedrībās, kas apvieno pacientus ar dažāda profila saslimšanām), vai arī makrogrupu – sabiedrības līmenī, atkarībā no profesionālās specializācijas, izglītojot par veselības saglabāšanu, uzturēšanu vai slimību profilaksi un rīcību konkrētu saslimšanu gadījumā.

Sabiedrībā, mainoties uzskatiem par veselības aprūpi, mainās māsu darbību funkcijas profesionālā kontekstā. 2003.gadā Izglītības un Zinātnes Ministrijā tika apstiprināts māsu profesijas standarts, kura nodarbinātības aprakstā māsas primāri ir nominētas par aprūpes veicējām, izglītotājām un manipulāciju veicējām, mainot darbību prioritātes, jo vēsturiski māsu darbību prioritāte bija dažādu manipulāciju veikšana, lai veicinātu atveseļošanās procesu. Atbilstoši tiek strukturētas māsu izglītības programmas, bet realitātē pārmaiņas ienāk lēni.

Viedokli par veselības aprūpes sistēmu veido indivīdu/pacientu personiskā pieredze, novērtējot māsu kā pacientu informatīvo atbalstītāju, padomdevēju pedagoģiskās prasmes. Nonākot primārās vai sekundārās veselības aprūpes iestādē, ikviens, papildus medicīniskajai palīdzībai, sagaida izglītojošu atbalstu. Izglītotais indivīds, pacients, personīgā gadījuma kontekstā, ir psiholoģiski un emocionāli līdzsvarots, spēj pieņemt argumentētus lēmumus, kas ir lietderīgi veselības saglabāšanā, uzturēšanā vai uzlabošanā.

Izglītoti pacientu piederīgie rada lielāku iespēju ilgtspējīgi nodrošināt pacienta dzīves kvalitāti. Pasaules Veselības organizācijas glosārijā minēts, ka indivīdu labsajūtu veido spēja fiziski, psiholoģiski, sociāli, garīgi un ekonomiski veikt darbības un papildīt gaidas ģimenē, darba vietā un citās vietās, nodrošinot pašrealizācijas iespējas (Smith, Tang, Nutbeam, 2006).

Promocijas darba tematisko aktualitāti atspoguļo ārzemju zinātnieku J. Vuda, L. Zandbelta, E. Smeta un H. van de Vila (Wouda, Zandbelt, Smets, van de Wiwl, 2011); D. Smola un R. Smola (Small & Small, 2011); A. Vissera, A. Dekāča un J. Bensinga (Visser, Deccache, Bensing, 2001), kā arī M. Ojetunda un A. Akinmeja (Oyetunde, Akinmeye, 2015) pētījumu daudzpusība par pacientu izglītošanu un ar to saistītiem faktoriem. Aktuāli ir G. Lamiani, A. Fureja (Lamiani, Furey, 2008), J. Penas, M. Kastilio (Pena, Castillo, 2006) pētījumi par māsu tālākizglītības semināru lietderību pacientu orientētu komunikācijas prasmju un pilnveidē, savukārt S. Allens (Allen, 2010) un K. Halse, M. Fona un B. Kristiansena (Halse, Fonn, Christiansen, 2014) analizē pedagoģijas nozīmi topošo māsu izglītībā.

Latvijā U. Mitenbergs (Mitenbergs, 2007) atzīmē, ka pacientu izglītošanas kvalitāte sekundāri atspoguļo veselības aprūpes procesa kvalitāti. Problēmām veselības aprūpes un izglītības darba organizācijā Latvijā, tai skaitā māsu darba aspektiem, promocijas darbos pievērsušies vairāki pētnieki, kas pētnieciskos darbus aizstāvējuši laika periodā no 2008. – 2013. gadam. Šie darbi norāda uz profesionālās jomas aktualitāti un akcentē māsu profesijas funkcionālo nozīmi un problemātiku (skatīt 1. pielikumu).

Izvēlētās tēmas nozīmību apliecina Starptautiskās māsu padomes (International council of nurses, 2008) akceptētā Starptautiskā klasifikācija par māsu praksi (International classification for nursing practice programme – ICNP), kurā preventīvi definēts māsu izglītošanas darbs ar pacientiem 150 epizodēs, kas tiek dēvētas par māsu aprūpes diagnozēm. Māsas novērtē pacientu informācijas deficītu, paredzot mācību procesus par ārstēšanās režīmu un veselības atgūšanu pie dažādām saslimšanām, kā arī praktisko iemaņu īstenošanu un palīgierīču pielietošanu. Papildus norādītas 30 epizodes/māsu aprūpes diagnozes, kurās darbība virzīta pacientu atbalsta sistēmu (ģimenes locekļi, aprūpētāji) izglītošanai. Klasifikācijas ietvarā tiek vērsta uzmanība uz savstarpējās komunikācijas (māsa/pacients) nozīmi, jo māasai jāprot ne tikai noteikt izglītošanas darba prioritātes, bet arī jāspēj analizēt pacientu izjūtas un vajadzības, realizējot pacientu izglītošanas virzienu daudzpusību atkarībā no situācijas.

Par pacientu izglītošanas nepietiekamību SVAC māsu izglītojošā darba kontekstā, var spriest pēc Liepājas Pedagoģijas akadēmijas Socioloģiskā pētījuma centra 2007. gadā

veiktās aptaujas, kurā pēc pacientu sniegtajām atbildēm atklājās, ka medmāsas tikai 64,2%, vienmēr izskaidro pacientiem viņu ārstēšanās gaitu, 11,5% – dažreiz, savukārt nekad – 4,3%, bet 7% pacientu min, ka to darīja ārsts. Latvijā 2000. gadā tika veikts socioloģiskais pētījums māsu profesijas kontekstā (Medicīnas māsu profesionālo darbību – medicīnas māsu aprūpes nodrošināšanas aktuālo problēmu apzināšana un izpēte), aktualizējot māsu darba problemātiku, apzinot māsu profesionālās darbības aktuālās problēmas, aprūpējamo pacientu skaitu, darba stundu skaitu, darba apstākļu aspektu izvērtējumu gan primāro veselības aprūpes iestāžu/centru un sekundāro veselības aprūpes iestāžu/centru, gan rehabilitācijas un diagnostikas sfērā.

Tematiski līdzīgi jautājumi analizēti ES Eirobarometra pētījumā (Eurobarometer Qualitative Study, 2012), kurā kā nepietiekoši atzīmēti faktori, kurus veselības aprūpes darbinieki, tai skaitā māsas, veltī pacientam. Tie ir: komunikācijas un atgriezeniskās saites nepietiekamība. Pacienti, apmeklējot primāros veselības aprūpes iestādes/centrus (PVAC) vai ārstējoties sekundārās aprūpes veselības aprūpes iestādēs/centros (SVAC), ne vienmēr saņem pietiekošu, efektīvu izglītošanu ar situācijas gadījumam atbilstošu izglītošanas līdzekļu un metožu pielietojumu, kā arī māsas ne vienmēr pārliecinās par atgriezeniskās saites nodrošinājumu. Bieži vien pēc neilga laika pacients māsas mutiski teikto informāciju ir aizmirsis, vai saprot, ka sacīto nav izpratis, bet rakstiska informācija vai cita veida turpmākās rīcības norādījumi nav saņemti.

Promocijas tēmas izvēle ir mērķtiecīgi saistīta ar darba autores ilggadējo pieredzi veselības aprūpē, risinot dažādas situācijas, kas saistītas ar nepietiekošo pacientu izglītošanu.

Pētījuma problēma. Veiktie pētījumi norāda uz māsu pedagoģiskās darbības – pacientu izglītošanas procesa neviennozīmīgu realizāciju veselības aprūpes iestādēs. Svarīgi, lai pacienti un viņu piederīgie tiek izglītoti saprotamā veidā, tiek atbalstīta viņu līdzdalība aprūpē, kā rezultātā potenciāli var tikt samazināts komplikāciju skaits un nodrošināta ātrāka atgriešanās darbā.

Pamatojoties uz pētījuma problēmas aktualitāti un sociālo nozīmību, ir izvēlēts promocijas darba temats: „Māsu profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā”.

Pētījuma objekts – Pacientu izglītošanas process.

Pētījuma priekšmets – Māsu profesionālā lietpratība izglītojošās darbības īstenošanā veselības aprūpē.

Pētījuma mērķis – Izpētīt māsu profesionālo lietpratību pacientu izglītošanas procesā, aktualizējot procesa realizētāju izpratni par pedagoģiskās darbības komponentiem un to nodrošināšanu.

Pētījuma hipotēze – Māsu profesionālās lietpratības attīstību pacientu izglītošanā sekmē:

- studiju procesā apgūto zināšanu pedagoģijā īstenošana praktiskajā darbībā;
- uz pacientu orientētas komunikatīvās kompetences un kritiskā konstruktīvisma iekļaušana procesa realizācijā;
- profesionālo vērtību (indivīds/pacients, atbildība, empātija) kā iekšēja procesa interiorizācija;
- pedagoģisko kompetenču pilnveidošana profesionālajā tālākizglītībā.

Pētījuma uzdevumi

1. Izvērtēt tiesisko un normatīvo bāzi, kas reglamentē māsu profesionālo darbību sabiedrības veselības politikas īstenošanas kontekstā.
2. Veikt zinātniskās literatūras deskriptīvo un referatīvo analīzi par izglītošanas procesa aspektiem pedagoģijas, psiholoģijas, māsu aprūpes filozofijas teoriju kontekstā.
3. Identificēt pacientu izglītošanas procesa komponentus un ietekmējošos faktorus veselības aprūpes sistēmā praktizējošo māsu un pēdējo kursu studentu/abiturientu izlasēs.
4. Analizēt pacientu vērtējumu par māsu sniegto izglītojošo darbību veselības aprūpes iestādēs.
5. Noskaidrot un analizēt māsu profesionālās tālākizglītības virzienus un to izvēli.

Pētījuma metodes

Teorētiskās izpētes metodes:

1. zinātniskās literatūras analīze,
2. dokumentu analīze.

Empīriskās izpētes metodes:

1. anketēšana (tiešā un elektroniskā),
2. kontentanalīze.

Datu apstrādes metodes:

1. statistiskās datu apstrādes programmas SPSS v.17.0, 19.0 programmatūras, atbilstoši pētījuma mērķim piemērota datu apstrādes tehnika: *vidējie rādītāji (M – Mean, M - Median) un standartnovirze (SD), (Pīrsona hī-kvadrāta (χ^2) rādītājs, Vilksoksona tests, Precizētie atlikumi kopā ar z-testu, Fišera eksaktais tests),*

Spīrmena rangu korelācijas tests, Lineārā regresija, Manna-Vitnija U-tests, Kruskala-Valisa H-tests (Бююль А., Цёфель П. 2005)

2. Datu apstrādes programma *Microsoft Office Excel v.11*.

Pētījuma teorētisko un metodoloģisko pamatu veido daudzpusīga zinātniskās literatūras avotu analīze, kurā apstiprinās, ka ikviena pacientu izglītošanas procesā iesaistītā indivīda (studentu - topošo māsu/māsu/pacientu) zināšanu apguve, pašattīstība un adaptācija ir iekšējs process, kurā būtiska nozīme ne tikai kognitīviem komponentiem, personīgo mērķu izvirzīšanai, bet arī daudzpusīgām ārējām ietekmēm. *Sociāli kognitīvās teorijas* atziņas, kurām ir nozīme kompetenču attīstībā atklāj, pamato un skaidro sekojoši zinātnieki rakstos un monogrāfijās: A. Bandura 1986, J. Students 1998, K. Wirth & D. Perkins 2007, M. Fishbeins 1975, K. Levins 1939, M. Knowles 1984, D. Lieģeniece 2002, T. Koķe 1999, G. Svence 2003, A. Šteinberga 2013, H. Dreifus & St. Dreifus 1986, A. Peria 2010, P. Bennere 2001, 2010, 2011; D. Kolbs 1984 u.c.

Atziņas, ka profesionālas attiecības ar pacientiem, kā arī izglītošanas process jābalsta uz *humānistiskās pieejas teorijas pamatiem*, apskatot esošās vajadzības sistēmiskā skatījumā, ņemot vērā dabisko un sociālo realitāti, indivīda pašrealizācijas iespējas esošā un turpmākajā dzīves periodā, rastas autoru darbos interneta resursos, Latvijā un ārzemēs izdotos literatūras avotos un monogrāfijās: A. Maslovs 1954; 1963, K. Rodžers 1954; 2004, S. Kraszewski & A. McEwen 2010, Z. Čehlova 2003, A. Špona 2004, I. Jurgena 2002, L. Rutka 2012, I. Ajzens 1991; 1980; 1975, A. Alports 1961, F. Hercbergs 1987, M. Knowles 1984. Humānisma teorijas atziņas tematiski tuvas ar promocijas darba filozofiskajā pamatā integrētām *māsu aprūpes filozofijas teorijām* (Pokorny, 2014), kuras studenti no 2003. gada, pārejot uz koledžas izglītību, apgūst studiju kursus, un integrē praksē, lai noteiktu un risinātu pacientu problēmas. Autore pētījuma ietvaros apskata tikai dažas no tām: H. Peplauas (Peplau, 2004) *mijiedarbību teoriju*, kas akcentē māsu un pacientu savstarpējās mijiedarbības nozīmi, uztverot un vērtējot pacientu holistiskā skatījumā, ko atzīmē B. Dosejs un L. Kegans (Dossey, Keegan, 2013), kā arī B. Nūmanes *sistēmas teoriju* (Neuman, 2011), kura saredz indivīdu kā atvērtu sistēmu, kas meklē līdzsvaru un saskaņu. Māsu darbu veselības aprūpē analizē daudzi autori, kā M. Pokorni (Pokorny, 2014), kas raksturo tā vēsturisko attīstību.

Atklājot pacientu izglītošanas pētījuma nozīmību, autore iekļauj atziņas par vērtību daudzpusību, kas kompleksi skatāmas humānisma teorijas kontekstā, jo vērtību hierarhijas attīstība nosaka personas (students/māsa/pacients) mērķus, darbību – atbildības principus, raksturo indivīda garīgās realitātes formas socializācijā. Vērtības veido cilvēka spriedumus, rīcību un pozitīva to izpratne izglītošanas procesā nodrošina profesionālu

darbību subjekts/subjekts – māsa/pacients attiecībās: Vērtību daudzpusīgs skatījums pārsvarā sastopamas ārzemju autoru darbos: M. Rokeach 1973, 2000; I. Kants 1988, S. Schwartz 1992, 2001, 2006; B. Sidney, W. Leland, H. Kirschenbaum 1995; P. Guilford 1967; V. V. Diltejs 1960, J. Students 1998; L. Kolbergs 2000; A. Līdaka 2007; M. Dirba 2006. Vērtību attīstība veicina attiecību toleranci, bet to prioritātes veido darbību perspektīvas, kas skatāmas gan personas, gan sabiedrības ilgtspējīgas attīstības kontekstā.

Promocijas darbā, analizējot māsu profesionālo lietpratību pacientu izglītošanas procesā, kas nozīmīgs studentu un māsu pedagoģiski profesionālās lietpratības nodrošināšanai, autore izmantojusi Latvijas un ārzemju zinātnieku atziņas par *kritiskā konstruktīvisma* nozīmi problēmu risināšanas procesā un izglītošanās darbības stratēģijas realizācijā. Tie ir: J. Devejs 1930, Ļ. Vigotskis 1960; 2000; 2002, Ž. Piažē 2001, Z. Rubene 2004, 2008, I. Maslo 2006, D. Kolbs 1984, M. Jasper 2006; 2011, B. Marquis & C. Huston 2008, R. Paul & L. Elder 2004, K. Taulor, C. Marinau, M. Fiddler 2000, A. Edwards & G. Elwyn 2009). Arī māsas zinātnieces K. Rojas (Roy, 1984) *adaptēšanās teorija* norāda par kritiskas situācijas analīzes un pacientu piemērošanās spēju nozīmi konkrētām situācijām (Phillips, Harris, 2014; Roy, Andrews, 1999) gan kognitīvā, gan fiziskā kontekstā. Teorija saturiski ir līdzīga ar Ž. Piažē atziņām par asimilāciju un akomodāciju, par psiholoģisko funkciju aspektiem, kas ļauj māasai saskatīt atšķirības vai līdzības starp subjektiem, viņu rīcību, piemērojoties situācijai, klasificējot riskus un iespējas vai arī, iegūstot jaunu informāciju, rezultātā koriģēt darbību.

Tiek analizēti e-vidē pieejamie informācijas avoti, dokumenti, kas pamatojas uz Eiropas Parlamenta Padomes regulām, nosaka Latvijas valsts veselības stratēģisko virzību un veselības aprūpes un tajā strādājošo, tostarp māsu, uzdevumus. Tie ir:

- Eiropas Parlamenta Padomes regulas projekta programma „Veselība un izaugsme pilsoņiem” 2014.–2020. gadam; PVO un Eiropas Parlamenta un Padomes stratēģiskā programmu “Veselība un izaugsme pilsoņiem”, ES Eiropbarometra pētījums (Eurobarometer Qualitative Study, 2012);
- LR likumi, MK noteikumi;
- Latvijas valsts Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017. gadam, Latvijas Nacionālās attīstības plāns 2014.–2020. gadam, Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija līdz 2030. gadam, Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.–2016. gadam;
- Vispārējā cilvēktiesību deklarācija, Pacientu tiesību likums;
- Māsu profesijas standarts, Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2013/55/ES „Par profesionālās kvalifikācijas atzīšanu māsu profesijā”.

Autores gūtās teorētiskās atziņas ir integrētas pētniecības instrumentu un pētījuma shēmas izveidē. Pētījums ir klasificēts kā neeksperimentāls, aprakstošs šķērsriezuma pētījums (Mārtinsone, 2011), kurā tiek izmantotas vairākas respondentu izlases, lai iegūtu un analizētu datus un pētītu veselības aprūpē nozīmīgu problēmu – māsu darbību pacientu izglītošanā.

Pētījuma bāze un robežas

Promocijas darba empīriskā daļa veidota, izdalot divus etapus: fona un pamata pētījumus (skatīt 1. shēmu), kuri ir tematiski saistīti.

Fona kvalitatīvos pētījumos tiek analizētas dokumentu vienības:

- 2011. gads (n – 150; 2304 epizodes),
- 2013. gads (n – 155; 3439 epizodes),
- 2012/2014. gads (n – 100).

Fona kvantitatīvajos pētījumos tiek iesaitīti:

- 2011./12.gads (n – 200) praktizējošas māsas,
- 2011./12.gads (n – 150) veselības aprūpes virziena studenti.

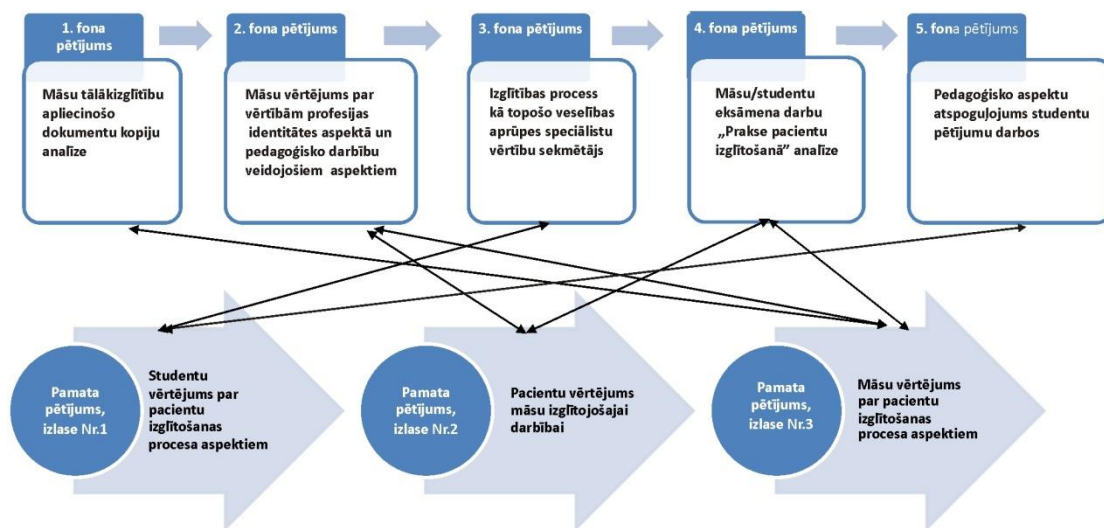
Kopējais respondentu skaits fona pētījumos (n – 350).

Kopējais analizēto dokumentu skaits (n – 405), apskatītas (n – 5843) epizodes.

Nosakot pamatpētījuma robežas, tiek pielietotas kvantitatīvās datu ieguves metodes. Lai daudzpusīgi analizētu pedagoģiskā procesa aspektus: tā realizācijā izmantotās metodes, līdzekļus un to pielietojumu ietekmējošos faktorus, komunikatīvo procesu, tiek anketētas trīs pētījuma dalībnieku grupas, kas ļauj veikt daļēju iegūto pētījuma rezultātu salīdzinājumu vairākās izlasēs.

- 2013/14. gads (n – 498) – praktizējošas māsas,
- 2014. gads (n – 245) – noslēdzošā kursa studenti, topošās māsas,
- 2013. gads (n – 407) – Latvijas iedzīvotāji/pacienti.

Kopējais respondentu skaits pamatpētījumā (n – 1150).



1.shēma. Fona un pamata pētījumu savstarpējo saistību atspoguļojums

- Lai iegūtu Latvijas praktizējošo māsu viedokli, tika izmantota anketēšana, kur papildu pieejamības jeb ērtuma izlasei tika izmantota „sniega pikas” metode. Slimību profilakses un kontroles centra dati (2013) uzrāda, ka Ārstniecības personu/ praktizējošo māsu ģenerālkopas lielums ir 8094, summējot medicīnas māsas, kuras strādā Veselības ministrijas sistēmā, pašvaldības sistēmā un privātās iestādēs. Esošais māsu respondentu daudzums 498 ir atbilstošs, lai raksturotu ģenerālo kopu.
- Latvijas iedzīvotāju/pacientu viedokļa par māsu prakses komunikatīvajiem un pacientu izglītošanas aspektiem pētījuma veikšanai tika izraudzīta pieejamības jeb ērtuma izlase, kurā tika iekļauti brīvprātīgie respondenti (elektroniska anketa), kuri bija gatavi piedalīties pētījumā, bija viegli pieejami un atzina, ka ir pieredze kā pacientam gan PVAC, gan SVAC. Lai gan pētījumam atsaukusies pieejamības izlase neprezentē ģenerālo kopu, (pēc Centrālās statistikas datu bāzes ziņām 2013. gadā valstī 2,013 miljoni iedzīvotāju), tomēr iegūtie rezultāti parāda tendences, kas raksturo grupas viedokli.
- Studiju programmas Māszinības specialitātē *Māsa* pārstāvēja Latvijā akreditētās mācību iestādes (RSU, RSU Liepājas filiāle, Rīgas SKK, LU RMK, LU P.Stradiņa medicīnas koledža) pēdējo kursu studenti.

Promocijas darba izstrādes posmi

Pirmsdoktorantūras posms. Līdz 2011. gadam – sadarbība ar studentiem un pacientiem, vadot Liepājas medicīnas koledžas/RSU Liepājas filiāles studentu teorētiskās un praktiskās nodarbības klīniskajā aprūpē. Pētījuma aktualitātes apzināšana, darbojoties ESF fonda aktivitātes: programmas „Cilvēkresursi un nodarbinātība” papildinājuma 1.3.2.3. aktivitātes „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana” projekta „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai” realizācijā. Apzināts potenciālā pētījuma fokuss.

1. posms : 2011. gada septembris – 2012. gada jūlijs

Pamatojoties uz pirmsdoktorantūrā izvirzīto promocijas darba virzienu, tiek aktualizēta pētījuma problēma, noteiktas zinātniskās kategorijas, izstrādāta pētījuma stratēģija un dizains, veikta teorētiskās bāzes atlase un analīze, apzināta pedagoģiskā procesa paradigma. Balstoties uz tiesiskās un normatīvās bāzes analīzi, tiek veikti fona pētījumi, kuros:

- izvērtēti ESF fonda izglītības aktivitātē iesaistījušos māsu piecu gadu (2004./05. gada līdz 2009./10. gadam) iesniegto pēcdiploma izglītības dokumentu kopiju analīze kvalitatīvajā pētījumā, lai identificētu apmeklēto kursu apjomu pedagoģijā un saskarsmē;
- analizēti māsu tālākizglītības kursu izvēli noteicošie faktori;
- izveidota aptaujas anketa un veikts kvantitatīvs pētījums praktizējošām māsām par profesionālās identitātes aspektiem un pedagoģiskās pieejas ietvaros izmantotām izglītošanas metodēm pacientiem;
- izveidota aptaujas anketa studentiem un veikts kvantitatīvs pētījums, kurā apzināts studentu viedoklis par māsu profesionālajām vērtībām.

2. posms : 2012. gada septembris – 2014. gada jūlijs

Otrā perioda ietvarā tiek aktualizēta teorētiskā bāze, to papildinot ar jaunu pētījumu un literatūras avotu atziņām, veikti fona pētījumi:

- māsu/studentu, kuras formālās izglītības ietvarā paaugstina kvalifikācijas līmeni no vidējā profesionālā izglītības līmeņa (ISCED 3. līmenis) uz koledžas izglītības līmeni (ISCED 4. līmenis), prakses dienasgrāmatās veikta kontentanalīze, identificējot pacientu izglītošanas metodes un līdzekļus – kvalitatīvs pētījums;

- veikta studiju programmas Māsinības specialitāte *Māsa* studentu kvalifikācijas un bakalauru darbu, kuru tematika ir sabiedrības izglītošana, kontentanalīze, nosakot darbos analizēto pedagoģijas aspektu (izglītošanas metodes, veidi) tendences – kvalitatīvs pētījums.

Tiek organizēts darbs, lai realizētu izstrādāto pamata pētījuma stratēģiju un iegūtu paredzēto trīs izlašu (pacienti, studenti, praktizējošās māsas) viedokļus, izmantojot kvantitatīvo datu ieguves metodi:

- izstrādāta aptaujas anketa, noskaidrots pacientu vērtējums par māsu prakses komunikatīviem un pacientu izglītošanas procesa aspektiem primārajās (ambulatorais etaps, PVAC) un sekundārajās (stacionāri, SVAC) veselības aprūpes iestādēs, veikta datu apstrāde (2013);
- izstrādāts pētījuma instruments (aptaujas anketa) māsām, lai noskaidrotu viedokli par pacientu izglītošanas procesa komponentiem un tā realizāciju ietekmējošiem faktoriem, uzsākts pētījums;
- izstrādāts pamatpētījuma instruments (aptaujas anketa) trešajai, respondentu grupai – Latvijas akreditēto mācību iestāžu, kuras realizē Māsinību studiju programmu specialitāte *Māsa*, pēdējo kursu studentu anketēšanai, lai iegūtu studentu pašreizējās pieredzes vērtējumu par pacientu izglītošanas procesu. Veikta datu ieguve un apstrāde.

3. posms : 2014. gada septembris – 2015. gada maijs

Tiek veikta teorētiskās daļas strukturēšana, nozīmīgāko teorētisko atziņu aktualizācija un pamatpētījuma praktiskās daļas realizācija, organizēta papildus kvantitatīva datu ieguve pamatpētījuma respondentu grupai, praktizējošajām māsām.

Izstrādāts teorētiskās koncepcijas atziņu pirmvariants, atklājot *Profesionāli lietpratīgas pacientu izglītošanas* kopsakarību skaidrojumu, kas tiek aprobēts pedagoģiskajā praksē. Aprobācijas rezultātā tiek izvirzīti papildus nosacījumi teorētiskās koncepcijas pilnīgošanai.

4. posms : 2015. gada maijs – 2016. gada augusts

Pētījuma ceturtajā posmā veikta pamatpētījumā iegūto kvantitatīvo datu rezultātu analīze, interpretācija, izstrādāti secinājumi. Balstoties uz zinātniskās literatūras avotu teorētiskajām atziņām, fona un pamata pētījumos iegūtiem rezultātiem, kā arī ņemot vērā promocijas darba izstrādes 3. posma aprobācijā un analīzē gūto pieredzi, teorētiskā koncepcija tiek pilnveidota, definējot jēdzienu *Profesionāli lietpratīga pacientu*

izglītošana un shematiski atspoguļojot *Māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijšakarības*, kuras raksturo izglītojošās darbības nozīmīgus komponentus, to saistību pacientu izglītošanas procesā, lai nodrošinātu produktīvu sadarbību attiecību sistēmā māsa – pacients un sasniegtu izvirzīto pedagoģisko mērķi. Teorētiskās koncepcijas atziņas tiek aprobētas promocijas darba autores pedagoģiskajā praksē RSU Liepājas filiālē klīniskās aprūpes lekcijās, kā arī profesionālās tālākizglītībasursos starpnozaru speciālistiem.

Pētījuma zinātniskā novitāte

- Izpētīta māsu profesionāli lietpratīgas pacientu izglītošanas būtība un raksturoti to ietekmējošie faktori.
- Atklāti veidojošie komponenti un definēta *profesionāli lietpratīga pacientu izglītošana*.
- Teorētiski un empīriski pamatotas *māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijšakarības*.

Pētījuma praktiskā nozīmība

- Diagnosticētas māsu profesionālo identitāti veidojošās un ietekmējošās vērtības, kas aktualizējamās *Pedagoģijas* kursa programmā topošo speciālistu izglītošanā.
- Konstatētas māsas pedagoģiskās darbības ietekmes izpausmes pacientu izglītošanas procesā.
- Identificētas raksturīgākās kļūdas pacientu izglītošanas procesā, kuru novēršanu sekmētu autores piedāvāto *māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijšakarību* integrācija formālā un profesionālajā tālākizglītībā.

Promocijas darba struktūra

Promocijas darba struktūru veido ievads, 2 daļas, secinājumi, ieteikumi, izmantotās literatūras avotu saraksts un 19 pielikumi. Darba gaitā analizēti 256 avoti latviešu, angļu un krievu valodā. Teorētisko un praktisko atziņu rezultāti atspoguļoti 33 tabulās, 45 attēlos, 1 shēmā. Promocijas darba apjoms 163 lapaspuses.

Darba ievadā pamatota tēmas aktualitāte, raksturots pētījuma konteksts, noteikts pētījuma mērķis, pētījuma objekts un priekšmets, sniegta informācija par pētījuma

posmiem, robežām un bāzi. Noteikta pētījuma zinātniskā novitāte un praktiskā nozīmība, izvirzītas tēzes aizstāvēšanai. Atspoguļota pētījumu rezultātu aprobācija.

Promocijas darba pirmo daļu veido 3 nodaļas, kurās analizēti pacientu izglītošanas procesa aspekti. *Pirmajā nodaļā* atspoguļota tiesiskā un normatīvā bāze, kurā izvērtēti Eiropas Parlamenta un Padomes, Latvijas valsts dokumenti, kuros veselības aprūpes kontekstā ir raksturots māsu profesionālais ieguldījums un profesionālo darbību regulējošie dokumenti.

Otrajā nodaļā daudzpusīgi apskatīts pacientu izglītošanas process, tā būtība, norādīti to ietekmējošie faktori, kuru klātbūtne var nodrošināt vai kavēt izglītošanas procesa realizāciju. Faktoru nepietiekama novērtēšana un/vai novēršana vēlamā rezultāta vietā var veidot pacientiem situācijas neizpratni, kas sekundāri var ietekmēt pacientu laika resursus veselības atgūšanai vai profilaksei, kā arī radīt emocionālus, finansiālus vai veselības potenciāla zaudējumus.

Trešajā nodaļā teorētisko avotu analizē pamatota profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā, kuras īstenošanā liela nozīme ir māsu metakognitīvo resursu kapacitātei, kas veicina autonomu un racionālu lēmumu pieņemšanu pacienta interesēs.

Otro daļu veido 2 nodaļas un 8 apakšnodaļas, kurās atspoguļots pacientu izglītošanas darbības izvērtējums profesionālās lietpratības kontekstā. Tiek atspoguļoti māsu, studentu, topošo absolventu un pacientu viedokļi par pacientu izglītošanas aspektiem.

Pirmās nodaļas piecās apakšnodaļās apkopoti daudzveidīgi fona pētījumu rezultāti praktizējošo māsu un studentu izlasēs, kuri sniedz liela apjoma datu kopumu, atklājot starppersonu mijiedarbības un pedagoģiskā procesa realizāciju un dažu aspektu trūkumus, kā arī formālās un neformālās māsu izglītības komponentu analīzi. Iegūtie secinājumi ir noderīgi promocijas darba turpmākās koncepcijas konstruēšanā.

Otrās nodaļas trīs apakšnodaļās analizēta māsu profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā trīs respondentu grupu vērtējumā, kas norāda uz sasniegto līmeni.

Pirmajā apakšnodaļā analizēts studentu viedoklis par pacientu izglītošanas aspektiem un iegūtie rezultāti atspoguļo izlases pašreizējo profesionālo attīstības pakāpi. Studentu vērtējums pacientu izglītošanas procesam ir pozitīvāks kā praktizējošajām māsām.

Otrajā apakšnodaļā atspoguļoti pacientu vērtējumu rezultāti par saņemto izglītošanas procesu gan PVAC, gan SVAC. Vērtējumi ir neviennozīmīgi, daudzi no respondentiem izvēlas neitrālu vērtējumu, kas iespējami saistīts gan ar pozitīvu vai negatīvu pieredzi. Iegūtie rezultāti norāda uz nepieciešamību aktualizēt formālā un

profesionālās tālākizglītības procesā komunikatīvās pieejas nozīmi, kā arī pacientu izglītošanas procesa daudzfaktoru svarīgumu.

Trešajā apakšnodaļā veikta māsu iegūto viedokļu analīze par pacientu izglītošanas procesu, kurā iegūtie vērtējumi liecina gan par izglītošanas līdzekļu un darba faktoru negatīvu ietekmi uz procesa realizāciju, gan tendenci, pieaugot darba stāžam, būt vairāk pārliecinātākām par pacientu izglītošanas procesa realizācijas kvalitāti.

Pamatojoties uz zinātniskajos avotos gūtajām atziņām un empīriskajā pētījuma rezultātiem, tiek apkopoti secinājumi un izveidoti ieteikumi studiju kursa *Pedagoģija* realizācijas optimizēšanai.

Pētījumu rezultātu aprobācija

Pētījuma gaitā gūtās atziņas apspriestas Liepājas Universitātes Pedagoģijas un sociālā darba fakultātes organizētajos semināros (2011. – 2015.). Zinātniski pētnieciskā darba rezultāti atspoguļoti 8 starptautiskas nozīmes publikācijās:

1. Bēta, G. Līdaka, A. (2015). Pacientu izglītošanas aspekti māszinību kursa abiturientu vērtējumā. Rēzeknes Augstskola: *Starptautiskā zinātniskā konference SABIEDRĪBA, INTEGRĀCIJA, IZGLĪTĪBA materiāli. I sējums*. 465. – 475. lpp. ISSN 1691-5887. journals.ru.lv/index.php/SIE/article/download/470/522

2. Bēta, G. Līdaka, A. (2015.). The aspect of proficiency in the theoretical overview of pedagogical practice of nurses. *International Conference on New Horizons in Education*, Parīze, Francija. ISSN : 2146-7358; *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 174 pp. 1957 – 1965.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815009131#>

3. Bēta, G. Līdaka, A. (2014). Māsu profesionāli pedagoģiskās prasmes pacientu vērtējumā. Liepāja: *LiePu zinātniskais rakstu krājums*, 17. – 29. lpp. ISSN 1407-9143

4. Bēta, G. (2014). Patient Education – Relevance in Nursing Education and Practice. *Science and Education Publishing (SciEP)*, USA Vol. 2., No. 7, pp. 441. – 446.

<http://pubs.sciepub.com/education/2/7/2/education-2-7-2.pdf> ISSN 2327-6150; International Teacher Conference – ITEC 2014, Dubaija *Proceedings Book* pp.1000-1009. <http://ite-c.net/publications/itec2014.pdf>

5. Bēta, G. (2013). Pedagogical Proficiency of a Nurse as a Contributing Factor in Patients' Education. International Conference on New Horizons in Education, Italia, Roma, *Proceedings Book Volume 2*; pp 1763-1771. ISSN 2146-7358 <http://www.inte.net/publications/inte2013v2.pdf>; *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, Volume 106 pp. 2028. – 2036. ISSN : 1877-0428

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813048544>

<http://www.readcube.com/articles/10.1016/j.sbspro.2013.12.231>

6. Bēta, G. (2013). Māsa kā sabiedrības veselības politikas īstenošanas loceklis. *Starptautiskā zinātniskā konference SABIEDRĪBA, INTEGRĀCIJA, IZGLĪTĪBA materiāli. II sējums*. Rēzekne : Rēzeknes Augstskola, 529. – 540. lpp. ISSN 1691-5887 THOMSON REUTERS datu bāzes resurss, *pievienošanas nr: WOS:000327802400046*

7. Бета, Г. (2012). Аспекты неформального образования в оценке практикующих медсестер. Международная научная конференция – Концепции и стратегии непрерывного образования в международном контексте. *Сборник материалов международного форума I. Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования*, Санкт-Петербург, 127. – 131. стр. ISBN 978-5-7434-06114-5

7. Bēta, G. (2012). Māsu profesionālās identitātes aspekti. Rēzekne, *Starptautiskā zinātniskā konference SABIEDRĪBA, INTEGRĀCIJA, IZGLĪTĪBA materiāli. I sējums*. Rēzeknes Augstskola : 228. – 237. lpp. ISSN 1691-5887. journals.ru.lv/index.php/SIE/article/download/44/42; THOMSON REUTERS datu bāzes resurss, *pievienošanas nr: WOS:00316768800022*

Zinātniski pētnieciskā darba konteksts atspoguļots 2 starptautiskās un 3 vietējās nozīmes konferenču tēzēs:

1. Bēta G. (2015). Metakognitīvie aspekti māsziņu studentu izglītošanas procesa kontekstā. Rīga : *Rīgas Stradiņu universitāte, 14. Zinātniskās Konferences tēžu krājums*, 26. – 27. 03. 427. lpp

http://www.rsu.lv/images/stories/zk2015/metakognitivie_aspekti_maszinibu_studenti.pdf

2. Bēta G., Deimante – Hartmane, D., Berloviene, D. (2015). Paaudžu sadarbība Eiropas sabiedrības novecošanās kontekstā. Tēzes. Rīga: *Rīgas Stradiņu universitāte, 14. Zinātniskās Konferences tēžu krājums 26.-27.03.* 5 lpp.

http://www.rsu.lv/images/stories/zk2015/paaudzu_sadarbiba_sabiedribas_novecosanas_konteksta.pdf

3. Bēta, G. (2014). Pacientu izglītošanas paradigmas māsu praksē. Rīga : *Rīgas Stradiņu universitāte, 13. Zinātniskās Konferences tēžu krājums*, 10. – 11. 04.472. lpp. http://www.rsu.lv/images/stories/zk2014/Pacientu_izglitosanas_paradigmas.pdf

4. Bēta, G. Ēriksone, L. (2014). Patient Education Aspects in Practice Guidelines and in Reality. *Starptautiskās māsu pētniecības konferences tēzes*. Glazgova, Skotija. www.rcn.org.uk/___.../Research_Conference_Handbook_2.

5. Bēta, G. (2012). Process of Nursing Education as a Promoter of Values of Nurses. *Eiropas Māsu izglītotāju federācijas (FINE) starptautiskās konferences tēžu kopsavilkums*. Cardifa, Velsa.

Ar pētnieciskā darba rezultātiem autore referējusi 9 starptautiskajās konferencēs un 1 zinātniskās izglītības programmā:

1. „Nurses pedagogical activity as a component of the professional proficiency of health care process”. Francija : Eiropas Māsu zinātnes Akadēmija - European Academy of Nursing Science (EANS) doktorantu vasaras skola. 30.06. – 11. 07, 2014. <http://www.european-academy-of-nursing-science.com/activities/summer-schools>

2. „The aspect of proficiency in the theoretical overview of pedagogical practice of nurses”. Parīze : Starptautiskā konference - Jaunie horizonti izglītībā (INTE 2014) International Conference on New Horizons in Education, June 25. – 27., 2014.

3. „Patient Education Aspects in Practice Guidelines and in Reality”. Glazgova : Lielbritānijas Māsu organizācijas RCN (Royal College of Nursing of the UK) Starptautiskā māsu pētniecības konference, 2. – 4. aprīlis, 2014.

4. „Patient Education – Relevance in Nursing Education and Practice”. Dubaija: Starptautiskā skolotāju izglītotāju konference ITEC, 5. – 7. 02., 2014.

5. „Māsu profesionāli pedagoģiskās prasmes pacientu vērtējumā”. Liepājas Universitātes izglītības zinātņu institūts 7. Starptautiskā konference - Pedagoģija: teorija un prakse. Liepāja, 10. – 12. oktobris, 2013.

6. „Pedagogical Proficiency of a Nurse as a Contributing Factor in Patients' Education”. 4th International Conference on New Horizons in Education (INTE 2013), Itālija, Roma, June, 25. – 27., 2013.

7. „Māsa kā sabiedrības veselības politikas īstenošanas loceklis”. Starptautiski zinātniskā konference SABIEDRĪBA, INTEGRĀCIJA, IZGLĪTĪBA Rēzeknes Augstskola, 24. – 25. maijs, 2013.

8. „Process of Nursing Education as a Promoter of Values of Nurses”. Eiropas Māsu izglītotāju federācijas (FINE) konference. Cardifa, Velsa, 3. – 5. oktobris, 2012.

9. „Аспекты неформального образования в оценке практикующих медсестёр”. Sanktpēterburgas pedagoģiskās pēcdiploma izglītības akadēmija. Sanktpēterburga, 12.09. – 15.septembris, 2012.

10. „Māsu profesionālās identitātes aspekti”. Rēzeknes augstskolas Starptautiski zinātniskā konference, 25. – 26. maijs, 2012.

Par pētnieciskā darba rezultātiem ziņots ar 13 referātiem republikas nozīmes konferencēs, kongresos:

1. „Pētniecība kā attīstības instruments veselības aprūpē”. Zinātniskā konference “Pētniecības aktualitātes veselības aprūpē I”, Liepājas reģionālā slimnīca. Liepāja, 5. jūnijs 2015.

2. „Pedagoģiskās darbības aspekti māsu praksē”. Zinātniski praktiskā konference „Izcila izglītība – mūsdienīga prakse” RSU Medicīnas tehnoloģiju centrs. Rīga, 7. maijs 2015.

3. „Pacientu izglītošanas procesa konceptuālais modelis un potenciālo faktoru ietekme tā realizācijā”. Liepājas Universitātes izglītības zinātņu institūts 6. konference „Izglītības kvalitātes dimensijas zināšanu sabiedrībā”. Liepāja, 24. aprīlis 2015.

4. „Metakognitīvie aspekti māszinību studentu izglītošanas procesa kontekstā”. RSU zinātniskā konference 26.-27.03.2015., Rīga

5. „Profesionālā socializācija – pedagoģiskās lietpratības veicinātāja”. 9. sociālā darba konference *SOCIĀLĀ DARBA AKTUALITĀTES.13. 02. 2015., Liepāja*

6. „Pacientu izglītošanas stratēģijas māsu praksē”. Rīgas Stradiņa universitātes Māszinību fakultātes 20 gadu jubilejas konferencē. Rīga, 30. maijā, 2014.

7. „Pacientu izglītošanas paradigmas māsu praksē”. Rīgas Stradiņa Universitātes 13. zinātniskā konferencē. Rīga, 10. – 11. aprīlis, 2014.

8. „Atgriezeniskās saites nozīme darbā ar klientu”. Liepājas Universitātes izglītības zinātņu institūts 8. sociālā darba konference „Sociālā darba aktualitātes”, Liepāja, 15. februāris, 2013.

9. „Pacientu izglītošana māsu prakses vadlīnijās un realitātē”. Latvijas Māsu asociācijas Bērnu aprūpes māsu apvienības rīkotā konference BKUS. Rīga, 7. novembris, 2013.

10. „Māsu izglītojošā darba metodes”. Trešais Latvijas māsu, vecmāšu un ārstu palīgu kongress. Rīga, 18. – 20. septembris, 2013.

11. „Māsu kā izglītības aģentu darba metodes”. Liepājas Universitātes izglītības zinātņu institūts 5. konference „Izglītības kvalitātes dimensijas zināšanu sabiedrībā”. Liepāja, 19. aprīlis 2013.

12. „Māsa kā izglītošanas un socializācijas aģents sabiedrībā”. Liepājas Universitātes izglītības zinātņu institūts 7. sociālā darba konference „Sociālā darba aktualitātes”, Liepāja, 15. februāris, 2013.

13. „Vērtībizglītības nozīme māsu profesijā”. Liepājas Universitātes izglītības zinātņu institūts 4. zinātniskā konference „Izglītības kvalitātes dimensijas zināšanu sabiedrībā”. Liepāja, 19. aprīlis 2012.

Zinātniski pētnieciskā darba kontekstā prezentēts 1 referāts zinātniskajā forumā, 1 starpdisciplinārā konferencē:

1. „Māsu profesionālais ieguldījums pacienta drošumspējas veicināšanā”. Latvijas Māsu asociācijas starpdisciplinārā izbraukuma konference Liepājas reģionālā slimnīcā. Liepāja, 23. oktobris 2015.

2. „Veselības aprūpes darbinieka loma sabiedrības drošumspējas veicināšanā”. RSU Liepājas filiāles zinātniskais forums, Liepāja 16. oktobris 2015.

Zinātniski pētnieciskā darba konteksts atspoguļots 2 stenda referātos:

1. „Paaudžu sadarbība Eiropas sabiedrības novecošanās kontekstā”. Bēta, G., Deimante-Hartmane D., Berloviene. Rīga : RSU zinātniskā konference 26.-27.03. 2015.

2. „Future health care specialists' opinion on aging processes”. G. Beta, D. Berloviene, D. Deimante – Hartmane., L. Atvara FINE konference Nansy, 24.-26.09. 2014. FINE https://www.google.lv/?gws_rd=ssl#q=Future+health+care+specialists%E2%80%99opinion+on+aging+processes.+PDF

Darba autore iesaistījusies 2 projektos, kuru tematiskais spektrs atbilst promocijas darba kontekstam:

1. Dalība projektā (2013.-2016.) ERASMUS projekts European Later Life Active Network (ELLAN) 539547-LLP-1-2013-1-FI-ERASMUS-ENW realizācija Latvijā.

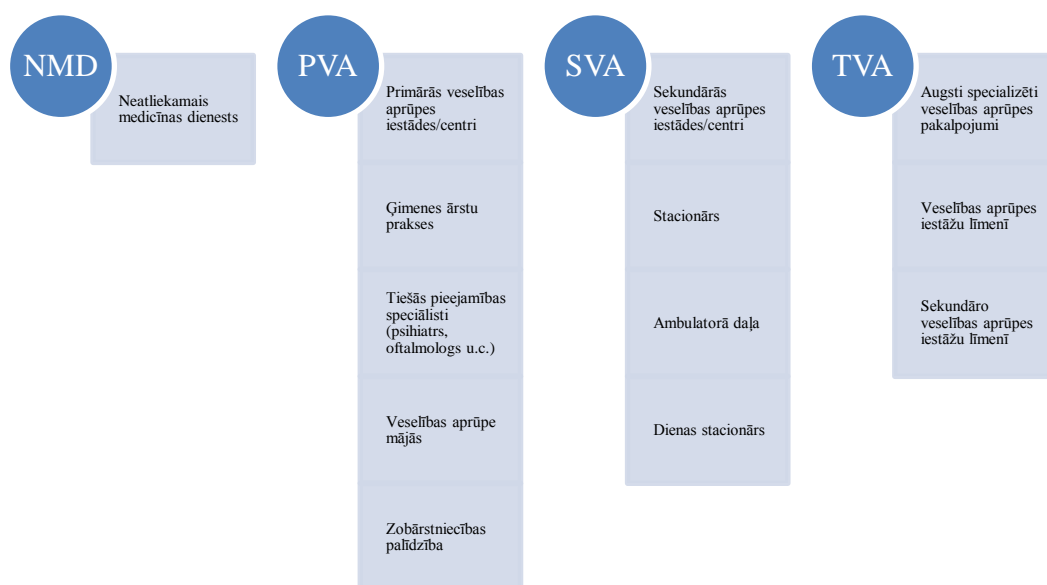
2. Dalība projektā ESF fonda aktivitātes: programmas „Cilvēkresursi un nodarbinātība” papildinājuma 1.3.2.3. aktivitātes „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana” projekta „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai”. Projekta MPIC_ESF-2009/2014 01-17.12/105

1. PACIENTU IZGLĪTOŠANAS PROCESS VESELĪBAS APRŪPĒ

1.1. Tiesiskā un normatīvā bāze māsu profesionālās darbības īstenošanai

No 1996. gada, kad, mainoties Latvijas valsts veselības aprūpes prioritātēm, kā nozīmīgākā tika nominēta primārā veselības aprūpe, kas ir vērsta uz sabiedrības profilaksi visu vecumu un dzimumu indivīdiem. Pakāpeniski attīstot veselības aprūpes infrastruktūru, veselības aprūpes pakalpojumu sistēmu, arī māsu darbība ir atzīmējama kā nozīmīga veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā.

Veselības pakalpojumi valsts iedzīvotājiem tiek organizēti un nodrošināti dažādos līmeņos, balstoties uz 2013. gada 17. decembra MK noteikumiem Nr. 1529, (skatīt 1.attēlu). Māsu pārsvarā ir nodarbinātas kā veselības pakalpojumu nodrošinājuma sniedzējas primārajā, sekundārajā vai terciārajā aprūpē, pārsvarā kā darba ņēmējas, bet ekonomiskās sistēmas pārmaiņu kontekstā arī kā pašnodarbinātas personas.



1. attēls. Latvijas veselības aprūpes nodrošinājums

Valsts veselības aprūpes sistēmas attīstības virzība ir noteikta valsts stratēģiskajos dokumentos, ievērojot Eiropas Parlamenta Padomes regulas projekta programmas „Veselība un izaugsme pilsoņiem” 2014.–2020. gadam nosacījumus, veselību veicinošās jomās, kas ietver slimību profilaksi un veselības aizsardzības izmaksas. Starp uzskaitītajiem mērķiem un apakšmērķiem pacientu un sabiedrības izglītošanas kontekstā īpaši nozīmīgie atspoguļoti tabulā (skatīt 1. tabulu), uz ko arī ir balstīta Latvijas valsts veselības aprūpes sistēma un novērtējuma kārtība. Mērķu realizācija attiecas uz visu veselības aprūpē iesaistīto personālu, tai skaitā māsām, kas visvairāk ir tiešā saskarē ar

pacientiem un ir vienas no nozīmīgākām veselības aprūpes politikas īstenošanā, sniedzot informāciju un izglītojot par slimību profilaksi, veselības saglabāšanu un uzturēšanu.

1. tabula. ES daudzgadu rīcības programmas mērķi veselības aprūpes jomā

| | |
|--|---|
| EIROPAS PARLAMENTA UN PADOMES REGULA programmai “Veselība un <i>izaugsme pilsoņiem</i> ” — ES daudzgadu rīcības programma veselības aizsardzības jomā 2014.–2020. gadam projekts (COM(2011)0709 – C7-0399/2011 – 2011/0339(COD)) | |
| 2. mērķis | Uzlabot pilsoņiem piekļuvi labākas kvalitātes un drošākiem veselības aprūpes pakalpojumiem. (<i>Nacionālais veselības dienests: NMP, PVA, SVA, TVA</i>) |
| 2.3. mērķis | Kvalitāte un drošība — nostiprināt sadarbību pacientu aprūpes drošības un kvalitātes jomā, palielinot informācijas pieejamību pacientiem,..... uzlabot veselības aprūpes nodrošinātāju un pacientu atgriezenisko saiti un mijiedarbību. |
| 3. mērķis | Veicināt veselības aprūpi un novērst slimības |

Sabiedrības un pacientu izglītošana ir pamatota likumdošanas aktos, ņemot vērā valsts kultūras, sociālo un ekonomisko faktoru attīstību. Veselības aprūpes sistēmas reformas tiek attīstītas, lai pēc iespējas pilnīgāk kalpotu pacientu vajadzībām, nodrošinot vispusīgu aprūpi ne tikai pacientiem, bet mūsdienīgus darba apstākļus arī aprūpes personālam. Individuālo veselības saglabāšanu vai profilaksi lielā mērā atkarīga no sabiedrības locekļu izglītības līmeņa veselības zinību jomā. Šo zināšanu attīstība aplūkojama Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģijas „Latvija 2030” kontekstā, kas veselības aprūpē definē ilgtermiņa ieguldījumus cilvēkkapitālā, kā ilgtspējas kritērijus nosakot veselības pakalpojumu kvalitātes un pieejamības nodrošināšanu, lai panāktu Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanu.

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017. gadam izvirza vairākus sabiedrības veselības politikas pamatprincipus, kuros ir noteikti veselības aprūpes un tajā iesaistīto darbinieku profesionālās pilnveides attīstības virzieni:

- ikkatra iedzīvotāja nodrošināšana ar vispusīgu informāciju gan profilaksē, diagnostikā, ārstniecībā, gan rehabilitācijā, šādi veicinot motivāciju veikt preventīvus un veselības situācijai atbilstošus pasākumus;
- kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana, stiprinot primāro veselības aprūpi, un mazinot pacientu uzturēšanos slimnīcā.

Latvijas valsts dokumentos atzīmēto nozīmīgo principu realizācijā veselības veicināšanā (skatīt 2. tabulu), ir iesaistītas māsas kā dažādu izglītības līmeņu (3. vai 4. profesionālais kvalifikācijas līmenis, kā arī māsas ar bakalaura vai maģistra grādu), speciālisti, kuras ir apguvušas profesionālajai darbībai atbilstošas kompetences, lai iesaistītos gan individuālā, gan komandas darbībā. Nereti ģimenes ārstu praksēs viņas pilda sekretāres pienākumus, strādājot kopā ar ārstu vienā telpā, kas daļēji ierobežo māsas

iespējas pilnvērtīgi pildīt MK noteikumos definētos uzdevumus, izglītot pacientus, viņu piederīgos veselības veicināšanas un veselības aprūpes jomā, sniegt informāciju par riska faktoriem un piedalīties pacientu veselības aprūpes un sociālo jautājumu koordinēšanā.

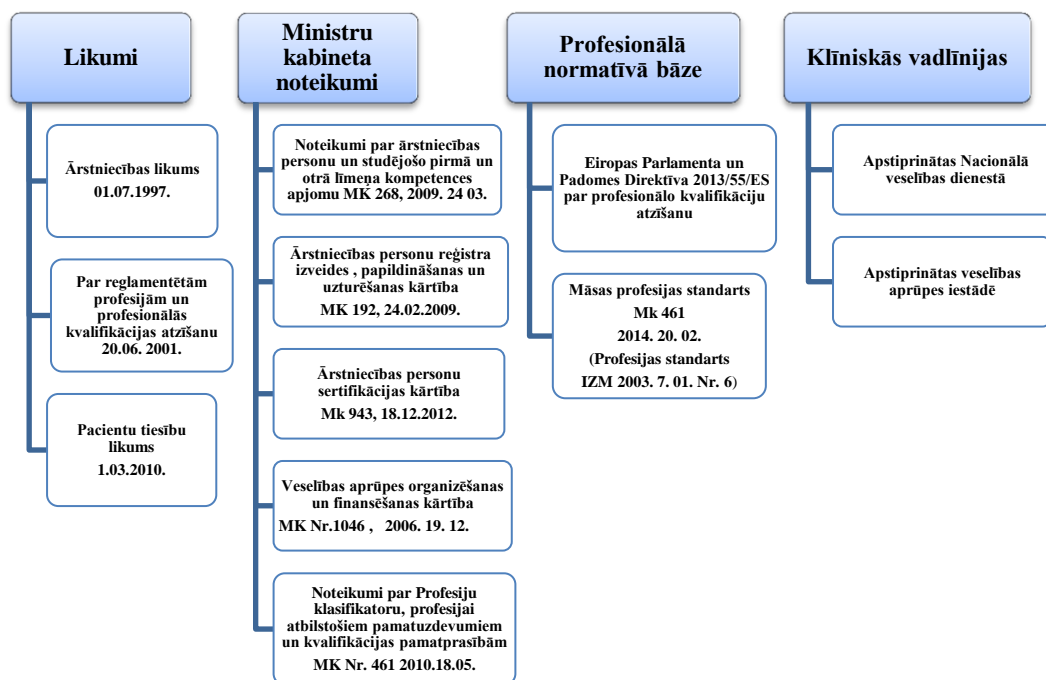
2. tabula. Latvijas ilgtermiņa attīstības un rīcības virzieni veselības aprūpes jomā

| <p>Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam MK Nr. 504 2011. 5.10</p> | <p>Latvijas Nacionālās attīstības plāns 2014. – 2020. Pieņemts: 20.12.2012.</p> | <p>Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija 2030. Akceptēta: 10.06.2010</p> |
|---|---|---|
| <p>Sabiedrības veselības politikas pamatprincipi.</p> <p>Cilvēks veselības aprūpes centrā – sabiedrības veselības politika tiek īstenota, izvirzot cilvēku kā galveno personu profilaksē, diagnostikā, ārstniecībā, rehabilitācijā, nodrošinot ar vispusīgu informāciju un veicinot cilvēka motivāciju.</p> <p>Līdzdalība - indivīda atbildības paaugstināšana par savas veselības saglabāšanu un uzlabošanu.</p> | <p><i>Cilvēka drošumspēja.</i></p> <p>(34) Vesels un darbaspējīgs cilvēks ilgtspējīgas Latvijas attīstības pamatā....., par savu veselību, pirmkārt, atbildīgi paši.</p> <p>(36) ...veselības veicināšana un profilakses pasākumi.</p> <p>(37) Pastiprinās ģimenes ārstu loma slimību profilaksē un uzraudzībā.</p> <p><i>Kompetenču attīstība.</i></p> <p>(275) valodu prasmes, informācijas un komunikācijas tehnoloģiju pārzināšana un to lietošanas prasmes, saziņas un sadarbības prasmes, ... spēja kritiski domāt, ... , novērtēt riskus un rast tiem risinājumus.</p> <p>(297) profesionālajā izglītībā, mācību metodisko līdzekļu, t.sk. digitālo, izstrāde un aprobācija.</p> | <p>(64) Saglabāt cilvēkkapitāla (<i>garīgā, fiziskā veselība</i>) bāzes vērtību, investējot izglītībā, veselības aprūpē, profesionālā sagatavotībā, kas cilvēkus padara ekonomiski ražīgākus un emocionāli bagātākus.</p> <p><i>Veselības un sociālo pakalpojumu pieejamība un kvalitāte.</i></p> <p>(78) Veselīga dzīves veida popularizēšana visās paaudzēs, sakarā ar paredzamo sabiedrības novecošanos, pilnveidot geriatrisko aprūpi.</p> <p>(131) Izglītība kā cilvēku talantu, emocionālās un sociālās inteliģences un personības attīstības process.</p> |

Sabiedrības veselības pamatnostādņu pamatojumā 2011.– 2017. gadam atzīmēts, ka salīdzinoši Latvijas iedzīvotāju rūpes par savas veselības saglabāšanu pakāpeniski pieaug, tomēr tās nav pietiekamas, kas norāda uz veselības aprūpes darbinieku, arī māsu, iespējamo darbības sfēras aktualizāciju. Gan „*Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2011.–2017.gadam*”, gan „*Latvijas Nacionālās attīstības plānā 2014.–2020. gadam*” un „*Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģijā 2030. gadam*”, definēts indivīda līdzatbildības termins, kas ietver veselības kā vērtības izpratnes paaugstināšanu personīgajā, pacientu un valsts mērogā. Otrs būtiskākais valsts politikas dokumentu aspekts veselības jomā ir

ikkatra iedzīvotāja nodrošināšana ar vispusīgu informāciju profilaksē, diagnostikā, ārstniecībā, rehabilitācijā, izglītojot un veicinot sabiedrības locekļu motivāciju veikt preventīvus un veselības situācijai atbilstošus pasākumus.

Māsu profesionālas kompetences, kas vienlaicīgi atbilst sabiedrības gaidām saistībā ar profesionālo prasmju pielietojumu, nosaka Latvijas likumdošana, Ministru kabineta noteikumi un Eiropas Parlamenta padomes direktīvas (skatīt 2. attēlu).



2. attēls. Māsu profesionālo darbību reglamentējošie dokumenti

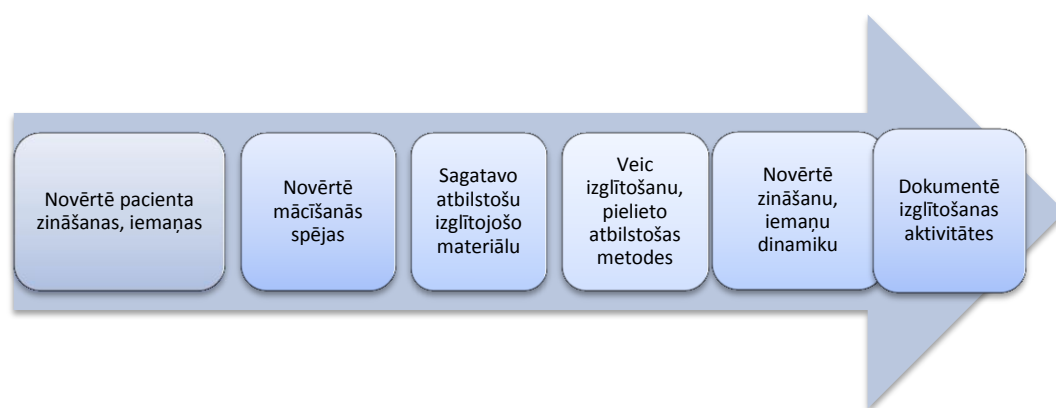
2010. gadā MK tiek pieņemts lēmums par otras māsas pieņemšanu ģimenes ārstu praksē, lai vispusīgi tiktu veikta pacientu izglītošana, preventīvi samazinot saslimšanu radītās potenciālās komplikācijas. Ņemot vērā MK noteikumos paredzētās māsu darba funkcijas, māasai sevi ir jāapliecina kā zinošai un kvalificētai profesionālei, kuras ieguldījumu pacientu aprūpē un izglītošanā respektē apmeklētāji, pacienti un kolēģi, atpazīstot māsu kā katras minētās grupas sabiedroto.

Pacientu izglītošana ir Vispārēju cilvēktiesību deklarācijas 25. panta un 29. panta, Pacientu tiesību likuma 4. panta „Tiesības uz informāciju”, profesionāli ētisko principu un māsu profesijas standarta ievērošanas sastāvdaļa, kas apliecina labas prakses piemērus. Pacientam jāsaņem izglītojoša informācija par sagaidāmajām manipulācijām, ārstēšanās un aprūpes procesu, medikamentiem, kā arī viņam jāsniedz personīga piekrišana gaidāmajam ārstēšanas, rehabilitācijas vai profilakses posmiem.

Pasaules Veselības organizācija jau 1996. gadā definējusi terminu „Pacientu terapeitiskā izglītošana”, kuras galvenais uzdevums ir pacientu izglītošanu orientēt uz viņu vajadzībām, lai ar iegūtajām zināšanām spētu uzlabot vai saglabāt esošo veselības stāvokli.

Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.–2016. gadam minēti pasākumi (punkts 3.1.3.), kas veicami, lai sasniegtu izvirzīto mērķi: „Nodrošināt rekomendāciju izstrādi pacientu veselības izglītības jomā un ieviest ģimenes ārsta māsu un ārsta palīgu organizētu pacientu izglītošanu grupās”, izglītot par veselības veicināšanas un slimību profilakses tēmām prioritārajās veselības sfērās.

2003. gadā apstiprinātajā māsu profesijas standartā jau atzīmēts, ka māsas pienākumos ietilpst pacientu, viņu atbalsta sistēmu un komandas locekļu izglītošana, apgūstot prasmes pedagoģijā, lai nodrošinātu pacientu zināšanas, ievērojot sešu izglītošanas procesa soļu pēctecību. Profesionālās darbības veikšanai kā nepieciešamas atzīmētas zināšanas pedagoģijā (skatīt 3. attēlu), kuras māsām jāapgūst lietošanas līmenī.



3. attēls. Māsu profesionālo prasmju atspoguļojums 2003. gada profesijas standartā: pedagoģiskais aspekts

Ministru kabineta noteikumos Nr. 461 „Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamata uzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām” (MK Nr. 461, 2014) tiek apstiprināts jauns profesijas standarts, kurā, salīdzinot ar iepriekšējo profesijas standarta variantu (IZM 2003. 07.01.), nav detalizēti definēts apraksts pacientu izglītošanas procesa soļiem. Jaunajā profesijas standartā profesionālās darbības pamatuzdevumu veikšanai punkts 3.14 nosaka obligātas zināšanas pedagoģijā un pacientu izglītošanā. Standarta izstrāde balstīta uz Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvu 2013/55/ES „Par profesionālās kvalifikācijas atzīšanu māsu profesijā” un LV likumu „Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu” (20.06. 2001). Profesionālās darbības kontekstā māsas novērtē situāciju, veic aprūpi un nozīmētās manipulācijas dažādu vecuma grupu pārstāvjiem, kā arī veic pacientu, tuvinieku un sabiedrības locekļu izglītošanu.

Secinājumi

Analizējot tiesisko un normatīvo bāzi māsu profesionālās darbības īstenošanai, var secināt, ka māsu darbs pacientu/sabiedrības izglītošanā ir skatāms nedalāmi no sabiedrības

veselības politikas īstenošanas veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā. Māsu Profesionālā normatīvā bāzē, ES regulās, Latvijas valsts attīstības plānos, LR likumos un MK noteikumos uzsvērts, ka veselības aprūpes procesā: profilaksē, diagnostikā un ārstniecībā, cilvēks/pacients ir galvenā persona, kas jānodrošina ar vispusīgu informāciju, izglītošanu, novērtējot izglītojošās darbības rezultātu, kā rezultātā tiek veicināta viņa līdzdalība un motivācija veselības saglabāšanā un/vai atveseļošanās procesā.

Pacientu izglītošanas nodrošināšanai lielāka uzmanība tiek pievērsta primārās veselības aprūpes iestāžu/centru kontekstā, nosakot likumdošanā to kapacitātes palielinājumu ar māsu resursiem pacientu izglītošanas un profilakses darbam, kas ir atšķirīgi no sekundārām veselības aprūpes iestādēm. Turpmākajā pētījumā ir nozīmīga teorētisko avotu analīze un atziņu ieguve par pacientu izglītošanas procesu un to ietekmējošiem faktoriem.

1.2. Pacientu izglītošanas procesa būtība un to ietekmējošie faktori

Pacientu izglītošanas pamatsistēma nav viendabīga. Pacientu izglītošanas definīcija (Healthy People, 2010) nosaka, ka „sniegtā informācija iekļauj izglītojošus resursus cilvēkiem, lai palīdzētu viņiem maksimāli atgūt veselību, uzturēt terapijas kursus un saprast alternatīvas pieejas”. Savukārt A. Visers (Visser, 1999) definīcijā uzsver: „Pacientu izglītošana ir plānots mācību process, kurā tiek izmantotas mācību un konsultāciju kombināciju metodes, kas uzlabo pacientu zināšanas un ietekmē uzvedību veselības un slimības gadījumos”.

Profesionālā darbība, izglītojot pacientus, fokusējas uz māsu prasmi sniegt informāciju jebkura vecuma, dzimuma un saslimšanas jomas pacientam (Pariel et al 2013), respektējot personu pasaules uzskatus (Diltejs, 2007). Profesionāls, holistisks situācijas novērtējums (Špona, 2001; Benson, Dundis, 2003; Dossey, Keegan, 2013), balstīts uz teorētisko izpratni filozofijā, pedagogijā (Čehlova, 2003), psiholoģijā, ētikā, māsu aprūpes filozofijā (Neuman, 2011) un saskarsmes psiholoģijā kopā ar akadēmisko medicīnas zināšanu teorētisko, praktisko kopumu pēc L. Andersona un D. Krathvolda (Anderson & Krathwohl, 2001) iedalījuma veido faktiskās, procedurālās un konceptuālās zināšanas. Mijiedarbības procesā no pedagogijas viedokļa (Špona, 2001; Maslo, 2003; 2009), primāri tiek izvirzīta atbildīgas rīcības nozīme, kā personības struktūras komponents (Šteinberga, 2013).

Prasmes pacientu izglītošanā ir nepieciešamas jebkurā no veselības pakalpojumu nodrošinājuma etapiem (Johnson, Sanford, Tyndall, 2008), primārajā, sekundārā vai

terciārā. Izglītošanas procesa risinājums bieži ir balstīts uz kompleksu problēmu risināšanu, kurā svarīgas ir māsu diverģentās domāšanas prasmes. Meklējot atbilstošu darbības risinājumu, māsas palīdz pacientiem izprast situāciju, apzināt iespējas, pilnveidot esošās vai sniedzot jaunas zināšanas, attīstīt pacientu specifiskās prasmes, uzlabot pacientu/tuvinieku zināšanas, kā rezultātā samazinās pacientu iekšējie konflikti, kas saistās ar lēmumu pieņemšanu (Stacey et al 2014). Katrs no pacientiem konkrēto situāciju vai arī situācijas attīstības perspektīvu redz un izprot citādāk (Edwards, Elwyn, 2009). T. Ķoķe un E. Rupmeja (Ķoķe, Rupmeja, 2001) apraksta pētījumu atziņu: „ka starp psihiski pilnvērtīgiem cilvēkiem nav sastopami tādi, kam pilnīgi vienādi būtu attīstītas loģiskā domāšana un emocijas”. Atšķirības uztverē, psiholoģiskajos tipos ietekmē izglītošanas procesu, bet jāņem vērā, ka pacientu apmierinājumam par saņemto informāciju izglītošanas/ās procesā ilgtermiņa vai īstermiņa kontaktā ir būtiska nozīme (Kutney, et al 2009). Toleranta izturēšanās pret pacientu spriedumiem un izpratne par indivīdu vērtībām, ir būtisks veselības aprūpes darbinieku – māsu – profesionālās darbības lietpratības aspekts.

Izglītošanas procesā ir svarīgi noskaidrot pacientu esošo zināšanu bāzi, kultūras atšķirības (Danielson, 2013), lai varētu pieņemt lēmumus atbilstoši kultūras vērtībām (Bednarz et al 2010), jo viens darbības risinājums neder visiem gadījumiem. Būtiski ir izvēlēties atbilstošus izglītojošās darbības virzienus kā rezultātā ar kognitīvu vai afektīvu impulsu palīdzību seko pacienta lēmuma pieņemšana, attieksmes vai uzvedības maiņa (Taylor, Marinau, Fiddler, 2000). Māsām, nosakot izglītošanas procesa mērķi, ne mazsvarīgs ir tā izpildes laiks (īstermiņa vai ilgtermiņa), bet, neatkarīgi realizācijai atvēlētā laika perioda, procesā jāintegrē kritiskās domāšanas prasmes, praktiski apliecinot:

- kopsakarību redzējumu ar argumentētu pamatojumu, kura proaktīva pielietošana var veicināt pacientus pieņemt lēmumus (Mercier, Sperber 2011; Apsalons, 2012);
- iespējamību izstrāde (Kenzie, Cameron 2009), pamatojoties uz dažādu variantu apzināšanu, apzinot pacienta potenciālās iespējas. Apzinātie varianti veicina pacientu līdzdalību, ņemot vērā, ka gadījuma sasniedzamo rezultātu ir iespējams apskatīt caur piecām dimensijām: situācijas kontekstu, mērķi, iesaistīšanās motivāciju, sociālu faktoru ietekmi un racionālu darbību.

Ne reti māsām, plānojot izglītošanas procesu vai to realizējot, ir jāpārskatī esošo situāciju robežas, lai izskaidrotu perspektīvas fiziskajā un sociālajā kontekstā, kas šobrīd pacientiem neliekas aktuālas, bet no māsu kā profesionāļu izpratnes aspekta tās ir nozīmīgas. Iespējama uzskatu (pacienti–māsas) nesakritība, kas pakāpeniski kognitīvi

jānovērš, lai pacienti apzinātos un izprastu personīgo veselības stāvokli. C. Kampela un M. Murajs (Campbell, Murray, 2004) atzīmē, ka pieaugušajiem motivācija iegūt jaunu informāciju, izglītošanās nepieciešamība veidojas saistībā ar konkrētiem gadījumiem, atzīmējot, ka psiholoģiskais vecums to var veicināt.

Pacientu izglītošana var sekot kā atbildes reakcija uz viņu izvirzītajiem jautājumiem vai arī tikt iepriekš plānota. Pārsvarā izglītošana ir nozīmīga pacientiem „šeit un tagad” situācijā, sekojoši tuvākā vai tālākā laika diapazonā, neizslēdzot viņu individuālu, autonomu personīgo slēdzienu pieņēmumu.

Pacientu izglītošanas mērķi var būt dažādi orientēti un pēc satura var pārklāties:

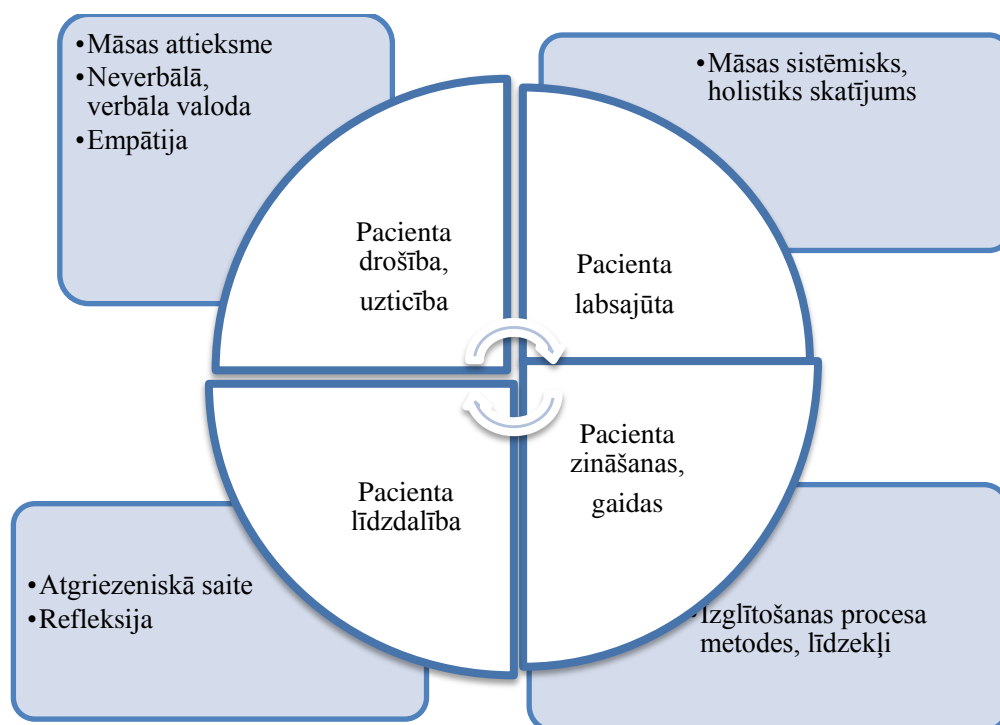
- kognitīvi – zināšanas par saslimšanu, profilaksi, sagatavošanās izmeklējumiem, medikamentu lietošanas nozīme u.c.;
- praktiski – darbība konkrētā gadījumā, medikamentu lietošana vai vingrinājumu pielietošana u. c.;
- sociāli psiholoģiski (Bell, Buelow, 2014) – attīstīt perspektīvas, veicināt vērtību izpratni, motivāciju uzlabot dzīves kvalitāti, kas ne vienmēr ir iespējams, jo saistās ar ekonomiskiem faktoriem.

Pacientu izglītošanas procesu nodrošina vairāki māsu un pacientu aktīvas darbības un emocionālo izjūtu savstarpēji saistīti posmi, neņemot vērā pacientu vecumu (Pariel, et al 2013) (skatīt 4. attēlu), kuru realizācijā vadošā loma ir māsām:

1. posms – *māsu attieksme*, izturēšanās (*verbālā, neverbālā*) veido saskarsmes raksturu. Veselības aprūpē, darbā ar pacientiem liela nozīme ir *empātijai*, kā spējai iejusties citas personas emocionālajā stāvoklī, kas ir pamatā emocionālā kontakta nodibināšanai (Dal Santo, et al 2013; Decety, & Jackson, 2006). K. Rodžers (Rogers, 1975) uzskata, ka empātija ir kognitīvā un emocionālā stāvokļa, sintēze, emocionālā kompetence, kas ar kognitīvo filtru ir jāatdala no simpātijām un nav mērāma. Empātija kā profesionāla vērtība ir faktors, kurš svarīgs jau pirmajā tikšanās reizē, lai veidotu pacienta drošību un uzticību.
2. posms – *sistēmisks, holistisks skatījums* uz esošo situāciju, kurā bieži māsa konstatē un izprot vārdos neizsacīto informāciju, ko pacienti vārdos nepasaka vai nav spējīgi izteikt. Šie novērojumi var būt subjektīvi, bet balstīti uz māsu darba pieredzi, vai arī objektīvi, ņemot vērā pacientu izskatu, balss tembru, neverbālo valodu un citus veselības stāvokļa objektīvos rādītājus. Māsu spēja vispusīgi novērtēt situāciju ietekmē izglītošanas un ārstēšanās procesu un sekundāri veido *pacienta labsajūtu*.

3. posms – *izglītošanas darba procesa metodes un līdzekļi* tiek pielietoti, lai nodrošinātu *pacienta zināšanas* par esošo situāciju un palīdzētu saskatīt *nākotnes perspektīvas*, izskaidrotu turpmākos darbību virzienus un saturu.

Jāatzīmē, ka izglītojošā darbība, kas nodrošina atbildes uz pacienta jautājumiem – „*Kāpēc tas notiek ar mani?*”, „*Kā dzīvot tālāk?*”, palīdz pacientiem apzināt situāciju, saskatīt jaunas perspektīvas, ir komplicētāka un grūtāk realizējama nekā izglītošana par praktiskām aktivitātēm, kas saistās ar konkrēto situāciju.



4. attēls. Māsas pedagoģiskā darbības ietekmes pacientu izglītošanas procesā

4. posms – *atgriezeniskā saite un māsas refleksija* par esošo procesu nav realizējama bez *pacienta līdzdalības*. *Atgriezeniskā saite* klātienē ir labākais veids (Al Wahbi, 2014), pielietojot jautājamus vai attieksmes vietniekvārdus: *Kas, Kurš, Kādas, Ko vai Kā*, iespējams pārliecināties par izvēlēta procesa virziena pareizību. *Atgriezeniskā saite* var būt izglītošanas procesa vidū (formatīva) vai izglītošanas procesa beigās – noslēguma atgriezeniskā saite. Iegūtās atbildes ietekmē māsu refleksiju, sniedzot atbildes uz trīs jautājumiem: „*Kas tika izdarīts labi?*”, „*Kas varētu būt jāmaina vai jāuzlabo?*”, „*Kā uzlabojumu varētu sasniegt, ja*”

Izglītošanas procesā svarīgi piemērot nevis abstraktu jēdzienu palīdzību (McLeod, 2010), bet ar aktīvi refleksīvās dimensijas integrāciju veikt situāciju modelēšanu, lai sekmētu pacientu izziņu un motivāciju personīgai līdzdalībai. Tas ir nozīmīgi, īpaši

gadījumos (smaga saslimšana, dzīves paradumu maiņa, rehabilitācija pēc stacionāra etapā), kad jāpieņem kardināli lēmumi, kas var ietekmēt sociālo aktivitāti. Māsu sniegtā informācija, iedrošinājums var darboties kā stimul, veidojot jaunas izpratnes dimensijas, apzinot svarīgākos riskus, ieguvumus vai neizbēgamos zaudējumus.

Realizējot pacientu izglītošanas procesu, jāņem vērā gadījumā iesaistīto personu iespējamā starppersonu attiecību dažādība: māsa/subjekts – pacients/objekts vai māsa/subjekts – pacients/subjekts (skatīt 3. tabulu). Atšķirīgie skatījumi no subjekta vai objekta pozīcijām var pozitīvi vai negatīvi ietekmēt sadarbības, problēmu formulēšanas un to risināšanas iespējas sistēmā māsa – pacients. Kļūdaina, nepietiekoša situācijas novērtēšana, saskarsmes pamatprincipu neievērošana, mātai darbību modelējot attiecībās: subjekts – objekts, kad komunikācijas process izglītošanas procesa laikā ir sasteigts, virspusējs un var pazemināt izglītošanas procesa rezultātu. Pretēju rezultātu sniedz izglītošanas darba procesa virzīšana attiecībās: subjekts – subjekts.

3. tabula. Pacientu izglītošanas procesa attiecību izvērtējums: A variants – māsa/subjekts–pacients/subjekts; B variants – māsa/subjekts–pacients/objekts

| A variants – Pacientu izglītošana subjekts – subjekts attiecībās | B variants – Pacientu izglītošana subjekts – objekts attiecībās |
|---|---|
| <i>Pozitīva, patiesa attieksme</i> pret ikvienu pacientu | <i>Vienaldzīga, rutīnas attieksme</i> un darbība |
| <i>Efektīva komunikācija</i> (verbāla, neverbāla), izglīto izprotami, procesu papildina daudzpusīgs izglītošanas līdzekļu klāsts | <i>Komunikācija sasteigta vai izvairīga</i> , atbild, ja pacients jautā, nepiedāvā papildus rakstisku informāciju |
| <i>Ieinteresēta, uz rezultātu vērsta izglītojoša darbība</i> , saņemta <i>vairākkārtīga atgriezeniskā saite</i> (formatīvā, noslēdzošā) no pacienta | Izglīto informatīvi, <i>formāli</i> , no māsu viedokļa, par būtiskāko, bez jūtamas māsu ieinteresētības, iztrūkst <i>atgriezeniskā saites</i> saņemšana |
| Ieinteresēta uz rezultātu vērsta izglītojoša darbība, saņemta <i>vairākkārtīga atgriezeniskā saite</i> (formatīvā, noslēdzošā) no pacienta, kas noslēdzas ar māsu <i>refleksiju</i> | Izglīto informatīvi, formāli, bez ieinteresētības, iztrūkst <i>atgriezeniskā saite</i> no pacienta, kā arī personīgā refleksija |
| Izglītošanas procesā bez verbālās informācijas tiek pielietotas citas izziņu nostiprinošas metodes | Izglītošanas procesā tiek pielietota tikai verbālā informācija sniegšana, citas metodes un līdzekļu pielietojums tiek apzināti novirzīts, izslēgts |

Pacienta izglītošana atbilstoši situācijai, kurā tiek ievērotas subjekts–subjekts attiecības, veicina dialoga veidošanos un savlaicīgu izziņu veicinošu metožu izmantojumu. Pacientu izglītošanas procesā jāņem vērā, ka pacienta piekrišana, akcepts vai lēmums par konkrētu rīcību, aktivitāti var nebūt uzreiz. Arī I. Žogla (Žogla, 2001) atzīmē, ka didaktiskā realitāte kļūst iespējama trim komponentiem savienojoties (izglītošana, izglītošanās un

izglītošanas procesa saturs). Lēmuma pieņemšana var notikt pakāpeniski, iegūstot paplašinātu informāciju.

Atbilstoši izvēlēti pacientu izglītošanas *metodes un līdzekļi*, lai īstenotu pacientu izglītošanas procesu, veicina sadarbību un pacientu uzticību māsai. Pedagoģisko metožu un līdzekļu pielietošanas daudzveidība atkarīga no māsu, kā arī pacientu zināšanām un prasmēm attiecīgajā situācijā, kā arī māsu motivācijas atbildīgi veikt pacientu izglītošanas procesu.

D. Blūma (Blūma, 2011) izdala atsevišķi mērķa sasniegšanai pakļautos savstarpējos elementus: mācību materiālus/ līdzekļus un mācību (mācīšanas/mācīšanās) metodes, un, raksturojot paradigmu maiņu izglītībā kopumā, atzīmē: „... *mainoties izglītības mērķiem, mainās arī pārējo elementu saturs, attiecības un izpausmes*”. Pacientu izglītošanas procesa realizācijai nepieciešamo metožu un līdzekļu detalizēta klasifikācija (skatīt 4. tabulu), nodrošina izglītojamajiem izpratni ne tikai par izglītojošo darbību raksturu (verbāla, uzskates līdzekļu pielietojums, praktiska darbība), bet arī par izmantojamo līdzekļu daudzpusību. To vienskaitlīgs vai daudzskaitlīgs pielietojums pielāgojot mainīgajām situācijām, adekvātas pieejas izvēle atbilstoši izglītojošās darbības vajadzībām, pacientu vecumam, var sekmēt pozitīva rezultāta sasniegšanu. Jebkura prognozētā situācija var atšķirties, bet ikvienam indivīdam/pacientam ir morālas tiesības saņemt izglītojošo informāciju viņam izprotamā veidā.

4. tabula. Pacientu izglītošanas/izglītošanās procesu nodrošinošās metodes un līdzekļi

| Izglītošanas/izglītošanās metodes | Izglītošanas materiāli/ līdzekļi |
|--|---|
| Verbāla (mutiska) | Dialogs, pārrunas, lekcija |
| Rakstiska | Sniegtās informācijas apkopojums uz lapas, bukleti, iepriekš sagatavota informācijas lapa (sagatavošanās izmeklējumiem, speciālistu pieņemšanu, diētas pasākumiem u. tml.), grāmatas, žurnāli |
| Vizuālā | CD, TV, shēmas, attēli, ilustrācijas, mulāžas |
| Audio | Ieraksti |
| Praktiskā | Mulāžas atbilstoši prasmju un iemaņu pilnveides mērķim |
| Neverbāla | Ķermeņa poza, acu kontakts, sejas izteiksme, pieskāriens |
| Asinhronā metode | E- pasts, telefons |
| Interneta resursi | Veselības aprūpes iestāžu mājas lapu sniegtā informācija, Yuotube, u.c. |

Gadījumos, kad izglītošanas procesā jāveic dažādu izglītošanas līdzekļu pielietošana, to nododot rakstveidā vai papildinot ar bukletiem, speciālām informācijas lapām, shēmām vai citiem izglītojošiem resursiem, situācija neatbrīvo māsu no pilnvērtīgas

pacientu informēšanas mutvārdos. Monologā sacīto par situācijas kontekstā nepieciešamajiem pasākumiem, ja nav sarunā apkopotās informācijas rakstisks apliecinājums, pacienti parasti aizmirst vai atceras tās daļējus aspektus, īpaši, ja izglītojošā darbība bijusi steidzīga. A. Karpova (Karpova, 1994) atzīmē, ka vairāku pieeju vienlaicīga izmantošana problēmas risinājumā paplašina un padziļina personības izpratni konkrētos gadījumos. Arī pētnieki K. Halse, M. Fons un B. Kristiansens (Halse, K., Fonn, M. and Christiansen, B. 2014) atzīmē, ka atbilstošam un savlaicīgam mācību līdzekļu un metožu izmantojumam ir būtiska nozīme pacientu/tuvinieku izziņas pilnveidē, mērķu sasniegšanā, ko pētījuma autori atzīmē, kā praksē nepietiekošu, tieši izglītojošo materiālu nodrošinājumā.

Māsu rīcību izglītošanas/izglītošanās metožu un līdzekļu izvēlē nosaka sasniedzamais mērķis, māsu profesionālā pieredze un patiesa vēlme iesaistīties veselības aprūpes saglabāšanas, uzlabošanas vai profilakses procesā. Savukārt izglītošanas procesa attīstībā nozīme ir daudzpusīgiem faktoriem, kuru iedarbība sekmē sasniegt prognozēto rezultātu vai to nepietiekamība kavē sasniegt izvirzīto mērķi (skat. 5. tabulu).

5. tabula. Pacientu izglītošanas procesu ietekmējošie faktori

| Māsas pozīcija | Ietekmējošo faktoru īss raksturojums |
|--------------------------------------|---|
| Psihofizioloģijas aspekti | Ietekmē darbību kvalitāti kopumā |
| Personības iezīmes | Uzvedība konkrētu situāciju kontekstā |
| Zināšanas } Prasmes } kompetences | Profesionālo, intelektuālo un sociālo zināšanu pārvaldība |
| | Spēja zināšanu kopumu integrēt praksē |
| Kritiska situācijas analīze | Lēmuma pieņemšana balstīta uz situāciju modelēšanu, alternatīvām |
| Uz pacientu orientēta komunikācija | Diskusija, vienlīdzība izglītošanas procesā |
| Profesionālā vērtību sistēma | Cieņa pret pacientu un viņa izvēli |
| Motivācija | Vērtīborientācija, pacientu un citu sociālo grupu indivīdu novērtējums |
| Darba vide | Estētiski un normatīvi sakārtota darba vide (nav pārslodze) |
| Darbības process | Vēlme kvalitatīvi nodrošināt pacienta izglītošanas procesu (neplānots/ plānots), pacientam veltītā laika aspekts. |
| Refleksija | Darbības analīze |

Tabulā minētās ietekmes virza māsu rīcību un izturēšanos. Par to klātesamību pacientu izglītošanā var spriest pēc pacientu izpratnes, uzskatu un/vai rīcības izmaiņām, pacientu atsauksmēm, novērtējot māsu profesionalitāti izglītošanas procesā, kā arī pēc izvirzīto mērķu sasniegumiem.

Psihofizioloģiskie aspekti - psihiskie procesi, personības stāvoklis un īpašības nav nošķirami un izolējami viens no otra un nevar izslēgt mūsu individuālo īpašību: sajūtas, uztvere, uzmanība, atmiņa, domāšana un runas ietekme, atbildei uz ārējās vides kairinājumiem, kur apziņa darbojas kā informācijas analizators. Pieaugušajiem izziņas centri ir specializējušies kognitīvo procesu (uztveres, notikumu) interpretācijā, uzkrājot intelektuālo pieredzi dažādu gadījumu kontekstā. Zināšanas kā izziņas aktivitāte (Čehlova, 2002) iespējamās dažādā attīstībā: zemākā, interpretētājaktivitātes, meklējumaktivitātes vai radošā līmenī. Atmiņa un zināšanas tiek papildinātas profesionālās tālākizglītības un formālos izglītības pasākumos un apliecinās mūsu redzesloka plašumā, zināšanu operativitātē, kas konstruktīvā attīstībā veido kvalitatīvu izpratni par veicamajiem uzdevumiem, tai skaitā par pacientu izglītošanas procesa izpildījumu.

Psihiskās izziņas procesi ļauj izprast gadījumu un veicina aptvert priekšmetisko, situatīvo būtību un dažādu notikumu savstarpējās sakarības, sekojoši noteikt darbību prioritātes. Domāšanas operācijas: analīze, sintēze, salīdzināšana, vispārināšana un abstrakcija veido domāšanas formas: jēdzienus, spriedumus, slēdzienus, kas nepieciešami māsām darbību pamatojumam konkrētā situācijā. Būtisks ne tikai domāšanas kvantitatīvais apjoms, bet arī tās kvalitāte. Regulāras, ikdienas darbības, saskaņā ar noteiktiem pamatprincipiem, noved pie domāšanas stereotipiem, kas ietekmē mūsu attieksmi, nesaskatot vairs katru pacientu kā individualitāti. Elastīgai domāšanai, radošai pieejai – domāšanas labilitātei ir būtiska nozīme veselības aprūpē un pacientu izglītošanā, jo bieži īsā laika periodā domāšanas procesu pārkārtošanās ātrumam ir būtiska nozīme. Domāšanas pakāpe – kreativitāte nodrošina spēju uz lietām raudzīties no vairākiem skatu punktiem, piemērot individuālas izglītošanas darba pieejas konkrētos gadījumos, kas ir nozīmīgi pedagoģiskā procesa īstenošanā.

Mūsu praksē uztveres un uzmanības koncentrāciju ietekmē ārējie un iekšējie faktori: emocionālā spriedze, lomu pārslodze. Aktuāla ir sadalītās uzmanības nozīmība, kad bieži ir jābūt spējai koncentrēties uz vairākiem objektiem, kā arī veikt vairākas darbības vienlaicīgi. Kognitīvo un afektīvo spēju: just, dzirdēt, redzēt, sekojoši noteikt prioritātes pacientu izglītošanas procesa realizācijai, ņemot vērā pacienta sacīto un redzamos, bet bieži vārdos neizteiktos, neapzinātos esošās situācijas ietekmes faktorus subjekts/subjekta attiecībās, kopums ir balstīts uz psihofizioloģisko parametru bāzes.

Psihofizioloģiskos procesus ietekmē (Copertaro et al, 2011; Kobayashi et al, 1997): gan dežūru darbs, īpaši darbs naktīs, hronisks stress, kā arī ilgstoši negatīvi emocionālie simptomi, neapmierinātas gaidas, kas sekundāri attīsta psihosomatiskas saslimšanas, spēj

ietekmēt profesionālo sniegumu, pazemina vēlmi efektīvai komunikācijai ar pacientiem un profesionālo iemaņu pilnveidei, veidojot negatīvu darba rutīnu.

Pacientu izglītošanas procesa darba organizatoru – māsu *personības attīstībai*, ir fundamentāla ietekme uz sasniedzamo rezultātu. Personības ontogēnēze kā nepārtraukts process saistās ar vecumposmu periodizāciju (Eriksons, 1998; Vigotskis, 1960, 1978). Tās būtību ietekmē dzīves posmi, kas sekundāri veido un determinē rīcību, veidojot starppersonu attiecības laikā un darbībā, kad tiek paustas emocijas, attieksmē un kontaktā ar pacientiem/tuviniekiem (Baldacchino, Galea, 2012; Hogan, 2008). R. Hogans (Hogan, 2005) uzsver indivīda iekšējo, neiropsiholoģisko struktūru nozīmi, kas rada uzvedību likumsakarības, individuālas darbošanās jēgas un mērķa izpratni, atšķirīgu attieksmi pret statusu, summējoties vairākiem komponentiem.

Temperamentam, ko nav iespējams mainīt, un, kas tiek identificēts kā iedzimtās un mantotās cilvēka psihe dinamiskā sadaļa (Eley & Scott, 2007), kam ir nozīme psihe procesu norises intensitātei, veidojot māsu aktivitātes, darbības tonusu, bet ne to saturu. Būtiska nozīme arī raksturam, kas ir relatīvi stabils cilvēka psihisko īpašību kopums un personības kodols. Tas veido uzvedības motivāciju un noslieces, orientē uz vietu sabiedrībā. Pētījumi (McLaughlin et al. 2008; Yazici, et al 2014) apliecina, ka pastāv saistība starp temperamenta un rakstura īpašībām un spēku izsīkumu, radot izdegšanas sindromu māsām. Svarīgi to ievērot, jo atbilstība māsu profesijai prasa attīstīt nākošajam veselības aprūpes darbiniekiem noteiktas rakstura īpašības: mērķtiecību, sadarbību, augstu izturību. Personību raksturojošos faktoros un atbilstošās profesionālās uzvedības sakarības māsu izlasēs Latvijā pētījuši L. Deklava (Deklava, 2012) un K. Circenis (Circenis, 2013), atzīstot to saistības nozīmi.

Pastāv sakarība starp personības iezīmi optimismu, atvērtību jaunai pieredzei un apmierinātību ar darbu (Svence, 2006). Atvērtība, apzinīgums, augsta atbildības izjūta rūpēties par pacientiem, kā personības iezīme konkrētu uzdevumu veikšanā dominē indivīdiem ar augstu pašefektivitāti (Stump, Husman, Brem, 2012). Vēsturiski tiek uzskatīts, ka māsu tēlam jāpiemīt līdzjūtībai un pacietībai (Rhodes, Morris, Lazenby, 2011), kas summēts ar kompetencēm un personības kvalitātēm ir labas prakses apliecinājums arī šodienas sabiedrībā.

Māsu uzskata par kvalificēta un atbildīga darba veicējām, kuru *zināšanas un prasmes*, atsaucība un reakcijas ātrums nodrošina pacientu labsajūtu un, zināmā mērā veido viedokli par veselības aprūpes sistēmu. Viņu profesionālās pilnveides, socializācijas (Dinmohammadi, Peyrovi, Mehrdad, 2013) attīstība skatāma gan sociālā un psiholoģiskā, gan profesionālā jomā. Profesionālās pilnveides procesa sākums, zināšanu apguve sākas

jau māsu specialitātes formālā izglītības etapā (Shinyashiki, Mendes, Trevizan, Day, 2006), kad dominē četri nozīmīgi faktori: mācīšanās, kontakta izpratne, attīstība un pielāgošanās integrācija (Mooney, 2007). A. Strode (Strode, 2010) studiju procesu definē par adaptīvo, bet M. Puķīte (Puķīte, 2012) par profesionāli reproduktīvo pedagoģisko kompetenču veidošanās etapu. Klīniskajā darbā nepieciešamās informācijas iegūšanas prasmes (Silverman et al 2005) māsu mijiedarbības procesā ar pacientiem (subjektīvs/objektīvs pacienta situācijas redzējums, esošo zināšanu novērtējums), iegūtās, konfidenciālās informācijas turpmāka transformācija pacientu aprūpes un izglītošanas procesa kontekstā ir daļa no kompetencēm, ko apgūst topošās māsas. Paralēli veselības aprūpē apgūstamām un attīstāmām daudzveidīgām prasmēm, tiek veicināta analītiskās un kritiskās domāšanas attīstība, kas virza topošās māsas skatīt situāciju ne tikai tiešā, bet arī laterālā (*lat. lateralis < latus (lateris) 'sāns, puse'*) virzienā, gūstot plašāku informāciju, kas sekundāri veicina refleksijas spējas.

Prasme adekvāti novērtēt situācijas, vidi, traucējošo faktoru noteikšana un novēršana ir daļa no prasmēm, kas nepieciešams dialogam, kura pamatā ir ieinteresēta klausīšanās, balstot attiecības uz sadarbību, savstarpēju cieņu un uzticību. Studiju procesā topošie profesionāļi apgūst zināšanas pedagoģijā, kas ir daļa no veiksmīgas māsu darbības pamatiem, lai veidotu konceptuālu, izglītojošu atbalsta modeli pacientiem. Kopumā tas saistās ar vispusīgu zināšanu apguvi un studentu personīgās attieksmes veidošanos, pamatojoties uz ētisku vērtību orientāciju, izzinot cilvēku un veselības aprūpes resursus. Lielākajai daļai studentu izpratne par šiem jautājumiem ir bāzēta uz netiešu, daļēju pieredzi. Bieži šī pieredze ir stereotipizēta, kļūdaina – virspusēja vai vienpusēja, tāpēc izziņas procesa un pieredzes rezultātā iespējama studentu attieksmes mainība. Attīstīt spēju izprast un just pacientu emocionālās un fiziskās labsajūtas sliekšni, iedrošinājuma nozīmi, kas nesaraujami ir saistīti ar pacientu veselības, potenciāliem spēka un drosmes resursiem, ir vēlams studiju procesa rezultāts.

Pedagoģiskās darbības vispusīgai izpratnei un apguvei ir svarīgi nodrošināt elastīgu, transformatīvu izglītības procesu (Elliott, 2010; Mezirow, 1991; 1997; Benner et al 2010; Briede, Pēks, 2011), kurā studenti ir aktīvi studiju procesa dalībnieki. Transformatīva izglītības pieeja ir ilgtspējīgas izglītības un veiksmīgas profesionālās darbības pamats, jo veicina kritiskas pieejas attīstību (Mezirow, 1991; Kitchenham, 2008). Ja studentiem/topošajām māsām studiju motivācija ir augstā līmenī, tad, lietojot loģiskos konceptus, dedukciju un indukciju, viņi veiksmīgi attīsta intelektuālās un profesionālās spējas un vērtību izpratni. Pretēji, ja studentu vēlme iesaistīties studiju procesā nav

pietiekoši augstā līmenī, tad pienākuma apziņa pret studiju procesā apgūstamajām intelektuālām un profesionālām darbībām ir stihiska, nevienmērīga.

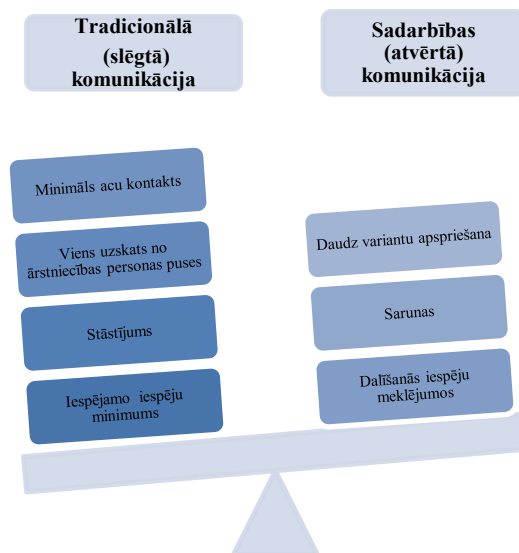
Kritiskā domāšana, kas ir viena no personības kvalitātēm, palīdz tikt galā ar izvirzītajām problēmām, sekmē izprast pacienta darbību, kad ar vārdos izteiktiem vai domāšanas procesā analizētiem jautājumiem un argumentiem jānonāk pie secinājumiem. D. Kļusters (Клыстер, 2001) atzīmē, ka kritiskā domāšana ir pastāvīga individuāla darbība, kur sākuma punkts ir informācija, kas sākas ar jautājuma uzstādīšanu un problēmas noskaidrošanu, kuras ir vajadzīgs risināt, tad problēmas formulēšanu, kurai nepieciešama pārlicinoša argumentāciju, kas noved pie saprātīgiem pamatoti slēdzieniem. Domu par kritiskās domāšanas procesa un rezultāta nozīmi apstiprina Z. Rubene (Rubene, 2008), jo problēmsituācijas apgrūtinājuma izjūtas virzība līdz izziņas procesā tiek sasniegta jauna realitāte ne vienmēr ir vienkārša. M. Kūle, R. Kūlis (Kūle, Kūlis, 1998) neizslēdz apziņas struktūru nozīmi, norādot, ka saprašana prasa precīzi izjust katru situāciju, kontekstu, laiku, norādot par tās situatīvo, spontāno, individuālo un reizē universālo dabu.

Māsu un pacientu attiecības izglītošanas procesā kā ļoti svarīgs elements ir uz **pacientu orientētu komunikatīvo kompetenču** (Kourkouta, Papatthanasidou, 2014; Small & Small, 2011; McGilton et al., 2012; Bomar, 2004) pielietojums, kas var neapšaubāmi ietekmēt izglītošanas procesa gaitu, mērķi un dziļumu. To realizācija praksē ir aktuāla veselības aprūpē dažādu līmeņu speciālistiem (Toungue, Howard, Forese, 2005). Lai veicinātu komunikatīvo dialogu svarīgs ir trīs funkciju modelis (Misra – Herbert 2003):

- attiecību veidošana ar pacientu;
- pacientu problēmu novērtēšana;
- pacientu problēmu pārvaldīšana, vadīšana.

Efektīvas mijiedarbības nozīmīgums (Ivarsson, Nilsson 2009), konkrētās situācijas vajadzību prioritāšu izzināšana, kas nodrošina pacientu emocionālās un fiziskās labsajūtas sliekšni ir būtiski māsu praksē. A. Špona (Špona, 2004) atzīmē, ka „cilvēka sadarbības un saskarsmes prasmju veidošana pedagoģiskajā darbībā ir pats svarīgākais uzdevums”. S. Kraševskis un A. McEvens (Kraszewski, McEwen, 2010) uzskata komunikāciju par pacientu izglītošanas centru gan izglītojot pacientus individuāli, gan strādājot ar pacientiem grupā, ņemot vērā pacientu vecumu un vispārējo veselības stāvokli.

Pacientu izglītošanai jābūt vērstai uz sadarbību (Sanford, 2000), nevis formālam procesam, kas ir tradicionāls dažāda līmeņa veselības aprūpes iestādēs (skatīt 5. attēlu). Svarīgs aspekts ir veselības aprūpes darbinieku – māsu personīgā atvērtība dialogam ar pacientiem, kā arī klausīšanās un atvērto jautājumu uzdošanas prasmes. Atvērtie jautājumi ir dialoga veidošanas sākums, kas pacientiem dod cerību produktīvai sarunai.



5. attēls. Tradicionālā un sadarbības komunikācija pacientu izglītošanas procesā

(adaptēts pēc McCabe, Timmins, 2006, 67)

Darbības spektrs var būt plašs vai arī determinēti sašaurināts, balstīts uz konkrētām situāciju prioritātēm (Friberg, Bergh, Granum, 2012). Izglītošanas process palīdz pacientiem/tuviniekiem pārvarēt stresu, neziņu, veido pacientu uzticību, ja sadarbības process ir balstīts uz māsu empātiju (Potter, et al. 2003; Medvene, Grosch, Swink, 2006; Eraut, 2004). Iespējams, ka īslaicīgā komunikācijā, ko papildina atbilstošas izglītošanas darba metodes, līdzekļi, var pateikt nozīmīgāku informāciju pacienta vērtējumā nekā plānotas diskusijas laikā, kas var nenest gaidīto rezultātu.

Komunikācija, kurā dominē pozitīva attieksme, atbilstoši iekļaujot veiksmīgas sadarbības veicinātājus: savlaicīgu pacientu iedrošinājumu, novērtējumu un pelnītas uzslavas, spēj nodrošināt augstu pacientu uzticību un sadarbību, kas veselības profilaksē, bet, īpaši ārstēšanas procesā, nav mazsvarīgi. Iespējams, ka pacientiem iegūtās zināšanas var būt kā atklājums vai esošo papildinājums. Māsām jāizvairās no tendenciozu paredzējumu iesaistīšanas pacientu izglītošanas procesā. Individualizēta pieeja ir nozīmīga, lai veidotu pacientu cerības un ticību savām spējām, attīstītu pacientu līdzdarbību veselības saglabāšanas, uzlabošanas vai profilakses procesā. Ja pacients radīs pārliecību par savām spējām, tas veicinās motivāciju un būs kā apstiprinājums atbilstošas izglītošanas taktikas izvēlei. Sadarbības procesā iespējama uzskatu dažādība. Jāņem vērā ne tikai pacientu ķermeņa fizisko spēju diapazons, bet arī konkrēto personību izziņas sfēras līmenis un individuāli tipoloģiskās īpatnības, redzesloka plašums un esošā kompetence, kas veido vajadzības. Vēlama savstarpēja vienošanās par izvirzīto mērķu iespējamo realizāciju un konfidencialitātes apstiprināšana.

Tāpat kā citās nozarēs, arī veselības aprūpē, kļūdas rodas no nepietiekoša apjoma un neskaidri izsacītas komunikācijas un informācijas deficīta. E. Apsalons (Apsalons, 2012) analizē pareizas valodas lietojuma aspektus, kas ir nozīmīgi un arī piemērojami komunikācijas procesā veselības aprūpes sistēmā, kad, izsakot kādu apgalvojumu, tiek veidotas divas darbības. Pirmkārt izteikts vēstījuma saturs. Otrkārt, ar izteiktiem apgalvojumiem iespējamas sekojošas pretenzijas:

- saprotamības pretenzija – izsakot kādu apgalvojumu, informācijas sniedzējs pretendē, ka klausītājs pausto domu ir sapratis;
- patiesuma pretenzija – izsakot kādu apgalvojumu, informācijas sniedzējs ir pateicis patiesus teikumus;
- ticamības pretenzija – izsakot kādu apgalvojumu, informācijas sniedzējs to izklāstījis ticami un klausītājs runātājam var uzticēties;
- pareizuma pretenzija – izsakot kādu apgalvojumu, informācijas sniedzējs pretendē uz to, ka ir izvēlējis pareizus valodnieciskus līdzekļus – pareizus no pastāvošo normu viedokļa.

Šo aspektu pārdomāta integrācija ir būtiska pacientu izglītošanas praksē, jo daļēja izpratne par pausto rada informācijas deficītu. Ir svarīgi neskaidras situācijas gadījumā iedrošināt pacientus zvanīt un nodrošināt ar rakstisku veselības aprūpes darbinieka – māsas – pieejas veidu, izsniedzot darba vizītkarti, kur ir norādīti telefona numuri vai e-pasta adrese.

Pacientu izglītošanas procesu var ietekmēt ne tikai neatbilstošu izglītošanas līdzekļu izmantošana, bet arī cilvēciskais faktors, nepietiekoša māsu uzmanība, pieredzes un zināšanu trūkums, paviršība pret pacientu problēmām. Rezultātā var veidoties pārpratumi, veselības traucējumi, kas rada priekšnosacījumus Šveices siera (*Swiss Cheese Model*) modeļa izveidei (Perneger, 2005) un kaitējumu pacientam (skat. 6. tabulu) īstermiņa vai ilgtermiņa periodā.

6. tabula. Pacientu izglītošanas biežākās kļūdas

| Kļūdas iemesls | Problēmas situācija kļūdas kontekstā |
|--|--|
| Nenovērtēti pacienta kognitīvie ierobežojumi | Informācija nodota tikai mutvārdos, neņemot vērā iespējamo kognitīvo resursu kapacitāti. Informācija tiek nodota, neņemot vērā pacienta mentālo stāvokli. |
| Savlaicīgi neievērotie pacienta dzirdes, redzes ierobežojumi | Redzes problēmas – grūtības izlasīt uzrakstīto. Dzirdes problēmas – informācija tiek nodota pacienta dzirdes apjomam neatbilstošā skaļumā, nepareiza interpretācijas iespēja. |

| | |
|---|--|
| Izglītošanas procesa izvirzītā mērķa sasniegšanas neveiksme | Komunikācijas laikā apzinātie mērķi nav sasniegti, kas atspoguļojas kļūdainas pacienta darbības rezultātā. |
| Nepilnvērtīgi veikts izglītošanas process | Informācijas teksts tiek nodots neprecīzi vai tikai daļēji, māsas valoda ir ātra, tiek lietoti pacientam nesaprotami termini, iztrūkst vai ir daļēja atgriezeniskā saite un refleksija |

Nav izslēgts iegūtās informācijas izpratnes (Kintsch, 1998) deficīts pacientiem, ņemot vērā māsu izrunas izteiksmi, intonāciju vai vides faktoros (fona trokšņi). Pacientu izglītošanas kļūdu kopums sekundāri veicina:

1. pacientu neizpratni un nedrošību par ārstēšanas gaitu, tam nepieciešamo laika periodu;
2. nedrošību turpmākajā komunikācijā;
3. zāļu vai citu ārstniecības līdzekļu, rehabilitācijas ierīču pareizu lietošanu;
4. iespējamo pacienta apmeklējumu sadarbības turpinājumam;
2. kļūdainas informācijas iegūvi no citiem avotiem (kaimiņi, interneta tērzētavu lappuses), kas var sekmēt nevēlamu blakusefektu veidošanos un pagarināt atveseļošanās procesu.

Māsu izpratne par personiskām un profesionālām *vērtībām*, saskatot personīgo atbildību par izglītošanas procesa kvalitāti ir būtisks profesionālo darbību ietekmējošs elements. Vērtības veidojas audzināšanas procesa, pieredzes un prakses rezultātā, kuru ietekmē faktoru kopums (Līdaka, 2007; Alports, 1961): personības īpatnības, ģimenes attieksme, izglītība, draugi un sabiedrība. Vērtībām normas aspektā ir izteikti racionāla dominante. Tās saistītas ar obligātiem un reāli iespējamiem darbības variantiem (Zeile, 1983; DiClemente, Crosby, 2011). Par vērtību respektējošu uzskatāms humānās mijiedarbības modelis (Rodžerss, 2004, 1967; Vigotskis, 1999, 2000), kurā dominē konceptuāla pamatsistēma, skatīt cilvēku veselumā, izprast un palīdzēt indivīdam, kā pamatprincipus izvirzot jautājumus: kādas ir vajadzības, kas ir iespējams un kādi ir resursi.

Lai vērtība kļūtu par personības struktūrelementu, tā ir jāapgūst, jāizprot, jāpārdzīvo, un tikai tad tā kļūst par personības uzvedību determinējošu faktoru (Garleja, 2006). To subjektivitāti veidošanās procesā ietekmē vairākas „Es” šķautnes, kas ietekmē un harmonizē pašrealizācijas virzienu: fiziskais, sociālais, psiholoģiskais, eksistenciālais un „Es” attieksmes (Ābele, 2002). Vērtības socializācijas procesā tiek pakļautas to pārvērtēšanas procesam. To iedalījums ir plašs, dažreiz pēc nozīmes pārklājoties. Tās ir konstruktīvas vai, dažreiz, destruktīvas, kas sekojoši veido arī konstruktīvu vai destruktīvu rīcību, un pašas par sevi ir grūti izprotamas. Indivīds, students/māsa, pienācīgā secībā vispirms novērtē to, ko saprot kā vērtību attiecībā pret sevi kā personību, esošās izglītības

un profesionālās kompetences līmenī. Personu darbība un attieksmes ir daļēji neprognozējamas un ietekmējas no personības mainīgām morālajām vērtībām (Piažē, 2015; Kohlberg, 2000; Gilligan, 1982).

Topošajiem veselības aprūpes speciālistiem – studentiem svarīgi ir izprast divus nozīmīgus aspektus. Pirmkārt, veselības kā vispārējas vērtības nozīmi, ņemot vērā, ka veselība nav tikai personiska vērtība, bet ir skatāma sabiedrības ilgtspējīgas attīstības dimensijā. Jebkura attieksme vai izturēšanās parasti ietekmē vairāk nekā vienu vērtību (Schwartz, et al 2001; Schwartz, 1992, 2006). Veselība nevar būt tikai veiksminieku fenomēns, bet sarežģītu bioloģisku (reizēm ģenētisku) un kultūras faktoru mijiedarbību rezultāts. Otrkārt, jāiemācās uztvert veselības aprūpi kā dinamisku, holistisku procesu, diemžēl ne vienmēr ar pozitīvu attīstību. Izglītības procesā, mijoties dažāda spektra studiju kursiem un praksei veselības aprūpes iestādēs, notiek studentu vērtību sistēmas pilnveide.

Māsu *profesionālās vērtības* var atšķirties no personīgām vērtībām, bet bieži tās pārklājas gan praktiskā vērtējumā, gan individuālā izpratnē. Vērtības lielā mērā tiek aktualizētas kā morāla attieksme, rīcība pret pacientu, kas raksturo rūpīgu komunikāciju (Casey, Wallis, 2011), vērtību un aprūpi. A. Ābele (Ābele, 2002) vērtību attīstību skata procesā, uzsverot, ka tās nav jābūtība, ideāls, bet to attīstību veido noteikta, personīga indivīda attieksme.

Profesionālās vērtības attīstās pakāpeniski (Baillie, Black, 2014): ikdienā, saskarsmē, mijiedarbībā, dažreiz vienam kolēģim no otra pārņemot labu piemēru, tradīcijas, stilu, domāšanas veidu, uzvedību, veidojot vai uzturot profesionālo kultūru. Labestība, kompetence, uzticamība, sirdsapziņa un saistību apzināšana un pildīšana tiek dēvēti par svarīgākajiem atribūtiem māsu profesionālā tēla izpratnē arī citās kultūrās (Shahriari, Mohammadi, Abbaszadeh, Bahrami, 2013; Dempsey, 2009). Minētie faktori ir vienlīdzīgi svarīgi, izvērtējot kompetenci, līdzjutību un drosmi, kas, sabiedrības vērtējumā, tiek atzītas kā lieliskas māsas īpašības. Vērtīgums, atbildība, izpalīdzība, savaldība, lojalitāte, līdzjutība un drosmē ir tikai daži aspekti no profesionālo vērtību skalas, kas nepieciešami, vajadzības gadījumā attīstāmi, lai veiktu situācijai atbilstošu pacientu aprūpes/izglītošanas procesu, jo tās nosaka māsu sociālo uzvedību, rīcību, kas ir iekšējo lēmumu turpinājums un varbūt balstīts uz pieredzi.

D. Pangs (Pang, 2009) atzīmē, ka profesionālās vērtības ir uzticēšanās, cieņa, neatkarība un taisnīgums, savukārt K. Hortons (Horton, 2007) daudzo vērtību (42) starpā atzīmē: klīniskās kompetences – komandas darba vērtību, privātuma saglabāšanas un estētikas nozīmi māsu darbā, tai skaitā uz uzticību balstītas un progresīvas profesionālās attiecības, kas kopumā spēj ietekmēt māsu pašvērtējumu.

Vērtību pilnveide ir procesuāla indivīda iekšēja darbība, kas fokusējas savstarpējā attieksmē, pašapliecināšanās procesā. Vērtību maiņa, mainot uzskatus vai pamatprincipus, iespējama profesionālās socializācijas, mūžizglītības kontekstā.

Vērtīborientācija veido darbinieka *motivāciju*. N. Geidžs un D. Berliners (Geidžs, Berliners, 1999) atzīmē motivācijas – hipotētisko iekšējo procesu, kas dod enerģiju un virza uzvedību. Ideālā variantā profesionālās vērtības atbilst organizācijas vērtībām (Wake, 2010), kas veicina māsu profesionālo atbildību, dominējot – radošumam, cieņai, atbildībai un taisnīgumam, ko ietekmē:

- iekšējā motivācija – iekšējais kontroles lokuss – ieinteresētība darbībā, izvēle, piederība, iesaiste, labsajūta, veselības kā vērtības izpratne;
- ārējā motivācija – ārējais kontroles lokuss, citu vērtējums (kolēģi, pacienti, vadība), sociālo procesu ietekme.

Veiksmīgi organizētā *vidē* māsas var sniegt optimālu ieguldījumu. J. Baiers un S. Vaits (Bayers, White, 2004) ir analizējuši dažādu profesiju pārstāvju, tai skaitā veselības aprūpes darbinieku darbību, norādot uz aktīvām – individuālām un personiskām kļūdām (redzamām, jūtamām: kļūdaina informācija, profesionālās darbības neprecizitātes, negatīva motivācija, nolaidība) un latentām – sistēmas kļūdām (neredzamām, bet tās kopumā ietekmē darba kvalitāti – darba organizācija, darba vide, aprikojums). M. Kramera un C. Šmalenberga (Kramer & Schmalenberg, 2002) atzīmē fenomenoloģisko pieeju, kad ar jūtu un uzvedības analīzi tiek veidota atziņa par māsu subjektīvo pieredzi, nominējot vairākus aspektus, kas ir saistīti ar darba vidi un nosaka darba kvalitātes kopumu, tai skaitā pacientu izglītošanas jomā. To var ietekmēt darba specifika konkrētā laika periodā (dienā, stundā), neparedzētu darba uzdevumu pārklāšanās. Ilgstoši, negatīvi faktori darba vietā veicina neieinteresētas māsu attieksmes veidošanos, kas samazina māsu potenciālu sniegt pēc iespējas labāku pacientu izglītošanu un ietekmē veselības aprūpes pakalpojuma novērtējumu kopumā. To pētījumā apliecina autoru grupa (Kieft, et al 2014), analizējot māsu prakses vairākus aspektus:

- kolēģu savstarpējās attiecības – ja darba attiecībās pastāv sadarbība un visi procesā iesaistītie speciālisti mijiedarbojas papildinošā veidā, kas ir balstīta uz zināšanām un pieredzi, parāda savstarpēju cieņu. Tas rada savstarpēju saskaņu un nosvērtību, ir viens no faktoriem, kas veido patiesu attieksmi pret pacientiem. Darba procesa raksturojošā vēsturiskā attiecību aspekta „Māsu–ārstu attiecības” ieteikums aizstāt ar terminu "sadarbības attiecības", jo mērķis procesam ir viens – pacients;

- pietiekams personāla daudzums – lai ne tikai kvalitatīvi veiktu paredzēto profesionālo darbību spektru, bet arī spētu piepildīt pacientu vēlmes un vajadzības. Nepietiekamam māsu daudzumam ir tieša, negatīva ietekme uz pacientu pieredzi;
- autonomija māsu praksē – māsas atbildīgi kontrolē savu darbu, pieņem patstāvīgus lēmumus un atbild par darbību rezultātiem;
- māsu vadītāju vai/un iestādes vadītāju atbalsts – izdevība pārrunāt un analizēt māsu jautājumus, kas saistīti ar darba kvalitāti un iespējām to uzlabot pacientu interesēs. Arī darba organizācijas jautājumu risināšana. Māsas bieži piedzīvo spriedzi ar vadību, jo netiek pietiekoši informētas par vadības plāniem. Ne vienmēr tiek ņemta vērā darba kvalitāte, nosakot darba samaksu, prēmiju;
- atbalsts izglītībai – būtisks nosacījums māsu profesionālās socializācijas pilnveidei. Nesaņemot atbalstu no vadības, tiek reducētas iespējas paaugstināt izglītību, jo bieži nodarbības ir darba laikā;
- organizācijas kopējā kultūra, kas augstu vērtē rūpes par pacientiem – pacientu izglītošana un darba vadība ir vērtējama katra atsevišķa darbinieka rīcības kontekstā, bet kopā kā process veido priekšstatus par iestādi, ar vēlmi atgriezties vai arī pretēju uzskatu.

Profesionālās vides faktori var būt pacientiem redzami vai arī neredzami. Plānošanas trūkums, izpildāmo lomu konflikts vai to pārslodze, psihologa atbalsta trūkums darbavietās, kas veicina situācijas, kad māsas nespēj atbilstoši izpildīt darba standartus, veido papildus negatīvu internā faktora attīstību – neatrisinātas profesionāli ētiskās dilemmas, sekojoši rodas darbinieku stress. To veidošanās procesā būtiska nozīme ir vairākiem, ne tik redzamiem faktoriem: veselības aprūpes iestāžu vadības un organizācijas iekšējai kultūrai, kas ietekmē kopējo veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, un sekundāri – pozitīvi vai negatīvi determinē māsu pašapziņu, ietekmē pašizjūtu, kas ir iekšējā stāvokļa komforta noteicēja.

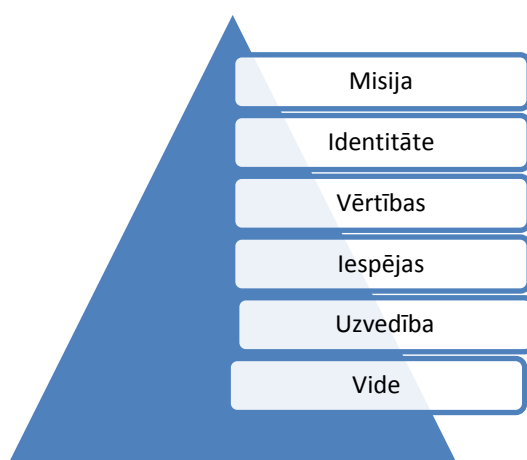
Māsu profesionālās vērtības ir saistītas ar *darba procesa* faktoriem, kas saistās apmierinātību vai neapmierinātību ar darbu (Herbergs, 1987), jo, ja māsa ir neapmierināta ar darbu, viņa sevi distancē no pacientiem, no māsu uzdevumu pildīšanas. Traucēta pašrealizācija (vide, pacientu izglītojošā vai profesionālā aprīkojuma trūkums, pārslodze) rada stresu, nemieru, izdegšanu vai nevēlēšanos turpināt strādāt. Var rasties vērtību konflikts, kas nosaka apmierinātību: ar darbu, ar dzīvi kopumā. Rezultāts veicina rīkoties, iespējams, ka ne vienmēr pacientam pozitīvi sagaidāmajā virzienā.

Saskaņā ar Fr. Herberga teoriju neapmierinātību ar darbu var veicināt: ārējie faktori (trūkumi darba organizācijas un administrēšanas procesos, hroniski nesakārtota darba

sistēmas organizācija, liels pacientu skaits, intensīvs darbs, darba drošības jautājumu neievērošana, esošais statuss un alga, kas pieskaitāmi pie darba higiēnas faktoriem) un iekšējie faktori (darba saturs, atzinības saņemšana, izaugsmes iespēja). Arī G. Svence atzīst, ka negatīvu ietekmi uz darba procesu var sekmēt motivējošo faktoru – izaugsmes iespēju un atzīšana – deficīts (Svence, 2003).

Latvijā veiktajā pētījumā (Buiķe, Baķe, 2008) par Latvijas veselības aprūpes darbinieku, tai skaitā māsu, darbaspēju pašvērtējumu un tā saistību ar darba vides riska faktoriem konstatēts, ka darba vidē būtiski dominē psihosociāls faktors stress, kas samazina kopējo darba spēju pašvērtējumu. Minēto faktoru kopums, ko rada sistēmiski šķēršļi, ietekmē māsu profesionālās attīstības progresu un pacientu aprūpes procesu. Pētījuma autori (Yarbrough, Alfred, Martin, 2008) uzsver, ka haoss veselības aprūpes sistēmā, nespēja atrisināt dažāda spektra jautājumus, kas var uzlabot darba vidi, veicina māsu vilšanās izjūtas un noved pie darba attiecību pārtraukšanas.

Savukārt pozitīvs vērtējums par darba procesu gan individuālā, gan pacientu un kolēģu, komandas kontekstā, ir nozīmīgs, pastiprina izveidojušos vērtību, attieksmju sistēmu, transformē māsu pašapziņu, kas būtībā ir pamats profesionālās identitātes apzināšanai (skat. 6. attēlu).



6.attēls. Loģiskie līmeņi indivīda pašvērtējuma un pašapziņas pārmaiņām

Adaptēts pēc Wake, 2010.

Arī vispārējie pastiprinājumi: sabiedrība, masu mēdiji, izsakot spriedumus par veselības aprūpes sistēmā valdošām vērtībām, attieksmēm, prasmēm un zināšanām, veido viedokli par māsu profesiju. I. Plotnieks (Meikšāne, Plotnieks, 1998) uzskata, ka piederība pie darba komandas, ģimenes vai draugu pulciņa var ļoti būtiski ietekmēt identitātes veidošanos. Profesionālā identitāte ir process, kura attīstību veido aspektu kopums un būtiska ir tā attīstības izpratne tagadnē un perspektīvās. M. Dirba (Dirba, 2003) uzsver, ka identitātes veidošanās process nav lineārs un identitāti kā veselumu un to kā sistēmu nav

iespējams izmērīt. Izmērīt var tikai atsevišķus identitātes aspektus. Ne mazsvarīga ir pašu māsu izpratne par faktoriem, kas to attīstīta, analizējot ētisko principu nozīmību profesijas standarta un pienākumu apraksta spektrā, kā arī izvērtējot efektīvas pacientu izglītošanas nozīmi multikulturālā pacientu aprūpes un sabiedrisko notikumu kontekstā.

Izglītošanas procesa struktūru veido ne tikai māsu vispusīgas zināšanas, atbildīgs un loģisks izglītojošā procesa risinājums, bet obligāts to papildinošs elements ir intelektuāla prasme – *refleksija*. Tā balstās uz novērtējuma pierādījumiem (verbāliem, neverbāliem), kuru interpretācija kognitīvā sfērā apstiprina izvēlēto darbības veidu vai spēj paredzēt un pielietot alternatīvu darbību. „Personīgo pārdomu analīze ir izaicinājums, lai uzlabotu profesionālo un personīgo pieredzi” (Marilyn et al 2011; Levett-Jones, 2007).

Refleksija pacientu izglītošanas īstenošanā norāda par procesa virzības gaitu vai arī uz iespējamiem traucēkļiem, kas liek apsvērt par procesa atkārtošānu, atlikšanu, reformēšanu.

Secinājumi

Pacientu izglītošana ir process, kurā māsas darbība tiek plānota un virzīta, lai pacientam nodrošinātu jaunu vai esošo kognitīvo, afektīvo vai psihomotoro procesu pilnveidi, piemērojot atbilstošu pieeju un līdzekļus. Process ir definēts māsu prakses pienākumos, to ietekmē daudzpusīgi gan no māsas neatkarīgi faktori (vide, izglītošanas līdzekļu resursi), gan personīgi faktori (psihofizioloģiskie aspekti, personības iezīmes, vērtības, motivācija, sistēmisks, holistisks skatījums, kopsakarību redzējums, iespējamību izstrāde, izglītošanas metožu pielietojums), kuru kopums ietekmē māsu attieksmi un pacientu izglītošanas darba realizāciju.

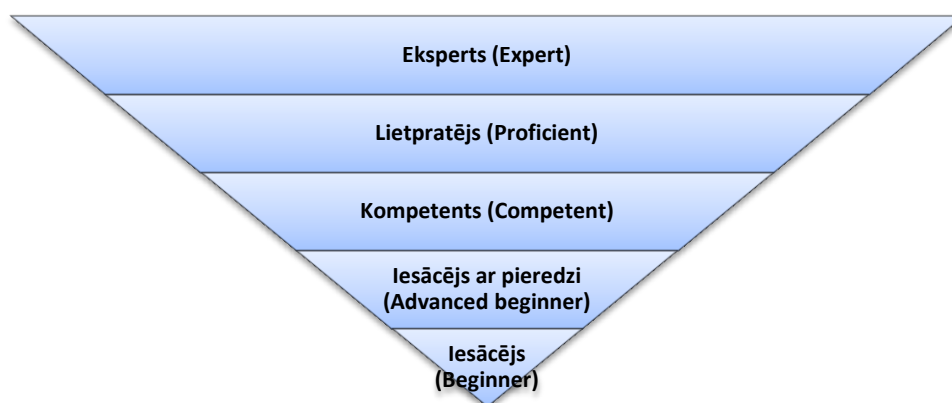
Ja viena vai vairāku, objektīva vai subjektīva faktora ietekmes gadījumā pacientiem netiek sniegta kvalitatīva informācija, nodrošināts izglītošanas/ās pilnvērtīgs process, tad vēlamā rezultāta vietā pacientiem veidojas situācijas neizpratne, kas robežojas ar iespējamiem laika resursu, emocionāliem, finansiāliem vai veselības potenciāla zaudējumiem. Pacientu/sabiedrības interesēs ir, lai izglītošanas process, kas ir veselības aprūpes procesa sastāvdaļa, tiek realizēts profesionāli, piemērojot katram gadījumam atbilstošu pieeju, metodes un līdzekļus.

Teorijā minētā pacientu izglītošanas definīcija vispārīgi raksturo izglītošanas procesa mērķus, bet neatklāj profesionāli kvalitatīvas realizācijas aspektus, izvērtējot pacientu izglītošanas procesu un to ietekmējošos faktorus. Turpmākajā pētījumā svarīgi analizēt pacientu izglītošanas procesu māsu profesionālās lietpratības kontekstā.

1.3. Profesionālā lietpratība pacientu izglītošanā

Lietpratība – kā jēdziens tiek attiecināts uz profesionālo prasmju novērtējumu dažāda spektra profesionālajās jomās, tai skaitā veselības aprūpē. I. Beļickis (Beļickis, 2000) atzīmē, ka pedagoģiskā lietpratība jeb kompetence ir tuvi jēdzieni. Rezultātā tiek pieļauta vārda “*lietpratība*” lietojuma interpretācija atbilstoši situācijas gadījumam. Zinātniskos pētījumos, analizējot māsu profesionālo izaugsmi, lietpratības aspekts kā pētījumu galvenais fokuss apskatīts salīdzinoši reti. Pārsvarā pētījumos analizēti divi H. & St. Dreifus modeļa (H.&St. Dreyfus model, 1986) profesionālās attīstības posmi – kompetents darbinieks (Khan, Ramachandran, 2012) un eksperts (Rivers, 2003; Gobet, Chassy, 2008; Underwood, 2013; Cromley, 2000).

Lietpratības terminu var skatīt H. un St. Dreifus modeļa piecu profesionālo attīstības līmeņu kontekstā (skatīt 7. attēlu), kas norāda, ka ikvienam darbiniekam no iesācēja profesijā ir iespēja pakāpeniski veidoties par darbinieku ar pieredzi, kompetentu darbinieku, lietpratēju, ko nereti dēvē par profesionāli, līdz ekspertam.



7. attēls. Lietpratība profesionālās attīstības līmeņu kontekstā pēc H.&St Dreifus modeļa (Dreyfus, 1986)

Profesionālo prasmju līmeņi veido hierarhiju, kur katrs no augstākajiem līmeņiem ietver visus zemākos līmeņus. Profesionālais progress no zemākā posma uz augstāko ir atkarīgs no iepriekšējo posmu pieredzes, kvalitātes un personīgo spēju kapacitātes, kas transformējas kā personīgs profesionālās taktikas veids. Robežas starp profesionālā pilnveides modeļa etapiem ir atvērtas, tām nav linerāras progresijas attīstība, pārejas iespējamās individuālas, kas nodrošina piekļuvi jaunām idejām, pieredzei un transformatīvām atziņām (Mezirow, 1978; Elliott, 2010; Renigere, 2014). Arī A. Pena (Pena, 2010) atzīmē, profesionālai attīstībai nevar novilkt stingras robežas, uzskatot, ka Dreifusa profesionālās attīstības modelis ir tikai konceptuāla konstrukcija.

Modeli māsu profesijai (skatīt 8. attēlu) adaptējusi māsa profesore P. Bennere (Benner, 2001), kura lietpratības pakāpi šajā profesijā raksturo kā māku „just klīniskās situācijas” (Brykczynki, 2014).



8. attēls. Piecas māsu profesionālās attīstības pakāpes

Resurss adaptēts no P. Benner „From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Commemorative Edition” (2001)

Teorētiski vārdu „*lietpratība*” (*proficiency*) var salīdzināt vārdu „*gudrība*” (*wisdom*). Arī R. Hagerti un A. Grace (Haggerty, Grace, 2008) atzīmē, ka lietpratīga māsu prakse nav tikai roku veiklība, bet arī inteligences (emocionālās inteligences) un gudrības apliecinājums, akadēmisko zināšanu, pieredzes un intuīcijas kopums. Intuīcija (McCutcheon, Pincombe, 2001; Smith, 2007; Gobet, Chassy, 2008) un empīriskā pieredze paplašina māsu garīgo, intelektuālo skatījumu, ļauj novirzīties no teorētiskām atziņām, lai, apzinot gadījuma cēloņsakarības, var pieņemt analītisku, apdomīgu un situācijai atbilstošu lēmumu, izmantot atbilstošu izglītošanas metodi, sadarbības veidu vai paredzēt situācijas iespējamo attīstību. Intuīciju kā fenomenu ir grūti izmērīt. Intuīcija vai slēptās zināšanas (Davies, 1993) palīdz nodrošināt gadījuma kontekstam atbilstošu individualizētu pieeju, jo „māsa bieži ir kā gids un starpnieks, palīdzot jaunā situācijā nonākušam cilvēkam” (Benner, 2001). Savukārt Z. Rubene (Rubene, 2008) atzīmē, ka intuitīvo domāšanu nevar uzskatīt par kritisku, jo pats domāšanas process tajā ir neapzināts. P. Bennere māsu profesionālās prasmes apkopo konceptuālā pamatsistēmā (Benner, Kyriakidis, Stannard, 2011), kas atspoguļo māsu profesionālo pašefektivitāti un ir aktuāli profesionālās lietpratības attīstībā. Māsu profesionālo lietpratību raksturojoši atzinumi literatūras avotos apkopoti tabulā (skatīt 7.tabulu).

7. tabula. Profesionālās lietpratības definējums dažādu autoru skatījumā

| Autors | Galvenās atziņas |
|--|---|
| Dreyfus, H. & St. (1986) Benner, P. (2001) Haggerty, R. Grace, A. (2008) | Definē profesionālās attīstības līmeņus, kad ikvienam ir iespēja no darbinieka iesācēja pakāpeniski veidoties par darbinieku ar pieredzi, kompetentu darbinieku, lietpratēju, ko nereti dēvē par profesionāli, turpmāko ekspertu, līdz profesionālā darba veicējs kļūst par jaunu ideju ģenerētāju, |

| | |
|--|--|
| Benner, P., Tanner, Ch., Chesla, C. (2009) Harper, M. (2009) Jasper, M. (2011) | meistaru. |
| Robinson-Walker, C. (2013) Khan, K & Ramachandran, S. (2012) Lester, St.(2005) Fiddler, M. (2000) | Lietpratības fāzē atzīmē holistisku, analītisku pieeju, racionālus lēmumus, definējot zināšanu, prasmju un atbildības kopumu: zināšanas – dziļa, plaša izpratne par darbības disciplīnu, darba standarts – pilnībā sasniegts, regulāri integrēts darbībā, autonomija – spēj uzņemties pilnīgu atbildību par savu darbību (vajadzības gadījumā par citiem); sarežģītības pārvarēšana – droša lēmumu pieņemšana, var veikt darbības sarežģītās situācijās; konteksta, holistiska uztvere – redz „attēlu” kopumā un indivīda rīcību tajā, konkrētā gadījumā spēj patstāvīgi analītiski lemt un darboties no pieredzes un situācijas izpratnes perspektīvas. |

S. Lesters (Stan Lester, 2005) atspoguļo lietpratības attīstību (skat. 9. attēlu), pamatojoties uz H. un St. Dreifusa modeļa parametriem, un atzīst to kā nozīmīgu, uzsverot, ka svarīgas ir autonomijas iespējas, kurā veidojas profesionālā pašapliecināšanās un pašapziņa.



9. attēls. Lietpratības attīstība pēc S. Lestera (Stan Lester, 2005)

Profesionālā lietpratība pacientu izglītošanā skatāma sociāli kognitīvās karjeras (Social cognitive career theory - SCCT) teorijas (Brown, Lent, Hackett, 2000) kontekstā, kurā nozīme ir māsu motivācijai paaugstināt personīgo sniegumu un ir augstas profesionalitātes sinonīms. Tā ir kompetenču kopums, kas balstīts uz vispusīgām zināšanām, izpratni par paredzamo darbību, pacientu izglītošanas mērķiem un iespējamo darbības stratēģiju, lai paaugstinātu pacientu apmierinātību, samazinātu trauksmi, palielinātu neatkarības iespējas (Bastable, 2006). Pedagoģiskās profesionalitātes progresu novērtē pēc Blūma (Bloom, 1975) taksonomijas, kā atzīmē V. Huits (Huitt, 2006), kad mērķtiecīgi situācijas gadījuma kontekstā tiek attīstītas kognitīvās, afektīvās vai/un psihomotorās prasmes, procesos

integrējot augstāko kognitīvo līmeni – novērtēšanu, kas uzskatāma par fundamentālu lietpratīgas darbības parametru.

L. Andersons un D. Krathvolds (Anderson & Krathwohl, 2001) uzsver, ka profesionālās attīstības koncepcija jāvērtē ar inovatīviem taksonomijas principiem, kur vārds „zināšanas” aplūkojams gan kā priekšmets, gan kā process, tās iedalot:

- **faktiskās zināšanas** – bāzes zināšanas (terminoloģija, detaļas);
- **konceptuālās zināšanas** – bāzes zināšanu un lielāku struktūru kopsakarību apzināšana un izpratne (klasifikācija, darbības principi, teorijas);
- **procedurālās zināšanas** – darbību prasmes (darbību algoritmi, tehniskās iemaņas);
- **metakognitīvās zināšanas** – dialogiska domāšana, domāšana uz priekšu, dominējot zināšanu abstraktajam apjomam (konteksta zināšanas, personīgās pieredzes zināšanas, stratēģiskās zināšanas un stratēģisko zināšanu izmantošanas iespēja), kas veido zināšanu un prasmju kopumu un nosaka lietpratības attīstību (Peria, 2010; Jasper, 2006; 2011), paredzot vietu arī attiecīgās jomas profesionālam radošumam.

Pacientu izglītošanas procesa realizācijā ir svarīga pedagoģiskā takta izjūta, jo jaunu, iepriekš neparedzētu situāciju attīstība un pacientu jautājumu virzieni var ietekmēt iepriekš izvēlēto pieeju. Būtiskas ir māsu individuālās spējas stiprināt personīgo kognitīvo līdzsvaru un toleranci (Haider, 1958, Malle, 2008), kas sekmē darbības savstarpējās mijattiecības un ietekmē risinājumu kognitīvo konsekvencu balansam (Gawronski, Strack, 2012) starppersonu saskarsmē, lai izslēgtu situāciju „patīk, nepatīk” iespējamību, realizējot pacientu izglītošanas procesu.

Profesionālai lietpratībai pacientu izglītošanas darba kontekstā nozīmīgas tās satura sastāvdaļu: metakognitīvo prasmju (Pintrich, 2002; Salari, Rohaniahmad, Ramlah, Bronwyn, 2013) un pašregulācijas vadīšanas spēju sintēze (skatīt 10. attēlu). Izglītojošā procesa lietpratīga kvalitāte tiek nodrošināta, ja māsas ievēro trīs pamatprincipus:

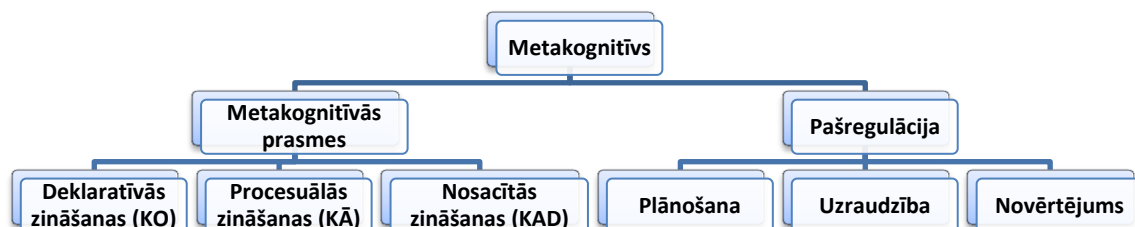
1. zināt **ko** – deklaratīvās zināšanas – *mērķa noteikšana*, situācijas novērtējums atvērtā komunikācijā ar pacientu, lai pedagoģisko darbību veidotu uz līdztiesīgām savstarpējām attiecībām. Iespējamā pacienta iepriekšējā pieredze var veicināt dialoga veidošanos. Par vārdos neizteiktām pacienta izglītošanas vajadzībām vai motivāciju nereti norāda neverbālā komunikācija (ķermeņa stāvoklis, sejas izteiksme), kas veido induktīvu secinājumu par situāciju,

2. zināt **kā** – procesuālās zināšanas – izvēloties izglītošanas procesa taktiku: *metodes un līdzekļus*, ko procesā papildina *atgriezeniskā saite*. Izglītošanas process nav pilnvērtīgs bez formatējošās vai noslēguma atgriezeniskās saites pielietojuma (Al Wahbi, 2014) dialoga veidā, kas ir notiekošo procesu vai iespējamo sasniegumu

indikators, un norāda uz profesionālo kvalitāti. Tā nodrošina situācijai konteksta gadījumiem atbilstošu izglītošanas/ās procesu (Ivarsson, Nilsson, 2009) un tematiskus skaidrojumus, neizslēdzot pedagoģiskās darbības daudzpusību vai korekciju. Saņemot atgriezenisko saiti, seko darbības izvērtējums, vai sniegtā informācija jāatkārto. Ja jā, tad kad, organizējot ciklisku apmācības procesu (Kolbs, 1984).

3. zināt **kad** – nosacītās zināšanas – *situācijas izvērtējums* atbilstoši pacienta spēju fiziskajām spējām, ko ietekmē objektīvais veselības stāvoklis vai subjektīvas izjūtas, uztraukums. Nereti šie faktori liedz uztvert lielāka apjoma informāciju (sāpes, temperatūra), kas tiek sniegta. Psiholoģisko kontekstu nosaka pacienta esošais veselības stāvoklis, prognoze, iespējamais sociālo grupu atbalsts (ģimene). Atsevišķi veselības traucējumi, saslimšanas var izsaukt pacienta psiholoģisko distresu, noliedzot diagnozi un nevēloties uz klausīt ieteikumus. Māsām nepieciešams izvērtēt situācijas, kad var sniegt informāciju, izglītēt pacientu, kad labāk to atlikt uz vēlāku laiku. Ieteicams darbības saskaņot ar pacientu un saņemt akceptu.

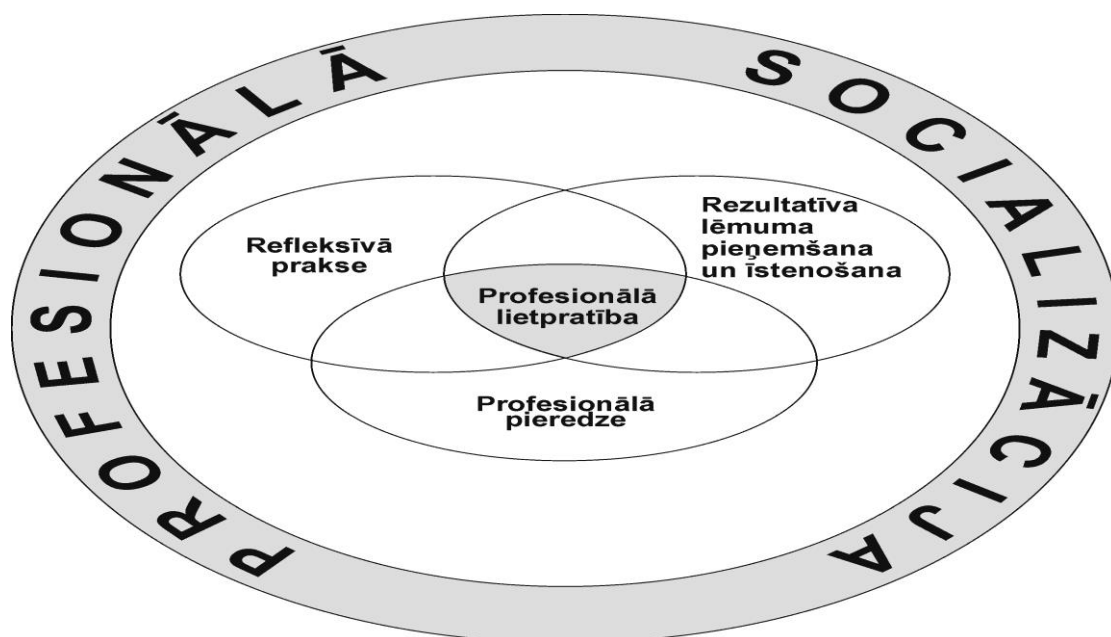
R. Garners (Garner, 1987) uzskata, ka pedagoģiskais process ir dinamisks, ja to bagātina savstarpēji papildinoši spriešanas aspekti (skatīt 9. attēlu), ko autors atspoguļo paplašinātā metakognitīvā procesa skaidrojumā.



10. attēls. Paplašinātais metakognitīvā procesa skaidrojums
Resurss adaptēts pēc R. Garnera (Garner, 1987)

I. Žogla (Žogla, 2001) atzīmē, ka „metakognitīvās zināšanas ir refleksija uz zināšanām...”. Profesionālās lietpratības attīstības laika periods katrai no māsām varbūt individuāls. Tas tāpat kā profesionālā socializācijas attīstība nav linerāra. Jauna pieredze pilnveido māsu attieksmes un vērtības (skat. 11. attēlu). Ir veikti pētījumi par māsu, jauno profesionāļu pielāgošanos darba vidē (Duchscher, 2003; 2008; Missen, McKenna, Beauchamp, 2014), secinot, ka jaunajā situācijā jāsastopas gan ar starppaudžu komunikācijas, gan darba stila un ētikas atšķirībām. Tomēr, neskatoties uz potenciālajām

ārējām ietekmēm, māsām ir jāgūst emocionālais līdzsvars un jāspēj integrēt teorētiskās zināšanas un klīniskās prasmes, tostarp pacientu izglītošanas procesā. Dažreiz veselības aprūpēs iestādē esošā negatīvā prakse (nepietiekoša uzmanība pacientu vajadzībām, izglītošanai) tiek jauno speciālistu adaptēta.



11. attēls. Profesionālā lietpratība profesionālas socializācijas procesā

Lai izveidotu personīgo koncepciju profesionalitātes un profesionālā tēla paaugstināšanai, attīstītu individuālo personības, vērtību un profesionalitātes stratēģiju, nepieciešama iekšēja, gan ārēja motivācija, jo tā ir hipotētisks iekšējs process, kas dod enerģiju un virza uzvedību. A. Blīgzne (2002) atzīmē T. Koķes (Koķe, 1999) aprakstītās pieaugušo izglītības raksturīgākās iezīmes, kas raksturo personības garīgās un profesionālās autonomijas nozīmi pašrealizācijā:

- vajadzība pēc pašizteikšanās vispārējā un profesionālā komunikācijas jomā;
- vajadzība pēc pašcieņas un pašnovērtējuma paaugstināšanās;
- vajadzība pēc pašapliecināšanās;
- izglītības kā vērtības apzināšanās sabiedrībā.

Māsu prakses attīstību ietekmē obligātie profesionālās darbības nosacījumi – tālākizglītība, nepārtraukts izglītības process, regulāri, ik piecus gadus, atjaunojot reģistru vai sertifikātu specialitātē. Procesu var skatīt jēdziena „nepārtrauktā izglītība” (Lieģeniece, 2002) kontekstā. Šeit ir svarīga māsu pašiniciatīva – „pašvirzīta mācīšanās” , kā arī ir jāvadās pēc „personiskās atbildības” (Brokertt, Hiemstera 1991) modeļa, kurā sevis virzību

mācībās ietekmē sociālā vide un apstākļi. Pašiniciatīvu veido pakalpojuma saņēmēju–māsu brīva tālākizglītības satura un formas izvēle atbilstoši profesionālajām interesēm.

Māsu profesionālā prakse pacientu izglītošanā ir mainīga, jo mainās izglītošanas procesa dalībnieki. Būtiska nozīme ir māsu spējai just un atpazīt pacienta veselības stāvokļa izmaiņas, pamatojoties uz konstruktīvu analīzi pieņemt lēmumus, apzināt iespējamos riskus. Zināšanas un prasmes attīstības procesā veido kompetences, mainoties uztveres un profesionālas rīcības attiecībām (skat. 8. tabulu), aktualizējas profesionālās attīstības kopsakarības.

8. tabula Kompetenču līmeņi, profesionālā attīstība un mācību process no iesācēja līdz ekspertam

Resurss adaptēts no Fiddler, M. (2000) Developing Adult learners Strategies

| Kompetenču līmeņi | Profesionālā attīstība | Mācību process |
|---|---|---|
| Iesācēja: Var novērtēt un pielāgoties novirzei no pamatlikumiem un procedūru aprakstiem | Nav atšķirības starp noteikumiem un kontekstu, kurā likumi tiek pielietoti | 10 % savas rīcības transformācija 90 % uztvere |
| Iesācēja ar pieredzi: var novērtēt un pielāgoties svarīgiem situāciju aspektiem | Pāreja no noteikumu diktētām darbībām uz darbībām, ko diktē situācija | 30 % savas rīcības transformācija 70 % uztvere |
| Praktiķis (kompetents): var novērtēt un pielāgoties atkāpēm no modeļa | Pāreja no situācijas diktētām darbībām uz darbībām, ko diktē vispārējs (ģenerālais) plāns | 50 % savas rīcības transformācija 50% uztvere |
| Profesionālis (lietpratējs): var novērtēt un pielāgoties atkāpēm no modeļa | Pāreja no vispārēja plāna diktētām darbībām uz darbībām, ko diktē intuīcija | 70 % savas rīcības transformācija 30 % uztvere |
| Eksperts: var novērtēt un fokusēties uz kritiskiem faktoriem situācijā | Darbības un situācijas ir sinonīmiskas | 90 % savas rīcības transformācija 10 % uztvere |

Profesionāli lietpratīga pacientu izglītošanas cikla realizācijā refleksija ir regulāra „pozitīva rutīna”, kurā māsa ne tikai analītiski vērtē pacientu reakciju, bet arī plāno, gan izvērtē savu personīgo sniegumu. Piemērot refleksiju iespējams gan pirms darbības, ja tā ir plānota, darbības laikā, gan pēc tās. Integrējot atbilstoši pieredzei un zināšanām vairākus refleksiju veidus, māsa attīsta personīgo profesionālo kompetenci (skat. 9. tabulu). Refleksiju kompetence, analizējot pedagoģiskā procesa saturu, balstīta uz atgriezeniskās saites saņemšanu, nodrošina darbības modelēšanas iespējas procesa laikā. R. Harré (Harré, 1983) apraksta refleksiju daudzpusību: refleksiju par iespējām – izvīrot mērķi, refleksiju darbībā un internalizāciju vai refleksiju pēc paveiktā. L.Valis (Valli's, 1997; Minott, 2008)

koncentrējas uz izglītojošās sfēras darbinieku pārdomu analīzi, analizējot to saskaņotību ar izvirzītajiem mērķiem, stratēģiju un noteikumiem.

9. tabula. Refleksiju veidi plānotas pacientu izglītošanas situācijas kontekstā[©]
 Resurss adaptēts balstoties uz Valis (Valli's five types of reflection, 1997; Grant, Van Sledright, Bruce, 2014)

| | |
|--|--|
| Teorētiskā refleksija | Plāno un analizē turpmāko komunikatīvo vai procedurālo rīcību, izmantojot gadījumam atbilstošas izglītošanas metodes, balstoties deklaratīvu (ko darīt), procedurālu (kā darīt) un konceptuālu (kāpēc tieši šāda metode vai darbības stratēģija) pārdomu procesu plānotas pacientu izglītošanas kontekstā |
| Tehniskā refleksija | Pārdomas starp pieredzi un izpratni attīstās katram izglītotājam/skolotājam ar kritiskas dispozīcijas palīdzību, piemērojot plaša mēroga problēmu risināšanas iespējas |
| Refleksija par un kā rīkoties neparedzētā situācijā | Domāšana ietver nepārtrauktu situācijas novērtēšanu, radot līdzsvaru starp jauno, negaidīto informāciju un tās kritisko novērtējumu |
| Kognitīvā refleksija | Holistisks situācijas novērtējums, redzot, konstatējot esošā gadījuma kopainu, ieskaitot neverbālos atribūtus |
| Naratīvā refleksija | Pacienta dialoga, stāstījuma analīze (balss tembrs, saturs) |
| Kritiskā refleksija | Pacienta zināšanu līmeņa, uztveres novērtējums, epistemoloģiska sapratne par pacienta zināšanu apjomu (ko, kā zina), konkrētā gadījuma detaļu analīze, intuitīvi prognozē situācijas attīstību |
| Novērtējuma refleksija | Novērtē pacienta verbālās un neverbālās reakcijas izglītošanas procesa laikā un pēc tam pārliecinās par komunikācijas, darbības, izglītošanas metožu atbilstību gadījumam, saskata, intuitīvi, kas balstās uz lielu pieredzi, praksi, jūt un precīzē pacienta neuzdotos jautājumus par situāciju. Reflektē par saviem pieņēmumiem, analizē par gadījuma panākumiem, trūkumiem kopumā, nepieciešamību atkārtot sacīto vai piemērot citu izglītojošo metodi Procesuālā autonomija un sociāli atbildīga rīcība, nepieciešamības gadījumā mainot darbības taktiku, izglītošanas metodes |
| Personiskā refleksija | Savas iekšējās balss sadzirdēšana |

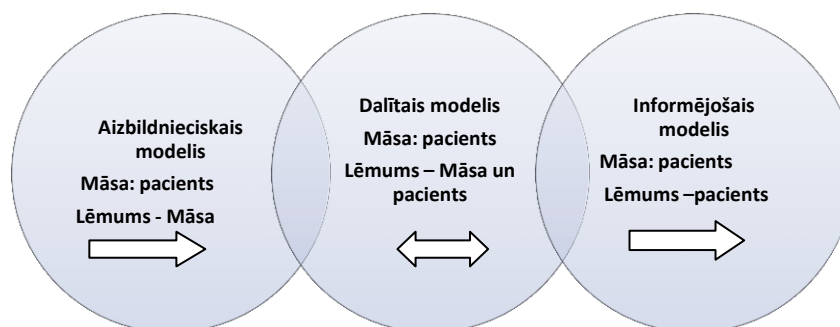
Neplānotas pacientu izglītošanas situācijas gadījumā iztrūkst teorētiskā refleksija. „Refleksija veicina profesionālo, personīgo attīstību, kritisko domāšanu, kā arī prakses rezultātu” (Jasper, 2006). Pētnieki (Strode, 2010; Jarvis, 1992) uzsver, ka refleksija veicina radošumu pedagoģiskajā praksē. Izglītošanas procesā, profesionālās lietpratības kontekstā, neatkarīgi no izglītošanas epizodes laika apjoma, vietas un novērtēšanas darbībā māsas integrē cirkulāru refleksiju (Gibbs, et al 1998, Kolbs, 1974) vai strukturētas refleksijas modeli (Driscoll, 2001), kurus apraksta autori V. Bulmans un S. Šutcs (Bulman, Schutz, 2008) un ir balstīti uz atgriezeniskās saites saņemšanu. Māsas, kuru pacientu izglītošanas prasmes atbilst profesionālās lietpratības līmenim, spēj profesionāli atbildīgi pielietot

dažādu spektru refleksijas, lai noteiktu procesa virzības atbilstību mērķim. Autore piedāvā pacientu izglītošanas profesionālo attīstības līmeņu raksturojumu, kurā bez pamatzināšanām pacientu izglītošanā kā nozīmīgu komponentu aktualizē atgriezeniskās saites saņemšanas un refleksijas pielietojumu, kuru integrācija apliecina māsu profesionālo lietpratību pedagoģijā (skatīt 10. tabulu).

10. tabula. Pacientu izglītošanas profesionālo komponentu attīstība
Resurss adaptēts pamatojoties uz H.&St. Dreifus 1986; Benner, 2001; Peria, 2010 atziņām

| Attīstības līmeņu iedalījums | Komponentu integrācijas biežums |
|---|---|
| Pedagoģisko zināšanu – elementārais līmenis | zina, prot izglītēt, balstoties uz akadēmiskām zināšanām, reta atgriezeniskā saite, reta viena veida refleksija |
| Pedagoģiskā prasme – profesionālās patstāvības līmenis | zina, prot izglītēt situācijas kontekstā, reta atgriezeniskā saite no pacienta, bieža viena veida refleksija |
| Pedagoģiskā kompetence – profesionālās patstāvības un atbildības līmenis | zina, prot plaši izglītēt, atgriezeniskā saite atkarībā no māsas darba situācijas, bieža viena veida, reta divu vai vairāku veidu refleksija |
| Pedagoģiskā lietpratība – profesionalitātes un augstas atbildības līmenis | zināšanas, pieredze, adaptācijas spējas, augsta intuīcija, holistisks vērtējums, regulāra atgriezeniskā saite, analītiska, rutīnas plaša spektra refleksija |
| Eksperts pedagoģijā – izcilības līmenis pedagoģijā | sniedz padomus pedagoģijā personālam, studentiem, augsta tolerance, 100% atgriezeniskā saite, neiztrūkstošs plaša spektra refleksiju pielietojums |

Profesionāli lietpratīgi organizēts izglītošanas process sekmē indivīda/pacienta subjektīvo atziņu pagriezienu uz līdzdalības notikumiem ar garīgo (prāts, apziņa) un transpersonālo (morāla apziņa, respekts) izpratni (Ferrer, Romero, Albareda 2005). Tādējādi tas veido un tieši vai netieši ietekmē pacientu lēmumu pieņemšanu ārstniecības procesā (skatīt 12. attēlu).



12. attēls. Trīs modeļi par lēmumu pieņemšanu ārstniecības procesā mijiedarbībā māsa–pacients

(adaptēts pēc Charlies et al. 1999; Chalamon, Chouk, Heilbrunn, 2010)

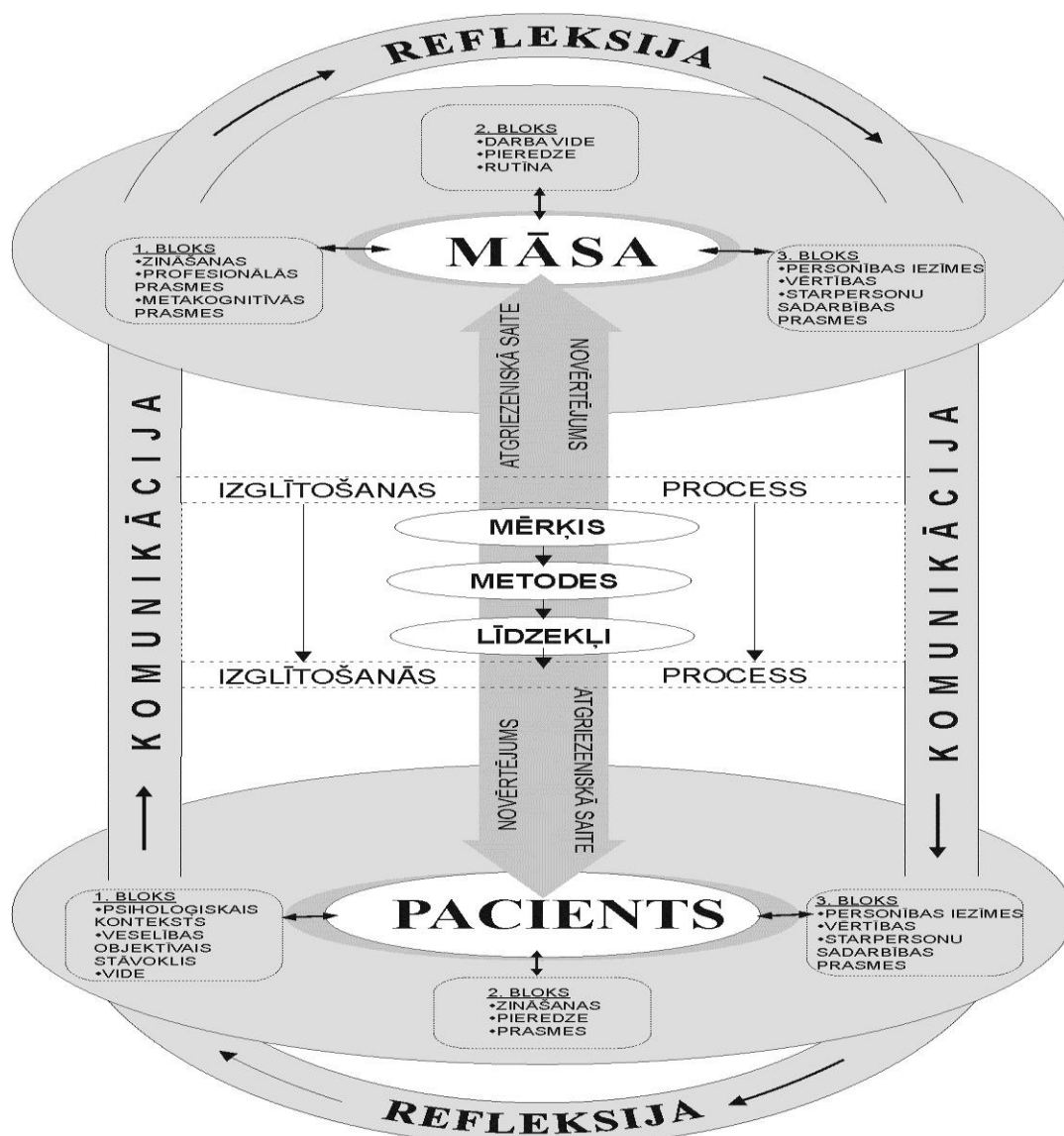
Profesionālo lietpratību pacientu izglītošanā var raksturot kā pieredzes un personīgo spēju kapacitāti, profesionālās taktikas veidu, kad katram gadījumam tiek piemērota fenomenoloģiska (Huserls, 2002), personiska pieeja, tas tiek vērtēts kā atklājums (Uhrenfeldt, Hall, 2007; Strode, 2010), bez negatīvas rutīnas attieksmē, darbībā, neskatoties uz dažādu iespējamo blakus ietekmējošu faktoru klātbūtni. Šādi organizēts pacientu izglītošanas process var transformēties par pacienta izglītošanās procesu, kas nav mazsvarīgi. Māsu profesionālās jomas pētnieki (Bryant-Lukosius et al 2004) atzīst, ka progresīvu māsu prakses analīze ir nepieciešama, jo iespējamā rīcības koncepcija atšķiras no zemāku profesionālo līmeņu māsu prakses.

Lietpratība nav process, bet norāda uz sasniegto profesionālo līmeni. Lietpratības apliecinājumam nav nepieciešams noteikts laika periods, to, bez atbilstošām kompetencēm medicīnā, ietekmē māsu vērtības, sociālās un pilsoniskās prasmes. Profesionālā lietpratība pacientu izglītošanā vērtējama individuālā, sociālā, kultūras un institucionālā aspektā.

Balstoties uz teorētisko atziņu analīzi un promocijas darba teorētisko koncepciju, autore piedāvā:

1. profesionāli lietpratīgas pacientu izglītošanas būtības skaidrojumu: „*profesionāli lietpratīga pacientu izglītošana ir balstīta uz pacientu orientētu, holistisku pieeju, kritiski izvērtējot situāciju Ko? Kad? Kā? perspektīvās, piemērojot atbilstošas izglītošanas metodes un līdzekļus, atgriezenisko saiti un refleksiju, lai pilnveidotu pacientu izziņu un/vai psihomotorās prasmes*”;

2. māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijsakarības, kas uzskatāmi attēlotas 13. attēlā (skatīt 13. attēlu) un shematiski atspoguļo profesionāli lietpratīgu pacientu izglītošanas būtību, kuru veido pedagoģisku darbību kopums: *komunikācija, novērtējums, metodes, līdzekļi, atgriezeniskā saite, refleksija.*



13. attēls. Māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijsakarbības

Māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijsakarbības apliecina holistiska situācijas novērtējuma, ārēju un iekšēju faktoru saistību, pamato izglītošanās procesa attīstības norisi:

1. *atklāj* komunikācijas kā mijiedarbības formas nozīmi, kas nodrošina sapratni un savstarpēju uzticēšanos, nosakot izglītošanas nepieciešamību un vienojoties par sadarbību;

2. *vizualizē* procesa attīstības norisi, norādot uz abu, procesā iesaistīto subjektu: *māsa/pacients* potenciālām ietekmēm, kuras atspoguļo *trīs bloki*, kas sastāv no daudzveidīgiem komponentiem. Bloku robežas nav noslēgtas un to komponenti, var noteikt izglītošanās procesa *mērķu* izvirzīšanu, *metožu* un/vai *līdzekļu* izvēli, *procesa* realizāciju, *rezultāta* sasniegšanu un *novērtēšanu*. Ietekmju bloku komponenti, lai arī daudzveidīgi, pārsvarā ir vienādi, bet iesaistīto subjektu (*māsa/pacients*) mijiedarbības kontekstā maina prioritātes:

- *personības iezīmes* – iedzimtās, iegūtās,
- *starppersonu sadarbības prasme* – pamats izglītošanas procesā, saskarsmes partneru ieinteresētība,
- *esošās zināšanas* – to kvalitāte,
- *prasmes* – esošās vai apgūtās,
- *pieredze* – pozitīva, negatīva,
- *vērtību sistēma* – spriedumi, motivācija, attieksme.

Pacienti ar pozitīvu attieksmi pret personīgo veselību, kur kā nosacījums dominē „*es varu, es gribu*”, veicina līdzatbildību un sadarbību. Pretējs rezultāts būs pacientiem ar pazeminātu pašvērtējumu, kad māšai vajadzīga īpaši pārdomāta pieeja pacientu uzmundrinot, atbalstot. Ja izglītošanas procesa realizētāji – māšas to organizē un vada prasmīgi, izslēdzot darba *rutīnu* tās negatīvajā izpausmē, kurā dominē konverģenta domāšana un atbilstoša rīcība, tad pacientu izglītošanas process var sekmēt *izglītošanās procesa attīstību*;

3. *fokusē*, ka māšai būtiski novērtēt pacienta izturēšanās verbālas, neverbālās izpausmes, respektējot esošā brīža *psiholoģisko kontekstu, kā arī objektīvo veselības stāvokli*, ko var pastiprināt neierastas *vides* aspekts. Viena vai vairāku faktoru ietekme var mazināt pacienta vēlmi veidot kontaktus, iegūt jaunu, lai arī nepieciešamu informāciju, iespējama izvairīšanās no sadarbības. Māsa, piemērojot kritisku, elastīgu, diverģentu domāšanu var eklektiski piemēroties izglītojošās darbības realizācijai;

4. *norāda* par kritiskā konstruktīvisma kompetenču nozīmi izglītošanas/izglītošanās procesā, ko raksturo savlaicīgi:

- ar atvērtiem jautājumiem un pedagoģiskā takta izjūtu pielietota *atgriezeniskā saite*, kurai ir nozīme izvīrīto mērķu sasniegšanā, kas spēj norādīt uz pacienta, iespējams arī māšas, izpratnes vai kļūdainu faktoru interpretāciju,
- *refleksija*, kas izvērtē un uzdod jautājumus par tā norises gaitu ir kā iekšējs monologs, pedagoģiskā procesa neiztrūkstoša sastāvdaļa.

Māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijšakarības atspoguļo procesā iesaistīto personu (pacients/māsa) mijiedarbību, kurā, pēc H. Gudjona (Gudjons, 2007) atziņām, integrētas četras izglītības pamatfunkcijas:

1. Kritiskuma funkcija – spēja kritiski izvērtēt situāciju,
2. Strukturēšanas funkcija – spēja orientēties nozīmīgākajā,
3. Heiristiskā funkcija – prasme saskatīt realizācijas iespējas,
4. Leģitimēšanas funkcija – kompetenta, patstāvīga, humāna un atbildīga rīcība.

Mijsakarību shematiskais attēlojums norāda, ka pacientu izglītošanas/izglītošanās procesa nodrošināšanā neviens no atspoguļotiem komponentiem nav uzskatāms par maznozīmīgu, tai skaitā intrapersonālās (personas iekšējās) un interpersonālās (saskarsmes un sociālās) prasmes un īpašības. *Māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijsakarības* profesionāli lietpratīgā pacientu izglītošanas procesā jārealizē atbilstoši izglītošanas/ās gadījuma kontekstam.

Secinājumi

Māsu profesionālā socializācija aktivizē metakognitīvo prasmju, ētisko zināšanu, morālās atbildības, profesionālo darbību, komunikācijas un intuīcijas līdzsvara regulācijas procesus, kas sekmē profesionālo lietpratību pedagoģijā un attīsta plašāku skatījumu uz situācijām, to izvērtējumu un rīcību. Profesionālais progress ļauj izprast ne tikai iespējamo vai alternatīvo darbību risinājumus, bet arī procesā integrēt novērtēšanas metodes, kuru pielietojums nodrošina pacientu izziņas pilnveidi un liecina par māsas profesionalitāti.

Izvērtējot māsu profesionālās lietpratības aspektus pacientu izglītošanā tiek secināts, ka pedagoģiskā darba kvalitātes nodrošināšanai veselības aprūpē būtiska nozīme ir izglītojošā procesa mijsakarībām starp procesa dalībniekiem. Lai atklātu mijsakarību funkcionalitāti un pārbaudītu teorētisko koncepciju, svarīgi veikt empīrisku pētījumu trīs izlasēs (topošie profesionāļi, pacienti, māsas).

2. MĀSU PROFESIONĀLĀS LIETPRATĪBAS IZVĒRTĒJUMS PACIENTU IZGLĪTOŠANAS PROCESĀ

2.1. Izglītojošās darbības aspektu vērtējums fona pētījumos

Pacientu izglītošana profesionālās lietpratības kontekstā ir apskatāma kā process, kura attīstību un pilnveidi ietekmē dažādi faktori. Lai vispusīgi izziņātu māsu pedagoģiskās darbības aspektus, promocijas darba izstrādes sākuma posmos tiek veikti vairāki gan kvalitatīvi, gan kvantitatīvi fona pētījumi.

2.1.1. Profesionālo tālākizglītību apliecinājošu dokumentu kopiju analīze

Pētījuma pamatojums: Māsu profesionālā tālākizglītība viennozīmīgi skatāma mūžizglītības kontekstā (Koķe, 2001, Lieģeniece, 2002, Knowles, 1980). Saskaņā ar Cedof glosāriju (Cedefop, 2008) profesionālā tālākizglītība ir ietverta kā plānots, mērķtiecīgs pasākums, „izglītības process, kas notiek izglītības iestādēs, tai skaitā, darba vietās un ārpus tām, kurā netiek ievērota kāpņu sistēma”.

Māsu tālākizglītību reglamentē MK noteikumi Nr. 192 par „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtību”, nosakot, ka māasai piecu gadu laikā kvalifikācijas pilnveide jāapliecina ar dokumentiem par 150 stundu apjomu, kas nosaka nepieciešamību par tālākizglītības nodrošināšanu, kas varbūt gan neformālās, gan formālās izglītības kontekstā, nereglamentējot kursu apmeklējuma spektru.

Pētījuma mērķis: analizēt iesniegto pēcdiploma izglītības dokumentu kopijas, lai identificētu apmeklēto kursu pedagoģijā un saskarsmē skaitliskās tendences.

Pētījuma bāze: pēcdiploma izglītības dokumentu kopijas dalībniecēm (n-150), kuras paaugstina izglītības līmeni no 3. profesionālā līmeņa (3. ISCED) uz 1. līmeņa augstāko profesionālo izglītību (4. ISCED) līmeni ESF fonda programmas: „Cilvēkresursi un nodarbinātība” papildinājuma 1.3.2.3. aktivitātes „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana” projekta ietvarā.

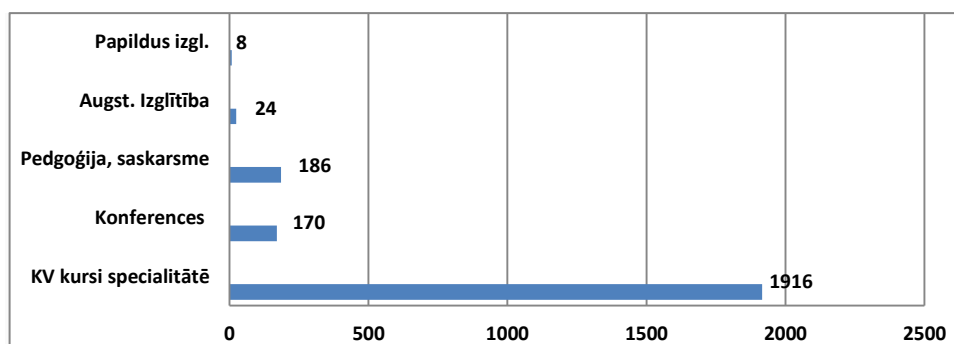
Pētījuma metodoloģija: kvalitatīvā, kontentanalīze, identificējot kursu nosaukumos vārdus „pedagoģija”, „saskarsme” un „komunikācija”. Pētījuma datu ieguvei izmantota datu apstrādes programma *Microsoft Office Excel v.11*.

Pētījuma rezultāti: analizētas pēcdiploma izglītības dokumentu kopijas par laika periodu (2004./05. – 2009./10. gadam), kopā konstatētas 2304 epizodes. Iegūtie rezultāti (skatīt 11. tabulu) uzrāda, ka piecos gados izlases dalībnieki pārsvarā papildinājuši profesionālo pieredzi daudzveidīgos kvalifikāciju uzturošosursos specialitātē (n-1916,

100%), kas atbilst profesionālās darbības pilnveides nosacījumiem. Apmeklētas konferences saistībā ar veselības aprūpi (n-170, 7,4%). Kursi, kuru tematiskajā nosaukumā tiek identificētas pedagoģijas un saskarsmes tēmas ir salīdzinoši neliels daudzums (n-186, 8,1%).

Laika periodā no 2004./05. gada līdz 2009. gadam daļa respondentu (n-24, 16%) ir paaugstinājušas izglītības līmeni, iegūstot augstāko izglītību. Iegūtā augstākā izglītība pārsvarā ir citās specialitātēs: sociālajā darbā (n-11, 45%), vadībā (n-6, 25%), psiholoģijā (n-5, 20,8%), pedagoģijā (n-2, 8,3%). Kā papildus izglītība (n-8, 5,3%) gadījumos no kopējā izlases dalībnieku skaita tiek nominēti masāžas, manikīra un ar medicīnu nesaistīti kursi. Piecu gadu laikā māsas vidēji apmeklējušas 15 profesionālās pilnveides kursus.

11. tabula. Māsu tālākizglītības atspoguļojums (n-150)



Dažāda spektra zināšanu papildināšana profesionālā un cita veida tālākizglītībā veicina kritiskās domāšanas attīstību, palielina spēju identificēt atšķirības starp pašreizējo sniegumu un citu pieredzi, paaugstina un paplašina profesionālās perspektīvas. Papildinot izglītību, veidojas personas stabilitāte un zināšanu pastāvīgums, savukārt, zinošāks darbinieks spēj būt drošāks, spēj uzlabot savu pašapziņu, pilnvērtīgāk veikt paredzēto uzdevumu.

Secinājumi

- Analizējot iegūtos rezultātus, var konstatēt, ka māsas izpilda profesionālas tālākizglītības un kvalifikācijas pilnveidei nepieciešamās prasības atbilstoši likumdošanai par reģistra atjaunošanu. Māsu profesionālā tālākizglītība iespējama dažādos variantos. Veids un formāts atkarīgs no vēlamā rezultāta, kas jāsasniedz.
- Profesionālajā tālākizglītībā dominē profesionālās specializācijas kursu apmeklējumi specialitātēs, bet kursu apmeklējumam pedagoģijā un saskarsmē ir salīdzinoši zema aktivitāte, kurai kā pamatojums varbūt, ka nav bijis atbilstošs piedāvājums.

- Ļoti neliels skaits māsu izvēlas iegūt augstāka līmeņa kvalifikāciju.
- Iegūtie rezultāti apliecina pētniecības virziena aktualitāti un turpmākajā pētnieciskajā darbā būtiski noskaidrot, kas ietekmē māsu izvēli profesionālo tālākizglītības kursu apmeklējumam.

2.1.2. Māsu vērtējums par vērtībām profesijas identitātes aspektā un pedagoģisko darbību ietekmējošiem aspektiem

Pētījuma pamatojums: Māsu profesionālās vērtības nereti atbilst personiskajām un tiek integrētas dažāda spektra darbību izpausmēs. Zināšanas un prasmes veido kompetenču kopumu, kas ir profesionālā tēla un identitātes daļa, kas kā indikatori tiek aktualizēti pacientu un sabiedrības vērtējumā. Māsu prakses un ētiskās vērtības ir analizētas pētnieku grupas (Shahriari, Mohammadi, Abbaszadeh, Bahrami, 2011) pētījumā. Profesionālās identitātes veidošanos ikdienā parasti neakcentē, tā veidojas pakāpeniski, tas ir process, kad darbinieks ar savu rīcību un vērtību kopumu apzina sevi kā profesionālās grupas pārstāvi, praktiski apliecinot gan personisko, gan profesionālo kultūru.

Vērtības un kompetences attīstās profesionālā socializācijā, kurā nozīmīga ir māsu personīgi aktīva līdzdalība. Profesionālā tālākizglītība pieaugušo izglītības kontekstā (Brokertt, Hiemstera, 1991) paaugstina vai maina vērtības, psihiskās izziņas procesus, veicina gadījumu situatīvās un priekšmetiskās būtības izpratni, sekundāri nodrošina atbilstošu spriedumu un slēdzienų pieņemšanu, didaktikas principu piemērošanu, efektīvu izglītošanas darba metožu un līdzekļu izvēli.

Pētījuma mērķis: noteikt māsu vērtējumu par vērtību kopumu profesijas identitātes kontekstā un pašvērtējumā, kā arī izpētīt pedagoģiskās darbības dominējošos aspektus.

Pētījuma izlase: brīvi izvēlētu māsu aptauja (n – 200).

Pētījuma metodoloģija: pētījumā izmantota autores veidota multifaktora anketa (2. pielikums). Anketas jautājumi: 1. – māsu pamatdarbs; 2. – viedoklis par vērtībām, vērtējot tās māsu profesijas identitātes aspektā; 3. – viedoklis par vērtībām personīgā vērtējumā; 4. – izglītošanas metožu un līdzekļu lietojums; 5. – faktori, kas nosaka pēcdiploma izglītības kursu izvēli; 6. – 7. demogrāfiskie dati. Lai vienkāršotu anketu aizpildi, jautājumos, kuri atspoguļo vērtības gan māsu identitātes, gan personiskajā vērtējumā, tiek dots personisko, profesionālo lietpratību un starppersonu sadarbību veicinošo vērtību uzskaitījums.

Pētījuma anketas 2. un 3. jautājuma novērtējumā izmantota Likerta skala 5 punktu diapazonā. 2. jautājumā, vērtējot dotos parametrus pēc nozīmības māsu tēla konceptuālā vērtējumā, diapazonā no mazsvarīgi līdz ļoti svarīgi, bet 3. jautājumā, to pašu parametru

subjektīvā pašvērtējumā pēc vērtību attīstības, novērtējuma gradācija ir no zema līdz augstam.

Pētījums veikts: no 2011. gada novembra līdz 2012. gada janvārim. Izdalītas 300 anketas, atgrieztas 227. Rezultātu apkopošanai ņemtas vērā tikai pilnvērtīgi aizpildītas anketas, kopskaitā 200. Pētījuma datu ieguvei izmantota datu apstrādes programma *Microsoft Office Excel v.11*. Izlasē iegūtie rezultāti ir atspoguļoti veselos skaitļos un procentos. Par statistiski nozīmīgiem atzīti rezultāti, kuros parametra vērtējums ir virs 50%.

Pētījuma rezultāti: respondentu iedalījums pēc darba vietas: sekundārā etapa māsas (n – 34; 17%), primārā aprūpes etapā strādājošās māsas (n – 166; 83%). Ņemot vērā, nelielo respondentu skaitu, kuras nodarbinātas sekundārā aprūpē un pētījuma mērķi, un pētījuma procesā izmantoto statistikas programmu *Microsoft Office Excel v.11*, atbildes ir summētas. Respondentu darba stāžs: līdz 5 gadiem (n – 11; 5,5%), 5 – 10 gadi (n – 53; 26,5%), 11 – 20 gadi (n – 101; 50,5%); virs 20 gadiem (n – 35; 17,5%).

Pēc izglītības līmeņa: 3. profesionālās izglītības līmenis (n – 147; 73,5%); 4. profesionālās izglītības līmenis (n – 34; 17%); 2. līmeņa augstākā profesionālā izglītība (māszinību bakalaura) (n – 13; 6,5%); augstākā akadēmiskā – māszinību maģistrs (n – 6; 3%).

Māsu personiskās vērtības profesionālās identitātes kontekstā (skatīt 12. tabulu), kas saistās ar izlases konceptuāli vēlamajiem aspektiem: vienbalsīgi kā nozīmīgāko māsas atzīmē *atbildību* (ļoti svarīgi n – 152; 76%; svarīgi n – 48; 24%). Augsts novērtējums ir profesionāli nozīmīgai vērtībai *uzticamībai* (ļoti svarīgi n – 142; 71%; svarīgi n – 48; 24%). Vērtību kopsavilkums profesionālās identitātes kontekstā apskatāms 3. pielikumā.

12. tabula. Māsu personisko vērtību konceptuāls atspoguļojums

| | Ļoti svarīgi | | Svarīgi | | Daļēji svarīgi | | Maz svarīgi | | Nezinu | |
|----------------------------------|--------------|-------------|-----------|-------------|----------------|------|-------------|------|--------|-----|
| | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Māsu personiskās vērtības | | | | | | | | | | |
| Mērķtiecība | 51 | 25,5 | 74 | 37 | 58 | 29 | 17 | | | |
| Noteiktība | 106 | 53 | 76 | 38 | 18 | 9 | | | | |
| Apņēmība | 36 | 18 | 93 | 46,5 | 52 | 26 | 19 | | | |
| Atbildība | 152 | 76 | 48 | 24 | | | | | | |
| Neatlaidība | 45 | 22,5 | 89 | 44,5 | 41 | 20,5 | 25 | 12,5 | | |
| Cieņa | 49 | 24,5 | 74 | 37 | 47 | 23,5 | 30 | 15 | | |
| Godīgums | 117 | 98,5 | 56 | 28 | 27 | 13,5 | | | | |
| Lojalitāte | 82 | 41 | 62 | 31 | 35 | 17,5 | 19 | 9,5 | 2 | 1 |
| Savaldība | 109 | 54,5 | 67 | 33,5 | 24 | 12 | | | | |
| Uzticamība | 142 | 71 | 48 | 24 | 10 | 5 | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|-------------|-----------|-------------|----|------|---|-----|--|--|
| Līdzjūtība | 76 | 38 | 61 | 30,5 | 63 | 31,5 | | | | |
| Iecietība | 87 | 43,5 | 78 | 39 | 35 | 17,5 | | | | |
| Izpalīdzība | 86 | 43 | 90 | 45 | 34 | 17 | | | | |
| Taisnīgums | 78 | 39 | 90 | 45 | 42 | 21 | | | | |
| Objektivitāte | 104 | 52 | 59 | 29,5 | 40 | 20 | 7 | 3,5 | | |
| Drosme | 104 | 52 | 56 | 28 | 40 | 20 | | | | |
| Vērīgums | 129 | 64,5 | 61 | 30,5 | 6 | 3 | 4 | 2 | | |

Turpmāko vērtību novērtējums procentuāli virs 50%, tiek papildināts ar: daļēji svarīgi un mazsvarīgi, kas liecina par izlases dažādu viedokļu paplašināšanos. *Vērīgumam*, kas vairāk attiecināms uz īpašību, bet profesionālajā jomā esoša vērtība ar ļoti svarīgu nozīmi (ļoti svarīgi n – 129; 64,5%; svarīgi n – 61; 30,5%; daļēji svarīgi n – 6; 3%; nesvarīgi n – 4; 2%). Māsu vērīgums ļauj savlaicīgi novērtēt pacientu veselības stāvokļa izmaiņas, neverbālo valodu un vārdos neizteiktos jautājumus, sekojoši preventīvi novērst iespējamus sarežģījumus un pārpratumus. Darbs veselības aprūpē ir balstīts uz savstarpējām uzticēšanās attiecībām starp kolēģiem, kur pamats ir *godīgums* (ļoti svarīgi n – 117; 98,5%; svarīgi n – 56; 28%; daļēji svarīgi n – 27; 13,5%), kas ir būtisks faktors uzticības veidošanā attiecībās ar pacientiem. Esot saskarsmē ar pacientiem, kuriem ir dažāda attieksme pret veselību, tās saglabāšanu vai profilaksi, izglītošanas procesu, nozīme ir *tolerancei vai savaldībai* (ļoti svarīgi n – 109; 54,5%; svarīgi n – 67; 33,5%; daļēji svarīgi n – 24; 12%), ko arī izlase uzskata par nozīmīgu profesionālu vērtību. Augstu novērtējumu ieņem *noteiktība vai konsekvence*, kas svarīga darbību un spriedumu pamatotībā (ļoti svarīgi n – 106; 53%; svarīgi n-76; 38%; daļēji svarīgi n – 18; 9%). Sekojoši augstu novērtējumu ieņem objektivitāte (ļoti svarīgi n – 104; 52%; svarīgi n – 59; 29,5%; daļēji svarīgi n – 40; 20%; mazsvarīgi n – 7; 3,5%) un drosme (ļoti svarīgi n – 104; 52%; svarīgi n – 50; 28%; daļēji svarīgi n – 40; 20%). Līdzjūtības, kas ir empātijas līdzizpauzme (Chandler, 2015) vērtējums ir zemāks (ļoti svarīgi n – 76; 38%; svarīgi n – 61; 30,5%; daļēji svarīgi n – 63; 31,5%).

Analizējot *profesionālās lietpratības* (skatīt 13. tabulu) vērtību raksturojošos faktoros, kas izsaka kompetenci (Tiļļa, 2005), izlases vērtējums ir vienprātīgs, novērtējot *zināšanas* (ļoti svarīgi n – 132; 66%; svarīgi n – 68; 34%) kā kopēju vērtību (Behi, Nolan, 2014), *profesionālās prasmes* (ļoti svarīgi n – 121; 60,5%; svarīgi n – 79; 39%) un *pieredzi* (Špona, 2004) (ļoti svarīgi n – 103; 65,5%; svarīgi n – 97; 48,5%).

13. tabula. Profesionālo lietpratības vērtību konceptuāls atspoguļojums māsu izlasē

| | Ļoti svarīgi | | Svarīgi | | Daļēji svarīgi | | Maz svarīgi | | Nesvarīgi | |
|--|--------------|------|---------|------|----------------|------|-------------|-----|-----------|-----|
| | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Profesionālās lietpratības vērtības | | | | | | | | | | |
| Zināšanas | 132 | 66 | 68 | 34 | | | | | | |
| Profesionālās prasmes | 121 | 60,5 | 79 | 39 | | | | | | |
| Profesionālā pieredze | 103 | 51,5 | 97 | 48,5 | | | | | | |
| Refleksijas prasme / darbības analīze | 46 | 23 | 59 | 29,5 | 63 | 31,5 | 22 | 11 | 10 | 5 |
| Kritiskās domāšanas prasmes | 69 | 34,5 | 78 | 39 | 38 | 19 | 15 | 7,5 | | |
| Zinātniskās analīzes prasmes | 55 | 27,5 | 45 | 22,5 | 86 | 43 | 14 | 7 | | |

Savukārt izlase kā daļēji svarīgu un mazsvarīgu vērtē metakognitīvo procesu (Rubene, 2008) *refleksijas, kritiskās domāšanas*, kā profesionāla procesa sastāvdaļas, un zinātniskās pieejas pielietojuma nozīmi, ko var saistīt ar dominējošo izlases izglītības līmeni – 3. profesionālās izglītības līmenis (n – 147; 73,5%).

Indivīdi tiecas izveidot noteiktu priekšstatu par sevi. *Starppersonu sadarbību veicinošo vērtību* kopums sekmē (skatīt 14. tabulu) veselības aprūpes darbinieku komandas sociālās mijattiecības, rezultātā veido daļu no pacientu un sabiedrības vērtējuma par profesionālo darbību. Izlase kā svarīgu novērtē attieksmi pret pacientiem (n – 105; 52,5%), pārsvarā pozitīvi vērtējot *komunikāciju prasmes un attieksmi pret kolēģiem un sadarbības prasmes ar pacientiem, kolēģiem*.

14. tabula. Starppersonu sadarbības aspektu konceptuāls atspoguļojums māsu izlasē

| | Ļoti svarīgi | | Svarīgi | | Daļēji svarīgi | | Maz svarīgi | | Nesvarīgi | |
|---|--------------|------|---------|------|----------------|------|-------------|-----|-----------|-----|
| | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Starppersonu sadarbību veicinošās vērtības | | | | | | | | | | |
| Attieksme pret pacientiem | 66 | 33 | 105 | 52,5 | 29 | 14,5 | | | | |
| Attieksme pret kolēģiem | 65 | 32,5 | 99 | 49,9 | 36 | 18 | | | | |
| Komunikāciju prasmes | 84 | 42 | 92 | 46 | 34 | 17 | | | | |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | 59 | 29,5 | 96 | 48 | 45 | 22,5 | | | | |
| Sadarbības prasme ar pacientiem | 83 | 41,5 | 67 | 33,5 | 60 | 30 | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|----|------|----|----|----|------|----|------|--|--|
| Pašapziņa | 49 | 24,5 | 68 | 34 | 57 | 28,5 | 26 | 13 | | |
| Pašvērtējums | 42 | 21 | 72 | 36 | 53 | 26,5 | 33 | 16,5 | | |

Individuālo psiholoģisko īpašību – *pašapziņu*, kas izsaka personas rīcību, veido darbību stratēģiju un visvairāk apliecinās autonomā praksē (Weston, 2010) izlases dalībnieki vērtē kā daļēji svarīgu (n – 57; 28,5%) un mazsvarīgu (n – 26; 13%), kā arī pašvērtējuma nozīme kopumā tiek vērtēta salīdzinoši zemu, kā daļēji svarīgu (n – 53; 26,5%) vai mazsvarīgu (n – 33; 16,5%). Pašvērtējums, kas izsaka māsu pašizjūtu un pašcieņu, individuālo stāvokli, kā arī daļēji veido turpmāko panākumu attīstību, tiek vērtēts plašā amplitūdā, kas izsaka neviennozīmīgi augstu vērtējumu.

Respondentu sniegtajā pašvērtējumā par personiskajām vērtībām, (skatīt 15. tabulu), ņemot vērā atšķirīgos vērtējuma kritērijus Likerta skalai, kas piemēroti pašvērtējuma rakursam, skaitlis 1 atbilst zemākajam vērtējumam, bet 5 – augstākajam vērtējumam. Pētījuma rezultāti uzrāda plašāku sniegto datu izkliedi, vērtējot personiskās vērtības profesionāli konceptuālā skatījumā, kas saistās ar māsu profesionālās identitātes kontekstu. Novērtējot sevi, vienīgais augstākais vērtējums virs 50% ir *atbildībai* (augsts n – 118; 59%; labs n – 62; 21%; apmierinošs n – 20; 10%).

15.tabula. Māsu personisko vērtību pašvērtējums

| Māsu personiskās vērtības | 1 Zems | | 2 Viduvējs | | 3 Apmierinošs | | 4 Labs | | 5 Augsts | |
|---------------------------|--------|-----|------------|------|---------------|-------------|-----------|-------------|------------|-----------|
| | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Mērķtiecība | | | 26 | 13 | 40 | 20 | 78 | 39 | 56 | 28 |
| Noteiktība | | | | | 44 | 22 | 92 | 46 | 64 | 32 |
| Apņēmība | | | 13 | 6,5 | 77 | 38,5 | 72 | 36 | 68 | 34 |
| Atbildība | | | | | 20 | 10 | 62 | 21 | 118 | 59 |
| Neatbildība | | | 32 | 16 | 53 | 26,5 | 71 | 35,5 | 44 | 22 |
| Cieņa | | | 23 | 11,5 | 41 | 20,5 | 77 | 38,5 | 59 | 29,5 |
| Godīgums | | | | | 62 | 31 | 66 | 33 | 72 | 36 |
| Lojalitāte | | | 12 | 6 | 56 | 28 | 67 | 33,5 | 65 | 32,5 |
| Savaldība | | | 10 | 5 | 58 | 29 | 73 | 36,5 | 59 | 29,5 |
| Uzticamība | | | | | 41 | 20,5 | 95 | 47,5 | 64 | 32 |
| Līdzjūtība | | | 6 | 3 | 45 | 22,5 | 85 | 42,5 | 64 | 32 |
| Iecietība | 3 | 1,5 | 10 | 5 | 36 | 18 | 74 | 37 | 77 | 38,5 |
| Izpalīdzība | | | | | 39 | 19,5 | 84 | 42 | 77 | 38,5 |
| Taisnīgums | | | 21 | 10,5 | 27 | 13,8 | 68 | 34 | 84 | 42 |
| Objektivitāte | | | 33 | 16,5 | 54 | 27 | 49 | 24,5 | 64 | 32 |
| Drosme | 2 | 1 | 15 | 7,5 | 45 | 22,5 | 68 | 34 | 70 | 35 |
| Vērīgums | | | | | 54 | 27 | 78 | 39 | 68 | 34 |

Pārējās personiskās vērtības ir novērtētās samērā plašā amplitūdā. Paškritiski augsts novērtējums ir *uzticamībai* (augsts n – 64; 32%; labs n – 95; 47,5%; apmierinošs n – 41; 20,5%) un *noteiktībai* (augsts n – 64; 32%; labs n – 92; 46%; apmierinošs n – 44; 22%), kas ir māsu profesionālā tēla neatņemamas sastāvdaļas. Līdzjūtība, kas pacientiem sniedz izjūtu, ka viņu problēmas tiek atpazītas (Wood, 2014) pašvērtējumā vērtēta gan 2 rangā kā viduvēja (n – 6; 3%; apmierinoša n – 45; 22,5%; laba n – 85; 42,5%; augsta n – 64; 32%).

Konstatēts vērtējums „zemu” vērtībām: *ieciētība*, kas ir tolerances un izpratnes komponente (augsts n – 77; 38,5%; labs n – 74; 37%; apmierinošs n – 36; 18%; viduvējs n – 10; 5%; zems n – 3; 1,5%;) un *drosmei* (augsts n – 70; 35%; labs n – 68; 34%; apmierinošs n – 45; 22,5%; viduvējs n – 15; 7,5%; zems n – 2; 1%). Māsām profesionāli reti jādemonstrē fiziskā, bet biežāk morālā drosme (Edmonson, 2010), redzot daudzveidīgas pacientu ciešanas un situācijas.

Profesionālās lietpratības vērtību rezultāti (skatīt 16. tabulu) apliecina, ka respondenti ir kritiski vērtējuši profesionālās lietpratības aspektus. Vienīgi *zināšanas* iegūst vērtējumu virs 50% (augsts n – 54; 27%; labs n – 101; 50,5%; apmierinošs n – 45; 22,5%) un atbilst vēlamajiem lietpratības aspektiem. *Zinātniskās analīzes prasmes* ir ar skaitliski negatīva vērtējuma tendenci nekā konceptuāli vēlamajā variantā (augsts n – 42; 21%; labs n – 74; 37%; apmierinošs n – 38; 19%; viduvējs n – 27; 13,5%; zems n – 19; 9,5%)

16. tabula. Māsu profesionālās lietpratības vērtības pašvērtējuma aspektā

| Profesionālās lietpratības vērtības | 1 Zems | | 2 Viduvējs | | 3 Apmierinošs | | 4 Labs | | 5 Augsts | |
|---------------------------------------|--------|-----|------------|------|---------------|------|--------|------|----------|------|
| | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (%) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Zināšanas | | | | | 45 | 22,5 | 101 | 50,5 | 54 | 27 |
| Profesionālās prasmes | | | | | 52 | 26 | 92 | 46 | 56 | 28 |
| Profesionālā pieredze | 2 | 1 | 28 | 14 | 64 | 32 | 44 | 22 | 62 | 31 |
| Refleksijas prasme / darbības analīze | 4 | 2 | 18 | 9 | 49 | 24,5 | 70 | 35 | 59 | 29,5 |
| Kritiskās domāšanas prasmes | | | 15 | 7,5 | 46 | 23 | 92 | 46 | 47 | 23,5 |
| Zinātniskās analīzes prasmes | 19 | 9,5 | 27 | 13,5 | 38 | 19 | 74 | 37 | 42 | 21 |

Starppersonu sadarbības veicinošo vērtību analīze (skatīt 17. tabulu) apliecina, ka visaugstākais vērtējums virs 50% nav nevienam no parametriem, bet izlase visaugstāk novērtē *komunikāciju prasmes*: (augsts n – 82; 41%; labs n – 52; 26%; apmierinošs n – 52; 26%; viduvējs n – 14; 7%), kas ir pacientu izglītošanas būtiska sastāvdaļa, un nodrošina

sadarbības prasmes ar pacientiem (augsts n-66; 33%; labs n – 93; 46,5%; apmierinošs n – 19; 9,5%; viduvējs n – 22; 11%). Zemākā līmenī tās tiek vērtētas *attiecības ar kolēģiem*, kas konceptuālā vērtējumā gan bija statistiski augstu vērtētas: (augsts n – 19; 38%; labs n – 43; 21,5%; apmierinošs n – 43; 21,5%; viduvējs n – 24; 12%; zems vērtējums n – 2; 1%). Zemo vērtējumu saņem arī *zinātnisko prasmju* (augsts n – 42; 21%; labs n – 74; 37%; apmierinošs n – 38; 19%; viduvējs n – 27; 13,5%; zems vērtējums n – 19; 9,5%) vērtējums, ko iespējams ietekmē dažādu faktoru kopums: izglītības līmenis, daba vietas noraidoša attieksme, māsas ne vienmēr tiek plaši iesaistītas pētījumos, kurus veic veselības aprūpes iestādes.

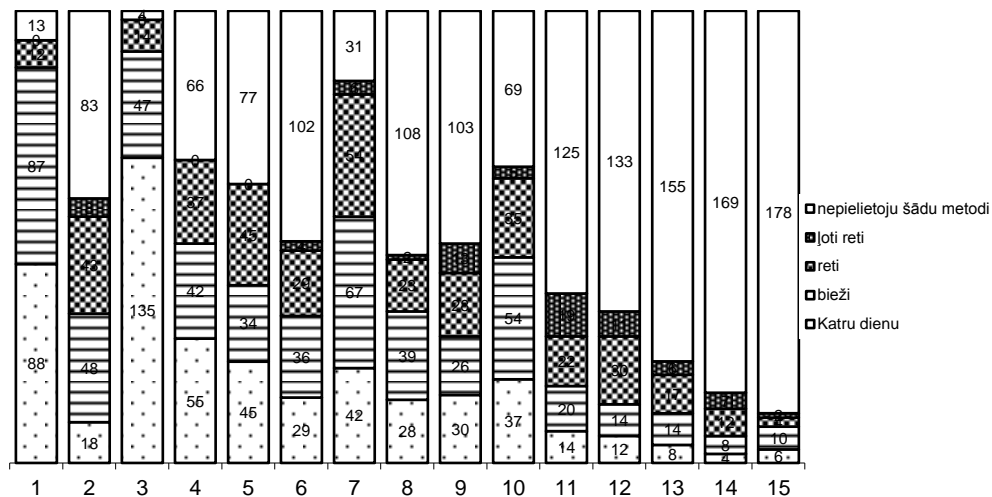
17. tabula. Starppersonu sadarbību veicinošo vērtību pašvērtējums māsu izlasē

| Starppersonu sadarbību veicinošās vērtības | 1 Zems | | 2 Viduvējs | | 3 Apmierinošs | | 4 Labs | | 5 Augsts | |
|--|--------|-----|------------|-----|---------------|------|--------|------|----------|------|
| | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Attieksme pret pacientiem | | | 4 | 2 | 49 | 24,5 | 82 | 41 | 65 | 32,5 |
| Attieksme pret kolēģiem | | | 18 | 9 | 19 | 9,5 | 84 | 42 | 79 | 39,5 |
| Komunikāciju prasmes | | | 14 | 7 | 52 | 26 | 52 | 26 | 82 | 41 |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | 2 | 1 | 24 | 12 | 43 | 21,5 | 43 | 21,5 | 38 | 19 |
| Sadarbības prasme ar pacientiem | | | 22 | 11 | 19 | 9,5 | 93 | 46,5 | 66 | 33 |
| Pašapziņa | 5 | 2,5 | 24 | 12 | 38 | 19 | 89 | 44,5 | 44 | 22 |
| Pašvērtējums | 6 | 3 | 11 | 5,5 | 44 | 22 | 88 | 44 | 51 | 25,5 |

Lielākā puse no izlases novērtē *pašapziņu* kā augstu (n – 44; 22%), labu (n – 89; 44,5%) un apmierinošu (n – 38; 19%), bet rezultāti norāda arī par izlases dalībnieku skaitu ar zemu (n – 5; 2,5%) un viduvēju (n – 24; 12%) pašapziņas vērtējumu. Līdzīgs parametra vērtējums ir *pašvērtējumam*, kas apliecina, ka nedaudz vairāk kā pusei izlases dalībnieku pašvērtējums ir augstā vai labā līmenī, bet pašvērtējuma novērtējums (apmierinošs n – 44; 22%; viduvējs n – 11; 5,5%; zems vērtējums n – 6; 3%) liecina, ka ir jāidentificē faktori, kas veicina zema pašvērtējuma attīstību māsām.

4. jautājuma – *biežāk pielietoto pacientu izglītošanas metožu un līdzekļu* atspoguļojums. 14. attēlā skaitliski norādīti absolūtais gadījumu skaits (skatīt 14. attēlu), bet tekstā rezultāts atspoguļots gan skaitļos, gan procentos. Māsu praksē biežāk pielietoto pacientu izglītošanas metožu un līdzekļu atšifrējums, atbilstoši attēlā norādītiem kārtas numuriem, sniegts 18. tabulā (skatīt 18. tabulu). Novērtējumi, kuri anketā tiek vērtēti: reti –

katru otro nedēļu un 1x mēnesī, grafiskajā atspoguļojumā ir apvienoti ar kopēju vērtējumu reti, kā arī vērtējumi: ļoti reti – katru otro mēnesi un 1x pusgadā veido kopēju novērtējumu ļoti reti.



14.attēls. Māsu praksē biežāk lietotās metodes un līdzekļi (n – 200)

18. tabula. Māsu praksē biežāk pielietoto pacientu izglītošanas metožu un līdzekļu atšifrējums

| | |
|-----|---|
| 1. | Veicu individuālas pārrunas/izglītošanu ar pacientu, kuru iniciators ir māsa/es |
| 2. | Veicu individuālas pārrunas/izglītošanu ar diviem un vairāk pacientiem, kuru iniciators ir māsa/es |
| 3. | Atbildu uz pacientu rosinātiem jautājumiem |
| 4. | Papildus verbālai, mutiskai informēšanai, informācija pacienta klātbūtnē tiek uzrakstīta uz lapas |
| 5. | Pacientam izsniedzu jau iepriekš sagatavotu informācijas lapu/vienas lapas instrukciju par biežāk sastopamo neskaidro informāciju (sagatavošanos izmeklējumiem, diētu, zāļu lietošanu u.c.) |
| 6. | Informējot pacientu, attiecīgā informācija tiek zīmēta shematiski |
| 7. | Izsniedzu tipogrāfijā iespiestus bukletus par pacientiem svarīgām tēmām |
| 8. | Izskaidroju informāciju, pielietojot dažādus uzskates līdzekļus (plakātus, mulāžas u.c.) |
| 9. | Informējot cenšos informāciju nodot caur sajūtām: tausti, ožu, garšu |
| 10. | Aktīvi piedalos izglītojošā informācijas nodošanā, pielietojot ķermeņa valodu |
| 11. | Organizēju lekcijas |
| 12. | Organizēju diskusiju grupas, kuru mērķis novērst informācijas deficītu, pārrunāt pieredzi |
| 13. | Organizēju diskusiju grupas, kuru laikā tiek organizētas lomu spēles, lai mazinātu informācijas deficītu |
| 14. | Demonstrēju māsas rīcībā esošu videofilmu/as |
| 15. | Meklēju izglītojošu sižetu, filmu materiālus internetā (You Tube), ko izmantot pacientu izglītošanā |

Pirmajā apgalvojumā – *Veicu individuālas pārrunas/izglītošanu ar pacientu, kuru iniciators ir māsa/es* – respondentes atzīmē, ka izglītošanas darbu ar pacientiem veic katru dienu (n – 88; 44%), bieži (n – 87; 43,5%), reti (n – 12; 6%), bet to neveic (n – 13; 6,5%) gadījumos. Pozitīvās atbildes apstiprina māsu izpratni par profesijas standartā izvirzīto prasību ievērošanu, savukārt noliedzošo atbilžu pamatojumam iespējama māsu darba specifika – darbs ar dokumentiem vai personificēta izpratne par pacientu izglītošanas darbu.

Veicu individuālas pārrunas/izglītošanu ar diviem un vairāk pacientiem, kuru iniciators ir māsa/es, kā dominante ir noliedzošais variants – nepielietoju (n – 83; 41,5%), reti (n – 45; 22,5%), ļoti reti (n – 8; 4%), katru dienu (n – 18; 9%), bieži (n – 46; 23%). Izglītošanas iespējas, ka māsas veic izglītošanas darbu ar vairākiem pacientiem vienlaicīgi nosaka darba un izglītojošās tēmas specifika, vide, pacientu ieinteresētība un māsu atsaucība. Jāņem vērā, ka pastāv iespēja pacientu vēlmei sarunai un izglītošanai notikt konfidenciālā atmosfērā.

Ņemot vērā 3. apgalvojuma – *Atbildu uz pacientu rosinātiem jautājumiem* atbilžu rezultātus, augsts rezultāts ir vērtējumam katru dienu (n – 135; 67%), bieži (n – 47; 23,5%), reti (n – 14; 14%), ļoti reti (n – 0), nepielieto (n – 4; 2%), kas norāda, ka izlase ir atsaucīga veikt izglītošanas darbu, ja jautājumus iniciē pacients.

Apkopojot statistiskos rādītājus māsu iniciatīvai no 4. līdz 7. pozīcijai, kura raksturo ieinteresētu un atbildīgu pieeju pacientu izglītošanas procesam un nodrošina pacientiem iespēju atkārtoti pārliecināties par saņemto informāciju/izglītošanu vēlākajā laika periodā ir sekojoši rezultāti. Kā dominējošus konstatē noliedzošus apgalvojumus pacientu izglītošanā:

- *papildus verbālai informēšanai, informācija pacienta klātbūtnē tiek uzrakstīta uz lapas*: katru dienu (n – 55; 27,5%), bieži (n – 42; 21%), reti (n – 37; 18,5%), ļoti reti (n – 0), nepielieto (n – 66; 33%);
- *izsniedzu jau iepriekš sagatavotu informācijas lapu/vienas lapas instrukciju par biežāk sastopamo neskaidro informāciju (sagatavošanos izmeklējumiem, diētu, zāļu lietošanu)*: katru dienu (n – 45; 22,5%), bieži (n – 34; 17%), reti (n – 44; 22%), ļoti reti (n – 0), nepielieto (n – 77; 33,5%); *Informācija tiek zīmēta shematiski*: katru dienu (n – 29; 14,5%), bieži (n – 36; 18%), reti (n – 29; 14,5%), ļoti reti (n – 4; 2%), nepielieto (n – 102; 56%);
- *izsniedzu tipogrāfijā iespiestus bukletus par pacientiem svarīgām tēmām*: katru dienu (n – 42; 21%), bieži (n – 57; 18,5%), reti (n – 64; 32%), ļoti reti (n – 6; 6%), nepielieto (n – 31; 15,5%).

Analizējot, cik bieži māsas verbāli, mutvārdos īstenojot izglītošanu, papildina to ar citām metodēm, piemēram – *vizuālo*, izmantojot kā uzskates līdzekļus *plakātus, mulāžas*, jāsecina, ka māsas ir noliedzošas attiecībā uz šādu metožu pielietojumu: katru dienu (n – 28; 14%), bieži (n – 39; 19,5%), reti (n – 23; 11,5%), ļoti reti (n – 0), nepielieto (n – 108; 54%).

Māsu darbs ir saistīts ar dažādu vecumu un izpratnes spēju pacientiem, ko ietekmē, gan esošais šā brīža veselības stāvoklis, gan psihofizioloģiski traucējumi, kuru kopums nosaka daudzpusīgu izglītošanas līdzekļu lietojumu. Iespēja, kad mutvārdos sacītais tiek papildināts *ar sajūtu līmeni: tausti, ožu vai garšu, kas papildina sacīto informāciju*, īpaši pacientiem ar mentāliem uztveres traucējumiem, tiek uzrādīta atbilžu variantos: katru dienu (n – 30; 15%), bieži (n – 26; 13%), reti (n – 29; 14,5%), ļoti reti (n – 13; 6,5%), nepielieto (n – 103; 51,5%). Izlases norādītie dati liecina, ka kā papildus metode izglītošanas procesā tiek *pielietota arī ķermeņa valoda*: katru dienu (n – 37; 18,5%), bieži (n – 54; 27%), reti (n – 36; 18%), ļoti reti (n – 4; 2%), nepielieto (n – 69; 34,5%). Minētās izglītošanas metodes pielietojumu nosaka pacientu īpašais statuss.

Apgalvojumi no 11. – 13., kas norāda uz izlases izglītošanas darba apjoma tendencēm ar pacientiem grupās: *organizēju lekcijas*: katru dienu (n – 14; 7%), bieži (n – 20; 10%), reti (n – 22; 11%), ļoti reti (n – 19; 9,5%), nepielietoju (n – 125; 62,5%); *diskusiju grupas*: katru dienu (n – 12; 6%), bieži (n – 14; 7%), reti (n – 30; 15%), ļoti reti (n – 11; 5,5%), nepielietoju (n – 133; 66,5%); *diskusiju grupas, kuru laikā tiek organizētas lomu spēles, lai mazinātu informācijas deficītu*: katru dienu (n – 8; 4%), bieži (n – 14; 7%), reti (n – 17; 8,5%), ļoti reti (n – 6; 3%), nelietoju (n – 155; 77,5%) kopumā ir ar negatīvu statistisko rezultātu, kas apliecina, ka pacientu izglītošanas darbā maz dominē tendence strādāt ar grupu.

Rezultāts attiecībā uz *videofilmu demonstrāciju* kā izglītošanas palīg līdzekļa pielietojumu: katru dienu (n – 4; 2%), bieži (n – 6; 3%), reti (n – 12; 6%), ļoti reti (n – 9; 4,5%), nepielietoju (n – 169; 84,5%) un māsu aktivitāti, meklējot *izglītojošu sižetu, filmu materiālus internetā (You Tube)*, ko izmantot pacientu izglītošanā: katru dienu (n – 6; 3%), bieži (n – 10; 5%), reti (n – 4; 2%), ļoti reti (n – 9; 4,5%), nepielietoju (n – 178; 89%) izlasē ir salīdzinoši neliels.

5. jautājums par faktoriem, kas atklāj izlases viedokli par *pēcdiploma izglītības kursu izvēli* (skatīt 19. tabulu) procentuāli augstu novērtējumu virs 50% neuzrāda neviens no parametru vērtējumiem, tāpēc tiek akcentēts izlases skaitliski augstākais parametru vērtējums.

Pētījuma rezultātos redzams, ka, lai realizētu nepārtrauktās izglītības kontekstā pašvirzītās mācīšanās procesu (Knowles, 1975; Brockett & Hiemstra, 1991; Koçe, 1999), kas pamatots subjektīvā līdzdalībā un kognitīvā darbības teorijā (Rubinšteins, 1999, 2003 Выготский, 1960, 1999), respondentēm būtiski svarīga un nozīmīga ir *izvēlētās tēmas aktualitāte* (ļoti svarīgi n – 96; 48%; svarīgi n – 2; 31%) un apmeklējamo kursu izmaksas (ļoti svarīgi n – 88; 44%; svarīgi n – 57; 28,5%). Kā nozīmīgu respondentēs atzīmē kursu *pasākumu vietas* (gan iestāde, gan pilsēta) faktoru (ļoti svarīgi n – 56; 28%; svarīgi n – 73; 36,5%), kas saistīts ar laika un finanšu apsvērumiem, kas jāpavada, lai nokļūtu līdz kursu norises vietai, kas īpaši nozīmīgi, ja kursi notiek citā pilsētā. Pēc respondentu viedokļa *lektora personības* fenomens tiek nominēts kā mazāk būtisks (daļēji svarīgi n – 79; 39,5%) faktors.

19. tabula. Māsu pēcdiploma izglītības kursu izvēles aspekti (n=200)

| Nosaukums | | Novērtējums | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------|-------------|----------------|-------------|----------|
| | | Ļoti svarīgi | Svarīgi | Daļēji svarīgi | Maz svarīgi | Neitrāli |
| Tēmas aktualitāte | n | 96 | 62 | 23 | 19 | |
| | % | 48 | 31 | 11,5 | 9,5 | |
| Lektora autoritāte, profesionalitāte | n | 16 | 46 | 79 | 51 | 8 |
| | % | 8 | 23 | 39,5 | 25,5 | 4 |
| Kursu cena | n | 88 | 57 | 44 | 11 | |
| | % | 44 | 28,5 | 22 | 5,5 | |
| Cik daudz laika līdz pārreģistram | n | 32 | 89 | 35 | 42 | 2 |
| | % | 16 | 44,5 | 17,5 | 21 | 1 |
| Kurā vietā /iestāde/ notiek kursi | n | 56 | 73 | 38 | 31 | 2 |
| | % | 28 | 36,5 | 19 | 15,5 | 1 |
| Kurā vietā /pilsēta/ notiek kursi | n | 59 | 92 | 37 | 12 | |
| | % | 28,5 | 46 | 38,5 | 6 | |

Māsu viedoklī, ka ir svarīgi, *cik daudz laika atlicis līdz reģistra atjaunošanai* dominē vērtējums (svarīgi: n – 89; 44,5% un ļoti svarīgi: n – 32; 16%), bet arī liela izlases daļa pauž viedokli, ka tas ir (mazsvarīgi: n – 42; 21%; daļēji svarīgi: n – 35; 21%).

Secinājumi

- Eksistē vērtību prioritāšu atšķirības, kas ir augstākas, māsām vērtējot personiskās, profesionālās lietpratības un starppersonu sadarbības vērtības vispārējā māsu identitātes tēla izvērtējumā, salīdzinot ar minētiem parametriem pašvērtējumā. Abos vērtējumos kā primāra tiek izvirzīta *atbildība*, augsti tiek novērtēta *uzticamība*,

godīgums, savaldība un noteiktība, kas ir daļa no māsu profesionālā tēla ētiskām īpašībām.

- Profesionālo lietpratību raksturojošo vērtību klāstā māsas augstu vērtē *zināšanu, prasmju un pieredzes* nozīmi, kas atbilst teorētiskajām izglītības un prakses nostādnēm. Savukārt paplašinātā metakognitīvo procesu analīzē (Garners, 1987), lai noskaidrotu *refleksijas, kritiskās domāšanas* un *zinātniskās pieejas* nozīmīgumu, tiek sniegts zems vērtējums gan konceptuālā, gan personīgā pašvērtējumā. Jāņem vērā, ka lielākai daļai respondentu (73,5%) ir 3. profesionālais izglītības līmenis, kura izglītības ieguves procesā dominante bija psihomotorās jomas apguve, studiju laikā neizvirzot aktīvu studentu līdzdalību veselības aprūpes procesa analīzē un zinātniskā pamatojumā.
- Starppersonu attiecību veidošanā būtiska nozīme ir *komunikācijai*. Māsu pašvērtējumā tā netiek pozitīvi vērtēta darba vidē, starp kolēģiem, pretēji parametra *sadarbībai ar pacientiem* novērtējumam, kas iegūst augstāko novērtējumu un tiek vērtēta kā svarīga mijattiecību nodrošināšanā.
- Emocionāla iejušanās otra cilvēka problēmās un attiecīga rīcība ir nozīmīga veselības aprūpes darbinieka personīgā un profesionālā īpašība. Pētījuma dalībnieki gan vienota māsu tēla, gan pašvērtējuma analīzē sniedz statistiski zemāku vērtējumu: *līdzjūtībai*, kas ir empātijas līdzizpausme, kad iejušanās pacienta situācijā ļauj izjust viņa stāvokli un, paralēli profesionālā pienākuma izpratnei, veidot emocionālu vēlmi palīdzēt pacientam. Arī māsu empātisku attieksmi papildinošām vērtībām: *ieciētība, izpalīdzība* vērtējumi nav augsti.
- Analizējot pedagoģisko aspektu realizāciju, visaugstāko novērtējumu ikdienas izglītošanas procesā iegūst atbilžu vērtējums apgalvojumam – *Atbildu uz pacientu rosinātiem jautājumiem*, jo pretējais apgalvojums – *Veicu individuālas pārrunas/izglītošanu ar pacientu, kuru iniciators ir māsa/es*, norāda uz māsu komunikatīvo un izglītojošo aktivitāšu neelastību. Rezultāti norāda, ka bieži ir situācijas, kas veicina pacientu neizpratni par esošo situāciju un tālāko rīcības stratēģiju, jo ne vienmēr visi pacienti iedrošinās mātai pārjautāt nesaprasto.
- Vispusīgi izglītošanas līdzekļi: *rakstītā, zīmētā informācija un bukleti*, kuru pielietojums ļauj pacientam atkārtoti pārliecināties par iegūto informāciju, paredzamām darbībām arī tad, kad pacients ir viens un nav iespējams pārjautāt, tiek pielietoti nelielā apjomā. Iegūtie rezultāti ļauj secināt, ka māsu realizētās darbības pedagoģiskā kontekstā ne vienmēr nodrošina lietpratīgu, profesionālu un atbildīgu

pieeju izglītošanas procesā, lai sniegtu pacientiem uztveramu, ilgtermiņā pielietojamu un atmiņā paliekošu informāciju.

- Māsas ir pašmotivētas neformālai zināšanu iegūšanai, dominējot profesionālās tālākizglītības kursu apmeklējumiem. Profesionālo tālākizglītības kursu izvēli ietekmē gan ekonomiskie, gan to realizācijas vietas faktori. Nereti izglītošanās process dažādu iemeslu dēļ tiek atlikts uz reģistra atjaunošanas beigu posmu, kas ietekmē apmeklēto kursu izvēli, samazinot izvēles diapazonu.
- Pētījuma rezultāti virza papildus analizēt pacientu izglītošanas procesu, iekļaujot respondentu lokā pacientus un lielāku māsu izlasi.

2.1.3. Izglītības process topošo veselības aprūpes speciālistu vērtību sekmētājs

Pamatojums. Būt par māsu ir morāls aicinājums. Bieži motivācija kļūst par veselības aprūpes darbinieku veidojas jau pirms studiju uzsākšanas, vai arī studiju gaitā fokusējas kā izvirzīta dzīves stratēģija, kas saistās ar personīgu pašcieņas apliecinājumu, palīdzot citiem. Māsu zināšanām un vērtībām ir fundamentāla un bioloģiska saistība. Pozitīva attieksme un izturēšanās nozīmīga ikvienā jomā, bet, nenoliedzami, īpaši svarīga nozīme ir veselības aprūpē, kad no māsas atsaucības, labestības, cieņas, morāles, godīga un efektīva darba procesa ir atkarīgs gan pacientu un tuvinieku izglītošanas process, gan aprūpes rezultāts. Izglītības procesa uzdevums ir pilnveidot topošo speciālistu izziņas un psihomorālo sfēru, kas veido kompetences, vēlākajos darba gados lietpratību, kā arī afektīvo sfēru, jo izpratne par vērtībām personiskā, sociālā un profesionālajā jomā veidojas pakāpeniski.

Pētījuma mērķis: noteikt studentu viedokli par veselības aprūpes speciālista – māsa profesionāli raksturojošām vērtībām divos rakursos: vēlamajā un esošajā.

Pētījuma metodoloģija: pētījumā izmantota autores veidota anketa (skatīt 4. pielikumu), kurā studenti izvērtē māsas, kā veselības aprūpes atpazīstamākā tēla 17 personiskās, 6 profesionālās lietpratības un 7 starppersonu sadarbību veicinošās vērtības divos rakursos: 1. Kādas no minētajām personiskajām un profesionālajām vērtībām studenti uzskata par svarīgām kopumā? 2. Cik augstā līmenī minētās vērtības šobrīd studenti novērtē sevī. Nosakot vērtību prioritātes, ņemts vērā studiju gads.

Pētījuma anketas 1. daļas kritēriju novērtējumā izmantota Likerta skala 5 punktu diapazonā, vērtējot dotos parametrus pēc nozīmības māsu tēla raksturojošo vērtību konceptuālā vērtējumā no nesvarīgi līdz ļoti svarīgi. Pētījuma anketas 2. daļā, doto

parametru subjektīvā pašvērtējumā pēc vērtību attīstības, izmantota Likerta skala 5 punktu skalā ar novērtējuma gradāciju no zema līdz augstam.

Respondenti pētījuma anketas aizpildīja pārsvarā individuāli un daļēji frontāli. Dati tika ievākti laika posmā no 2011. gada marta līdz aprīlim. Pētījumā piedalījās: RSU Liepājas filiāles 1. kursu studenti (n – 50), 2. kursu studenti (n – 64), 3. kursa studenti (n – 36). Vērtējot profesionālās vērtības un faktorus, par statistiski nozīmīgiem atzīti rezultāti, kuros parametra vērtējums ir virs 50%, bet, analizējot pa kursiem, tiek ņemta vērā augstākie procenti skalas vērtējumu rangos.

Pētījuma datu ieguvei izmantota datu apstrādes programma *Microsoft Office Excel v.11*. Izlasē iegūtie rezultāti atspoguļoti veselos skaitļos un procentos.

Pētījuma izlase: RSU Liepājas filiāles 150 veselības aprūpes virziena studenti no 1. – 3. kursam.

Pētījuma rezultāti: Pētījuma rezultāti atspoguļoti pa sadaļām. Rezultātu kopsavilkums (skatīt 5. pielikumā) atspoguļo vērtējumu tendences. Analizējot iegūtos datus par 17 vērtību parametriem, tiek veidota nozīmīgāko vērtējumu tabula, kurā lietots vērtējuma kritērijs: rangā *ļoti svarīgi* visu kursu studenti sniedz novērtējumu 50% vai augstāk (skatīt 20. tabulu), bet, analizējot atbildes pa kursiem, tiek ņemta vērā augstākie procenti skalas vērtējumu rangos.

Studenti atzīst kā *ļoti svarīgu*, konceptuāli vērtējot māsu tēlu kopumā, sekojošas *personiskās vērtības: atbildību*, kas 3. kursā 100% tiek novērtēta kā *ļoti svarīga: mērķtiecība, noteiktība, apņēmība un lojalitāte*. Ļoti tuvu izvirzītiem kritērijiem 50% ir: *vērīgums, drosme, izpalīdzība, iecietība un godīgums*. Vērtējumi kopumā nav viennozīmīgi, nelielā apjomā izlasēs parādās vērtējums kā *daļēji svarīgi: neatlaidībai* 1. kurss (n-8, 16%), 2. kurss (n-6, 9%), 3. kurss (n – 5, 14%), *cieņai* 1. kurss (n – 8, 16%), 3. kurss (n – 3, 8%) un *līdzjūtībai* 1. kurss (n – 3, 6%), 2. kurss (n – 7, 11%), 3. kurss (n – 6, 17%), kā arī vērtējums *mazsvarīgi*, ko atzīmē 1. kurss: *taisnīgums* (n – 4, 8%) un *objektivitāte* (n – 10, 82%).

20. tabula. Augstākie studentu vērtējumi konceptuāli raksturojošām māsu tēla vērtībām

| Personiskās vērtības | Ļoti svarīgi - 5 | | | Svarīgi - 4 | | | Daļēji svarīgi - 3 | | | Mazsvarīgi -2 | | | Nezinu - 1 | | |
|----------------------|------------------|----|----|-------------|----|----|--------------------|----|----|---------------|----|----|------------|----|----|
| | 1. | 2. | 3. | 1. | 2. | 3. | 1. | 2. | 3. | 1. | 2. | 3. | 1. | 2. | 3. |
| | 50 | 64 | 36 | 50 | 64 | 36 | 50 | 64 | 36 | 50 | 64 | 36 | 50 | 64 | 36 |
| Mērķtiecība | 34 | 32 | 19 | 16 | 31 | 14 | - | 1 | 3 | | | | | | |
| % | 68 | 50 | 53 | 32 | 48 | 39 | - | 2 | 8 | | | | | | |
| Noteiktība | 30 | 37 | 21 | 10 | 27 | 13 | - | 2 | 2 | | | | | | |
| % | 60 | 58 | 58 | 20 | 42 | 36 | - | 3 | 6 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|----|----|-----|----|----|----|----|---|----|--|--|--|--|--|--|
| Apņēmība | 35 | 39 | 17 | 15 | 25 | 16 | - | - | 3 | | | | | | |
| % | 70 | 61 | 47 | 30 | 39 | 44 | - | - | 8 | | | | | | |
| Atbildība | 41 | 61 | 36 | 9 | 3 | - | - | - | - | | | | | | |
| % | 82 | 95 | 100 | 18 | 5 | - | | | | | | | | | |
| Lojalitāte | 30 | 33 | 19 | 14 | 30 | 13 | 6 | 1 | 4 | | | | | | |
| % | 60 | 52 | 53 | 28 | 47 | 36 | 12 | 2 | 11 | | | | | | |
| Uzticamība | 29 | 40 | 23 | 14 | 19 | 10 | 7 | 5 | 3 | | | | | | |
| % | 58 | 63 | 64 | 28 | 30 | 28 | 14 | 8 | 8 | | | | | | |

Izvērtējot vērtību prioritātes pēc studējošo kursiem rangā *ļoti svarīgi*, 1. kursa izlases atzinums 7 parametru vērtējumā: *mērķtiecība (68%), noteiktība (60%), apņēmība (70%), neatlaidība (62%), lojalitāte (60%), drosme (54%) un līdzjūtība (58%)*, kuras vērtējums otrajā kursā samazinās. 2. kurss – studenti vērtē kā *ļoti svarīgus* parametrus: *cieņa (73%), iecietība (59%), izpalīdzība (66%), objektivitāte (64%) un vērtīgums (67%)*. 3. kursa studenti: *atbildība (100%), godīgums (72%)*, līdzīgi kā otrais kurss vērtē *izpalīdzību (67%, bet taisnīgumu (61%)*. Rezultāti pēc kursiem sniedz daudzpusīgu vērtību novērtējumu, 1. kursā dominē uz mērķi orientētas vērtības, bet 2. kursa un 3. kursa studentu vērtības vairāk pietuvinātas praksei.

Rangā *svarīgi* augstākos vērtējumus sniedz 2. kursa studenti, vērtējot parametrus: *lojalitāte (47%), līdzjūtība (40%), iecietība (39%) tiek vērtēta gan 2., gan 3. kursā, taisnīgums (39%), objektivitāte (23%), drosme (44%)*. Daļēji *svarīgi* dominē 1. kursa studentu vērtējumos: *godīgums (20%), taisnīgums (20%), objektivitāte (28%)*, kas neliecina par pilnvērtīga profesionālā tēla izpratni.

Analizējot *profesionālās lietpratības vērtības* kopumā, izlases dalībnieki (skatīt pilnu izlases vērtējumu 5. pielikumā), visosursos kā *ļoti svarīgas* atzīmē *zināšanas*: 1. kurss (n – 44; 88%); 2. kurss (n – 58; 91%); 3. kurss (n – 34; 94%) un *profesionālās prasmes*: 1. kurss (n – 40; 80%); 2. kurss (n – 57; 89%); 3. kurss (n – 33; 92%), kas ir lietpratības sastāvdaļa, bet 2. (64%) un 3. kurss (61%) sniedz augstu novērtējumu *profesionālai pieredzei*. Metakognitīvie aspekti: *refleksija* augstu vērtējumu iegūst rangā *svarīga* 1. kursā (n – 35; 70%), 2. kursā (n – 35; 55%); 3. kurss (n – 18; 50%) un *kritiskās domāšanas prasmes* kā *ļoti svarīgas* novērtē tieši 3. kursa studenti (53%). Parametrs *zinātniskās prasmes* negaidīti augstu kā svarīgs tiek vērtēts 1. kursā (n – 33; 64%), vēlāk novērtējumam paradoksālā kārtā samazinoties 2. kurss (n – 31; 50%); 3. kurss (n – 13; 36%).

Novērtējot *profesionālās lietpratības vērtības* pēc kursiem, augstāko vērtējumu rangā *ļoti svarīgas* sniedz 3. kursa izlase: *zināšanām (94%), profesionālajām prasmēm (92%), refleksijai (50%), kritiskās domāšana (53%), zinātniskās analīzes prasme (64%)*, bet vērtējumu rangā *svarīgi*: *zinātniskās analīzes prasmes* 1. kurss (64%) un *refleksijas*

prasmes (70%), bet vērtējumu rangā daļēji svarīgi 1. kurss atzīmē kritiskās domāšanas prasmes (20%). Studiju kursus psiholoģijā un pedagoģijā studenti apgūst 2. un 3. studiju gadā, kas ietekmē studentu izpratni par kognitīvo aspektu nozīmi veselības aprūpes darbinieka – māsas profesionālās darbības kontekstā.

Par *starppersonu sadarbību veicinošām vērtībām* augsts vērtējums ir gandrīz visiem parametriem: *komunikācijai*, vērtējot *ļoti svarīgi*: 1. kursā (n – 32; 64%), 2. kursā (n – 44; 69%); 3. kurss (n – 26; 72%), *attieksmei pret kolēģiem* 1. kursā (n – 29; 58%), 2. kursā (n – 35; 55%); 3. kurss (n – 23; 64%), *pacienti* 1. kurss (n – 40; 80%); 2. kurss (n – 53; 83%); 3. kurss (n – 29; 81%). *Sadarbība ar kolēģiem* tiek vērtēta nedaudz zemāk, ko papildina *daļēji svarīgi* vērtējums 1. kursā (n – 7; 14%) un 2. kursā (n – 1; 3%). *Pašapziņas* (64%) un *pašvērtējuma* (58%) nozīmi kā *ļoti svarīgu* arī uzskata 3. kursa studenti, izprotot, ka tām ir jābūt augstākā līmenī, kas pozitīvi ietekmē māsu profesionālo praksi un novērtējumu kopumā.

Izvērtējot *starppersonu sadarbību veicinošās vērtības* pēc studiju gada, augstākus vērtējumus konstatē 3. kursa atziņās rangā *ļoti svarīgi*, bet rangā *svarīgi* vērtējumi ir mainīgi, veidojot augstu procentuālo vērtējumu kā 1. kursa tā 2. kursa studentu atbildēs.

Analizējot izlases pašvērtējuma vērtību kopumu, tiek iegūti rezultāti ar plašāku datu izkliedi visās trīs anketas apakšsadaļās, kas ir pretēji to pašu parametru vērtējumam anketas 1. daļai, kurā parametri tika vērtēti māsas profesionālā tēla koncepcijas aspektā. Pašvērtējumā par vērtībām visaugstāk tiek vērtēti: *cieņa* 1. kurss (n – 25; 50%); 2. kurss (n – 41; 64%); 3. kurss (n – 21; 58%), *izpalīdzība* 1. kurss (n – 26; 52%); 2. kurss (n – 30; 47%); 3. kurss (n – 20; 56%) un *drosme* to novērtējot kā labu: 1. kurss (n – 30; 80%); 2. kurss (n – 34; 53%); 3. kurss (n – 16; 44%).

Izvērtējot dotos vērtību parametrus pēc kursiem, skalas ranga *augsts* vērtējums, visbiežāk ir 3. kursu vērtējumos: *noteiktība*(44%), *apņēmība* (39%), *atbildība* (61%), *neatlaidība* (72%), *godīgums* (56%), *lojalitāte* (53%), *līdzjūtība* (56%), *ieciētība* (53%), *izpalīdzība* (56%), *objektivitāte* (47%), *drosme* (42%) un *vērīgums* (44%), kas pozitīvi liecina par izveidojušos vērtību kopumu.

Izlases dalībnieki 2. kurss, biežāk sniedz augstāku vērtējumu rangā *labi*: mērķtiecība (41%), noteiktība (53%), lojalitāte (47%), izpalīdzība (47%), taisnīgums (52%), vērīgums (53%), kas uzskatāms par pozitīvu profesionālā tēla vērtējumu. Augstākais *apmierinošo* vērtību konstatējums ir 1. kursā: mērķtiecība (24%), noteiktība (20%), lojalitāte (36%), ieciētība (22%), taisnīgums (26%), objektivitāte (28%). 2. kursa studenti, gan ar nelielu dalībnieku skaitu, sniedz parametru pašnovērtējumus rangā *viduvēji* un *zems*, kas liecina par atklātību un nav uzskatāms kritisku vērtējumu, bet atbilst šā brīža

studentu statusam un izpratnei ar attīstību iespēju profesionālās socializācijas laikā jau studiju procesa ietvarā.

Profesionālās lietpratības vērtību pašvērtējums izlases dalībnieku skatījumā ir paškritisks. 1. un 2. kurss *profesionālo prasmi* un *pieredzi*, gan metakognitīvos aspektus: *refleksijas* un *zinātniskās analīzes* pielietojuma prasmes novērtē rangos vidēji un zemu, bet kognitīvo spēju – *kritisko domāšanu* kā apmierinošu atzīmē visu trīs kursu studenti: 1. kurss (n – 26, 52%); 2. kurss (n – 26, 41%); 3. kurss (n – 13, 36%).

Profesionālas lietpratības vērtību vērtējumā pēc kursiem, augstākā vērtējumā procentuāli labākus rādītājus sniedz 3. kursa studenti: *zināšanas* (39%), *profesionālās prasmes* (33%), *pieredze* (36%), *refleksijas prasmes* (36%), *kritiskās domāšanas prasmes* (31%), *zinātniskās analīzes prasmes* (28%), bet rangā *labi* dominē 2. kursa studentu vērtējumi: *zināšanas* (50%), *profesionālās prasmes* (48%), *refleksijas prasmes* (38%) un *kritiskās domāšanas prasmes* tāpat kā 3. kurss vērtē (31%). Līdzīgs rezultātu atspoguļojums ir rangā *apmierinoši*, kurā dominē 2. kursa vērtējumi parametriem procentuāli vidējā skaitlī (39%) un *viduvējā* vērtējumā *profesionālās prasmes* vērtējot (25%), bet *zinātniskās analīzes prasmes* (20%). Zems vērtējums *profesionālai pieredzei* (36%) ir 1. kursa studentiem, jo pavasara prakse, kas ir studiju kursa ietvarā vēl nav apgūta.

Starppersonu sadarbību veicinošo vērtību vērtējumos nav izteiktu dominanšu, visu parametru vērtējumos rezultātu izkliede ir plaša. Visaugstāk ir vērtēta *attieksme pret pacientiem*, ar nelielu tendenci vērtējumam palielināties: 1. kurss (n – 20; 40%); 2. kurss (n – 33; 52%); 3. kurss (n – 20; 56%).

Starppersonu sadarbības vērtību novērtējuma skalas rangū vērtējumā pēc kursiem, *augstākais* pašvērtējums ir 3. kursam: *attieksme pret pacientiem* (56%), *kolēģiem* (47%), *komunikāciju prasmes* (47%), *sadarbība ar kolēģiem* (50%), *ar pacientiem* (36%). Arī *pašapziņa* (38%) un *pašvērtējums* (42%), kas veidojas *pieredzes* un *saņemto novērtējumu* rezultātā, ir augstāki salīdzinājumā ar 1. un 2. kursa vērtējumu. Rangā *labs* dominē 2. kursa vērtējumi, kas atzīstama kā pozitīva pašvērtējuma refleksija. Savukārt *apmierinoši* vērtējuma rezultāti ir visiem kursiem, gan nelielos skaitļos, ar augstāko procentuālo vērtējumu *pašapziņai* (20%) 2. kursa un *pašvērtējumam* (24%) 1. kursa un (17%) 2. kursa izlasei. Rezultāti pret konceptuāli vērtēto *pašapziņu* un *pašvērtējumu* ir zemāki, kas arī ir pašsaprotami, jo attīstība iespējama personīgā un sociālā līmenī, ko pētījuši arī pētnieki (Burnard, Hebden, Edwards, 2001). Līdzīgi pētījumi, kas norāda problēmas aktualitāti dažādās kultūras, analizējot studentu pašvērtējumu un vērtības ir veikti pētnieku grupai Lakobuci un citi Amerikā (Lacobucci, et al 2013) un Irānā (Parandeh, et al 2015).

Secinājumi

1. Pētījuma izlases trīs studentu grupas (1., 2., 3. kurss) atspoguļo kognitīvā, afektīvā un psihomotorā līmeņa subjektīvo vērtējumu, analizējot profesionāli raksturojošās vērtības gan konceptuāli vēlamajā māsas tēla vērtējumā, kurā tās vairāk tiek vērtētas kā profesionālā tēla ekspektācijas un ir augstākas, bet vērtību pašvērtējumā, sniedz šā brīža izglītības līmeņa statusam atbilstošu vērtējumu.
2. Kā dominantes vēlamajā rakursā izvirzās personiskās, kas ir arī veselības aprūpes darbinieku profesiju raksturojošās vērtības: *atbildība* un *uzticamība*, bet pašvērtējumā: *mērķtiecība*, *apņēmība*, *lojalitāte* un *izpalīdzība*, kā arī *neatmaidība*, kas norāda, ka studenti augstu vērtē studiju procesā pastāvošo personīgo lēmumu un rīcības nozīmīgumu, kas kalpo kā kritēriji lēmumu pieņemšanas gadījumos.
3. Līdzjutības faktors, kas ir viens no empātiju raksturojošiem lielumiem, izglītības procesā tiek vērtēts plašā diapazonā. Rezultāti norāda, ka svarīgi studiju procesā mērķtiecīgi attīstīt ne tikai kognitīvās un psihomotorās prasmes, bet arī afektīvo jomu, kas veicina topošo veselības aprūpes darbinieku – māsu emocionālo attīstību.
4. Personisko, profesionālās lietpratības un starppersonu sadarbību veicinošo vērtību kopums, kas saistīts ar profesionālās identitātes izpratni par māsu profesionālo tēlu, vērtējot pēc svarīguma, ir augstākā līmenī kā izlases dalībnieku – studentu, personīgo vērtību pašvērtējums pēc nozīmības, kas ir pašsaprotami, jo profesionālās vērtības attīstās socializācijas procesā, izglītības un prakses ietekmē. Kā apgalvo E. Davies (Davies 2008), tieši prakses vietās strādājošo māsu devums jaunajiem praktiķiem ir ļoti svarīgs. Studenti praksē vērtē redzēto, veido profesionālās vērtības. Trešā kursa studenti pārsvarā uzrāda augstākas pašvērtējuma tendences, jo pieredze izmaina vērtējumus, bet ne visos aspektos.
5. Lai padziļināti konstatētu vērtību attīstību un apgalvotu, ka izglītības process ir topošo veselības aprūpes speciālistu vērtību sekmētājs, salīdzinot pa kursiem, nepieciešams pētījums ar vienu un to pašu izlasi vairāku gadu garumā.

2.1.4. Māsu eksāmena darbu „Prakse pacientu izglītošanā” analīze

Pētījuma pamatojums: māsas brīvprātīgi apmeklēja formālās izglītības mācību kursu, paaugstinot izglītības līmeni no 3. profesionālā līmeņa (3. ISCED) uz 1. līmeņa augstāko profesionālo izglītību (4. ISCED) līmeni ESF fonda programmas: „Cilvēkresursi un nodarbinātība” papildinājuma 1.3.2.3. aktivitātes „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa

paaugstināšana” projekta ietvarā. Studiju programmas realizācijas noslēgumā studiju kursa pedagoģija kontekstā tika realizēts studiju kurss „Prakse pacientu izglītošanā”. Eksāmena darba nosacījums – rakstiski atspoguļot, kā reāli tiek veikta brīvi izvēlētu pacientu izglītošana, kas ir viena no māsu profesionālās darbības sastāvdaļām (Paplau, 1997), ņemot vērā, ka pacients ir atvērta sistēma (Neuman, 2005), palīdzot izprast situāciju (Calista, 1997). Māsu izglītojošais darbs veicina visaptverošas aprūpes realizāciju dažādās veselības aprūpes jomās.

Pētījuma mērķis: analizēt studiju kursa „Prakse pacientu izglītošanā” ietvarā veidotos noslēguma darbus, nosakot māsu zināšanas pedagoģiskā procesa īstenošanā.

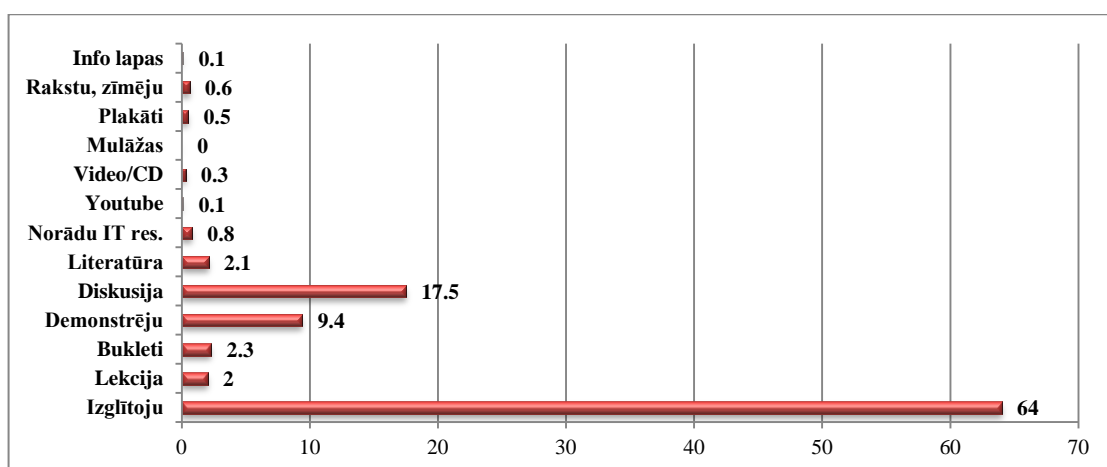
Pētījuma izlase: eksāmena darbi „Prakse pacientu izglītošanā” ambulatorās aprūpes māsu pamatspecialitātē vairākām studentu grupām, nosacīti iedalot: Liepājas filiāles studenti – 1. grupa (n – 40) un pēc nejaušības izvēlēti RSU vairāku grupu studentu darbi – 2. grupa (n – 115).

Pētījuma metodoloģija: kvalitatīvā pētniecības metode – kontentanalīze, veicot izglītošanas metožu un līdzekļu kvantitatīvu uzskaiti. Datu statistiskā apstrāde tika veikta, izmantojot datorprogrammu *Microsoft Office Excel v.11*.

Pētījuma rezultāti

Analizējot abu grupu eksāmena darbus, konstatēts, ka darbu autoru aprakstītais gadījumu skaits praksē ir individuāls, prakses atskaites darbos atspoguļojot no 12 līdz 30 epizodēm.

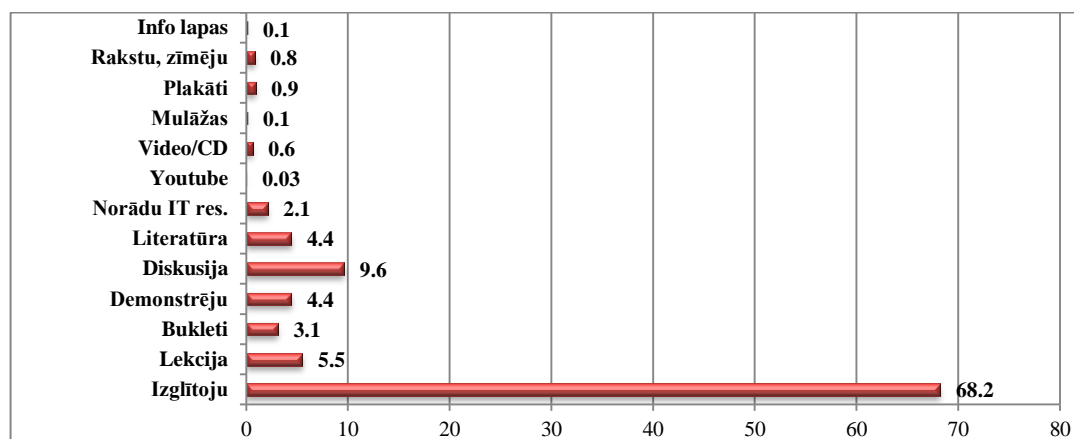
Veicot izglītošanas metožu un līdzekļu kvantitatīvo uzskaiti 1. grupas (n – 40) eksāmena darbos, konstatētas (n – 1640, 100%) pacientu izglītošanas epizodes (skatīt 15. attēlu).



15. attēls. Izglītošanas metožu un līdzekļu atspoguļojums 1. grupas studentu eksāmena darbos (%)

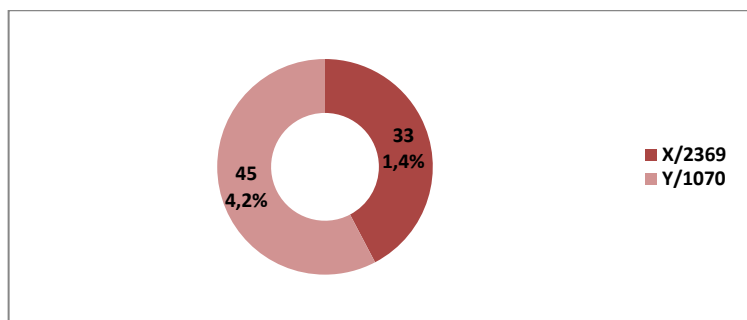
Visbiežāk (n – 1054, 64%) tiek nominēta – *mutvārdu izglītošana*, kas liecina, ka māsas stāsta, izglīto par pacientus interesējošām problēmām. *Diskusija* liecina par māsas – pacienta sadarbību, neaprobežojoties ar slēgto jautājumu formulēšanu, tiek atzīmēta (n – 287, 17,5%) gadījumos. *Demonstrācija* (n – 154) tikai 9,4% gadījumos, tiek uzskatīta par veselības aprūpē nozīmīgu un informatīvu izglītošanas darba sadaļu, lai sniegtu pacientiem gan kognitīvās, gan psihomotorās iemaņas. Salīdzinoši reti eksāmena darbos tiek atzīmēti pacientu izglītošanas darba līdzekļi: *buklets* (n – 38; 2,3%), *literatūras avoti, tai skaitā informācija žurnālos*, kas domāti pacientiem (n – 34; 2,1%), bet norādes uz *interneta resursos* medicīniski pamatotu saņemamo informāciju (n – 13; 0,8%) gadījumu.

Pārējo izglītošanas darba līdzekļu nominācija ir uzskatāma par statistiski nenozīmīgu: informācijas lapas (n – 2; 0,1%), rakstiska, zīmēta informācija (n – 10, 0,6%), plakāti (n – 9; 0,5%), video materiāli (n – 5; 0,3%) un Youtube izglītošanas līdzekļi (n – 2; 0,1%) gadījumos. Analizējot izglītošanas metožu un līdzekļu kvantitatīvo uzskaiti 2. grupas (n – 115) eksāmena darbos, secināts, ka kopumā nominētas (n – 2369; 100%) epizodes (skatīt 16. attēlu).



16. attēls. Izglītošanas metožu un līdzekļu atspoguļojums 2. grupas studentu eksāmena darbos (%)

Māsas pacientu izglītošanu veic *mutvārdos* (n – 2277; 68,2%). Sadarbības metodes: *diskusija* tiek minēta (n – 320; 9,6%) gadījumos, *demonstrācija* (n – 147; 4,4%) gadījumu. Lekcijas kā tiek atzīmētas (n – 182; 5,5%) gadījumu, nenorādot gan klausītāju skaitu. Salīdzinoši biežāk kā 1. grupā, neskatoties uz atšķirīgo studentu skaitu, studentes atzīmē, ka pacientu izglītošanā izmanto: *bukletus* (n – 105; 3,1%), *literatūras avotus* (n – 148; 4,4%), norādi uz iespējamo informācijas meklēšanu *interneta resursos* (n – 71; 2,1%), *videomateriālu* lietošanu (n – 21; 0,6%), *plakāti* kā uzskates materiāli tika pielietoti (n – 31; 0,9%) gadījumu. Arī šajā grupā *rakstiska papildus informācija* tika sniegta tikai (n – 27; 0,8%) gadījumu, bet statistiski reti tika pielietotas *informācijas lapas* (n – 40; 1%), *mulāžas* (n – 4; 0,1%) un izmantots *Youtube* resurss (n – 1; 0,03%).



17. attēls. Atgriezeniskās saites pielietojums pacientu izglītošanas procesā

Nozīmīga izglītošanas procesa sastāvdaļa – *atgriezeniskā saite* (skatīt 17. attēlu), kas var būt gan formatīva, gan summāra, un ir tiešās komunikācijas priekšrocība, kā arī kritiskās domāšanas praktisks apliecinājums (Yildirim, Ozkahraman, 2011). 2. izlases grupā tā tika izmatota tikai (n – 33; 1,4%) gadījumos. Arī 1. izlases grupai atgriezeniskās saites pielietojums tika atzīmēts tikai (n – 45; 4,2%) gadījumos.

Secinājumi

- Pacientu izglītošanā sniegtā informācija, par kuru pacientiem iespējams pārliecināties arī vēlākajos dienas, nedēļu periodos (info lapa, bukleti) ne vienmēr tiek nodrošināta. Māsas pārsvarā stāsta, informē par nepieciešamo, maz veido diskusiju un nepārliecinās par sasniegto rezultātu, saņemot atgriezenisko saiti, kas liecina par tradicionālā izglītošanas veida pārsvaru attiecībā pret izglītošanu, kura balstīta uz dialogu.
- Pacientu izglītošanas procesā lietotais nelielais izglītojošo līdzekļu un metožu skaits, tai skaitā diskusija, demonstrācija, neliecina par augstu māsu pedagoģisko profesionalitāti.
- Iegūtie rezultāti liecina, ka abās respondentu grupās, veicot izglītošanas metožu un līdzekļu kvantitatīvu uzskaiti, tiek iegūti saslīdzinoši vienādi rezultāti. Var secināt, ka izglītības procesā iegūtās zināšanas māsas nespēj pilnvērtīgi integrēt praktiskā pedagoģiskās darbības realizācijā, kā arī atspoguļot eksāmena darbā, jo nav notikusi jaunapgūto zināšanu internalizācija, veidojot jaunu, pacientu izglītošanas darba paradigmu.

2.1.5. Pedagoģisko aspektu atspoguļojums studentu pētnieciskajos darbos

Pētījuma pamatojums: studenti studiju programmas *Māszinības* specialitātē *Māsa* ietvarā apgūst studiju kursu *Pedagoģija 2* KP apjomā. Iegūtās zināšanas iespējams praktiski integrēt veselības aprūpē un pētniecības procesā, kvalifikācijas (KD) vai bakalaura darbos (BD), vērtējot māsu izglītojošo darbību no pacientu viedokļa un nosakot, kādi izglītošanas līdzekļi un metodes tiek lietotas, pacientiem saņemot informāciju un vai izglītošanas procesā māsas pārliecinās par pacienta izpratni, saņemot atgriezenisko saiti.

Pētījuma mērķis: identificēt kvalifikācijas, bakalaura darbu pētniecības instrumentos (anketās) kā tiek integrēti pacientu izglītošanas procesa izpētes aspekti, analizējot māszinību kursu studentu pētījumu darbus, kuru tematika ir sabiedrības veselības veicināšana, pacientu zināšanas vai informētība par kādu no saslimšanām (skatīt 6. pielikumu).

Pētījuma izlase: Kvalifikācijas darbi (n – 50) specialitātē *Māsa*, bakalauru darbi (n – 50) specialitātē *Māsa* ambulatorās aprūpes un ķirurģiskās aprūpes pamatspecialitātē.

Pētījuma metodoloģija: pētījumā izmantota kvantitatīvā metode – dokumentu analīze, un ir uzskatāms kā fona pētījums, neskatoties uz laika periodu (pētījums uzsākts 2012. gadā, noslēgts 2014. gadā), jo, lai sasniegtu izvirzīto pētījuma mērķi kvantitatīvi, notika ilglaicīga noslēgumu darbu tēmu atlase. Pētījuma datu ieguvei izmantota datu apstrādes programma *SPSS 17* versija un *Microsoft Office Excel v.11*.

Pētījuma rezultāti

Analizējot pētnieciskos darbus, apstiprinās, ka studenti raksturo pedagoģiskā darba procesu, kur pētījuma izlase ir gan pacienti, gan praktizējošas māsas, izmanto pārsvarā kvantitatīvās metodes – anketas, bet retos gadījumos kvalitatīvo metodi – novērojumu protokolu. Pacientu, ģimenes locekļu izglītošana tiek veikta par veselību veicinošiem aspektiem, tai skaitā par praktiskām manipulācijām. Analizētajos pētnieciskos darbos intervijas nav izmantotas.

Izpētot studentu pētnieciskos darbus, var konstatēt, ka jautājuma „*ar kādiem izglītošanas līdzekļiem informācija ir nodota/saņemta*” versijas, pētniekus/nākošās māsas ir interesējis kopumā 17% gadījumos (M – 0,17; SD – 0,378), no tiem BD (n – 7), KD (n – 10). Savukārt *pacientu izglītošanas metodes* (tai skaitā verbālie un neverbālie aspekti) identificētas 28% (M – 0,28; SD – 0,451) gadījumos, no tiem BD (n – 12), KD (n – 16), atspoguļojot diagrammās.

Tikai 2 gadījumos (M – 0,02; SD – 0,141), analizētajos noslēguma darbos konstatēts, ka ar pētījuma instrumentu iegūta informācija jautājumā: *vai izglītošanas*

procesā veselības aprūpes darbinieks ir noskaidrojis izglītojamā izpratnes līmeni, lietojot atgriezenisko saiti. Abi gadījumi identificēti KD autoriem.

Analizējot pētījumu instrumentus – anketas, pētnieciskos darbos par sabiedrības veselības veicināšanu, pacientu zināšanām vai informētību par kādu no saslimšanām, dominē jautājums – „*No kā/Kas Jums sniedza informāciju*” par konkrēto saslimšanu vai profilaksi. Pētniecisko darbu autori KD un BD darbos, ar anketām vienvēidīgi noskaidro, kas ir veicis pacientu izglītošanu: ārstniecības personas, tuvinieki, izslēdzot pielietoto izglītošanas metožu un/vai līdzekļu analīzi. Intervijas, kuru ieguvē students apliecina ne tikai pētniecisko kapacitāti, bet arī starppersonu sadarbības prasmes, pacientu viedokļu ieguvei netika izmantotas.

Secinājumi

- Pēc iegūtiem rezultātiem nevar spriest par izglītības līmeņa ietekmi uz pētnieciskā darba (kvalifikācijas darbs vai bakalaura darbs) izveidi un rezultātu, bet iegūts secinājums, ka abu respondentu grupu dalībniekiem nav aktuāla pedagoģiskā procesa realizācijas aspektu noskaidrošana, neskatoties, ka KD un BD tematika ir sabiedrības veselības veicināšana, pacientu zināšanas vai informētība par kādu no saslimšanām.
- Katrs pētnieks konkrētās tēmas atklāšanai piemēro individuālu stratēģiju, kas nosaka pētījuma virzienu, atzīmē P.Moule un M Gudmans (Moule, Goodman, M. 2009). Tomēr, ja tematiski tiek izvēlēts noskaidrot pacienta zināšanu līmeni, būtiski ir noskaidrots, ne tikai, kas ir izglītojis, jautājums, kurš dominēja anketās, bet arī kādā veidā, ar kādiem līdzekļiem, metodēm pacienti ir zināšanas ieguvuši.
- Tālākam pētījumam ir svarīgi analizēt studentu viedokli par pacientu izglītošanas procesu.

2.2. Pacientu izglītošanas procesa vērtējums pamata pētījumā

2.2.1. Studentu vērtējums par pacientu izglītošanas procesu

Pētījuma virziena pamatojums

Pedagoģijas kurss ir *Māszinību* studentu studiju procesa sastāvdaļa, kas balstīts uz māsu prakses standarta nosacījumiem, jo zināšanas pedagoģijā, profesionālā komunikācijā, ir nozīmīgas sadarbībai ar pacientiem, viņu tuviniekiem. Pacientu

izglītošana tiek vērtēta kā nozīmīgs veselības aprūpes darba rādītājs. Topošas māsas iesaistās pacientu izglītošanā ar studiju procesā iegūtām kompetencēm un personisko izpratni par pieeju pacientam kā unikālai personībai, kad, tiek izvirzīti plānveida izglītojošās darbības mērķi vai izglītošanas process notiek neprognozēti, situācijas notikumu kontekstā. *Māszinību* kursa abiturientu vērtējums par pacientu izglītošanas procesa aspektiem balstās uz iegūto zināšanu un esošās prakses pieredzes. L. Hunta (Hunt, et al., 2011) atzīmē, ka izglītības iestāžu pieejā, realizējot studiju kursus, potenciāli pastāv atšķirības starp teorētisko mācību nodrošinājumu un praksi.

Pētījuma metodoloģija

Izlase aizpilda anketas (skat. 7. pielikumu) pēc kvalifikācijas prakses, 2014. gada maijā. Rezultātu iegūšanai izmantota autores veidota anketa, kas sastāv no: 1. bloka – vispārēja tipa jautājumi, no 2. – 4. blokam tiek vērtēti 48 kognitīvo, afektīvo un psihomotoro jomu apgalvojumi, izmantojot Likerta skalu 5 punktu diapazonā, ar vērtējumu kritērijiem atbilstoši apgalvojumu saturam. Lai iegūtu plašāku rezultātu vērtējumu, datu apstrādē, atbilstoši jautājumu bloka rakursam ir izvirzīti sekojoši prediktori: vecums, papildus izglītība, studentu nodarbinātība veselības aprūpes iestādēs.

Datu statistiskā apstrāde veikta, izmantojot datorprogrammu *Microsoft Office Excel un SPSS v.19.0*. Iegūtie dati pēc *Kolmagorova – Smirnova testa* neatbilst normālajam sadalījumam, tāpēc datu apstrādē izmantotas neparametriskās metodes. Studentu grupu atšķirību izvērtēšanai izmantots *Pīrsona hī-kvadrāta (χ^2) rādītājs* un *Precizētie atlikumi*. Saistības noteikšanai izmantots *Spīrmena rangu korelācijas tests*. Iespējamo faktoru ietekmes noskaidrošanai pielietota *Lineārā regresija*.

Pētījuma rezultāti

Pētījuma respondentu sadalījums pēc vecumposmiem liecina, ka dominējošais vecums ir līdz 25 gadiem (60,8%). Sabiedrībā, palielinoties mūžizglītības iespējām, paaugstinās studentu vecums: 26–35 gadiem (18,8%), no 36–45 gadiem (14,7%), vēlākajos vecumposmos (5,7%) strauji samazinoties.

Daļai no izlases (n – 77; 31,4%) māsas izglītība nav pirmā specialitāte. Izglītība iegūta dažādās jomās: sociālajās zinībās (n – 19; 23, 2 %), juridiskajā izglītībā (n – 8; 9,8%), psiholoģijā (n – 5; 6,1%), vadībā (n – 12; 14,6%), ekonomikā (n – 5; 6,1%), medicīnā (n – 19; 23,2%), pedagoģijā (n – 3; 3,7%). Citu profesionālā izglītība (n – 11; 13,4%). Papildus studijām veselības aprūpes iestādēs praktizē (n – 92; 37,6%) izlases dalībnieki.

Noskaidrojot, no kādiem avotiem tiek iegūta informācija, kas noderīga pacientu izglītošanai, izlase, atbilstoši tehnoloģiju laikmetam, visvairāk nominē interneta resursus (72,2%), medicīniska rakstura žurnālus (71,4%), pedagoģijas un psiholoģijas izdevumus (22%).

Tiek novērtēts, ka vidējais laiks, kas veltīts pacientu izglītošanai pārsvarā ir līdz 10 minūtēm (51,8%), līdz 20 minūtēm (30,6%), līdz 30 minūtēm (7,8%), vairāk par 30 minūtēm (2%), bet (7,8%) atzīmē, ka pacientu izglītošanu neveic. Analizējot pacientu izglītošanu izmantojot prediktorus (vecums, papildus izglītība), statistiski nozīmīgas atšķirības neuzrāda neviens no tiem. Pēc respondentu nodarbinātības, atšķirības kopumā nav statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,080$) rezultātiem, taču *precizētie atlikumi* norāda uz to, ka biežāk izglītošanu neveic izlases dalībnieki/studenti, kuri nestrādā papildus studijām, kā arī līdz 20 minūtēm biežāk izglīto papildus strādājošie studenti, taču *korelācijas analīzes* rezultāti neliecina par lineārās saistības esamību.

1. blokā tiek analizēts *Kā izlase vērtē pašreizējo pieredzi* (skatīt 21. tabulu un 8. pielikumu), kas *nodrošina pacientu izglītošanas procesu*, vērtējot dotos parametrus: 5 – augstā līmenī; 4 – daļēji augstā līmenī; 3 – vidējā, ne augstā, ne zemā līmenī; 2 – daļēji zemā līmenī; 1 – zemā līmenī.

21. tabula. Vidējo vērtību statistikas dati studentu vērtējumam par pedagoģiskā procesa aspektiem

| | | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Resp.skaitis (n) |
|----|--|--------------|------------------|--------------|------------------|
| 1 | Teorētiskās zināšanas vispārējā pedagoģijā | 3,34 | 0,796 | 3 | 241 |
| 2 | Teorētiskās zināšanas pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai | 3,55 | 0,784 | 3,5 | 146 |
| 3 | Praktiskās prasmes praktiskā pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai | 3,52 | 0,682 | 3 | 238 |
| 4 | Zināšanas psiholoģijā | 3,43 | 0,818 | 3 | 242 |
| 5 | Zināšanas saskarsmes komunikācijā | 3,87 | 0,795 | 4 | 241 |
| 6 | Zināšanas informāciju tehnoloģijā | 3,52 | 0,820 | 4 | 238 |
| 7 | Prasme izvēlēties pacientam piemērotus izglītošanas, uzskates līdzekļus | 3,58 | 0,788 | 4 | 240 |
| 8 | Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai | 3,85 | 0,771 | 4 | 242 |
| 9 | Prasme piemēroties neordinārai situācijai | 3,61 | 0,844 | 4 | 238 |
| 10 | Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesa rezultātu | 3,70 | 0,757 | 4 | 240 |
| 11 | Spēja uzņemties atbildību par izglītošanas darbu | 3,79 | 0,775 | 4 | 241 |
| 12 | Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem | 4,40 | 0,689 | 4 | 240 |
| 13 | Spēja būt iecietīgai | 4,32 | 0,750 | 4 | 239 |
| 14 | Spēja izprast pacientu emocijas | 4,22 | 0,799 | 4 | 240 |

Analizējot iegūtos datus pēc vidējās vērtības, parametru „Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem” (M=4,40, SD=0,689), „Spēja būt iecietīgai” (M=4,32, SD=0,750) un „Izprast pacientu emocijas” (M=4,22, SD=0,799) augstie rezultāti norāda, ka studentu izlase pašvērtējumā apliecina augstu tolerances pakāpi. Pacientu izglītošanas procesā tiek integrēts daudzpusīgs zināšanu kopums, kurš izlases vērtējumā tiek vērtēts zemāk: „Teorētiskās zināšanas vispārējā pedagoģijā” (M=3,34, SD=0,796), „Zināšanas psiholoģijā” (M=3,43, SD=0,818), „Teorētiskās zināšanas pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai” (M=3,55, SD=0,784), „Praktiskās prasmes praktiskā pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai” (M=3,52, SD=0,682).

Izmantojot aprakstošās statistikas metodes, parametra „Teorētiskās zināšanās vispārējā pedagoģijā” atšķirības kopumā nav statistiski nozīmīgas, taču *precizētie atlikumi* norāda, ka teorētiskās zināšanās *Daļēji zemā* līmenī (AR=2,2; 12,8%), biežāk ir novērtējuši jaunākie respondenti līdz 25 gadiem. K. Halse, M. Fonna un B. Christiansens (Halse, Fonn, Christiansen, 2014), kā arī S. Allen (Allen, 2010) atzīmē pedagoģijas nozīmi topošo māsu izglītībā, apliecinot, ka studentu kritiskā izpratne pacientu izglītošanā paaugstinās procesā, balstoties uz praksē dibināto pieredzi.

“Zināšanas psiholoģijā” pēc vecuma atšķirības kopumā nav statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa, taču *precizētie atlikumi* norāda uz to, ka visjaunākās grupas respondenti (AR=2,4; 16,8%), biežāk novērtē zināšanās psiholoģijā *Daļēji zemā* līmenī. *Korelācijas analīze* arī norāda, ka starp mainīgajiem pastāv statistiski nozīmīga, taču tikai ļoti vāja saistība ($r_s=0,141$; $p=0,027$), tāpēc var secināt, ka pastāv ļoti vāja tendence, pieaugot vecumam, pieaugt zināšanu novērtējumam. Pēc papildus izglītības atšķirības kopumā ir statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,002$), kas ļauj secināt, ka zināšanu novērtējums *Augstā līmenī* ir respondentiem ar papildus izglītību (AR=2,4; 14,5%), bet izlases daļai bez papildus izglītības – *Daļēji zemā* līmenī (AR=3,2; 17,4%). *Regresijas modeļa koeficients* ($p=0,004$) ļauj secināt, ka papildus izglītība ietekmē respondentu vērtējumu.

Novērtējot “Zināšanas saskarsmes komunikācijā”, pēc papildus izglītības ir salīdzinoši zems *korelācijas analīzes* statistikā nozīmīguma līmenis ($p=0,070$), kas hipotētiski pieļauj, ka ar lielāku respondentu skaitu saistība būtu statistiski nozīmīga. Analizējot pēc izvirzītā prediktora nodarbošanās, *Pīrsona* (χ^2) tests ($p=0,049$) uzrāda, ka zināšanu novērtējums abām grupām ir atšķirīgs. *Precizētos atlikumos Vidējā līmenī* statistiski nozīmīgi biežāk novērtē nodarbinātie respondenti (AR=2,1; 31,9%), bet *Daļēji zemā līmenī* (AR=2,1; 7%) nestrādājošie respondenti, taču pēc *korelācijas analīzes*

vērtējuma atšķirībās tendences nepastāv. *Koeficientu tabula* uzrāda to, ka papildus izglītībai ir statistiski nozīmīga ietekme uz zināšanu vērtējumu, modelis kopumā nav statistiski nozīmīgs ($p=0,195$).

Parametra "*Zināšanas informācijas tehnoloģijā*" precizētie atlikumi norāda, ka respondenti vecumā 26–35 gadiem statistiski nozīmīgi biežāk novērtē savas prasmes *Augstā* līmenī ($AR=2,1$; 49,4%), nekā respondenti pārējā vecumā. Arī parametra "*Prasme izvēlēties piemēroto izglītošanas līdzekļus*" precizētie atlikumi uzrāda, ka respondenti vecumā 26–35 gadiem statistiski nozīmīgi biežāk ($AR=2,7$; 22,2%) novērtē savas prasmes *Augstā* līmenī, nekā pārējā vecuma respondenti.

Izlasses dalībnieki vecumā no 36–45 gadiem statistiski nozīmīgi biežāk ir vērtējuši savas prasmes *Augstā* līmenī ($AR=2,2$; 25%) "*Prasmi piemēroties neordinārai situācijai*", bet jaunākie respondenti – *Daļēji zemā* līmenī ($AR=2,3$; 7,6%). *Korelācijas analīzes* rezultāti liecina ($r_s=0,157$; $p=0,015$) par ļoti vāju statistiski nozīmīgu saistību starp vecumu un prasmju novērtējumu. Tas nozīmē, ka, pieaugot vecumam, pastāv neliela prasmju uzlabošanās novērtēšanas tendence. "*Spēju uzņemties atbildību par izglītošanas darbu*" *Vidējā* līmenī statistiski nozīmīgi biežāk novērtēja jaunākie respondent ($AR=2,1$; 35,1%), bet savukārt „*Spēju būt iecietīgai*" *Vidējā* līmenī statistiski nozīmīgi biežāk ir novērtējuši respondenti vecumā 36 – 45gadiem ($AR=2,6$; 23,5%), taču statistiski nozīmīgi *Retāk* – vecumā līdz 25 gadiem ($AR=-2,6$; 6,7%).

Bloka parametri: "*Teorētiskās zināšanas un praktiskās prasmes pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai*", "*Prasme izvēlēties piemērotākos izglītošanas līdzekļus*", "*Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai*", "*Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesa rezultātu*", „*Spēja izprast pacientu emocijas*”, „*Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem*" neuzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības un saistības. *Regresijas modelī* iekļautiem ietekmējošajiem faktoriem nav statistiski nozīmīgas ietekmes uz parametru novērtējumu.

Statistikas datu rezultātos pēc vidējām vērtībām, salīdzinot respondentu: māsas/studenti pašvērtējumu par izglītošanas procesa realizāciju (skatīt 16. pielikumu), konstatē, ka studentu respondentu grupā, deviņos no devpadsmit kopēji salīdzinātiem parametriem, ir būtiski augstāki rezultāti (nozīme – M ; standartnovirze – SD , mediāna – Me), salīdzinot ar māsu novērtējumiem, kas liecina, ka studenti augstu novērtē esošās zināšanas un prasmes, ka arī ir gatavi sadarbībai un neordinārām situācijām, strādājot veselības aprūpē.

2. bloks – *Starppersonu attiecību pašvērtējums efektīvas komunikācijas aspektiem, veicot pacientu izglītošanu* (skat. 22. tabulu) R. Hagele (Hagele 2006) atzīmē

pašnovērtējumu nozīmi profesionālajā pilnveidē. Doto parametru vērtējums: 5 – vienmēr; 4 – bieži; 3 – dažreiz; 2 – reti; 1 –nelietoju.

22.tabula. Vidējo vērtību statistikas dati studentu vērtējumam par efektīvas komunikācijas aspektiem

| | | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Respondentu skaits (n) |
|----|--|--------------|------------------|--------------|------------------------|
| 1 | Pirmreizēji, sastopot pacientu, nosaucu savu vārdu | 3,66 | 1,114 | 4 | 241 |
| 2 | Pacientam jautāju, kādas šodien problēmas | 4,20 | 0,834 | 4 | 241 |
| 3 | Ja sadarbība ir bijusi, jautāju, kādi ir panākumi | 4,14 | 0,779 | 4 | 239 |
| 4 | Jautājumus uzdošu, bet nav laika iedziļināties problēmās | 2,75 | 1,056 | 3 | 241 |
| 5 | Uzmanīgi uzklausu pacientu viedokli | 4,44 | 0,645 | 5 | 239 |
| 6 | Pacientu uzrunāju pirmā, iedrošinot sarunai | 4,31 | 0,665 | 4 | 237 |
| 7 | Izglītošanas laikā nodrošinu viena līmeņa acu kontaktu ar pacientu | 4,13 | 0,856 | 4 | 239 |
| 8 | Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes | 3,63 | 0,851 | 4 | 238 |
| 9 | Izmantoju monoloģiskās metodes (runāju Es) | 2,98 | 1,037 | 3 | 239 |
| 10 | Izmantoju dialoga metodes | 4,12 | 0,748 | 4 | 238 |

Analizējot iegūtos datus pēc vidējām vērtībām par starppersonu saskarsmes aspektiem kopumā, kas nozīmīgi atvērtas komunikācijas veidošanai, iegūtie rezultāti liecina, ka studenti ir atvērti efektīvai komunikācijai, izprotot, ka pacientu izglītošana ir atbildīgs pienākums, veselības aprūpes atslēga (Szpiro et al. 2008) visās struktūrvienībās. Apgalvojums „*Uzmanīgi uzklausu pacientu viedokli*” tiek vērtēts visaugstāk (M=4,44, SD=0,645), kas liecina, ka izlase ar pozitīvu attieksmi vēlas nodrošināt efektīvu komunikatīvo kompetenci. Augstus novērtējumus izlase sniedz arī pārējiem apgalvojumiem, izņemot 3. „*Jautājumus uzdošu, bet nav laika iedziļināties problēmās*” (M=2,75, SD=1,056) un 9. „*Izmantoju monoloģiskās metodes (runāju Es)*” (M=2,98, SD=1,037), kuru vērtējums liecina, ka eksistē neefektīva, vienvirziena komunikācija, bet tā nav kā pacientu izglītošanas procesa dominante.

Datu analīzei izmantojot aprakstošās statistikas metodes, apgalvojumā „*Pirmreizēji, sastopot pacientu, nosaucu savu vārdu*”, precizētie atlikumi norāda, ka respondenti vecumā līdz 25 gadiem statistiski nozīmīgi retāk *Vienmēr* (AR=2,0; 22,8%) nosauc savu vārdu, respondenti 26–36 gadu vecumā statistiski nozīmīgi biežāk *Reti* nosauc vārdu (AR=2,1; 24,4%), bet no 46–55 gadiem statistiski nozīmīgi *Bieži* (AR=2,3; 63,6%) stādās priekšā. *Korelācijas analīze* neliecina par saistības esamību. Izlases dalībniekiem uzrunājot pacientus „*Jautājot, kādas ir problēmas*”, *korelācijas analīze* liecina par saistības neesamību starp abiem faktoriem, taču iegūta rezultāta tuvums 5% robežai ($p=0,065$) ļauj pieļaut, ka ar lielāku respondentu skaitu rezultāts būtu nozīmīgs. „*Jautāju par panākumiem*” atšķirības kopumā ir statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa

($p=0,026$), kas norāda, ka jautāšanās biežums par panākumiem dažādās vecumā grupās ir atšķirīgs. *Precizētie atlikumi* norāda, ka respondenti vecumā no 36–45 gadiem biežāk *Vienmēr* jautā par panākumiem (AR=3,1; 55,9%), nekā respondenti pārējā vecumā. Bet visjaunākie respondenti statistiski biežāk tikai *Dažreiz* jautā par panākumiem (AR=2,8; 14,8%). *Korelācijas analīze* norāda ($r_s=0,214$; $p=0,001$), ka starp vecumu un jautāšanas biežumu pastāv vāja saistība, kas liecina par vāju tendenci biežāk jautāt par panākumiem, pieaugot vecumam.

„*Jautājumus uzdodu, bet nav laika iedziļināties problēmās*” pēc vecuma prediktora atšķirības kopumā ir statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa kopumā, gan arī *precizētie atlikumi* norāda uz vairākiem atšķirīgajiem vērtējumiem: līdz 25 gadiem *Bieži* (AR=2,8; 22,8%), no 26–35 gadiem, *Dažreiz* (AR=2,0; 46,7%), no 36 – 45 gadiem *Vienmēr* (AR=2,3; 14,3%), taču *korelācijas analīze* norāda uz tendences neesamību starp vecumu un laika trūkumu respondentiem, tāpēc jāsecina, ka laika trūkuma izjūta dažādās vecuma grupās respondentiem ir atšķirīga.

„*Uzmanīgi uzklausu pacientu viedokli*” analīzē *precizētie atlikumi* norāda, ka vecuma grupā no 36–45 gadiem *Bieži* (AR=2,1; 58,3%) nekā pārējie respondenti uzklausu pacientu viedokli. „*Pacientu uzrunāju pirmā, iedrošinot sarunai*” aktivitāti statistiski nozīmīgi *Retāk* veic respondenti vecumā līdz 25 gadiem (AR=-2,1; 42,1%), bet statistiski nozīmīgi *Biežāk* no 26 – 35 gadiem (AR=2,0; 61,4%). „*Izglītoju bez citu cilvēku klātbūtnes*” - respondenti vecumā no 46 – 55 gadiem statistiski nozīmīgi *Biežāk* ievēro konfidencialitāti (AR=2,2; 72,7%), nekā cita vecuma respondenti. „*Izmantoju monoloģiskās metodes (runāju Es)*” atšķirības kopumā ir statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,013$). Nozīmīgumu ir nodrošinājuši vairāki precizēto atlikumu statistiski nozīmīgi rezultāti: līdz 25 gadiem *Dažreiz* (AR=2,1; 42,2%), no 26–35 gadiem *Reti* (AR=3,7; 48,9%), *Vienmēr* 36–45 gadiem (AR=2,7; 20%), *Bieži* no 46–55 gadiem (AR=2,0; 45,5%), bet *korelācijas analīze* tomēr neliecina par tendences esamību saistībā ar vecumu un var secināt tikai par monologa izmantošanas paradumiem dažādās vecuma grupās, īpaši gados vecākiem studentiem.

„*Izmantoju dialogu*” *Pīrsona* (χ^2) tests ($p=0,007$), bet rezultāts nav pārliecinošs, jo to ir nodrošinājuši divi *precizēto atlikumu* nozīmīguma gadījumi ar minimālu respondentu daudzumu. *Precizētie atlikumi* norāda, ka dialoga variantu komunikācijā statistiski nozīmīgi *Bieži* (AR=2,4; 55,5%) ir izvēlējušies respondenti bez papildus izglītības, kuri paralēli mācībām strādā veselības aprūpes iestādē, ko apliecina atbilžu nozīmīguma līmenis, kas ir tuvu statistiski nozīmīgam ($p=0,084$). Apgalvojums „*Izglītošanas laikā nodrošinu viena līmeņa acu kontaktu ar pacientu*” neuzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības

un saistības. Nevienam no trim *Regresijas modelī* iekļautiem ietekmējošajiem faktoriem nav statistiski nozīmīgas ietekmes uz parametru novērtējumu.

Datu salīdzinājums pēc vidējām vērtībām efektīvas komunikācijas nodrošinājumā, analizējot studentu un praktizējošo māsu novērtējumu (skatīt 15. pielikumu) atspoguļo, ka studentu respondentu grupā septiņiem no desmit dotajiem parametriem konstatē būtiski augstākus rezultātus (nozīme – M; standartnovirze – SD, mediāna – Me) kā praktizējošo māsu novērtējumiem. Studenti ir atvērti sadarbībai ar pacientiem, kam nozīme ne tikai prakses laikā, bet arī veicot pētniecisko darbību KD vai BD kontekstā (5. fona pētījums).

3. bloks – *kādi izglītošanas līdzekļi tiek pielietoti pacientu izglītošanas procesā papildus verbālai izglītošanai* (skatīt 23. tabulu un 18. attēlu). Parametri tiek vērtēti: 5 – ļoti svarīgi; 4 – svarīgi; 3 – mazsvarīgi; 2 – nesvarīgi; 1 – nevaru novērtēt.

23.tabula. Vidējo vērtību statistikas dati, vērtējot pacientu izglītošanai lietotos līdzekļus un metodes

| | | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Respondentu skaits (n) |
|----|--|--------------|------------------|--------------|------------------------|
| 1 | Plakāti | 3,46 | 1,05 | 4 | 240 |
| 2 | Attēli | 3,92 | 1,009 | 4 | 241 |
| 3 | Mulāžas | 3,72 | 1,117 | 4 | 236 |
| 4 | Sarunas laikā svarīgākās informācijas rakstisks apkopojums | 3,79 | 1,074 | 4 | 238 |
| 5 | Iepriekš sagatavota informācijas lapa ar pacientam nozīmīgu informāciju | 4,16 | 0,923 | 4 | 239 |
| 6 | Tipogrāfijā iespiests buklets par saslimšanu | 4,04 | 0,907 | 4 | 239 |
| 7 | Audio vizuālie demonstrējumi (CD) | 3,65 | 1,086 | 4 | 239 |
| 8 | Audio vizuālie demonstrējumi (Youtube materiāli) | 3,54 | 1,062 | 4 | 240 |
| 9 | Medicīniski pamatotu interneta resursu norāde | 3,66 | 0,997 | 4 | 238 |
| 10 | Norāde par pacientam ieteicamiem literatūras avotiem saistībā ar saslimšanu | 3,71 | 0,964 | 4 | 239 |
| 11 | Shēmas, piktogrammas | 3,08 | 1,103 | 3 | 240 |
| 12 | Lekcija/pasākums pacientu grupai | 3,67 | 1,045 | 4 | 240 |
| 13 | Praktiski darbību demonstrējumi | 4,08 | 0,995 | 4 | 238 |
| 14 | Norādīt kontaktus, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos (telefons, mājaslapa, e adrese) | 4,04 | 1,024 | 4 | 241 |

Analizējot svarīgākos datus pēc vidējām vērtībām, izlase viszemāk vērtē „*Shēmu un piktogrammu*” pielietojumu (M=3,08, SD=1,045), kas salīdzinoši biežāk tiek lietota pacientu izglītošanā, skaidrojot operācijas vietu un tehniku. Augstu tiek vērtēts „*Iepriekš sagatavota informācijas lapa*” (M=4,16, SD=0,923), un „*Buklets*” (M=4,04, SD=0,907), lietojums, kas ļauj pacientam nepieciešamo informāciju pārlasīt atkārtoti. Izlase apliecina, ka neaizmirst nozīmīgos izglītošanas līdzekļus „*Praktisko darbību demonstrējumus*” (M=4,08, SD=0,907) un iespēju „*Nodrošināt iespējamo sazināšanos, norādot kontaktus*”

(M=4,04, SD=1,024), kas pacientiem veido drošības sajūtu. Studenti vairāk atvērt konektīvisma idejām (Siemens, 2005).

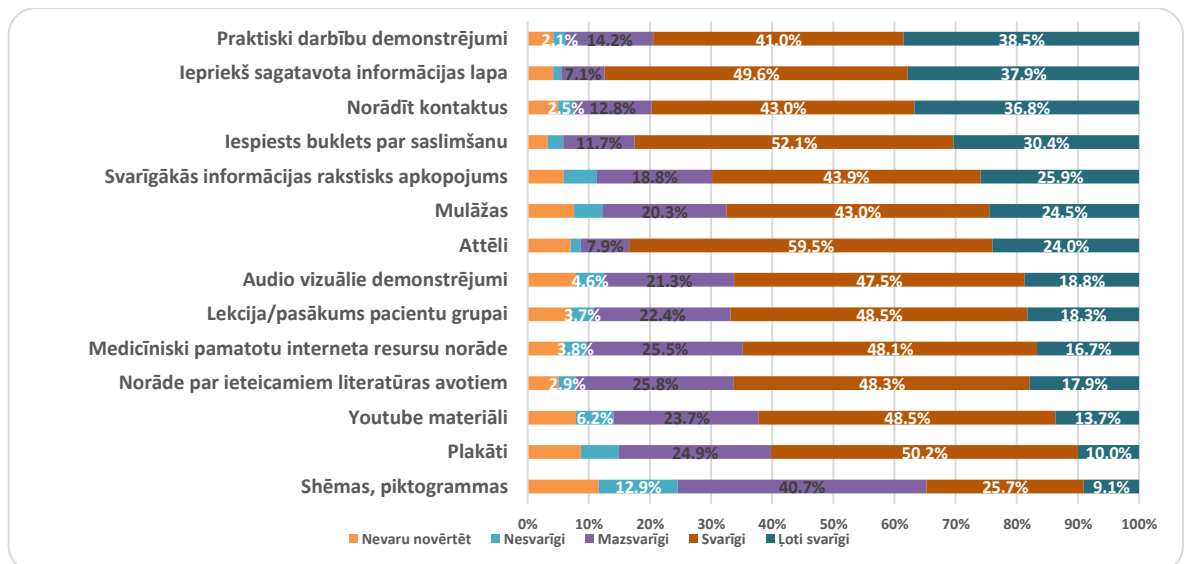
Izmantojot aprakstošās statistikas metodes parametram „*Plakāti*”, *precizētie atlikumi* norāda, ka respondenti līdz 25 gadiem statistiski nozīmīgi biežāk ir vērtējuši plakātus kā *Mazsvarīgus* (AR=2,6; 30,8%). „*Attēlus*” kā *Svarīgus* statistiski nozīmīgi biežāk novērtē respondenti vecumā no 36 – 45 gadiem (AR=2,1; 75%). *Svarīgus* izglītošanas procesā tos biežāk novērtē respondenti ar papildus izglītību (AR=2,3; 70,1%).

Analizējot parametra „*Sacītās informācijas rakstiska apkopojuma*” nozīmi *precizētie atlikumi* norāda, ka 26–35 gadu grupas respondenti statistiski nozīmīgi biežāk novērtē rakstisko apkopojumu kā *Ļoti svarīgu* (AR=2,9; 43,2%). „*Bukleta*” nozīmīgumu statistiski nozīmīgi biežāk *nevar novērtēt* respondenti bez papildus izglītības (AR=2,0; 4,9%), nekā respondenti ar papildus izglītību. Rezultātā pēc papildus izglītības tiek iegūta p-vērtība, kas tikai nedaudz pārsniedz 5% līmeni ($p=0,071$). „*Youtube materiāli*” pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,254$) nav nozīmīgi vērtējams, bet *precizētie atlikumi* norāda trīs statistiski nozīmīgus pārus – visjaunākie respondenti statistiski nozīmīgi retāk novērtē *Youtube* materiālus kā *Mazsvarīgus*, atbilstoši vecumgrupas prasmēm, bet vecuma grupā no 26 – 35 gadiem šāds vērtējums ir statistiski nozīmīgi retāks (AR=2,1; 35,6%). Vecumposmā no 46–55 gadiem izlases grupa statistiski nozīmīgi biežāk ir izvēlējusies *Youtube* materiālu pielietojumam vērtējumu *Nesvarīgi* (AR=2,8; 25%), bet tā kā šo izlases grupas rezultātu nodrošina ļoti neliels dalībnieku skaits ($n = 2$), tad rezultāts nav uztverams kā nozīmīgi akceptējams.

Korelācijas analīze nekonstatē saistību starp faktoriem. „*Norāde par pacientam ieteicamiem literatūras avotiem saistībā ar saslīmšanu*”, bet pēc izglītības prediktora konstatē statistiski nozīmīgas atšķirības – *Pīrsona* (χ^2) tests ($p=0,046$). Tas nozīmē, ka literatūras svarīguma novērtējums abās grupās ir atšķirīgs. Respondenti ar papildus izglītību statistiski nozīmīgi biežāk novērtējuši literatūru kā *Svarīgu* (AR=2,2; 58,7%), bet bez papildus izglītības statistiski nozīmīgi biežāk atzīmē, ka *Nevarēja novērtēt* literatūras nozīmīgumu (AR=2,4; 7,3%). *Korelācijas analīze* konstatē, ka starp papildus izglītības esamību un literatūras svarīguma novērtējumu pastāv statistiski nozīmīga ($r_s=-0,138$; $p=0,032$), bet ļoti vāja saistība, tātad pastāv ļoti vāja tendence, ka respondenti ar papildus izglītību kopumā novērtē literatūru pozitīvāk, nekā respondenti bez papildus izglītības. *Regresijas modelī*, atstājot tikai papildus izglītību, rezultāts uzrāda, ka papildus izglītības esamībai atsevišķi ir statistiski nozīmīga ietekme uz literatūras svarīguma novērtējumu.

„*Shēmas, piktogrammas*” vecuma grupa no 26–35 gadiem atzīmē kā *Ļoti svarīgas* (AR=2,2; 17,8%). Ar prediktoru papildus izglītība iegūta p–vērtība ir ļoti tuvu 0,05 līmenim ($p=0,053$), un, iespējams, ka šim faktoram tomēr ir ietekme, tikai to nav izdevies pierādīt ar esošo izlases dalībnieku skaitu. „*Lekcija/pasākums pacientu grupai*”, analizējot pēc prediktora nodarbošanās, konstatē, ka atšķirības kopumā ir statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,045$), tātad lekcijas un pasākuma svarīguma novērtējums abām grupām ir atšķirīgs. Pēc *precizētiem atlikumiem* var secināt, ka strādājošie respondenti lekcijas un pasākumus statistiski nozīmīgi biežāk vērtē *Mazsvarīgas* (AR=2,2; 30%) un retāk *Ļoti svarīgas*. *Korelācijas analīze* konstatē ļoti vāju statistiski nozīmīgu saistību ($r_s=0,178$; $p=0,006$), tātad ir ļoti vāja tendence, ka veselības aprūpes iestādēs strādājošie studenti vērtē lekcijas un pasākumus kopumā zemāk, nekā nestrādājošā izlase. Ja analizē tikai regresijas modeli, ņemot vērā nodarbošanās statusu, modelis ar vienīgo ietekmējošo faktoru kļūst statistiski nozīmīgs un rezultātā var secināt, ka nodarbošanās statuss ietekmē lekciju vai pasākumu svarīguma vērtējumu, bet ietekmes stiprums ir ļoti vājš – precizētais $r^2=0.016$ vai 1,6%.

„*Praktiski darbību demonstrējumus*” statistiski nozīmīgi biežāk vērtē kā *Ļoti svarīgus* nestrādājošie respondenti (AR=2,0; 43,7%). *Korelācijas analīze* nekonstatē saistību starp abiem faktoriem, kaut gan p–vērtība ir tuvu 5% līmenim ($p=0,072$). Parametra „*Norādīt kontaktus, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos*” atšķirības kopumā nav statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,165$), bet pēc *precizētiem atlikumiem* izlase bez papildus izglītības statistiski nozīmīgi biežāk izvēlas variantu *Mazsvarīgi* (AR=2,0; 15,8%). *Korelācijas analīzē* konstatē statistiski nozīmīgu ($r_s=-0,142$; $p=0,027$) rezultātu, bet ar ļoti vāju saistību starp abiem faktoriem. Tas nozīmē, ka pastāv ļoti vāja tendence, ka asinhronās komunikācijas svarīgumu kopumā kā svarīgāku vērtē respondenti ar papildus izglītību.



18. attēls. Studentu viedoklis par pacientu izglītošanas līdzekļu svarīgumu

Parametros: „Mulāžas”, „Iepriekš sagatavotas informācijas lapas”, „Audio vizuālie demonstrējumi (CD)”, „Medicīniski pamatotu interneta resursu norāde” nav konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības pēc *Pīrsona* (χ^2) testa, kā arī pēc *precizētiem atlikumiem*. *Korelācijas analīzē* netika konstatēta saistība starp faktoriem un nevienam no trim *Regresijas modelī* iekļautiem ietekmējošajiem faktoriem nav statistiski nozīmīgas ietekmes uz parametru novērtējumu.

Veicot datu analīzi ar *Microsoft Office Excel* programmatūru (skatīt 18. attēlu), tiek nodrošināts vizuāls atbilžu sadalījums pēc *Likerta skalas* piecu baļļu sistēmas, kas norāda, ka izglītības procesā jāpievērš lielāka uzmanība pacientu izglītošanas metožu daudzpusības un pielietojamības izziņai.

Pētījuma ietvarā tiek salīdzinātas divu izlašu (māsas/studenti) pielietotās metodes pacientu izglītošanai (17. pielikums). Pēc vidējām vērtībām konstatē, ka studenti vairāk nodrošina pacientu kognitīvās, afektīvās un psihomotorās jomas pilnveidi, īpaši, attēlu, bukletu un sacītās informācijas apkopojuma izmantošanā. Jāatzīmē, ka studenti dod priekšroku mūsdienīgām, asinhronām izglītošanas metodēm (telefons, mājas lapas norādei un saziņai elektroniskā vidē).

4. bloks – *studentu viedoklis par nozīmīgākajiem faktoriem, kas ietekmē pacientu izglītošanas procesu*. (skatīt 24. tabulu, 19. attēls). Parametri tiek vērtēti: 5 – vienmēr ietekmē; 4 – bieži ietekmē; 3 – ne ietekmē, ne neietekmē; 2 – maz ietekmē; 1 – neietekmē.

Analizējot iegūtos datus par pacientu izglītošanas procesu ietekmējošiem faktoriem pēc vidējo vērtību statistikas, konstatē pašreizējo profesionālo pakāpi raksturojošo faktoru pārsvars: „*Praktisko zināšanu apjoms*” (M=4,16, SD=0,854), „*Teorētisko zināšanu nepietiekamība*” (M=4,14, SD=0,812), „*Pieredzes apjoms*” (M=4,15, SD=0,797), kā arī

prakses bāžu darba organizācijas faktors „*Laika trūkums, jo intensīvs darbs*” (M=4,15, SD=0,819). Izlase vismazāk akcentē „*Plakātu nodrošinājuma*” (M=3,36, SD=0,947) nozīmi.

24.tabula. Vidējo vērtību statistikas dati par pacientu izglītošanas procesu ietekmējošiem faktoriem

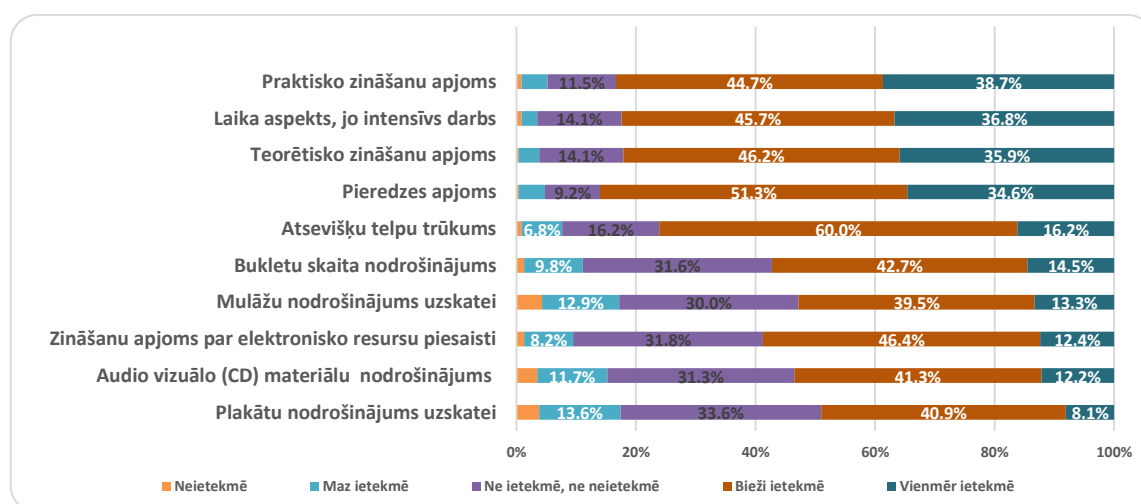
| | | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Respondentu skaits (n) |
|----|--|--------------|------------------|--------------|------------------------|
| 1 | Atsevišķu telpu trūkums, kur veikt izglītošanas darbu | 3,84 | 0,805 | 4 | 234 |
| 2 | Teorētisko zināšanu apjoms | 4,14 | 0,812s | 4 | 234 |
| 3 | Praktisko zināšanu apjoms | 4,16 | 0,854 | 4 | 234 |
| 4 | Pieredzes apjoms | 4,15 | 0,797 | 4 | 227 |
| 5 | Zināšanu apjoms par elektronisko resursu piesaisti pacientu izglītošanas darbā | 3,61 | 0,856 | 4 | 232 |
| 6 | Bukletu skaita nodrošinājums | 3,59 | 0,901 | 4 | 233 |
| 7 | Plakātu nodrošinājums uzskatei | 3,36 | 0,947 | 3 | 235 |
| 8 | Mulāžu nodrošinājums uzskatei | 3,45 | 1,018 | 4 | 232 |
| 9 | Audio vizuālo (CD) materiālu nodrošinājums | 3,47 | 0,971 | 4 | 229 |
| 10 | Pacientu neviennozīmīgā attieksme pret izglītošanas jautājumiem (neieinteresētība) | 4,20 | 0,821 | 4 | 234 |
| 11 | Laika aspekts, jo intensīvs darbs | 4,15 | 0,819 | 4 | 233 |

Izmantojot aprakstošās statistikas metodes, parametrs „*Atsevišķu telpu trūkums, kur veikt izglītošanas darbu*” *Pīrsona* (χ^2) tests (p=0,016) norāda uz atšķirību nozīmīgumu. Rezultātu veido *precizēto atlikumu* statistiski nozīmīgs rezultāts izlases grupai virs 55 gadiem *Vienmēr ietekmē* (AR=3,2; 100%), bet *korelācijas analīzes* rezultāts uzrāda, ka saistība starp faktoriem nepastāv. „*Teorētisko zināšanu apjoms*” pēc izlases vecuma atšķirības nav statistiski nozīmīgs pēc *Pīrsona* (χ^2) testa (p=0,391), bet *precizētie atlikumi* uzrāda statistiski nozīmīgus rezultātus. Respondenti vecumā līdz 25 gadiem statistiski nozīmīgi vērtē, ka teorētisko zināšanu deficīts *Bieži ietekmē* (AR=2,4; 42%) pacientu izglītošanu, nekā pārējie respondenti. *Korelācijas analīze* liecina, ka starp vecuma ietekmes vērtējumu pastāv ļoti vāja saistība, kas liecina, ka ir ļoti neliela tendence, pieaugot vecumam, samazināties teorētisko zināšanu ietekmes svarīguma vērtējumam ($r_s=-0,132$; p=0,043), ko nodrošina empīriskā pieredze. „*Zināšanu apjoms par elektronisko resursu piesaisti pacientu izglītošanas darbā*” *korelācijas analīzes* rezultāts liecina, ka saistības starp abiem mainīgajiem nepastāv, uzrādot relatīvi zemu kļūdas varbūtības līmeni (p=0,078).

„*Plakātu nodrošinājums uzskatei*” – *Pīrsona* (χ^2) tests (p=0,179) nav nozīmīgs. *Precizētie atlikumi* norāda, ka neliels skaits izlases dalībnieki ar papildus izglītību statistiski nozīmīgi biežāk uzskata, ka plakāti *Neietekmē* (AR=2,2; 7,9%), pacientu izglītošanu. Parametra „*Mulāžu nodrošinājums uzskatei*” rezultātu, statistiski nozīmīgi

ietekmē respondenti ar papildus izglītību, kuri izvēlējušies vērtējumu *Bieži* (AR=2,1; 49,3%), bet izlases dalībnieki, kas papildus studijām praktizē veselības aprūpes iestādē uzskata, ka mulāžu nodrošinājums *Neietekmē* (AR=2,0; 7,8%) pacientu izglītošanas procesu. *Korelācijas analīzes* rezultāts saistību starp faktoriem neuzrāda.

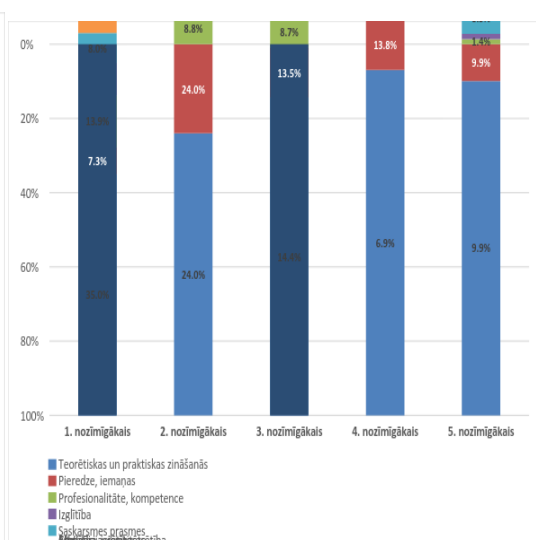
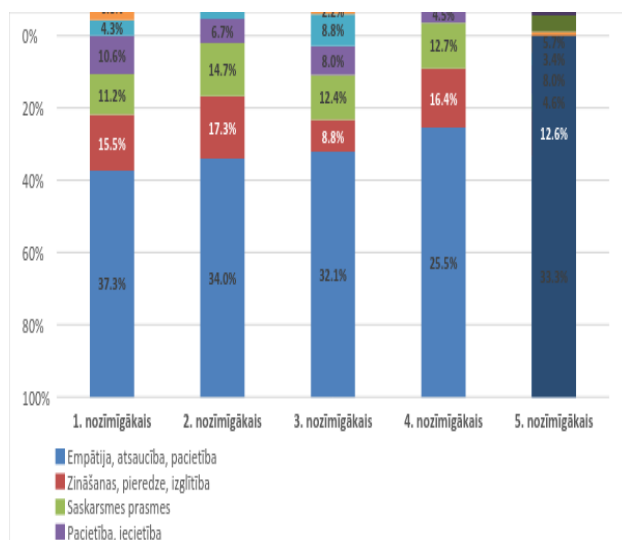
Parametriem „*Praktisko zināšanu apjoms*”, „*Pieredzes apjoms*”, „*Bukletu skaita nodrošinājums*”, „*Audio vizuālo (CD) materiālu nodrošinājums*”, „*Pacientu neviennozīmīgā attieksme pret izglītošanas jautājumiem (neieinteresētība)*”, „*Laika aspekts, jo intensīvs darbs*” rezultātu atšķirības kopumā nav statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona (χ^2)* testa, kā arī *precizētie atlikumi* nenorāda nevienu statistiski nozīmīgu atšķirību. *Korelācijas analīzes* rezultāts liecina, ka saistības starp mainīgajiem nepastāv un nevienam no trim *Regresijas modelī* iekļautajam faktoram nav statistiski nozīmīgas ietekmes uz parametru novērtējumu.



19. attēls Pacientu izglītošanu ietekmējošie faktori

Studentu vērtējumā parametram „*Atsevišķu telpu trūkums, kur veikt izglītošanas darbu*” vērtējums ir augsts, kas liecina, ka tam ir būtiska ietekme uz pacientu izglītošanas procesu: *Vienmēr* (16,2%) un *Bieži* (60%). Analizējot atsevišķu telpu trūkumu pēc vidējām vērtībām, lai veiktu pacientu izglītošanu, salīdzinājumā ar māsām, studentu izlase to uzskata par ļoti nozīmīgu (skatīt. 18. pielikumu).

Vērtējot studentu norādītās personīgās un profesionālas vērtības (skatīt 20., 21. attēlus), visas piecas nominējuši tikai (50%) izlases. Personīgā rakursā nominētās daļēji atspoguļo M. Rokiča (Rokeach, 1979) instrumentālās vērtības. Vērtību klāsts izsaka izlases dalībnieku dzīves stilu, veidu, kas viņiem šobrīd ir aktuāls, lai spētu pilnveidot izvirzīto dzīves mērķi, šajā gadījumā kļūt par profesionālu māsu. Biežāk tiek nominētas: atbildība, empātija, atsaucība, pacietība, godīgums, ētiskums, saskarsmes prasmes, zināšanas un pieredze, kā arī motivācija palīdzēt. Personīgā rakursā nosauktās vērtības, zināmā mērā, atbilst profesionālo vērtību skalai.



20.attēls. Personīgo vērtību atspoguļojums

21.attēls. Profesionālo vērtību atspoguļojums

Vērtības attīstās socializācijas rezultātā, kas arī tika konstatēts 3.fona pētījumā, izglītības un prakses ietekmē. Studentu izlasē, analizējot profesionālās vērtības, dominē profesionālās kompetences. Izlase ar papildus izglītību statistiski nozīmīgi biežāk norāda uz izglītības kā vērtības nozīmību, kas ir pašsaprotami, kā to pētījumā atzīmē R. Staklere (Steckler, 2012). Visjaunākā izlases grupa, līdz 25 gadiem – statistiski nozīmīgi biežāk norāda, ka svarīgas ir saksarsmes prasmes, bet respondenti vecumā no 35–46 gadiem, atbilstoši pašreizējai situācijai akcentē profesionalitāti un kompetenci.

Secinājumi

- Empīriskā pētījuma dati norāda uz respondentu novērtējumu dažādību. Iegūtie rezultāti ne vienmēr gūst statistiski nozīmīgus apliecinājumus pēc izvirzītajiem prediktoriem: respondenta vecums, papildus izglītība un vai respondents jau strādā veselības aprūpes iestādē, bet tiek konstatēti vērā ņemami rezultāti pēc aprakstošās statistikas datiem. Pašreizējās pieredzes novērtējumā, topošās māsas apliecina augstu tolerances pakāpi efektīvas komunikācijas nodrošināšanā, kas ir pozitīvi vērtējams un ir svarīgs nosacījums izglītošanas procesa efektīvai norisei.
- Pacientu izglītošanas procesa pamatā ir zināšanu un prasmju kopums. Studentu vērtējums zināšanām pedagogijā un praktiskās pacientu apmācības organizēšanai izglītošanas procesa nodrošināšanai nav augsts. Līdzīgs vērtējums ir kompetencēm psiholoģijā un saksarsmē. Lai arī iegūtie dati atspoguļo, ka, palielinoties studentu izlases vecumam, minētās zināšanas un prasmes tiek vērtētas pozitīvāk, kas liecina par praktiskās pieredzes ietekmi, rezultāti virza analizēt attiecīgo priekšmetu studiju kursus

lekciju, praktisko nodarbību saturu un attiecības, īpaši pedagoģijā, lai transformatīvi tiktu pilnveidotas studentu kompetences.

- Pēc iegūtiem starppersonu attiecību novērtējuma rezultātiem jāsecina, ka respondenti bieži lieto gan rituālās (*sastopot pacientu, nosauc savu vārdu*), gan konstruktīvās saskarsmes (*ja sadarbība ir bijusi, jautā, kādi ir panākumi*) elementus, kas nodrošina efektīvu, atvērtu komunikāciju. Dialogu vairāk pielieto respondenti, kuri papildus studijām strādā veselības aprūpes iestādē, kuru vērtējumu ietekmē empīriskā pieredze, savukārt monologa lietošanas paradumus konstatē gados vecākai izlases daļai. Saskarsmē, apzinot pacientu panākumus, pastāv neliela statistiska saistība, kas liecina par tendenci, ka to visvairāk noskaidro pētījuma dalībnieki palielinoties vecumam.

- Apkopojot datus, kuru apstrādē kā prediktors respondentiem izvirzīts – iepriekš iegūta izglītība un/vai darba pieredze veselības aprūpē, studenti, kuriem ir papildus izglītība, literatūras avotu, kā arī kontaktu norādes svarīgumu nozīmi novērtē pozitīvāk. Strādājošo studentu izlase, ņemot vērā profesionālo pieredzi veselības aprūpes iestādēs, lekcijas un plānotos pasākumus vērtē zemāk kā nestrādājošie respondenti.

- Palielinoties studentu vecumam, pastāv neliela piemērošanās prasmju uzlabošanās tendence neordinārai situācijai, kas saistāma ar dzīves pieredzi.

- Respondentu vairums atzīmē, ka pacientu izglītošanai velta 10 minūtes laika. Ilgāku laika periodu, līdz 20 minūtēm, veltī studenti, kuri papildus strādā veselības aprūpes iestādēs, kas ir pieredzes rezultāts darbam ar pacientiem.

- Pētījuma dalībnieki daļēji spēj nosaukt piecas personīgās un profesionālās vērtības, kas ir atšķirīgi no fona pētījuma „Izglītības process kā topošo veselības aprūpes speciālistu vērtību sekmētājs”, kurā, vērtējot jau nominētas vērtības pēc svarīguma un pēc nozīmības, tika atbildēts 100%, kas liecina par pašanalīzes pasivitāti. Studentu nominētās personīgās vērtības izsaka izlases dalībnieku pašreizējo domāšanas veidu, norādot uz vērtībām, kurās dominē profesionālās kompetences, kas ir pamatā izvirzītam profesionālajam mērķim – kļūt par profesionālu māsu.

- Vidējo statistisko vērtību salīdzinājumā studenti uzrāda augstāku profesionālo zināšanu un prasmju novērtējumu, kā pēc aprakstošās statistikas, salīdzinājumā ar māsu izlasi. Studenti cenšas lietot jaunapgūtās kompetences, pret pacientiem attiecas ar lielāku empātiju, spēj būt iecietīgāki un pozitīvi noskaņoti kā māsas, jo studentiem nav izveidojusies, dažādu faktoru ietekmēta, negatīvi rutinēta attieksme. Katrs pacients tiek uzlūkots kā personība, izvēloties atbilstošu pieeju.

2.2.2. Izglītošanas procesa nodrošinājums tā saņēmējiem – pacientiem

Pētījuma pamatojums

Promocijas darbā ir svarīgi iegūt pakalpojumu, veselības aprūpes saņēmēju – pacientu viedokli par izglītošanas procesa realizāciju, izmantoto metožu un līdzekļu spektru veselības aprūpes iestādēs, kuru adekvāts pielietojums var pozitīvi sekmēt pacientu izpratni. Arī T. Makluna, A. Burtons un G. Vadels (McClune, Burton, Waddell, 2003) analizē veidus, kā uzlabot pacientu izglītošanu dažādu jautājumu apsvektā, kā arī pacientu vērtējumu par izglītojošā materiāla saprotamību, ticamību un spēju veidot pārliecību par aktīvu līdzdalību atveseļošanās periodā.

Izlasses viedokļi par izglītošanas darba spektru un kvalitāti pētījumā analizēti pēc respondentu dzīves vietas, ņemot vērā, ka vērtējumu var ietekmēt būtisks faktors – sociāli ekonomiskā situācija, kurā pilsētas iedzīvotājiem veselības aprūpes struktūra un pakalpojumi ir pieejamāki, savukārt lauku rajonos tā ir sarežģītāka, ierobežotāka (Latvijas iedzīvotāju veselības analītiskais ziņojums, 2012). Lai arī personāla noslogojums mūsu ziņā pēc VM veselības veicināšanas darba grupas protokola Nr. 4 (13. 04. 2011.) datiem ir dažāds arī lauku reģionos, pacientu aprūpe, tai skaitā izglītošanas darbs ir individuālāks, kas hipotētiski var veidot izlases apmierinātību ar izglītojošā darba aspektiem un atspoguļoties pētījuma rezultātos.

Respondentu viedoklis par mūsu praksi pacientu izglītošanā atklāj izglītošanas procesa realizācijas aspektus gan primārajā, gan sekundārā veselības aprūpes etapā, kas komplementāri veido māsas kā sabiedrības izglītošanas profesionālās lietpratības tēlu. Pacientu anketēšana ir uzskatāma kā nozīmīga pētījuma daļa.

Pētījuma metodoloģija

Pētījumā anketu (skat. 9. pielikumu) vērtēja brīvprātīgi (elektroniska anketa) atsaukusies izlase (n – 407). Katram izlases dalībniekam bija iespējams sniegt pieredzes vērtējumu gan primārās aprūpes (PVAC), gan sekundārās veselības aprūpes (SVAC) izglītojošā darba un komunikācijas jomā. Pētījumā iespējama lauku iedzīvotāju izlases sniegto datu kļūda, jo viedokli par izglītošanas procesa aspektiem var sniegt pēc gūtas pieredzes pilsētas veselības aprūpes iestādēs. Tomēr potenciālais kļūdas lielums nesamazina rezultātu statistisko nozīmi. Pētījuma analīzē lauku iedzīvotāju izlase tiek apzīmēta (LI), bet pilsētas iedzīvotāju izlase (PI).

Autores veidotā anketā iekļauti gan efektīvas komunikācijas, gan izglītojošā darba aspekti. Tā sastāv no vispārēja tipa jautājumiem un diviem vienādu jautājumu blokiem, kuros minētie komunikācijas un izglītošanas aspekti tiek vērtēti gan PVAC, gan SVAC strādājošo mūsu darba kontekstā. Jautājumu: 4., 5., 7., 8., 11., 13., 14., 16., 17. vērtēšanā

izmantota *Likerta novērtējuma* skala, piemēroti novērtējuma kritēriji: pilnībā piekrītu, daļēji piekrītu, vērtēju neitrāli, daļēji nepiekrītu, pilnībā nepiekrītu. Uz 6. un 15. jautājumu bija iespējams norādīt vairākus atbilžu variantus, kas attiecīgi palielina procentuālo atbilžu lielumu.

Dati apstrādāti ar *Microsoft Office Excel un SSPS v.17* programmatūru. Iegūtie dati pēc *Kolmagorova – Smirnova* testa neatbilst normālajam sadalījumam, tāpēc datu apstrādē izmantotas neparametriskās metodes. Pacientu parametru raksturošanai izmantotas vispārpieņemtās aprakstošās statistikas metodes – kopsavilkuma tabulas kopā ar stabiņu, joslu grafikiem vai histogrammām, tika aprēķināti rādītāji: procenti (%). Pacientu grupu kvalitatīvo atšķirību izvērtēšanai izmantots *Pīrsona hī-kvadrāta (χ^2) rādītājs*, *Precizētie atlikumi* kopā ar *z-testu*, bet 2x2 tabulām – *Fišera eksaktais tests*. Saistības noteikšanai starp mainīgajiem tika pielietota *korelācijas analīze*. Korelācijas rēķināšanas metode bija atkarīga no mainīgo skalas. Ja vienam no mainīgajiem ir ordinārā skalā, tika pielietots neparametriskais *Spīrmena rangu korelācijas koeficients*, starp dihotomiskajiem mainīgajiem – *Krāmera koeficients*.

Pētījuma rezultāti

Māsu izglītojošo darbu gan primārās veselības aprūpes, gan sekundārās centros izglītošanas jomā kopā novērtēja (n – 407) respondentu, no tiem (n – 277; 68,1%) pilsētas iedzīvotāji, lauku rajonu iedzīvotāji (n – 130; 31,9%).

Izlases dalībnieki atzīmē, ka saņemta informācija par savu veselības stāvokli veselības aprūpes centros vienreizēji saņēmuši (n – 100; 24,6%), atkārtoti (n – 307; 75,4%) pacientu. No kopējā respondentu skaita (n – 407), pētījumā piedalījās sievietes (n – 282; 69%), vīrieši (n – 125; 31%).

Pētījuma rezultāti par izlases pieredzi, vērtējot *māsu profesionālo komunikāciju*, lai analizētu veselības aprūpes personāla verbālo un neverbālo izteiksmju struktūru, izskaidrošanas prasmju aktualitāti, ir svarīgi pacientu motivācijas attīstībā sadarbībai vai stratēģiju izstrādē par turpmāko rīcības plānu (Wouda, Zandbelt, Smets, van de Wiwl, 2011; Small & Small, 2011; Meleis, 2007).

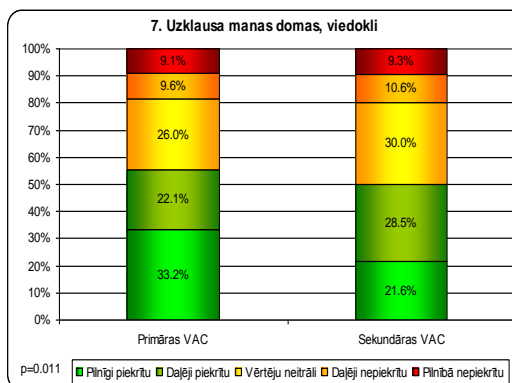
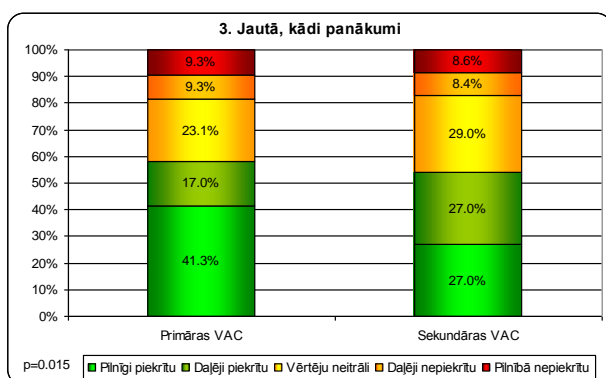
Analizējot apgalvojumu „*Māsa, ja neesam jau tikušies, vienmēr nosauc savu vārdu*”, atšķirības starp grupām nav statistiski nozīmīgas, jo *Pīrsona (χ^2) testa* rezultāts (p=0,212). „*Jautā, kādas man šodien ir problēmas*” *Pīrsona (χ^2) testa* rezultāts (p=0,058), bet *Spīrmena korelācijas* rezultāts (r_s =-0,142; p=0,004). Rezultātu veido divas atbildes – *Pilnībā piekrītu* (AR=2,5;51,5%) lauku iedzīvotāju izlase (LI) un *Pilnībā nepiekrītu* (AR=2,4;14,5%) pilsētas iedzīvotāju izlase (PI), kas veido atšķirīgas un LI izlasei

pozitīvākas atbildes, nekā PI izlasei. Saistība starp abiem mainīgajiem ir statistiski nozīmīga, taču ļoti neliela.

Apgalvojuma „*Ja sadarbība jau ir bijusi, jautā, kādi ir panākumi*”, vērtējot PVAC māsu darbu *Pīrsona* (χ^2) testa atšķirības starp grupām nav statistiski nozīmīgas ($p=0,255$), izņemot vienu atbilžu variantu – *Pilnīgi piekrītu* (AR=2,2; 49,2%), kas norāda, ka LI atbildes ir pozitīvākas, taču kopumā atbilžu atšķirības nav statistiski nozīmīgas. Saistības starp abiem faktoriem nepastāv. Arī šādam apgalvojumam SVAC izglītojošā darba novērtējumā *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,184$) atšķirības starp grupām nav statistiski nozīmīgas, izņemot vienu atbilžu variantu – *Daļēji piekrītu* LI (AR=2,1; 33,8%), kurā atbildes ir pozitīvākas, nekā PI izlasei (AR=-2,1; 23,8%), taču kopumā visām atbildēm atšķirības nav statistiski nozīmīgas, kā arī saistības starp abiem faktoriem nepastāv.

Apgalvojumu grupā: „*Māsa neinteresējas kā man klājas*” PVAC ($p=0,199$); SVAC ($p=0,306$), „*Jautā, bet bez redzamas intereses*” PVAC ($p=0,349$), SVAC ($p=0,258$), „*Māsām augsta vērtību sistēma*” PVAC ($p=0,304$), SVAC ($p=0,259$) atšķirības starp grupām nav statistiski nozīmīgas gan kopumā, gan arī atsevišķi 5 atbilžu variantos, kā arī saistības starp abiem mainīgajiem nepastāv. Apgalvojumā „*Uzklausu manas domas, viedokli*” atšķirības starp grupām PVAC atšķirības starp grupām nav statistiski nozīmīgas gan kopumā, gan arī atsevišķi 5 atbilžu variantos, bet SVAC ir statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,036$). Nozīmīgas atbildes ir *Daļēji* (AR=2,2; 15,4%), ko sniedz LI izlase, un *Pilnībā nepiekrītu* (AR=2,2; 11,6%) PI izlases, taču starp abām grupām vispār nepastāv korelācija, tādējādi no rezultāta nevar secināt, ka kādai no grupām ir pozitīvākas/negatīvākas atbildes, bet tikai to, ka atbildes ir atšķirīgas.

Izlases jautājumu atbilžu salīdzināšanai, vērtējot efektīvas saskarsmes aspektus (skatīt 22., 23. attēlu), tika pielietots neparametriskais *Vilkoksona* tests, katram izlases dalībniekam vienlaicīgi vērtējot gan PVAC, gan SVAC māsu darbu. Konstatē, ka pacientu atbildes par PVAC un SVAC iestādēs izglītojošo darbu statistiski nozīmīgi atšķiras tikai apgalvojumos „*Jautā, kādi panākumi*” ($p=0,015$) un „*Uzklausu manas domas, viedokli*” ($p=0,011$). Pārējos apgalvojumos atšķirības starp PVAC un SVAC izglītojošā darba novērtējumiem statistiski nozīmīgi neatšķiras.



22. attēls. Efektīvas saskarsmes novērtējums (1)

23. attēls. Efektīvas saskarsmes novērtējums (2)

Tiek veikts *Spīrmana kolerācijas* tests, lai noteiktu iegūto atbilžu saistību (skatīt 25. tabulu) Konstatē, ka rezultātos pastāv statistiski nozīmīga neliela korelācija, kas ļauj secināt, ka izlase vērtē, ka primāras PVAC māsas komunikācijas veidošanā ar pacientiem ir pozitīvākas, atsaucīgākas par SVAC māsām.

25. tabula. PVAC māsu efektīvas komunikācijas atspoguļojums pēc Spīrmana kolerācijas testa

| Spearman's rho | | Jautā, kādi panākumi | Jautā, kādi panākumi | Uzklauša manas domas, viedokli | Uzklauša manas domas, viedokli |
|--------------------------------|---|--|-------------------------|--|--------------------------------|
| Jautā, kādi panākumi | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 1,000 - 407 | | | |
| Jautā, kādi panākumi | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,426** 0,000 407 | 1,000 - 407 | | |
| Uzklauša manas domas, viedokli | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,458** - 407 | 0,349 0,000 407 | 1,000 - 407 | |
| Uzklauša manas domas, viedokli | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,374** 0,000 407 | 0,554** 0,000 407 | 0,436 0,000 407 | 1,000 - 407 |

Analizējot pēc *dzīves vietas apgalvojumus par PVAC māsu darbu*, apgalvojumā „*Pirmās steidz mani uzrunāt, lai noskaidrotu, kas man nav skaidrs*”, ko uzskata par efektīvas komunikācijas priekšnoteikumu arī J.Tongue, H. Epps un L. Forese (Tongue, Epps, Forese, 2005), pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,037$) atšķirības starp grupām ir statistiski nozīmīgas, taču pēc *z*-testa, *Pīrsona* (χ^2) rezultātu veido nozīmīgas atšķirības tikai vienam atbilžu variantam – *Pilnībā nepiekrītu*, kur pozitīvāku vērtējumu devuši LI (AR=3,1; 20,6%). Arī *Spīrmana kolerācijas* neesamība ($r_s=-0,069$; $p=0,165$) liecina, ka šajā jautājumā nepastāv saistības starp diviem mainīgajiem, tikai atšķirības. Apgalvojumos „*Izniedzot nosūtījumu, precīzi nepaskaidro, kā jārikojas, lai sagatavotos izmeklējumiem*” ($p=0,560$), „*Pārsvārā atbild, ja es uzdodu jautājumu pirmais/ā*” ($p=0,589$), atšķirības starp grupām nav statistiski nozīmīgas, kā arī saistības starp diviem mainīgajiem nepastāv.

„*Par man nozīmīgiem jautājumiem informē kabinetā bez citu cilvēku klātbūtnes*” atšķirības pēc *Pīrsona* (χ^2) testa nav nozīmīgas ($p=0,75$), taču *p*-vērtība ir tuvu nepieciešamajai 0.05 robežai. *Z*-tests uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības tikai pēc viena

atbilžu varianta – *daļēji piekrītu* (AR=2,6; 24,6%), LI sniedzot vairāk pozitīvas atbildes. Taču korelācijas trūkums ($r_s=-0,012$; $p>0,001$) liecina par saistības neesamību starp mainīgajiem.

„*Sniedz informāciju koridorā, kur to dzird arī nepiederošas personas*” ($p=0,868$) atšķirības starp grupām nav statistiski nozīmīgas, kā arī saistības starp diviem mainīgajiem nepastāv apgalvojumā „*Māsas pārsvarā strādā ar dokumentāciju, neveltot man kā pacientam atbilstošu uzmanību*” atšķirības pēc *Pīrsona* (χ^2) testa nav nozīmīgas ($p=0,078$) pēc dzīves vietas, taču tuvu nozīmīguma līmenim. Šo tuvumu 0.05 līmenim pēc *Z-testa* nodrošina statistiski nozīmīgas atbildes atbilžu variantam *Pilnīgi piekrītu*, kur PI statistiski nozīmīgi biežāk izvēlējās (AR=2,2; 20,2%) nekā LI (AR=-2,2; 11,5%). Taču pēc *Spīrmena korelācijas* testa saistības starp mainīgajiem nepastāv ($r_s=-0,076$; $p>0,001$).

„*Pacientus izglīto ar atbildību*” *Pīrsona* (χ^2) tests pēc dzīves vietas uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības ($p=0,036$), taču *Z-tests* nozīmīgumu uzrāda tikai *Neitrālajam vērtējumam* (AR=2,8; 46,2%) – LI, kas biežāk izvēlējās šo atbilžu variantu, nekā PI. Saistības pēc *Spīrmena korelācijas* testa starp mainīgajiem nepastāv ($r_s=-0,015$; $p=0,767$) un nevar secināt par atbilžu tendencēm.

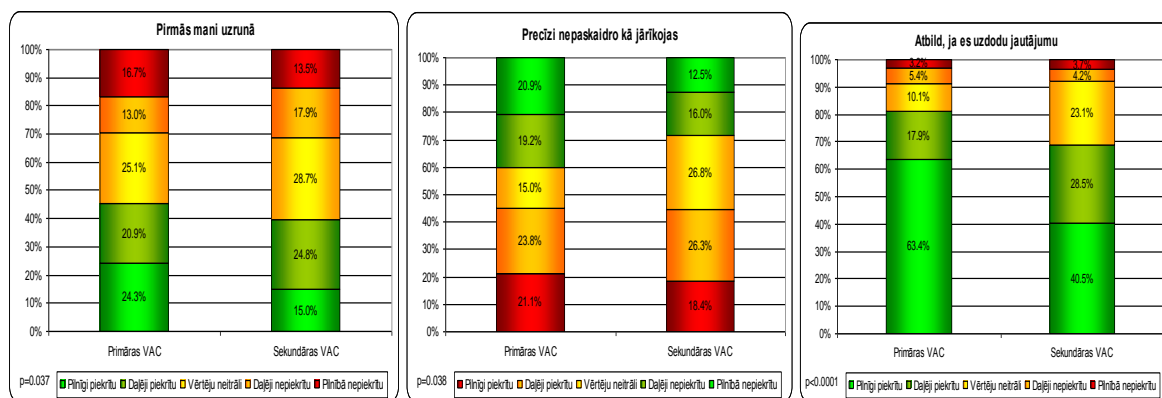
Analizējot pēc *dzīves vietas apgalvojumus par SVAC* māsu darbu, apgalvojumā „*Pirmās steidz mani uzrunāt, lai noskaidrotu, kas man nav skaidrs*”- atšķirības starp grupām nepastāv ($p=0,306$), kā arī saistības starp mainīgajiem nav. „*Izsniedzot nosūtījumu, precīzi nepaskaidro, kā jārikojas, lai sagatavotos izmeklējumiem*” atšķirības starp PI un LI atbildēm kopumā nav statistiski nozīmīgas, jo p-vērtība ir lielāka ($p=0,074$) par nepieciešamo 0,05 līmeni. Kaut gan pēc *Z-testa* rezultātiem, statistiski nozīmīgas atšķirības pastāv diviem atbilžu variantiem – *Daļēji piekrītu* (AR=2,1; 33,1%) – LI, un *Pilnībā nepiekrītu* (AR=2,0; 14,8%) – PI, taču primārais rādītājs – *Spīrmena korelācijas* analīze ($r_s=-0,057$; $p>0,001$) uzrāda saistības trūkumu starp abiem mainīgajiem, tātad nevar secināt par atbilžu dinamikas saistību ar dzīvesvietu.

„*Pārsvarā atbild, ja es uzdodu jautājumu pirmais/ā*” starp mainīgajiem nepastāv ne atšķirības ($p=800$), ne arī saistības. „*Par man nozīmīgiem jautājumiem informē kabinetā bez citu cilvēku klātbūtnes*” pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,127$) rezultāta atšķirības pat tuvu nav statistiski nozīmīgam rezultātam. „*Sniedz informāciju palātā*” *Pīrsona* (χ^2) tests neuzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības, taču p-vērtība ir <0,1 līmeni ($p=0,088$), ko nodrošina statistiski nozīmīgas atšķirības atbilžu variantam *Daļēji piekrītu* (AR=2,6; 34,6%), kur LI ir pozitīvākas atbildes, nekā PI izlasei. Taču saistības pēc *Spīrmena korelācijas* testa ($r_s=-0,079$; $p>0,001$) starp mainīgajiem nepastāv, kas neļauj veikt drošu apgalvojumu par atbilžu tendencēm atkarībā no dzīves vietas.

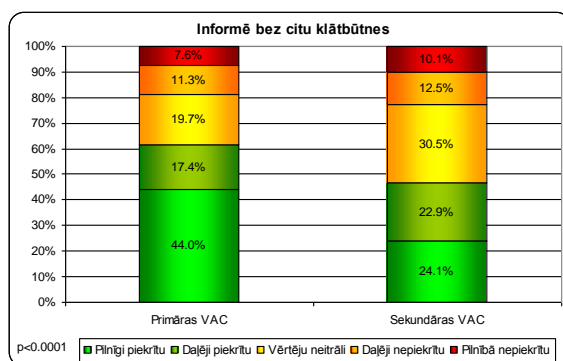
Apkalvojumā „Sniedz informāciju koridorā, kur to dzird arī nepiederošas personas” starp mainīgajiem nepastāv ne atšķirību ($p=0,289$), ne arī saistību. ”Māsas pārsvarā strādā ar dokumentāciju, neveltot man kā pacientam atbilstošu uzmanību” pēc Pīrsona (χ^2) testa atšķirības ir nozīmīgas ($p=0,019$) un pēc Z-testa atbilžu variantiem Pilnībā (AR=2,5; 13,7%) PI un Daļēji piekrītu (AR=2,4; 27,7%) LI ir statistiski nozīmīgas atšķirības pēc dzīvesvietas, taču korelācijas trūkums ($r_s=-0,026$; $p=0,111$) liecina par saistības neesamību starp abiem mainīgajiem, tādēļ nevar apgalvot par atbilžu tendences eksistēšanu LI vai PI.

„Pacientus izglīto ar atbildību” pēc Pīrsona (χ^2) testa atšķirības nav nozīmīgas ($p=0,087$), taču p-vērtība ir mazāka par 0,1 līmeni, ko nodrošina statistiski nozīmīgas atšķirības vienam atbilžu variantam Pilnīgi piekrītu, kur PI ir pozitīvākas atbildes (AR=2,1; 22%), nekā LI (AR=-2,1; 13,1%), bet arī šoreiz korelācijas neesamība ($r_s=0,027$; $p>0,001$) liecina par saistības trūkumu starp abiem mainīgajiem.

Efektīvas komunikācijas atspoguļojums pēc Vilksokona rangu analīzes atspoguļots attēlu kopumā (skatīt attēlus Nr.24., 25., 26., 27).



24. attēls Vilksokona rangu atspoguļojums (1) 25. attēls Vilksokona rangi (2) 26. attēls Vilksokona rangi (3)

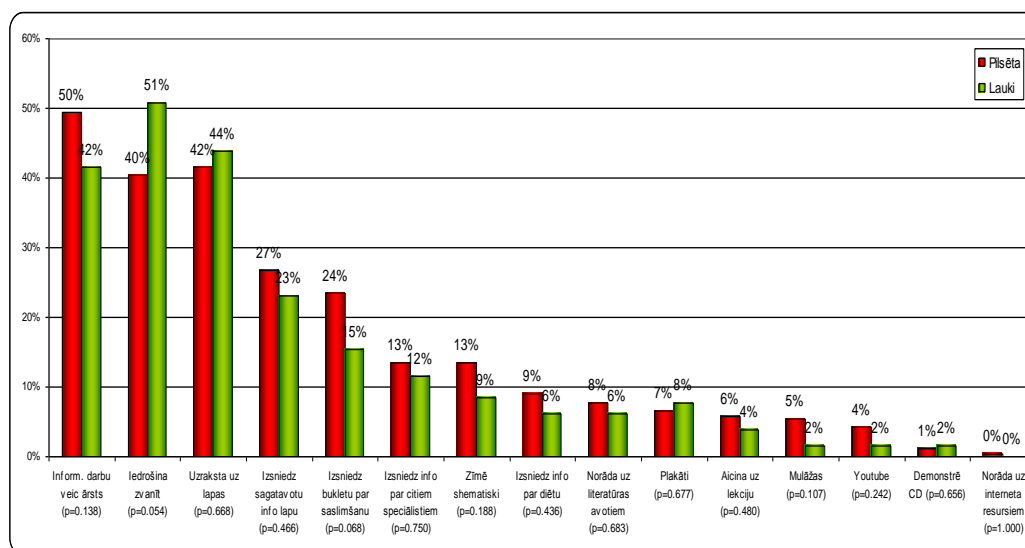


27. attēls Vilksokona rangu atspoguļojums (4)

Vilksokona tests uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības starp PVAC un SVAC māsu darbu, izņemot apgalvojumus „Pārsvarā strādā ar dokumentāciju” un „Izglīto ar atbildību”. Parametru vērtējumos „Precīzi nepaskaidro, kā jārikojas” ($p=0,038$) un „Informāciju sniedz koridorā” ($p<0,001$) prevalē pozitīvie rangi, kas liecina par dažādu

attieksmju pozitīviem vērtējumiem PVAC māsu darbā, taču parametru „Pirmās mani uzrunā” ($p=0,037$), „Atbild, ja es uzdošu jautājumu” ($p<0,001$) un „Informē bez citu klātbūtnes” ($p<0,001$) vērtējumos prevalē negatīvie rangi, kas liecina par negatīvākiem SVAC komunikatīvā un izglītojošā darba vērtējumiem. Atbilžu tendenci, vidēji ciešu saistību, apliecina arī *Spīrmēna korelācijas* tests (skatīt 12. pielikumu), kas uzrāda vidēji ciešu saistību apgalvojumam “Informāciju sniedz koridorā” ($p=0,505$), vāju saistību “Pirmās mani uzrunā” ($p=0,467$), “Atbild, ja es uzdošu jautājumu” ($p=0,325$) un “Informē bez citu klātbūtnes” ($p=0,331$), kā arī ļoti vāju saistību jautājumam “Precīzi nepaskaidro kā jārīkojas” ($p=0,267$).

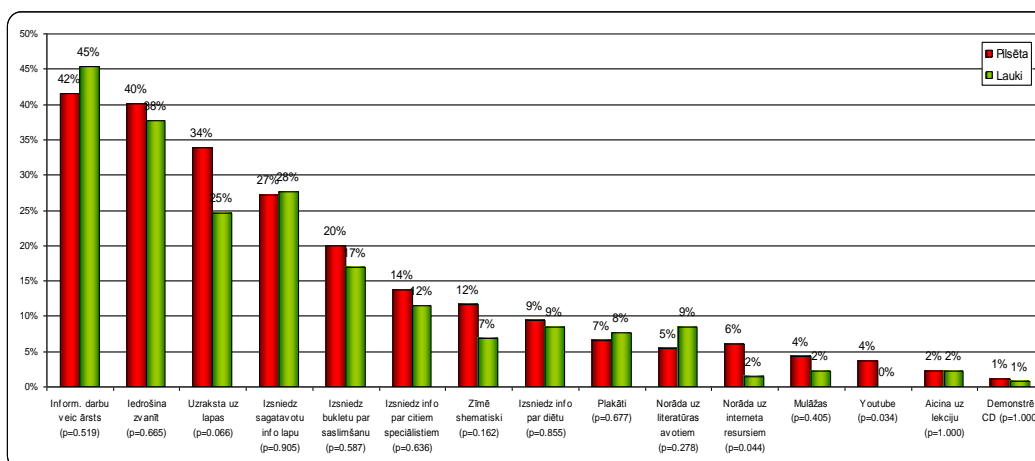
Lai noteiktu izlases viedokļus par izglītošanas (informēšanas) procesā lietotajām metodēm un līdzekļiem PVAC un SVAC pēc izlases dzīves vietas, tiek izmantots *Fišera eksaktais tests*, salīdzinot tabulu 2 x 2.



28. attēls. Pacientu viedokļu atspoguļojums par izmantotām metodēm un līdzekļiem PVAC pēc dzīves vietas

Pēc *Fišera testa* rezultātiem, griezumā analizējot PVAC māsu darbu pacientu izglītošanā, nepastāv statistiski nozīmīgu atšķirību (skatīt pielikumā 10. tabulu, 28. attēlu). Rezultāti liecina, ka diviem informācijas avotiem – “Iedrošina zvanīt” ($p=0,054$) un “Izsniedz bukletu par saslimšanu” ($p=0,068$) p-vērtība ir diapazonā no 0,05 līdz 0,1, tādējādi var konstatēt iespējamās tendences, kurus neizdevās pierādīt statistiski. Korelācijas analīzes *Krāmēra koeficients* neuzrāda statistiski nozīmīgu saistību.

Pēc *Fišera testa* rezultātiem griezumā, analizējot SVAC māsu darbu pacientu izglītošanā, (skatīt tabulu 11. pielikumā, 29. attēls).

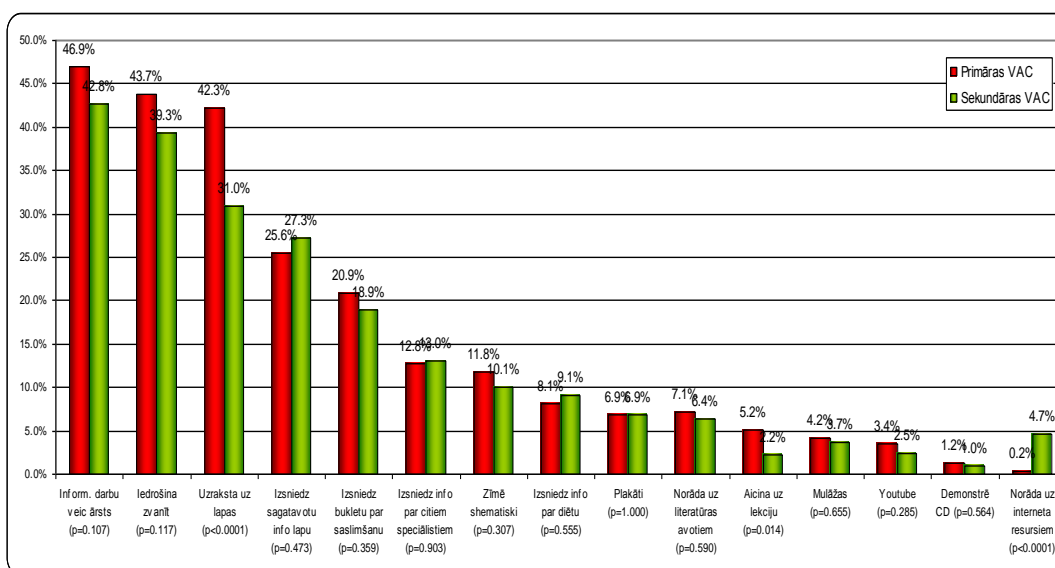


29. attēls. Pacientu viedokļu atspoguļojums par izmantotām metodēm un līdzekļiem SVAC pēc dzīves vietas

statistiski nozīmīgas atšķirības ir variantiem *Youtube* ($p=0,034$) un *Norāda uz interneta resursiem* ($p=0,044$), ko biežāk piedāvā PI, nekā lauku izlasi pārstāvošiem pacientiem.

Krāmiera korelācijas koeficients liecina par ļoti vāju, bet statistiski nozīmīgu saistību starp abiem faktoriem. Variantam *Uzraksta uz lapas* p-vērtība ir virs 5% robežas ($p=0,066$), bet nepārsniedz 10% robežu, tātad var konstatēt iespējamās izglītošanas darba tendences.

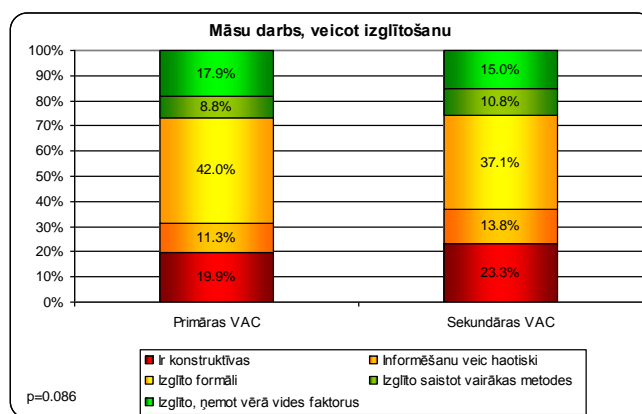
Vilkoksona rangu zīmju testa rezultāti, uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības starp PVAC un SVAC mūsu darbu pacientu izglītošanas jomā ir trim variantu pāriem (skatīt 30. attēlu) – *“Uzraksta uz lapas”* ($p=0,000$), *“Norāda uz pieejamajiem interneta resursiem”* ($p=0,000$) un *“Aicina uz lekciju”* ($p=0,014$), kas liecina, ka interneta resursus biežāk norāda māsas SVAC, bet raksta uz lapas un aicina uz lekciju – PVAC māsas.



30. attēls. Izlases vērtējums par mūsu izglītojošo darbu veselības aprūpes iestādēs kopumā

Analizējot izlases sniegtās atbildes pēc dzīves vietas kā „PVAC iestāžu māsas veic izglītošanu”, pēc *Pīrsona* (χ^2) testa atšķirības nav statistiski nozīmīgas ($p=0,132$), kā arī saistības starp faktoriem nepastāv, taču precizētie atlikumi uzrāda atbilžu variantā „Izglīto saistot vairākas metodes” ($AR= 2,1$; 13,1%), ko pārsvarā atzīmē LI izlase, secinot, ka viņu izglītošanas procesā biežāk tiek pielietotas vairākas metodes, savukārt PI izlase vērtē, ka māsas viņus „Izglīto formāli” ($AR= 2,1$; 45%).

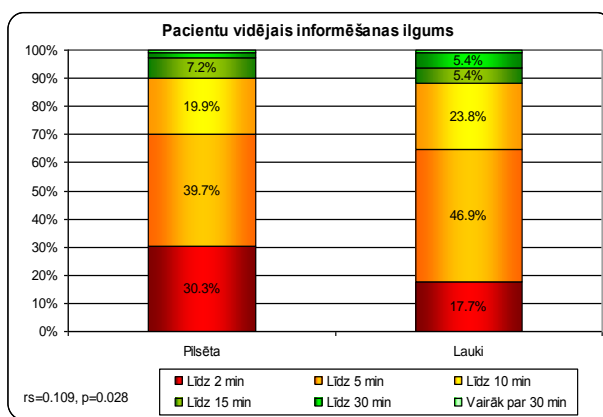
Vilkoksona tests neuzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības starp abiem posmiem ($p=0,086$) PVAC un SVAC māsu izglītošanas darbu (skatīt 31. attēlu), taču p-vērtības līmenis nepārsniedz 10% līmeni, tāpēc var paredzēt PVAC māsu izglītošanas darba iespējamās tendences formālai attieksmei, veicot izglītojošo darbu. Atlikumus šim testam nerēķina un korelācijas analīze šajā gadījumā nav korekta, jo mainīgie ir nominālajā skalā.



31.attēls. Māsu izglītojošā darba kvalitatīvs novērtējums

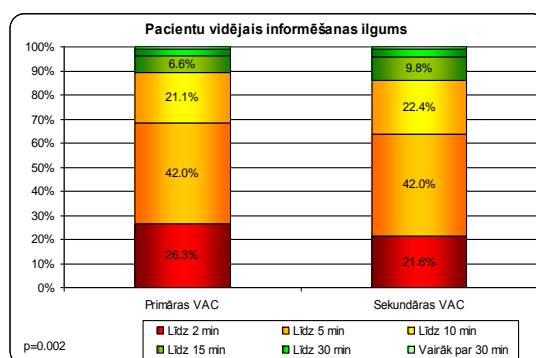
SVAC māsu izglītojošā darba vērtējuma atšķirības pēc dzīves vietas nav statistiski nozīmīgas ne pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,427$), ne pēc precizētajiem atlikumiem.

Analizējot laika apjomu, ko „Pacienta informēšanai vidēji velta māsas” pēc dzīves vietas (skatīt 32. attēlu) *Pīrsona* (χ^2) tests neuzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības kopumā ($p=0,063$), taču precizētie atlikumi parāda, ka vienīgās atšķirības ir atbilžu variantam *līdz 2 minūtēm* ($AR= 2,7$; 30,3%), ko uzrāda PI izlase, bet pārējo variantu atbildes nav statistiski nozīmīgas. Jāatzīmē, ka starp abiem faktoriem pastāv statistiski nozīmīga, bet ļoti vāja saistība ($r_s =0.109$, $p=0,028$), kas ļauj secināt, ka pēc PI izlases domām, māsas velta viņiem mazāk laika, nekā to uzskata LI izlase (skatīt 33. attēlu).



32. attēls. Vidējais informēšanas ilguma novērtējums pēc izlases dzīves vietas

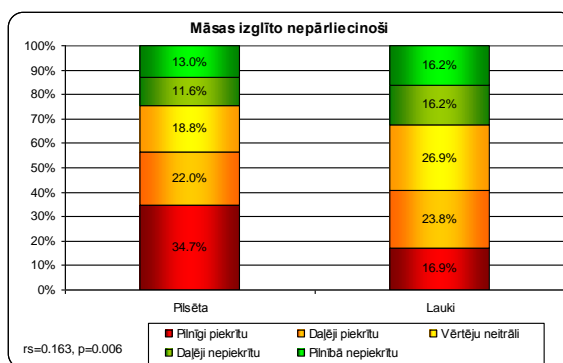
Salīdzinot pacientu izglītošanas ilgumu PVAC un SVAC, pēc Vilksona testa tiek konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības starp abu veselības aprūpes iestāžu māsu izglītošanas darba ilgumu un korelācijas analīze ($r_s = 0,064$; $p < 0,01$) liecina par tendenci vidēji stipru linearitāti. Pēc pacientu viedokļiem, SVAC pacientu informēšana līdz 10 minūtēm notiek vairāk, nekā PVAC (skatīt attēlu Nr. 32).



33.attēls. Vidējais informēšanas ilguma novērtējums pēc iestādes profila

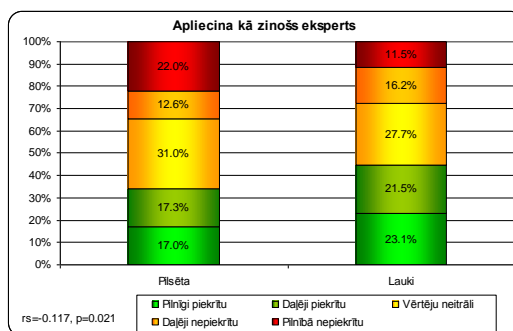
Analizējot izlases viedokli par māsu izglītošanas darba kvalitāti, tiek izvirzīti pieci adaptēti apgalvojumi, kas pamatoti uz izglītojošā darba profesionālo novērtējumu (Dreifus & Dreifus, 2004; Bennere, 2001) izlasei retrospektīvi novērtējot gan PVAC un SVAC māsu darbību izglītošanas procesā un atgriezeniskās saites intensitāti, kas kopumā veido māsu profesionālo tēlu un liecina par profesionāli izglītojošo kapacitāti. Tiek iegūti rezultāti: 1.apgalvojumā „Izglīto nepārliecināti, nav īpaši aktīvas, gaida, ko sacīs ārsts, reti pārliecinoties, cik lielā mērā informāciju ir sapratis pacients” pēc Pīrsona (χ^2) testa ($p=0,006$) atšķirības starp divām grupām kopumā ir statistiski nozīmīgas. Precizētie atlikumi uzrāda, ka atšķirības ir statistiski nozīmīgas atbilstoši variantam – *Pilnīgi piekrītu*, kurā PI izlase vērtē māsu izglītojošo darbu ($AR=3,7$; 34,7%), *Spīrmena kolerācijas* koeficients ($r_s=0.163$, $p=0,006$). Rezultāts norāda, ka starp abiem faktoriem pastāv ļoti neliela saistība, kas ļauj secināt, ka pēc PI izlases domām (34,7%) māsu izglīto

nepārliecinoši, nav īpaši aktīvas, gaida, ko sacīs ārsts, reti pārliecinoties, cik lielā mērā informāciju ir sapratis pacients (skatīt 34. attēlu).



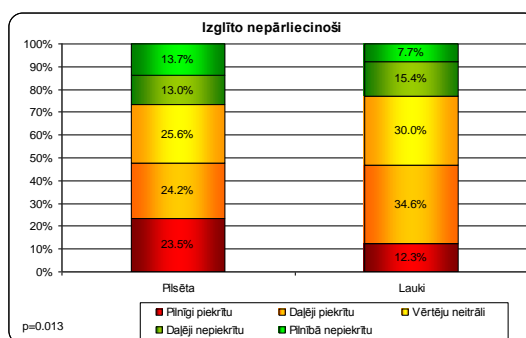
34. attēls. PVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 1. apgalvojumam

Apgalvojumā „Izglīto zinoši, viņām ir pieredze, bet pasīvi veic dialogu ar pacientu, ne vienmēr pārliecinoties par pacienta izpratni” – atšķirības starp grupām nav statistiski ne pēc *Pīrsona* (χ^2) testa, ne precizētiem atlikumiem, ne arī saistības nepastāv. 3. apgalvojumā „Izglīto zinoši, ir pieredze, bet pasīvi veic dialogu ar pacientu, ne vienmēr pārliecinoties par pacienta izpratni” atšķirības nav statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa, bet precizētie atlikumi uzrāda nozīmīgas atšķirības atbilstoši variantam *Daļēji piekrītu* no LI izlases (AR=2,1; 29,2%). Taču korelācija starp faktoriem neuzrādās un nevar secināt par saistības esamību. 4. apgalvojumā „Apliecina sevi kā profesionāles/lietpratējas, pamatojoties uz pieredzi, spēj atsaucīgi piemēroties katra pacienta izpratnei, vienmēr pārliecinās par izpratnes apjomu” pēc *Pīrsona* (χ^2) testa atšķirības kopumā nav statistiski nozīmīgas, taču tuvu tam ($p = 0,060$). Precizētie atlikumi uzrāda, ka statistiski nozīmīgi atšķiras atbildes LI izlases atbilstoši variantam – *Daļēji piekrītu* (AR=2,5; 30%). Korelācija arī ir tuvu statistiski nozīmīgajai, taču tomēr nav un arī ir korelācijas koeficients ir ($r_s = -0.096$, $p > 0,05$) kas ir ļoti maz, un nevar secināt par saistības esamību. 5. apgalvojumā „Apliecina kā zinošas ekspertes, jo intuitīvi sajūt, ko vajag pacientam sacīt, neiztrūkstošs pacientu zināšanu novērtējums” vērtējumā atšķirības pēc *Pīrsona* (χ^2) testa nav statistiski nozīmīgas, taču tuvu tam ($p = 0,063$). Precizētie atlikumi uzrāda, ka nozīmīgi atšķiras vienam atbilstoši variantam – *Pilnībā nepiekrītu* – PI izlase (AR=2,5; 22%). *Spīrmena* korelācijas analīze parāda, ka starp mainīgajiem pastāv statistiski nozīmīga ļoti vāja saistība ($r_s = -0.117$, $p < 0,05$), kas ļauj secināt, ka LI izlases vērtējumi kopumā ir pozitīvāki, nekā PI izlasei (skatīt 35. attēlu).



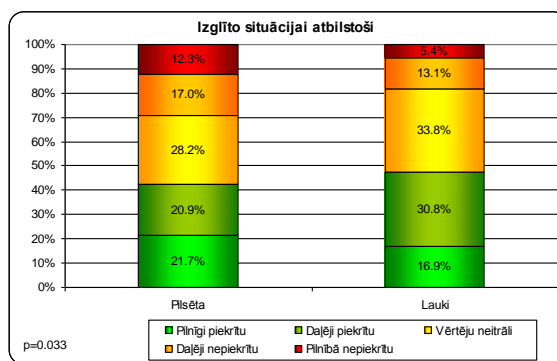
35.attēls. PVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 5. apgalvojumam

Novērtējot SVAC māsu darbību pacientu izglītošanā, aptaujas rezultātā iegūti rezultāti: 1. apgalvojumā „Izglīto nepārliecināti, nav īpaši aktīvas, gaida, ko sacīs ārsts, reti pārliecinoties, cik lielā mērā informāciju ir sapratis patients” pēc Pīrsona (χ^2) testa kopumā atšķirības ir statistiski nozīmīgas ($p=0,013$), arī precizētie atlikumi uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības divos atbilžu variantos *Pilnīgi piekrītu* (AR= 2,6; 23,5%) PI un *Daļēji piekrītu* (AR= 2,2; 34,6%) LI izlase, bet pastāv korelācijas trūkums ($r_s=0,022$, $p>0,005$). Starp abiem mainīgajiem nepastāv saistības un virziena tendences un var secināt, ka pastāv atšķirīgie, bet negatīvi māsu izglītojošā darba vērtējošie viedokļi abās izlasēs, kopumā var secināt tikai par atšķirībām apgalvojumu variantos (skatīt 36. attēlu).



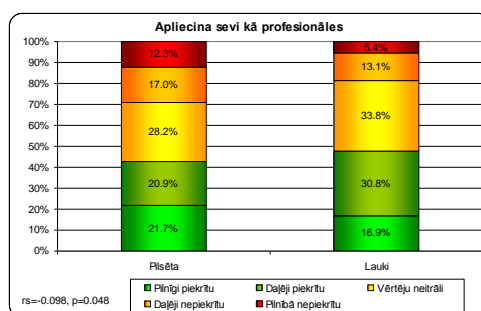
36. attēls. SVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 1. apgalvojumam

2. apgalvojumā „Izglīto zinoši, viņām ir pieredze, bet pasīvi veic dialogu ar pacientu, ne vienmēr pārliecinoties par pacienta izpratni”, starp grupām nav statistiski nozīmīgas atšķirības ne pēc Pīrsona (χ^2) testa, ne pēc precizētiem atlikumiem, kā arī saistības starp diviem mainīgajiem nepastāv. 3. apgalvojumā „Izglīto situācijai atbilstoši, kompetenti, pārliecinoties, ko patients sapratis” pēc Pīrsona (χ^2) testa ($p=0,033$), precizētie atlikumi uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības divos atbilžu variantos *Daļēji piekrītu* (AR= 2,2; 30,8%) LI un *Pilnībā nepiekrītu* (AR=2,2; 12,3%) PI, bet korelācijas trūkums starp mainīgajiem liecina tikai par vērojamajām atšķirībām izglītošanas darba ne sevišķi augstos vērtējumos abās izlasēs, bet neliecina par saistības un tendences esamību (skatīt 37. attēlu).



37. attēls. SVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 3. apgalvojumam

4. apgalvojumā „*Apliecina sevi kā profesionāles/lietpratējas, pamatojoties uz pieredzi, spēj atsaucīgi piemēroties katra pacienta izpratnei, vienmēr pārliecinās par izpratnes apjomu*” atšķirības pēc *Pīrsona* (χ^2) testa nav statistiski nozīmīgas ($p=0,077$), taču tuvu nepieciešamam 5% līmenim. *Daļēji piekrītu* (AR=2,2; 31,3%) vērtē LI izlase, kuru vērtējumi ir pozitīvāki, nekā PI izlasei (skatīt 38. attēlu).



38. attēls. SVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 4. apgalvojumam

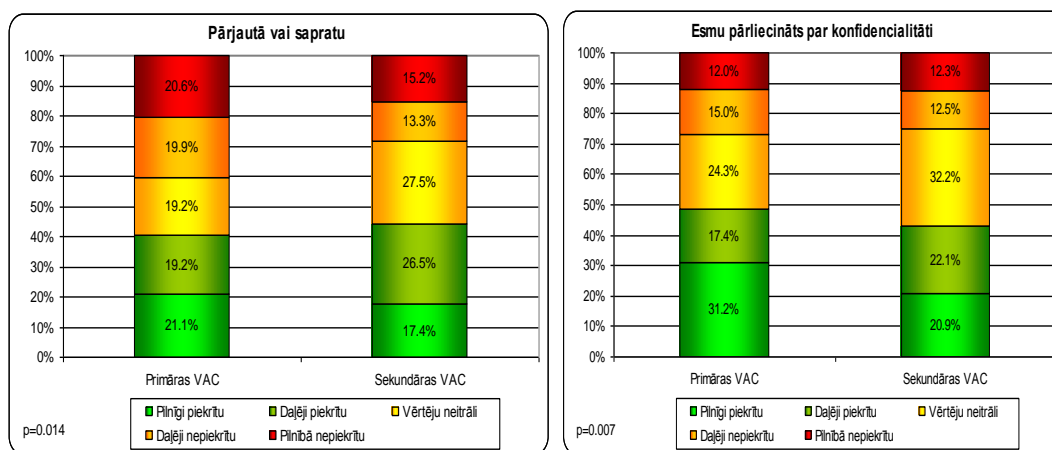
Korelācijas analīze uzrāda statistiski nozīmīgu taču ļoti vāju saistību ($r_s=-0,098$, $p<0,05$). 5. apgalvojumā atšķirības nav statistiski nozīmīgas ne pēc *Pīrsona* (χ^2) testa, ne precizētajiem atlikumiem, kā arī korelācija starp mainīgajiem nepastāv. Salīdzinot izlases kopējos vērtējumus par māsu izglītošanas darba aspektiem pēc *Vilkoksona* rangiem, netiek iegūtas statistiski nozīmīgas atšķirības nevienā no pieciem apgalvojumiem.

Novērtējot *PVAC māsu darba aspektus pēc dzīvesvietas*, apgalvojumā „*Darbā vērojama darba rutīna, kas neliecina par īpašu ieinteresētību pret pacientiem*” atšķirības ir statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,049$), taču atšķirību nozīmīgumu nodrošina *Neitrālais atbilžu* variants no LI izlases (AR= 2,8; 27,7%). *Korelācijas analīze* liecina par saistības neesamību ($r_s=0,072$, $p>0,05$) starp jautājuma vērtējumiem un dzīves vietu, tāpēc nevar secināt par atbilžu tendencēm. „*Informējot pacientu, māsas izvēlas stāvēt vai sēdēt, lai tiktu nodrošināts acu kontakts ar pacientu*” atšķirības nav statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa, taču *precizētie atlikumi* uzrāda nozīmīgas atšķirības variantam *Pilnībā nepiekrītu* (AR= 2,7; 14,4%) no PI izlases, kā arī *korelācijas analīze* ($r_s=-0,099$, $p<0,05$)

liecina par ļoti vāju, bet statistiski nozīmīgu saistības esamību, var secināt, ka LI izlase kopumā sniedz pozitīvākas atbildes, nekā PI izlase. „*Vienmēr pārjautā, vai sacīto esmu izpratusi/is, liekot man atkārtot nozīmīgo informāciju*” atšķirības starp grupām kopumā ir statistiski nozīmīgas ($p=0,046$), *precizētie atlikumi* uzrāda nozīmīgas atšķirības variantam *Pilnībā nepiekrītu* ($AR= 2,8; 24,5\%$) no PI izlases, kā arī *korelācijas analīze* ($r_s=-0,142, p<0,05$) liecina par ļoti vāju statistiski nozīmīgu saistības esamību, kas ļauj secināt, ka LI viedoklis ir pozitīvāks, nekā PI izlasei. Apgalvojumiem „*Esmu pārlicināts/a, ka mana veselības informācija netiks izpausta trešajām personām*” ($p=0,337$) un „*Māsas strādā radoši, neskaitot laiku, kas tiek veltīts pacientam*” ($p=0,585$) atšķirības nav statistiski nozīmīgas ne pēc *Pīrsona* (χ^2) testa, ne arī pēc *precizētiem atlikumiem*, kā arī saistības starp jautājuma atbildēm un dzīves vietu nepastāv.

Pacientu vajadzību novērtēšana individualizētai pacientu izglītošanai, piemērojot atbilstošu izglītošanas stilu (audiovizuālais, demonstrācija vai drukātais materiāls, u.c.) kā arī atbilstošas vides un komunikācijas „*aci pret aci*” nozīme tiek atzīmēta J. Smites un H. Zohara (Smith, Zohar, 2013); kā arī B. Hardvares, D. Džonsona, C. Hales, M. Ndosī un A. Adebajo (Hardware, Johnson, Hale, Ndosī, Adebajo, 2015) pētījumos, kas ir aktuāli ikvienam pacientam. *SVAC māsu darba aspekti pēc dzīvesvietas* „*Vērojama darba rutīna, kas neliecina par īpašu ieinteresētību pret pacientiem*” ($p=0,137$), „*Informējot pacientu, māsas izvēlas stāvēt vai sēdēt, lai tiktu nodrošināts acu kontakts ar pacientu*” ($p=0,357$), „*Vienmēr pārjautā vai sacīto esmu izpratusi/is, liekot man atkārtot nozīmīgo informāciju*” ($p=0,357$), „*Esmu pārlicināts/a, ka mana veselības informācija netiks izpausta trešajām personām*” ($p=0,542$), „*Māsas strādā radoši, neskaitot laiku, kas tiek veltīts pacientam*” ($p=0,349$), nekonstatē statistiski nozīmīgas atšķirības ne pēc *Pīrsona* (χ^2) testa, ne arī pēc *precizētiem atlikumiem*, kā arī saistības starp jautājuma atbildēm un dzīves vietu nepastāv.

Vilkoksona rangū zīmju tests parāda (skatīt 39. attēlu), ka statistiski nozīmīgi atšķiras apgalvojuma „*Pārjautā, vai sapratu, liekot atkārtot nozīmīgāko*” vērtējums ($p=0,014$), kurā prevalē negatīvie rangi, izlasei PVAC māsu darbu vērtējot negatīvāk. Savukārt konfidencialitātes novērtējuma gadījumā „*Esmu pārlicināts par konfidencialitāti*” (skatīt 40. attēlu) atšķirību nozīmīgumā prevalē pozitīvie rangi, kas liecina par PVAC māsu pozitīvākajiem vērtējumiem.



39. attēls. Komunikatīvo aspektu salīdzinājums/40. attēls. Pacientu emocionālās drošības salīdzinājums

Izglītošanas darba spektra analīze, novērtējot PVAC māsu darbu, pēc izlases dzīves vietas. „Par diētas izmaiņām” Pīrsona (χ^2) testa p-vērtība drusku pārsniedz 5% līmeni ($p=0,051$), taču precizētie atlikumi uzrāda nozīmīgas atšķirības atbilstoši variantam *Pilnībā nepiekrītu* ($AR=2,7$; 24,5%) no PI izlases, kā arī starp mainīgajiem pastāv ļoti vāja statistiski nozīmīga saistība ($r_s=-0,110$, $p=0,027$), kas ļauj secināt, ka PI izlase uzskata, ka viņus par diētas izmaiņām izglīto retāk, nekā LI. „Par fizisko aktivitāšu nepieciešamību” atšķirības ir statistiski nozīmīgas kopumā ($p=0,015$), kā arī nozīmīgas atšķirības ir atbilstoši variantiem *Pilnībā nepiekrītu* ($AR= 2,9$; 23,1%) no PI izlases un *Neitrālam vērtējumam* ($AR= 2,0$; 32,3%) no LI izlases. Arī korelācijas analīze uzrāda ļoti vāju saistību ($r_s=-0,108$, $p=0,030$), pēc kā var secināt, ka PI izlases atbildes kopumā ir negatīvākas, nekā LI. „Par šķidrums nodrošināšanas nepieciešamību” Pīrsona (χ^2) tests neuzrāda atšķirības starp grupām kopumā ($p=0,122$), taču precizētie atlikumi uzrāda, ka statistiski nozīmīgi atšķiras atbilstoši variants *Pilnībā nepiekrītu* ($AR= 2,5$; 19,9%) PI, kā arī korelācijas analīze uzrāda ļoti vāju statistiski nozīmīgu saistību ($r_s=-0,105$, $p=0,034$), tātad var secināt, ka arī par šķidrums nepieciešamību PI izlases atbildes ir negatīvākas, nekā LI izlasei. „Par pareizu zāļu lietošanu” PI izlases atzīmē, ka māsas informē mazāk, nekā LI izlase. Par to liecina gan atšķirību nozīmīgums pēc Pīrsona (χ^2) testa ($p=0,014$), gan precizētie atlikumi *Pilnībā nepiekrītu* ($AR= 2,5$; 15,9%) no PI izlases, gan arī korelācijas analīzes rezultāts ($r_s=-0,158$, $p=0,001$).

„Par iespējamo tautas līdzekļu pielietojumu” LI izlasi māsas informē vairāk par pilsētas respondentiem. To apliecina gan Pīrsona (χ^2) testa ($p=0,012$), gan precizēto atlikumu p-vērtības apgalvojumā *Pilnībā nepiekrītu* no PI izlases ($AR= 3,4$; 28,2%), gan ļoti vāju saistību apliecinošs korelācijas koeficients ($r_s=-0,138$, $p=0,005$). „Par kustību samazināšanu/imobilizācijas nozīmi” Pīrsona (χ^2) tests neuzrāda statistiski nozīmīgas

atšķirības kopumā ($p=0,110$), taču *precizētie atlikumi* uzrāda, ka statistiski nozīmīgi atšķiras procentu sadalījums atbilžu variantam *Pilnībā nepiekrītu* ($AR= 2,6; 20,6\%$), un *korelācijas analīzes* rezultāti liecina par ļoti vāja korelācijas pastāvēšanu ($r_s=-0,138$, $p=0,022$), tāpēc arī šajā gadījumā var secināt, ka par imobilizācijas nozīmi LI izlase tiek izglītota vairāk.

„*Par rehabilitācijas iespējām*” – pēc respondentu domām šajā jautājumā PI izglīto mazāk, apliecinot atbildē *Pilnībā nepiekrītu* ($AR= 2,7; 24,9\%$), nekā LI izlases vērtējumā *Daļēji piekrītu* ($AR= 2,5; 22,3\%$). Rezultātu apliecina gan zems p-vērtības līmenis ($p=0,018$), gan ļoti vāja statistiski nozīmīga saistība ($r_s=-0,122$, $p=0,014$) pēc *korelācijas analīzes*. „*Par medikamentu iespējamām blakus parādībām*” atšķirības nav statistiski nozīmīgas, izņemot variantu *Pilnībā nepiekrītu* ($AR=2,1;29,2\%$) PI vērtējumā, *precizētiem atlikumiem* uzrādot nozīmīgas atšķirības, taču *korelācijas analīzes* rezultāts ($r_s=-0,086$, $p=0,083$) neliecina par statistiski nozīmīgu saistību, bet rezultāts ir tuvu 0.05 robežai, tāpēc var spriest par iespējamajām izglītošanas tendencēm.

„*Nekādu informāciju no māsas nesaņemu*” rezultāts līdzīgs iepriekšējam gadījumam, atšķirības nav statistiski nozīmīgas, izņemot vienu atbilžu variantu – *Pilnīgi piekrītu* ($AR= 2,4; 19,5\%$), taču *korelācijas koeficients* nav statistiski nozīmīgs ($r_s=0,093$, $p=0,060$), kaut gan tā p-vērtība ir tuvu 0.05 līmenim, tāpēc var spriest par iespējamajām tendencēm. „*Informācijas sniegšanu pārsvarā veic ārsts*” atšķirības nav statistiski nozīmīgas, izņemot atbilžu variantu *Pilnībā piekrītu* ($AR= 2,2; 46,2\%$), ko nodrošina PI izlase, taču šoreiz *korelācijas analīze* uzrāda statistiski nozīmīgu ļoti vāju saistību starp abiem faktoriem ($r_s=0,099$, $p=0,045$), un var apgalvot, ka PI izlasei informāciju vairāk sniedz ārsts, nekā LI izlasei.

Analizējot atbildes pēc *Vilkoksona testa* rangiem (skatīt 12. , 13. pielikumu), iegūst statistiski nozīmīgas atšķirības „*Izglītošanai par diētas izmaiņām*” ($p=0,028$) un „*Medikamentu blaknēm*” ($p=0,003$), kā arī tuvu statistiskajam nozīmīgumam ir izglītojošā darba spektra vērtējums par „*Rehabilitāciju*” ($p=0,056$) un „*Imobilizācijas nozīmi*” ($p=0,061$). Šīs izmaiņas ir balstītas uz negatīvajiem rangiem, kā rezultātā iegūst apliecinājumu, ka SVAC mūsu izglītojošā darba rādītāji šajos jautājumos ir augstāki par PVAC. Izņēmums ir pēdējais apgalvojums „*Informāciju sniedz ārsts*” ($p=0,020$) – šajā gadījumā pozitīvie rangi prevalē PVAC, kas ļauj secināt, ka pacientiem tātad informāciju biežāk sniedz ārsti PVAC, bet SVAC par tiem biežāk informē māsas.

Izglītošanas darba spektra analīze, novērtējot SVAC mūsu darbu „*Par diētas izmaiņām*” atšķirības ir statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona (χ^2)* testa ($p=0,011$), kā arī atbilžu variantiem *Pilnībā nepiekrītu* ($AR= 2,7; 19,9\%$) PI izlases vērtējums un *Daļēji piekrītu*

(AR= 26; 32,3%), ko nodrošina LI izlase, taču *korelācijas analīze* ($r_s=-0,094$, $p=0,057$), neuzrāda statistiski nozīmīgu saistību ar dzīves vietu, jāsecina, ka vērtējumi ir atšķirīgi, bez tendences esamības.

SVAC māsu izglītojošā darba spektram „*Par šķidruma nodrošināšanas nepieciešamību*” ($p=0,460$), „*Par pareizu zāļu lietošanu*” ($p=0,565$), „*Par iespējamo tautas līdzekļu pielietojumu*” ($p=0,354$), „*Par kustību samazināšanu/imobilizācijas nozīmi*” ($p=0,262$), „*Par rehabilitācijas iespējām*” ($p=0,093$), „*Par medikamentu iespējamām blakus parādībām*” ($p=0,578$) atšķirības nav statistiski nozīmīgas ne pēc *Pīrsona* (χ^2) testa, ne pēc *precizētiem atlikumiem*, kā arī saistības starp mainīgajiem nepastāv.”

„*Nekādu informāciju no māsas nesaņemu*” atšķirības nav statistiski nozīmīgas pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,066$), taču p -vērtības līmenis ir tuvu nepieciešamajam 0.05 līmenim. Tas ir izskaidrojams ar *precizēto atlikumu* statistiski nozīmīgām atšķirībām atbilstoši variantam *Pilnīgi piekrītu* (AR= 2,0; 13,7%), ko sniedz PI izlase. Taču *Spīrmena korelācijas analīze* nekonstatēja respondentu atbilstoši saistību ar respondentu dzīves vietu ($r_s=0,013$, $p=0,800$). „*Informācijas sniegšanu pārsvarā veic ārsts*” nav statistiski nozīmīgas atšķirības ne pēc *Pīrsona* (χ^2) testa ($p=0,703$), ne pēc *precizētiem atlikumiem*, kā arī saistības starp mainīgajiem nepastāv.

Izveidota salīdzinoša izlašu (pacienti, māsas, studenti) iegūto datu tabula (skatīt 15. pielikumu), kurā pēc iegūto datu vidējām vērtībām redzams, ka SVAC un PVAC pacientu vērtējums efektīvas komunikācijas aspektiem ir augstāks ne kā māsu pašvērtējums. Māsu izlasē zemākais vērtējums *Uzmanīgi uz klausu pacientu viedokli* ($M=1,48$; $SD=0,714$; $Me=1$), bet studenti ir vairāk atvērti efektīvai komunikācijai.

Secinājumi

- Apkopojot analītiskās statistikas rezultātus, var konstatēt, ka pacientu izglītošanas procesā netiek nodrošināta atvērtas komunikācijas un konfidencialitātes aspektu piemērošana, kas veicina sadarbības un uzticēšanās izveidi. *Neefektīva komunikācija, izglītošanas darba formālas attieksmes tendences, pārsvarā nogaidošas pozīcijas vadīta saskarsme*, atbildot tikai, ja tiek uzdoti jautājumi, *neprecīzi paskaidrojumi* tiek atzīmēti gan PVAC, gan SVAC māsu darbā, īpaši pilsētas izlases vērtējumā. Savukārt lauku iedzīvotāji norāda, ka izglītošanas procesā māsas vairāk nodrošina nozīmīgu neverbālās komunikācijas aspektu – acu kontaktu, kas rada uzticību. Neefektīvas komunikācijas un izglītošanas gadījumā pacienti izjūt situācijas neizpratni, kas sekojoši veido kognitīvo disonansi. Rezultāti ir līdzīgi 2. fona pētījumā iegūtajiem datiem māsu izlasē, analizējot

pedagoģisko darbību ietekmējošos aspektus un apstiprina – komunikatīvo un izglītojošo aktivitāšu neelastību.

- Pēc veselības aprūpes iestāžu iedalījuma, secināts, ka PVAC māsas saskarsmē ar pacientiem ir *pretimnākošākas*, kā arī ievēro svarīgu faktoru – pacientu tiesības uz informācijas *konfidencialitāti izglītošanas procesa laikā*, savukārt SVAC māsas nodrošina komunikācijai *lielāku laika apjomu* (līdz 10 minūtēm), ko var pamatot ar darba specifiku veselības aprūpes sistēmā, jo stacionāra māsai ir iespēja atkārtotai sarunai ar pacientu, papildināt sniegto izglītojošo informāciju.

- Analizējot, kādi izglītošanas līdzekļi tiek piemēroti, pacienti atzīmē, ka PVAC māsas *iedrošina zvanīt, izsniedz bukletus*, bet SVAC māsas pacientu izglītošanas procesā biežāk izmanto *elektroniskos resursus*. Datu analīzē konstatē, ka *elektroniskie resursi vairāk tiek* piemēroti pilsētas izlases izglītošanai, kā arī vairāk tiek nodrošināti ar sacītās informācijas *rakstisku apkopojumu uz lapas*, ko vēlāk var pārlasīt.

- Pacientu izglītošanas spektrs ir daudzpusīgs. *Lauku iedzīvotāju izlase* statistiski biežāk apliecina, ka tiek izglītoti ne tikai par pareizu zāļu, šķidruma lietošanu, bet arī par tautas līdzekļu pielietojumu, kas pozitīvi var ietekmēt veselības nostiprināšanas un atgūšanas procesu.

- Daļa pacientu māsu izglītošanas darba kvalitatīvos aspektus vērtējusi neitrāli gan PVAC, gan SVAC, atbilstoši (25%) un (30%) robežās. Neitrālam vērtējuma rezultātam iespējama gan pacientu pozitīva, gan negatīva pieredze dažādās veselības aprūpes iestādēs un situācijās, kas neļauj viennozīmīgi polarizēt viedokli.

- Respondentu viedokļu vērtējumā par māsu izglītošanas darba kvalitatīviem aspektiem, novērtējot apgalvojumus, kuros integrēts atgriezeniskās saites vērtējums, kas ir tematiski vienots ar 4. fona pētījumu „Prakse pacientu izglītošanā”, statistiski nozīmīgas atšķirības konstatē apgalvojuma vērtējumā „*Izglīto nepārliecinoši, nav īpaši aktīvas, gaida, ko sacīs ārsts, reti pārliedzinoties, cik lielā mērā informāciju ir sapratis pacients*”.

- Datu analīzē procentuāli negatīvs vērtējums ir PVAC māsu darbam, bet SVAC māsu izglītojošais ieguldījums vērtēts nedaudz augstāk. Iegūtie rezultāti norāda uz situāciju PVAC māsu darbā, kad māsas ne reti strādā ar ārstu vienā kabinetā un nevar veikt autonomu pacientu izglītošanas darbu pretēji māsām SVAC. Darba organizācija var uzlabot māsu praksi, aprūpes kvalitāti un veicināt pozitīvu pacientu pieredzi (Kutney, at. all 2009).

- Māsu izglītojošais darbs tiek vērtēts arī pozitīvi apgalvojumos „*Apliecina sevi kā profesionāles/lietpratējas*” - īpaši SVAC māsas. PVAC sektorā augstāku vērtējumu „*Apliecina kā zinošas ekspertes*” nodrošina lauku iedzīvotāju vērtējumi.

• Iegūtie rezultāti pēc dzīves vietas uzrāda saistības trūkumu starp abiem mainīgajiem, un nevar secināt par atbilžu dinamikas saistību ar dzīvesvietu, lai gan atsevišķi gadījumi liecina par nelielu, bet statistiski nozīmīgas saistības esamību, pēc kā var secināt, ka lauku iedzīvotāju izlase kopumā mūsu izglītojošo darbu vērtē pozitīvāk, tomēr iegūtais rezultāts nav uzskatāms par viennozīmīgu tendenci.

2.2.3. Praktizējošo māsu novērtējums pacientu izglītošanas aspektiem

Pētījuma pamatojums

Pētījuma lietišķais virziens paredz, noskaidrot māsu prakses pašnovērtējumu pacientu izglītošanas darbā, apzināt faktorus, kuri ietekmē pacientu izglītošanas darbu (Visser, Deccache, Bensing, 2001; Oyetunde, Akinmeye, 2015). Māsu izlase atspoguļo gan profesionālo, gan sociālo prasmju un kritiskās domāšanas atstarojošo sintēzi, neatkarīgi no dažādiem situāciju gadījumiem.

Pētījuma metodoloģija

Pētījumā izmantota autores izveidota pētījuma anketa (skatīt 14. pielikumu), kas strukturēta no 7 blokiem un, atbilstoši bloka tematikai, tiek vērtēti 13 jautājumi, 30 apgalvojumi un 53 parametri. 1. bloks – vispārēji jautājumi. No 2. – 6. blokam, lai noteiktu māsu viedokli par pacientu izglītošanas aspektiem, tika izvirzīti izglītošanas darba apgalvojums/parametrs, un to novērtējumam izmantota Likerta skala 5 baļļu diapazonā ar katram blokam atbilstošiem vērtējumu kritērijiem. 7. blokā ir viens atvērtais jautājums, kurā pētījuma izlasei jānorāda piecas personīgās un piecas profesionālās vērtības. Anketā nebija norāde, ka atbildes uz visiem jautājumiem obligātas.

Datu statistiskā apstrāde veikta, izmantojot datorprogrammu *Microsoft Office Excel un SPSS v.19.0*. Visiem apgalvojumiem un parametriem noteikti vidējie rādītāji (M – Mean, M – Median) un standartnovirze (SD). Iegūtie dati pēc *Kolmagorova – Smirnova testa* neatbilst normālajam sadalījumam, tāpēc datu apstrādē izmantotas neparametriskās metodes.: *Manna-Vitnija U-tests* 2 izlašu salīdzināšanai un *Kruskala-Valisa H-tests* 3 un vairāk izlašu salīdzināšanai. Saistības noteikšanai izmantots *Spīrmena rangu korelācijas tests*. Pētījumā blokos (2-6), lai gūtu ticamu apstiprinājumu izvirzītai hipotēzei, piemēroti pētījuma kontekstam atbilstoši prediktori, kas ļauj veikt statistiski nozīmīgo atšķirību analīzi. 2.,3. blokam piemērots: izlases darba stāžs un izglītība, 4. blokam – izglītības līmenis un profesionālie pienākumi pamatdarbā, 5. blokam, kāda veida veselības aprūpes iestādē izlases dalībnieks strādā (PVAC vai SVAC), 6. blokam – izlases izglītības līmenis un darba pieredze medicīnā.

Pētījuma rezultāti

Sociāli demogrāfisko datu analīze

Anketas bloks sociāli demogrāfisko datu iegūšanai veidots strukturēti ar 11 jautājumiem. Tiek noskaidrots respondentu vecums, darba stāžs, izglītība (1.–5. jautājums), profesionālā darbība (6.–11.jautājums). Papildus minētam jautājumu blokam pievienots 12. jautājums, kurā noskaidro, kādā veidā māsas iegūst noderīgu informāciju par pacientu izglītošanu.

1. bloka rezultāti uzrāda, ka pētījuma izlasē dominē trīs vecuma posmu grupas: no 36–45 gadiem (33,1%), 46–55 gadiem (28,1%), 26–35 gadiem (14,9%), nozīmīga daļa izlases ir vecumā virs 55 gadiem (13,1%), bet līdz 25 gadiem (10,8%). Izlases darba stāžs iedalās: no 16–25 gadiem – (24,7%), 26–35 gadiem (25,8%), trešo lielāko grupu veido māsas ar darba stāžu līdz 5 gadiem (19,7%), māsas ar darba stāžu no 5 – 15 gadiem (17,9%), bet virs 35 gadiem 11,9%.

Izglītības jomā (skatīt 26. tabulu), kas ir izvirzītais prediktors 2., 3., 4. un 6. blokam, dominē māsu ar 2 izglītības līmeņa bakalaura grādu (F=181; 36,3%) atbildes.

26. tabula. Māsu izlases izglītība

| | Frekvence (F) | Procenti | Kumulatīvais procents |
|---|----------------------|-----------------|------------------------------|
| 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 114 | 22,9 | 22,9 |
| 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 153 | 30,7 | 53,6 |
| 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 181 | 36,3 | 90,0 |
| Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 50 | 10,0 | 100,0 |
| Kopā | 498 | 100,0 | |

Izlase atzīmē, ka iegūta papildus izglītība (n – 204; 40,3%) sekojošās jomās: sociālās zinības (n – 56; 27,9%), medicīna (n – 48; 23,9%), vadība (n – 33; 16,4%), psiholoģija (n – 22; 10,9%), pedagoģija (n – 18; 9,0%), juridiskā izglītība (n – 6; 3,0%), cita (n – 14; 7,0%).

Analizējot darba vietas ģeogrāfisko atspoguļojumu, Kurzemi pārstāv (n – 259; 54,1%), Vidzemi (n – 139; 29%), Zemgali (n – 60; 12,5%) un Latgali (n – 21; 4,4%) dalībnieku, no tā pilsētā strādā (n – 429; 89,7%), bet lauku rajonus pārstāv (n – 49; 10,3%).

Bet pēc izlases datiem pamatdarba vieta ir primārajā aprūpē (PVAC) ir māsām (n – 235; 49,1%), bet dominējošais izlases vairākums pārstāv sekundāro aprūpi (SVAC), strādājot stacionāros (n – 244; 50,9%) visa spektra nodaļās (skatīt 27. tabulu), ar nelielu pārsvaru ķirurģiskā profila nodaļās (F=46; 9,1%).

27. tabula. Darba vietu spektrs SVAC māsām

| | Frekvence (F) | Procenti | Kumulatīvais procents |
|--|---------------|----------|-----------------------|
| Bērnu nodaļa | 21 | 4,2 | 9,5 |
| Terapijas profila nodaļa | 22 | 4,3 | 19,5 |
| Ķirurģiska profila nodaļa | 46 | 9,1 | 40,3 |
| Neiroloģijas profila nodaļa | 10 | 2,0 | 44,8 |
| Ginekoloģijas un dzemdību nodaļa | 14 | 2,8 | 51,1 |
| Uzņemšanas nodaļa | 12 | 2,4 | 56,6 |
| Reanimācijas/intensīvās terapijas nodaļa | 14 | 2,8 | 62,9 |
| Psihiatriskā profila nodaļa | 25 | 4,9 | 74,2 |
| Cita nodaļa | 57 | 11,3 | 100,0 |
| Kopā | 221 | 43,7 | |

Pēc funkcionālo pienākumu diapazona analīzes, SVAC izlasē dominē dežūrmāšas (n – 151; 33%). Pēc darba vietu daudzuma (skatīt 28. tabulu) konstatēts, ka (n – 135; 28%) no izlases dalībniekiem strādā vairāk kā vienā darba vietās, kas veicina pārslodzi un profesionālo izdegšanu.

28. tabula. Māsu izlases darba vietas

| | Frekvence | Procenti | Kumulatīvais procents |
|---|-----------|----------|-----------------------|
| Vienā darba vietā – Primārā veselības aprūpes centrā (PVAC) | 187 | 37,0 | 38,8 |
| Vienā darba vietā – Sekundārā veselības aprūpes centrā (SVAC) | 160 | 31,6 | 72,0 |
| Divās darba vietās (PVAC gan SVAC) | 54 | 10,7 | 83,2 |
| Divās darba vietās (dažādos PVAC) | 23 | 4,5 | 88,0 |
| Divās darba vietās (dažādās SVAC nodaļās) | 22 | 4,3 | 92,5 |
| Vairāk kā divās darba vietās veselības aprūpē kopumā | 36 | 7,1 | 100,0 |
| Kopā | 482 | 95,3 | 100,0 |

Pētījuma izlase informāciju, kas noderīga pacientu izglītošanai iegūst, apmeklējot medicīnas un aprūpes jautājumiem veltītus kongresus, forumus (n – 308; 67,0%), pacientu izglītošanas jautājumiem paredzētus tālākizglītības kursus (n – 261; 56,7%), lasot medicīnas rakstura žurnālus (n – 279; 60,7%), dažādus interneta materiālus (n – 257; 55,9%), kā arī atzīmē, ka tālākizglītībasursos pacientu izglītošanas tēma tiek apskatīta citas tematikas lekciju ietvarā (n – 177; 38,5%). Literatūrā (grāmatās) par pedagoģijas, psiholoģijas tematiku informāciju iegūst (n – 102; 22,2%), bet šādas tematikas žurnālos (n – 143; 31,1%) dalībnieku. Pētījumos J. Pena un M. Castillo (Pena, Castillo, 2006), G. Lamiani un A. Fureja (Lamiani, Furey, 2008) analizē praktizējošo māsu tālākizglītības semināru lietderību par pacientu orientētu komunikācijas prasmju un pilnveidi, lai uzlabotu māsu zināšanas par efektīvu pacientu izglītošanu.

2. bloks – *starppersonu attiecības*, veicot pacientu izglītošanu. Apgalvojumu novērtējumam izmantota Likerta skala 5 baļļu novērtējumā ar kritērijiem: 5 – vienmēr; 4 – bieži; 3 – dažreiz; 2 – reti; 1 – nepielietoju.

Analizējot iegūtos datus pēc vidējās vērtības (skatīt 29. tabulu) par starppersonu saskarsmes aspektiem kopumā, kas nozīmīgi atvērtas komunikācijas veidošanai, ko analītiski apraksta J. Boore un P. Denijs (Boore, Deeny, 2012). Visaugstāk tiek vērtēts 4. apgalvojums „Jautājumus uzdošu, bet nav laika iedziļināties problēmās” (M=3,44, SD=1,081) un 10. „Izmantoju monoloģiskās metodes (runāju Es)” (M=3,36, SD=0,991), bet viszemāk aspekti, kas nodrošina uz sadarbību: 2. „Pacientam jautāju, kādas šodien problēmas” (M=1,64, SD=0,872), 5. „Uzmanīgi uzklausu pacientu viedokli” (M=1,48, SD=0,714), 6. „Pacientu uzrunāju pirmā, iedrošinot sarunai” (M=1,63, SD=0,8), 7. „Izglītošanas laikā nodrošinu viena līmeņa acu kontaktu ar pacientu” (M=1,7, SD=0,892). Iegūti rezultāti, kas liecina, ka efektīva pacientu izglītošanas procesa attīstība ir problemātiska. Trīs izlašu (māsu, studentu un pacientu) efektīvas komunikācijas aspektu salīdzinājumu pēc vidējām vērtībām skatīt 15. pielikumā. Salīdzinājumā vidējais (M), standartnovirze (SD) un mediāna (Me) uzrāda, ka māsas ir paškritiskas, PVAC un SVAC pacientu vērtējums ir augstāks, bet studenti komunikatīvo darbību ar pacientiem novērtē salīdzinoši augstu.

29. tabula. Efektīvu starppersonu attiecību veidošana

| Nr | Apgalvojums | Resp.skaitis | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Pēc darba stāža | | | Pēc izglītības | | |
|----|--|--------------|--------------|------------------|--------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | Atšķirību statistiskā koef. (r _s) | Korelācijas koef. (r _s) | Korel. koefic. stat. nozīmīgums (D) | Atšķirību statistiskā koef. (r _s) | Korelācijas koef. (r _s) | Korel. koefic. stat. nozīmīgums (D) |
| 1. | Pirmreizēji, sastopot pacientu, nosaucu savu vārdu | 449 | 2,65 | 1,46 | 2 | 0,367 | -0,08 | 0,09 | 0,001 | -0,142 | 0,003 |
| 2. | Pacientam jautāju, kādas šodien problēmas | 450 | 1,64 | 0,872 | 1 | 0,551 | -0,046 | 0,327 | 0,919 | 0,021 | 0,652 |
| 3. | Ja sadarbība ir bijusi, jautāju, kādi ir panākumi | 447 | 1,8 | 0,906 | 2 | 0,983 | -0,019 | 0,696 | 0,079 | - | 0,015 |
| 4. | Jautājumus uzdošu, bet nav laika iedziļināties problēmās | 448 | 3,44 | 1,081 | 3 | 0,633 | 0,034 | 0,467 | 0,451 | 0,067 | 0,158 |
| 5. | Uzmanīgi uzklausu pacientu viedokli | 448 | 1,48 | 0,714 | 1 | 0,107 | -0,083 | 0,078 | 0,715 | -0,033 | 0,485 |
| 6. | Pacientu uzrunāju pirmā, iedrošinot sarunai | 449 | 1,63 | 0,8 | 1 | 0,001 | 0,072 | 0,126 | 0,479 | 0,051 | 0,277 |
| 7. | Izglītošanas laikā nodrošinu viena līmeņa acu kontaktu ar pacientu | 449 | 1,7 | 0,892 | 1 | 0,447 | -0,074 | 0,117 | 0,351 | 0,003 | 0,948 |
| 8. | Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes | 449 | 2,07 | 1,025 | 2 | 0,004 | -0,165 | 0,000 | 0,323 | 0,074 | 0,116 |
| 9. | Izmantoju monoloģiskās metodes (runāju Es) | 449 | 3,36 | 0,991 | 3 | 0,730 | -0,014 | 0,774 | 0,615 | 0,06 | 0,206 |
| 10 | Izmantoju dialoga metodes | 449 | 1,82 | 0,693 | 2 | 0,020 | -0,049 | 0,302 | 0,915 | 0,014 | 0,774 |

Analizējot indikatoru vidējos lielumus pēc darba stāža, pielietojot atšķirību analīzes *Kruskala-Valisa H-testu*, iegūtais rezultāts liecina, ka pastāv atbilžu atšķirības jautājumiem: 6. “Pacientu uzrunāju pirmā, iedrošinot sarunai”, 8. “Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes”, un 10. apgalvojumam “Izmantoju dialoga metodes”. 6. un

10. apgalvojumam atšķirību statistisko nozīmīgumu veicina izlases dalībnieku no 16–25 gadiem un virs 35 gadu darba stāžu atbildes ($p=0,001$) bet 8. apgalvojumam *“Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes”* – darba stāžs līdz 5 gadiem un virs 35 gadiem respondentu atbildes ($p=0,04$). 6. un 10. apgalvojumu atšķirību nozīmīgumu pēc aprakstošās statistikas veicina izlases dalībnieku no 16-25 gadiem ($M=1,82$, $SD=0,819$) un virs 35 gadu darba stāžu atbildes ($M=1,38$, $SD=0,69$), bet 8. apgalvojumam *“Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes”* – darba stāžs līdz 5 gadiem ($M=2,38$, $SD=1,035$) un virs 35 gadiem respondentu atbildes ($M=1,83$, $SD=1,043$). Taču korelācijas analīze liecina, ka tikai 8. apgalvojumam *“Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes”* pastāv neliela saistība ($r_s=-0,165$; $p<0,05$), kas liecina, ka pastāv neliela tendence samazināties vērtējumam, pieaugot darba stāžam. 11. apgalvojumam *„Izmantoju dialoga metodes”* ($p=0,020$) ir statistisko nozīmīgumu veicina izlases daļa no 16–25 gadiem.

Izmatojot prediktoru **izglītība**, Kruskala-Valisa H-tests uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības tikai 1. apgalvojumam *„Pirmreizēji, sastopot pacientu, nosaucu savu vārdu”* ($p=0,001$; $r_s=-0,142$; $p<0,05$), kur korelācijas analīze liecina par vājas saistības esamību un augstāko vērtējumu uzrāda 3. profesionālā izglītības līmeņa (PIL) māsas, bet zemāko augstāko izglītības līmeni (AIL) ieguvušās māsas. Tuvu statistiskam nozīmīgumam ir 3.apgalvojums *„Ja sadarbība ir bijusi, jautāju, kādi ir panākumi”* ($p=0,079$; $r_s=-0,115$; $p<0,05$). Arī pēc aprakstošās statistikas 1. apgalvojumam *„Pirmreizēji, sastopot pacientu, nosaucu savu vārdu”* augstāko vērtējumu uzrāda 3. profesionālā izglītības līmeņa (PIL) māsas ($M=3,02$; $SD=1,475$), bet zemāko augstāko izglītības līmeni (AIL) ieguvušās māsas ($M=1,92$; $SD=1,156$). Līdzīgs rezultāts ir 3. apgalvojumam *„Ja sadarbība ir bijusi, jautāju, kādi ir panākumi”*. Izlase ar 3. PIL sniedz augstāko vērtējumu ($M=1,92$; $SD=0,893$), bet AIL ($M=1,62$; $SD=0,935$) zemāko. Iegūtie rezultāti liecina, ka šajos apgalvojumos pastāv tendence samazināties vērtējumam, pieaugot izglītības līmenim.

3. bloks – *jautājumi par pacientu izglītošanas procesu*. Apgalvojumu novērtējumam izmantota Likerta skala 5 baļļu novērtējumā ar kritērijiem: 5 – vienmēr; 4- bieži; 3- dažreiz; 2 – reti; 1– nepielietoju.

Izvērtējot pētījumā iegūtos datus (skatīt 30. tabulu) par izglītošanas procesa kvalitatīviem aspektiem pēc vidējās vērtības, visaugstāk tiek vērtēts apgalvojums 17. *„Izglītošanas procesu dokumentēju”* ($M=3,0$; $SD=1,563$), kas neuzrāda statistisko nozīmību ne pēc darba pieredzes, ne pēc izglītības. Apgalvojumi: 4. *„Pacientu izglītošanu plānoju”* ($M=2,64$; $SD=1,179$), 16. *„Izglītošanas procesā iesaistu pacienta tuviniekus”* ($M=2,63$; $SD=1,105$), 8. *„Pielietoju refleksiju darba noslēgumā”* ($M=2,59$; $SD=1,131$), 7. *„Izglītošanas procesa laikā vairākkārtīgi integrēju atgriezenisko saiti”* ($M=2,43$;

SD=1,103), 3. „Noskaidroju pacienta zināšanu līmeni” (M=2,23; SD=1,012) un 1. „Holistiski novērtēju situāciju” (M=2,07; SD=0,956) arī uzrāda augstu vidējo vērtību. Attiecībā par izglītošanas darba spektru, izlase visaugstāk vērtē 13. apgalvojumu, ka pārsvarā „Izglīto par rehabilitācijas iespējām” (M=2,14; SD=1,101), kas visnotaļ atbilst veselības uzlabošanas un profilakses darba specifikai. Izlase atzīmē, ka, neskatoties uz viņu izglītojošā darba ieguldījumu „Pacientu izglītošanu veic ārsts” (M=2,53; SD=1,141) 18.apgalvojums, kas atbilst veselības aprūpes virziena izglītojošā procesa nodrošinājumam.

30. tabula. Izglītošanas procesa kvalitatīvo aspektu novērtējums

| Nr | Apgalvojums | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Atšķirību statistiskā nozīmīgums (p) | Korelācijas koef. (r _s) | Korelācijas koef. (r _s) | Korel. koefic. stat. nozīmīgums (p) | Atšķirību statistiskā nozīmīgums (p) | Korelācijas koef. (r _s) | Korelācijas koef. (r _s) | Korel. koefic. stat. nozīmīgums (p) |
|----|---|--------------|------------------|--------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Holistiski novērtēju situāciju | 396 | 2,07 | 0,956 | 2 | 0,730 | 0,023 | 0,645 | 0,001 | -0,170 | 0,001 | |
| 2 | Atbildu uz pacientu uzdotiem jautājumiem | 415 | 1,26 | 0,575 | 1 | 0,076 | -0,119 | 0,015 | 0,982 | 0,011 | 0,830 | |
| 3 | Noskaidroju pacienta zināšanu līmeni | 411 | 2,23 | 1,012 | 2 | 0,753 | -0,018 | 0,709 | 0,000 | -0,191 | 0,000 | |
| 4 | Pacientu izglītošanu plānoju | 411 | 2,64 | 1,179 | 2 | 0,162 | 0,040 | 0,424 | 0,000 | -0,243 | 0,000 | |
| 5 | Izglītoju tikai par jautājumiem, kas interesē pacientu | 412 | 2,19 | 0,943 | 2 | 0,001 | -0,204 | 0,000 | 0,011 | 0,107 | 0,030 | |
| 6 | Pielietāju atgriezenisko saiti izglītošanas beigās | 412 | 1,95 | 0,935 | 2 | 0,085 | -0,102 | 0,039 | 0,002 | -0,188 | 0,000 | |
| 7 | Izglītošanas procesa laikā integrēju atgriezenisko saiti vairākkārtīgi | 408 | 2,43 | 1,03 | 2 | 0,073 | -0,110 | 0,027 | 0,000 | -0,239 | 0,000 | |
| 8 | Pielietāju refleksiju darba noslēgumā | 410 | 2,59 | 1,131 | 2 | 0,324 | -0,061 | 0,221 | 0,164 | -0,084 | 0,088 | |
| 9 | Novēroju pacienta neverbālās (acu skatiens, mīmika, poza, žesti, balss intonācija) reakcijas | 412 | 1,62 | 0,833 | 1 | 0,077 | -0,039 | 0,432 | 0,013 | -0,149 | 0,002 | |
| 10 | Izglītoju par profilaksi Lūdzu izlasīt un novērtēt, cik bieži šie parametri tiek lietoti Jūsu praksē: | 412 | 1,81 | 0,826 | 2 | 0,551 | -0,059 | 0,229 | 0,017 | -0,122 | 0,013 | |
| 11 | Izglītoju par pacienta saslimšanu | 413 | 1,99 | 1,036 | 2 | 0,809 | -0,001 | 0,986 | 0,001 | -0,094 | 0,056 | |
| 12 | Izglītoju par medikamentu lietošanu | 412 | 1,86 | 1,083 | 2 | 0,833 | -0,007 | 0,884 | 0,003 | -0,112 | 0,023 | |
| 13 | Izglītoju par rehabilitācijas iespējām | 412 | 2,14 | 1,101 | 2 | 0,844 | -0,016 | 0,743 | 0,001 | -0,080 | 0,104 | |
| 14 | Izglītoju par praktiskiem jautājumiem | 413 | 1,75 | 0,915 | 2 | 0,596 | -0,015 | 0,768 | 0,197 | -0,081 | 0,100 | |
| 15 | Izglītoju par jautājumiem, kas atbilst situācijas kontekstam, lai arī pacients par to nejauta | 412 | 2,21 | 0,995 | 2 | 0,569 | -0,028 | 0,576 | 0,021 | -0,055 | 0,262 | |
| 16 | Izglītošanas procesā iesaistu pacienta tuviniekus | 412 | 2,63 | 1,105 | 3 | 0,570 | 0,068 | 0,170 | 0,031 | -0,090 | 0,067 | |
| 17 | Izglītošanas procesu dokumentēju | 412 | 3 | 1,563 | 3 | 0,185 | 0,049 | 0,325 | 0,097 | -0,049 | 0,317 | |
| 18 | Pacientu izglītošanu veic ārsts | 410 | 2,53 | 1,141 | 2 | 0,735 | 0,054 | 0,278 | 0,001 | 0,176 | 0,000 | |

Analizējot pēc **darba pieredzes**, neparametriskais Kruskala-Valisa H-tests uzrāda statistiski nozīmīgas atšķirības tikai 5. apgalvojumam – “Izglītoju tikai par jautājumiem,

kas interesē pacientu”, ko veicina māsas ar vismazāko darba stāžu <5 gadiem un ar vislielāko >35 izlases dalībnieku pieredzi ($p=0,001$; $r_s=-0,204$; $p<0,05$). Pēc aprakstošās statistikas rezultāts māsām ar vismazāko darba stāžu <5 gadiem ($M=2,47$; $SD=0,814$) un ar vislielāko >35 izlases dalībnieku pieredzi ($M=1,93$; $SD=0,904$). Šim apgalvojumam pastāv saistība ar darba pieredzi un liecina par nelielu tendenci, pieaugot pieredzei, māsas izglīto pacientus ne tikai par interesējošiem, bet arī par citiem nepieciešamajiem jautājumiem. 2. apgalvojums – *”Atbildu uz pacientu uzdotiem jautājumiem”* ($p=0,076$; $r_s=-0,119$, $p<0,05$), 6. *”Pielietoju atgriezenisko saiti izglītošanas beigās”* ($p=0,085$; $r_s=-0,102$, $p<0,05$) un 7. apgalvojumam – *”Izglītošanas procesa laikā integrēju atgriezenisko saiti vairākkārtīgi”* ($p=0,073$; $r_s=-0,110$, $p<0,05$), pastāv ļoti neliela statistiski nozīmīga saistība, kas norāda uz ļoti minimālu tendenci, pieaugot pieredzei samazināties vērtējumam.

Pēc izglītības, lietojot neparametrisko Kruskala-Valisa H-testu, rezultātos konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības apgalvojumiem: 1., 3., 4., 5., 6., 7., 9., 10., 11., 12., 15., 16., 18. ($p<0,05$). Korelācijas analīzē apgalvojumiem: 4. *”Pacientu izglītošanu plānoju”* ($p=0,000$; $r_s=-0,243$, $p<0,05$) un 7. *”Izglītošanas procesa laikā integrēju atgriezenisko saiti vairākkārtīgi”* ($p=0,000$; $r_s=-0,239$; $p<0,05$) konstatē statistiski nozīmīgu nelielu saistību. Līdzīgi statistiski nozīmīgu, nelielu saistību konstatē arī pārējos pacientu izglītošanas procesa kvalitātes atspoguļojuma apgalvojumos: 1. *”Holistiski novērtēju situāciju”* ($p=0,001$; $r_s=-0,170$, $p<0,05$), 3. *”Noskaidroju pacienta zināšanu līmeni”* ($p=0,000$; $r_s=-0,191$, $p<0,05$), 5. *”Izglītoju tikai par jautājumiem, kas interesē pacientu”* ($p=0,011$; $r_s=0,107$, $p<0,05$), 6. *”Pielietoju atgriezenisko saiti izglītošanas beigās”* ($p=0,002$; $r_s=-0,188$, $p<0,05$), 7. *”Izglītošanas procesa laikā integrēju atgriezenisko saiti vairākkārtīgi”* ($p=0,000$; $r_s=-0,239$, $p<0,05$), 9. *”Novēroju pacienta neverbālās reakcijas”* ($p=0,013$; $r_s=-0,149$, $p<0,05$), 10. *”Izglītoju par profilaksi”* ($p=0,017$; $r_s=-0,239$, $p<0,05$), 11. *”Izglītoju par pacienta saslimšanu”* ($p=0,001$; $r_s=-0,094$, $p<0,05$), 12. *”Izglītoju par medikamentu lietošanu”* ($p=0,003$; $r_s=-0,112$, $p<0,05$), 15. *”Izglītoju par jautājumiem, kas atbilst situācijas kontekstam, lai arī pacients par to nejautā”* ($p=0,021$; $r_s=-0,055$, $p<0,05$), 16. *”Izglītošanas procesā iesaistu pacienta tuviniekus”* ($p=0,031$; $r_s=-0,090$, $p<0,05$). Izlase 18. apgalvojumā apliecina, ka *”Pacientu izglītošanu veic ārsts”* ($p=0,001$; $r_s=0,176$, $p<0,05$).

8. apgalvojums *”Pielietoju refleksiju darba noslēgumā”* negūst augstu vērtējumu ne pēc vidējās vērtības, ne statistiskā nozīmīguma, kā arī neapstiprinās tendences esamība nevienā no piemērotajiem parametriem.

Pētījuma analīze liecina, ka aprakstošās statistikas rezultātos pastāv minimāla tendence atšķirībām, kas veicina statistisko nozīmību, pieaugot izglītības līmenim, samazināties profesionālā darba vērtējumam, jo tikai divos apgalvojumos, pieaugot izglītības līmenim, pieaug vērtējums: 5. *„Izglītoju tikai par jautājumiem, kas interesē pacientu”* 3. PIL (M=1,94; SD=0,823), bet AIL (M=2,39; SD=0,933) un 18. *„Pacientu izglītošanu veic ārsts”* (M=2,14; SD=1,146), bet AIL (M=2,79; SD=1,293). Visos pārējos apgalvojumu rezultātos pastāv statistiski minimāla tendence atšķirībām, māsām ar 3.profesionālo izglītības līmeni vērtējumi par izglītošanas darba spektru ir augstāki kā izlasei ar augstāko izglītības līmeni.

4. bloks – *Jautājumi par pacientu izglītošanas procesā pielietotiem līdzekļiem un metodēm papildus verbālai izglītošanai* (skatīt 31. tabulu). Vērtējumam Likerta skala 5 baļļu diapazonā, kur 5 – vienmēr; 4 – bieži; 3 – dažreiz; 2 – reti; 1 – nelietoju.

31. tabula. Māsu vērtējums metodēm un līdzekļiem, ko izmanto pacientu izglītošanā, ņemot vērā izlases izglītību

| | Parametrs | Resp. skaits | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Atšķirību statistiskais nozīmīgums nozīme (p) | Korelācijas koef. (r _s) | Korel. Koeff. stat. nozīmīgums |
|----|--|--------------|--------------|------------------|--------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Plakāti | 394 | 3,74 | 1,178 | 4 | 0,176 | -0,079 | 0,116 |
| 2 | Attēli | 395 | 3,41 | 1,178 | 3 | 0,029 | -0,110 | 0,029 |
| 3 | Mulāžas | 392 | 4,4 | 0,873 | 5 | 0,124 | -0,082 | 0,106 |
| 4 | Sarunas laikā svarīgākās informācijas rakstisks apkopojums | 395 | 3,21 | 1,285 | 3 | 0,020 | -0,115 | 0,023 |
| 5 | Iepriekš sagatavota informācijas lapa ar pacientam nozīmīgu informāciju | 396 | 2,91 | 1,343 | 3 | 0,000 | -0,162 | 0,001 |
| 6 | Tipogrāfijā iespiests buklets par sasilšanu | 396 | 3,04 | 1,248 | 3 | 0,352 | -0,082 | 0,104 |
| 7 | Audio vizuālie demonstrējumi (CD) | 393 | 4,6 | 0,732 | 5 | 0,009 | -0,150 | 0,003 |
| 8 | Audio vizuālie demonstrējumi (Youtube materiāli) | 393 | 4,63 | 0,704 | 5 | 0,001 | -0,172 | 0,001 |
| 9 | Medicīniski pamatotu interneta resursu norāde | 394 | 3,79 | 1,103 | 4 | 0,056 | -0,078 | 0,121 |
| 10 | Norāde par pacientam ieteicamiem literatūras avotiem saistībā ar sasilšanu | 394 | 3,27 | 1,213 | 3 | 0,527 | -0,045 | 0,375 |
| 11 | Shēmas, piktogrammas | 395 | 4,3 | 0,939 | 5 | 0,000 | -0,205 | 0,000 |
| 12 | Lekcija/pasākums pacientu grupai | 395 | 4,31 | 1,065 | 5 | 0,000 | -0,179 | 0,000 |
| 13 | Praktiski darbību demonstrējumi | 394 | 3,51 | 1,261 | 3 | 0,004 | -0,147 | 0,003 |
| 14 | Norādu kontaktus, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos | 395 | 2,64 | 1,382 | 2 | 0,144 | -0,033 | 0,517 |

Izlase kopumā kā nozīmīgākos parametrus, kas statistiski biežāk tiek pielietoti praksē, pēc vidējās vērtības atzīmē: 7. *„Audio vizuālie demonstrējumi (CD)”* (M=4,6; SD=0,732), 8. *„Youtube materiāli”* (M=4,63; SD=0,704), 11. *„Shēmas, piktogrammas”* (M=4,3; SD=0,939), 12. *„Lekcija/pasākums pacientu grupai”* (M=4,31; SD=1,065), 2. *„Mulāžas”* (M=4,4; SD=0,873) un 1. *„Plakāti”* (M=3,74; SD=1,178), bet maz tika

pielietots komunikācijas uzturēšanai būtisks parametrs 14. „Norādu kontaktus, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos” (M=2,64; SD=1,382).

Analizējot izmantotās metodes un līdzekļus **pēc izglītības**, statistiskais nozīmīgums un tendences netiek konstatētas sekojošu līdzekļu izmantošanā: 1. „Plakāti”, 3. „Mulāžas”, 6. „Tipogrāfijā iespiestu bukleti”, 10. „Norāde par pacientam ieteicamiem literatūras avotiem” un 14. „Norādu kontaktus”. Pēc Kruskala-Valisa H-testa visos pārējos parametros: 2. „Attēli” (p=0,029; $r_s=-0,110$, p<0,05), 4. „Rakstisks apkopojums” (p=0,020; $r_s=-0,115$, p<0,05), 5. „Iepriekš sagatavota informācijas lapa” (p=0,000; $r_s=-0,162$, p<0,05), 7. „Audio vizuālie demonstrējumi (CD)” (p=0,009; $r_s=-0,150$, p<0,05), 8. „Youtube materiāli” (p=0,001; $r_s=-0,172$, p<0,05), 11. „Shēmas, piktogrammas” (p=0,000; $r_s=-0,205$, p<0,05), 12. „Lekcija/pasākums” (p=0,000; $r_s=-0,179$, p<0,05) un 13. „Praktiski darbību demonstrējumi” (p=0,004; $r_s=-0,147$, p<0,05) tiek konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības, pastāv ļoti neliela saistība, kas norāda uz nelielu tendenci, ka pieaugot izglītības līmenim, samazinās vērtējums.

Korelācijas analīzē, kas apliecina tendences esamību un datu ticamību, konstatēta neliela statistiski nozīmīga saistība parametram: 11. „Shēmas, piktogrammas”, (p=0,000; $r_s=-0,205$; p<0,05), vāja tendence, pieaugot izglītības līmenim, samazināties vērtējumam.

Pēc māsu pamata darbavietas atšķirību analīzē konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības desmit parametriem, metodēm un līdzekļiem, kas tiek izmantoti pacientu izglītošanai: 1. „Plakāti” (p=0,000), 2. „Attēli” (p=0,000), 4. „Sarunas rakstisks apkopojums” (p=0,000), 5. „Iepriekš sagatavota informācijas lapa” (p=0,000), 6. „Buklets par saslimšanu” (p=0,000), 9. „Medicīniski pamatotu interneta resursu norāde” (p=0,006), 10. „Literatūras avoti saistībā ar saslimšanu” (p=0,000), 11. „Shēmas, piktogrammas” (p=0,001), 13. „Praktiski darbību demonstrējumi” (p=0,025), 14. „Norādu kontaktus” (p=0,000).

Spīrmena korelācijas analīzi šim gadījumam pielietot nedrīkst, jo pamatdarba vietas funkcionālie pienākumi ir mainīgais nominālā skalā ar >2 kategorijām, ko nevar sakārtot pēc vietas nozīmīguma.

Vidējās vērtības uzrāda, ka ambulatorās aprūpes māsas pacientu izglītošanas darbā maz pielieto: „Plakātus” (M=3,25; SD=1,2; Me=3), „Attēlus” (M=3,01; SD=1,063; Me=3), „Sarunas laikā svarīgākās informācijas rakstisku apkopojumu” (M=3,21; SD=1,285; Me=3), „Tipogrāfijā iespiestu bukletu par saslimšanu” (M=2,56; SD=1,003; Me=2) un izmanto iespēju pacientiem sniegt „Norādi par kontaktiem, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos” (M=2,19; SD=1,14; Me=2). Savukārt vadošā līmeņa māsas

vismazāk izmanto „Iepriekš sagatavotu informācijas lapu” (M=2,46; SD=1,279; Me=2), kas nodrošina pacientiem sniegtās informācijas atkārtošānu.

5. blokā apskatīti parametri, ko izlase uzskata par nozīmīgākiem faktoriem, kas ietekmē darbu pacientu izglītošanas procesā gan PVAC, gan SVAC (skatīt 32. tabulu). Vērtējumam Likerta skala 5 baļļu diapazonā, kur 5 – vienmēr ietekmē, 4 – bieži ietekmē, 3 – ne ietekmē, ne neietekmē, 2 – maz ietekmē, 1 – neietekmē.

32.tabula. Pacientu izglītošanas procesa darba ietekmējošo parametru novērtējums pēc pamatdarba vietas

| | Parametri | Resp. skaits | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Atšķirību stat. nozīmīgums | Korelācijas koef. (r_s) | Korel. koefic. stat. nozīmīgums |
|----|--|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------------------|--|--|
| 1 | Atsevišķu telpu trūkums, kur veikt izglītošanas darbu | 378 | 2,53 | 1,311 | 2 | 0,928 | -0,005 | 0,928 |
| 2 | Teorētisko zināšanu apjoms | 377 | 2,53 | 1,27 | 2 | 0,130 | -0,079 | 0,13 |
| 3 | Praktisko zināšanu apjoms | 379 | 2,49 | 1,326 | 2 | 0,251 | -0,059 | 0,251 |
| 4 | Pieredzes apjoms | 378 | 2,44 | 1,326 | 2 | 0,061 | -0,097 | 0,061 |
| 5 | Zināšanu apjoms par elektronisko resursu piesaisti pacientu izglītošanas darbā | 375 | 2,86 | 1,213 | 3 | 0,253 | 0,059 | 0,254 |
| 6 | Bukletu skaita nodrošinājums | 379 | 2,82 | 1,259 | 2 | 0,869 | -0,009 | 0,869 |
| 7 | Plakātu nodrošinājums uzskatei | 376 | 3,05 | 1,273 | 3 | 0,546 | -0,031 | 0,547 |
| 8 | Mulāžu nodrošinājums uzskatei | 376 | 3,22 | 1,352 | 3 | 0,259 | -0,059 | 0,259 |
| 9 | Audio vizuālo (CD) materiālu nodrošinājums | 373 | 3,15 | 1,37 | 3 | 0,454 | -0,039 | 0,454 |
| 10 | <i>Personāla daudzums, pietiekamība</i> | 372 | 2,38 | 1,359 | 2 | 0,000 | -0,224 | 0,000 |
| 11 | Darba apjoms (izpildu arī ārstam paredzētos pienākumus) | 376 | 2,18 | 1,26 | 2 | 0,302 | -0,054 | 0,302 |
| 12 | <i>Intensīvs darbs (pacientu apjoms)</i> | 376 | 1,95 | 1,16 | 2 | 0,004 | -0,151 | 0,003 |
| 13 | Monetārais stimuls (algas apjoms) | 376 | 2,77 | 1,386 | 3 | 0,391 | -0,044 | 0,392 |
| 14 | Nemonetārais stimuls (darbā negūstu atzinību, pateicību, ja to veicu labāk) | 377 | 2,92 | 1,303 | 3 | 0,632 | -0,025 | 0,633 |
| 15 | Darba rutīna (šablonisks darbības veids) | 377 | 3,06 | 1,276 | 3 | 0,246 | -0,06 | 0,246 |
| 16 | Pacientu neviennozīmīgā attieksme pret izglītošanu (neieinteresētība) | 379 | 2,44 | 1,1742 | 2 | 0,758 | 0,016 | 0,758 |

Analizējot iegūtos datus pēc vidējās vērtības, izlase kā faktoros, kas ietekmē pacientu izglītošanas procesu atzīmē: 5. “Zināšanu apjoms par elektronisko resursu piesaisti” (M=2,86; SD=1,213; Me=3), 7. „Plakātu nodrošinājums uzskatei” (M=3,05; SD=1,273; Me=3), 8. „Mulāžu nodrošinājums uzskatei” (M=3,22; SD=1,352; Me=3), 9. „Audio vizuālo (CD) materiālu nodrošinājums” (M=3,15; SD=1,37; Me=3), 15. „Darba rutīna” (M=3,06; SD=1,276; Me=3), 1. „Atsevišķu telpu trūkums, kur veikt izglītošanas darbu” (M=2,53; SD=1,311; Me=2) un 2. „Teorētisko zināšanu apjoms” (M=2,53; SD=1,27; Me=2), kā arī nozīmīgus sociālos parametrus, kas veicina labsajūtu un pašapziņas veidošanos: 13. „Monetārais stimulu” (M=2,77; SD=1,386; Me=3) un 14.

„Nemonetāro novērtējumu” (M=2,92; SD=1,303; Me=3). Minētie parametri gan neuzrāda atšķirību statistisko nozīmīgumu un tendences esamību.

Tā kā darba vieta (PVAC un SVAC) tika kodēta kā binārais mainīgais, atšķirību analīzei divu izlašu salīdzināšanai izmantots neparametriskais Manna-Vitnija U-tests. Pēc šī testa atšķirības ir statistiski nozīmīgas 10. “Personāla daudzums, pietiekamība” (p=0,000; r_s =-0,224; p<0,05) un 12. parametram “Intensīvs darbs (pacientu apjoms)” (p=0,004; r_s =-0,151; p<0,05). 10. parametram “Personāla daudzums, pietiekamība” vēl pastāv statistiski nozīmīga saistība, tātad pastāv neliela tendence (PVAC) māsām vērtēt personāla pietiekamību augstāk. Atbilstošs rezultāts ir arī pēc aprakstošas statistikas (PVAC) mēšanas: (M=2,67; SD=1,444; Me=2), (SVAC) mēšanas (M=2,05; SD=1,1184; Me=2, kā arī intensīvu darba noslodzi vairāk atzīmē (PVAC) mēšanas (M=2,11; SD=1,253; Me=2), ne kā (SVAC) mēšanas (M=1,75; SD=1,009; Me=1).

6. bloka parametri atspoguļo *pētījuma izlašu pašvērtējumu* teorētiskām un praktiskām kompetencēm pedagoģiskā procesa realizācijai (skatīt 33. tabulu, 19. pielikumu). Pacientu izglītošanas procesā māsai ir jāprot vadīt personīgo emocionālo stāvokli un jāorientē patients uz atvērtu, pozitīvu sadarbības komunikāciju (Kraszewski, McEwen, 2010), lai pacientam veicinātu gan situācijas izpratni, gan turpmākās veselības veicināšanas vai saglabāšanas stratēģijas apzināšanu. Tabulā apgalvojumi sniegti saīsinātā formātā. Vērtējumam Likerta skala 5 baļļu diapazonā, kur 5 – augstā līmenī, 4 – daļēji augstā līmenī, 3 – vidējā, ne augstā, ne zemā līmenī, 2 – daļēji zemā līmenī, 1 – zemā līmenī.

33. tabula. Izlašu pašvērtējums pedagoģiskā procesa realizācijai pēc darba pieredzes

| | Parametri | Resp. skaits | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Pēc darba pieredzes | | | Pēc izglītības | | |
|---|--|--------------|--------------|------------------|--------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | | | | | | Atšķirību statistiskais nozīmīgums | Korelācijas koef. (r) | Korelācijas koef. stat. nozīmīgums | Atšķirību statistiskais nozīmīgums | Korelācijas koef. (r) | Korelācijas koef. stat. nozīmīgums |
| 1 | Teorētiskās zināšanas medicīnā | 365 | 2,2 | 0,703 | 2 | 0,026 | -0,014 | 0,797 | 0,000 | -0,241 | 0,000 |
| 2 | Zināšanas pedagoģijā | 363 | 2,88 | 0,903 | 3 | 0,001 | 0,113 | 0,032 | 0,000 | -0,308 | 0,000 |
| 3 | Zināšanas psiholoģijā | 363 | 2,72 | 0,837 | 3 | 0,009 | 0,00 | 0,057 | 0,007 | -0,164 | 0,002 |
| 4 | Zināšanas saskarsmes komunikācijā | 365 | 2,19 | 0,777 | 2 | 0,030 | 0,117 | 0,026 | 0,007 | -0,145 | 0,005 |
| 5 | Zināšanas informācijas tehnoloģijā | 364 | 2,7 | 0,913 | 3 | 0,000 | 0,218 | 0,000 | 0,000 | -0,251 | 0,000 |
| 6 | Prasme plānoti izvēlēties situācijai piemērotus izglītošanas līdzekļus | 365 | 2,41 | 0,809 | 2 | 0,032 | 0,099 | 0,058 | 0,000 | -0,186 | 0,000 |
| 7 | Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai | 365 | 2,14 | 0,764 | 2 | 0,000 | 0,151 | 0,004 | 0,000 | -0,273 | 0,000 |
| 8 | Prasme piemēroties neordinārai situācijai | 365 | 2,22 | 0,803 | 2 | 0,004 | 0,046 | 0,387 | 0,001 | -0,191 | 0,000 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|-----|------|-------|---|-------|--------|-------|-------|--------|-------|
| 9 | <i>Prasme praktiskā jomā izglītot pacientus</i> | 365 | 2,06 | 0,748 | 2 | 0,040 | -0,008 | 0,872 | 0,000 | -0,207 | 0,000 |
| 10 | <i>Prasme pielietot informācijas tehnoloģijas pacientu izglītošanai</i> | 366 | 2,5 | 0,891 | 3 | 0,009 | 0,164 | 0,002 | 0,000 | -0,229 | 0,000 |
| 11 | <i>Prasme būt radošai izglītojot pacientus</i> | 366 | 2,19 | 0,832 | 2 | 0,001 | 0,146 | 0,005 | 0,000 | -0,257 | 0,000 |
| 12 | <i>Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesa rezultātu</i> | 365 | 2,26 | 0,796 | 2 | 0,030 | 0,017 | 0,742 | 0,000 | -0,210 | 0,000 |
| 13 | <i>Spēja uzņemties atbildību par izglītošanas darbu</i> | 365 | 2,08 | 0,805 | 2 | 0,051 | 0,081 | 0,123 | 0,000 | -0,230 | 0,000 |
| 14 | <i>Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem</i> | 365 | 1,65 | 0,666 | 2 | 0,336 | 0,070 | 0,184 | 0,006 | -0,164 | 0,002 |
| 15 | <i>Spēja būt iecietīgai</i> | 365 | 1,65 | 0,705 | 2 | 0,115 | 0,107 | 0,042 | 0,011 | -0,114 | 0,029 |
| 16 | <i>Spēja izprast pacientu emocijas</i> | 364 | 1,7 | 0,699 | 2 | 0,410 | 0,027 | 0,608 | 0,062 | -0,114 | 0,03 |
| 17 | <i>Pieredze praktiskajā jomā</i> | 365 | 1,92 | 0,74 | 2 | 0,000 | -0,359 | 0,000 | 0,042 | -0,043 | 0,409 |
| 18 | <i>Situācijas intuīcija</i> | 365 | 1,92 | 0,745 | 2 | 0,000 | -0,231 | 0,000 | 0,064 | -0,076 | 0,150 |
| 19 | <i>Personīgo vērtību sistēma</i> | 364 | 1,93 | 0,72 | 2 | 0,089 | 0,027 | 0,602 | 0,009 | -0,156 | 0,003 |
| 20 | <i>Profesionālo vērtību sistēma</i> | 363 | 1,95 | 0,701 | 2 | 0,022 | -0,056 | 0,291 | 0,001 | -0,183 | 0,000 |
| 21 | <i>PVAC māsas pacientus izglīto</i> | 362 | 2,54 | 0,893 | 3 | 0,197 | 0,045 | 0,394 | 0,185 | 0,080 | 0,129 |
| 22 | <i>SVAC māsas pacientus izglīto</i> | 345 | 2,63 | 0,89 | 3 | 0,586 | 0,059 | 0,273 | 0,399 | 0,054 | 0,313 |

Pētījuma datus pēc vidējās vērtības izlase atzīmē, ka augstākā nozīme ir parametriem: 2. “Zināšanām pedagoģijā” (M=2,88; SD=0,93; Me=3), 3. “Zināšanām psiholoģijā” (M=2,72; SD=0,837; Me=3) un 10. “Prasmei pielietot informācijas tehnoloģijas” (M=2,5; SD=0,891; Me=3). Arī parametram “Kā izglīto māsas pacientus”, vērtējot PVAC māsu izglītošanas darbu (M=2,54; SD=0,893; Me=3), gan SVAC, ir augsts vidējais novērtējums (M=2,63; SD=0,89; Me=3).

Atšķirību analīze, analizējot pēc darba pieredzes, liecina, ka statistiski nozīmīgas atšķirības pastāv parametru kopumam no 1–12, kuros izlase sniedz pašvērtējumu plaša spektra teorētiskajām zināšanām un starppersonu prasmēm, kas ir pacientu izglītošanas procesa un māsu pedagoģiskās lietpratības komponenti: 1. “Teorētiskās zināšanas medicīnā” (p=0,026), 2. “Zināšanas pedagoģijā” (p=0,001), 3. “Zināšanas psiholoģijā” (p=0,009), 4. “Zināšanas saskarsmes komunikācijā” (p=0,030), 5. “Zināšanas informācijas tehnoloģijā” (p=0,000), 6. “Prasme izvēlēties situācijai piemērotus izglītošanas līdzekļus” (p=0,032), 7. “Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai” (p=0,000), 8. “Prasme piemēroties neordinārai situācijai” (p=0,004), 9. “Prasme praktiskā jomā izglītēt pacientus” (p=0,040), 10. “Prasme lietot informācijas tehnoloģijas” (p=0,009), 11. “Prasme būt radošai” (p=0,001), 12. “Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesa rezultātu” (p=0,030).

Spīrmena korelācijas analīze liecina par saistības esamību ne visiem parametriem ar statistiski nozīmīgām atšķirībām. Pēc aprakstošās statistikas vairākos parametros pastāv atšķirīgs vērtējums dažādos pieredzes posmos, bet nepastāv vērtējuma maiņas tendence, palielinoties vai samazinoties pieredzei – 1.” Teorētiskās zināšanas medicīnā” no 16–25

gadiem ($M=2,02$; $SD=0,707$), virs 35 gadiem ($M=2,35$; $SD=0,684$), 3. "Zināšanas psiholoģijā" no 16–25 gadiem ($M=2,53$; $SD=0,733$), virs 35 gadiem ($M=2,92$; $SD=0,9$), 6. "Prasme plānoti izvēlēties situācijai piemērotus izglītošanas līdzekļus" no 16-25 gadiem ($M=2,22$; $SD=0,746$), virs 35 gadiem ($M=2,63$; $SD=0,897$), 8. "Prasme piemēroties neordinārai situācijai" no 16-25 gadiem ($M=1,95$; $SD=0,706$), virs 35 gadiem ($M=2,38$; $SD=0,897$), 9. "Prasme praktiskā jomā izglītot pacientus" līdz 5 gadiem ($M=2,21$; $SD=0,649$), no 16–25 gadiem ($M=1,88$; $SD=0,697$), 12. "Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesa rezultātu" no 16-25 gadiem ($M=2,01$; $SD=0,681$), virs 35 gadiem ($M=2,44$; $SD=1,026$) un 20. "Profesionālo vērtību sistēma" apgalvojumam līdz 5 gadiem ($M=2,17$; $SD=0,787$), no 16–25 gadiem ($M=1,82$; $SD=0,662$).

Izlases dalībnieces ar darba stāžu līdz 5 gadiem atzīmē, ka „Spēja būt iecietīgai” (15. parametrs), tolerantai ir zemākā līmenī ($M=1,51$; $SD=0,605$) kā izlases grupām ar augstāku darba stāžu, bet „Praktisko pieredzi” novērtē netipiski augstu ($M=2,51$; $SD=0,692$), tāpat kā spēju (18. parametrs) „Intuitīvi paredzēt situācijas” ($M=2,38$; $SD=0,777$), kura kā profesionāla īpašība parasti augstu līmeni sasniedz pieredzējušiem profesionāļiem. Blokā pārsvarā zemākos vērtējumus sniedz izlase no 16 – 25 gadiem, bet augstākos izlase ar darba stāžu virs 35 gadiem, apgalvojumiem no 1–8 un 10–14, kas apliecina zināšanas, prasmes, fleksiblu orientāciju jaunā situācijā un atbildību.

Veselības aprūpē strādājošām personu tolerances raksturotājam 15. apgalvojumam "Spēja būt iecietīgai" ir pretēja situācija – atšķirības kopumā nav statistiski nozīmīgas ($p=0,115$; $r_s=0,107$; $p=0,042$), bet ir neliela statistiski nozīmīga saistība ar respondentu pieredzi – tātad pastāv neliela tendence palielināties vērtējumam, palielinoties pieredzei. 5. parametram "Zināšanas informācijas tehnoloģijā", 17. "Pieredze praktiskajā jomā" un 18. apgalvojumam "Situācijas intuīcija" pastāv vāja statistiski nozīmīga saistība, pie tam 5. apgalvojumam tā ir pozitīva ($r_s=0,218$; $p<0,05$), bet pretēji 17. parametram "Pieredze praktiskajā jomā" ($r_s=-0,359$; $p<0,05$) un 18. parametram "Situācijas intuīcija" ($r_s=-0,231$; $p<0,05$) tā ir negatīva. Aprakstošās statistikas dati liecina, ka 17. parametru izlase līdz 5 gadiem ($M=2,51$; $SD=0,692$) vērtē augstāk kā izlases grupa ar stāžu virs 35 gadiem ($M=1,63$; $SD=0,623$), un 18. parametru "Situācijas intuīcija" izlase līdz 5 gadiem vērtē ($M=2,38$; $SD=0,777$), bet virs 35 gadiem tikai ($M=1,79$; $SD=0,653$). Tas nozīmē, ka 5. parametram pastāv tendence, palielinoties pieredzei, palielinās arī vērtējums, bet 17. un 18. parametram, pretēji – palielinoties pieredzei, vāja tendence samazināties vērtējumam. Minētie parametru rezultāti pēc profesionālās lietpratības attīstības teorijas (Dreyfus & Dreyfus, 2004; Benner, 2001) atbilst ceturtajam profesionālam attīstības līmenim –

lietpratīgai māsu darbībai. Rezultāti šajā kontekstā, liecina par izlases līdz 5 gadiem, augstu pašvērtējumu.

Parametriem: 2. "Zināšanas pedagoģijā" ($r_s=0,113$; $p<0,05$), 4. "Zināšanas saskarsmes komunikācijā" ($r_s=0,117$; $p<0,05$), 7. "Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai" ($r_s=0,151$; $p<0,05$), 10. "Prasme pielietot informācijas tehnoloģijas pacientu izglītošanai" ($r_s=0,164$; $p<0,05$) un 11. "Prasme būt radošai izglītojot pacientus" ($r_s=0,146$; $p<0,05$) pastāv neliela pozitīva saistība ar respondentu pieredzi, tātad pēc šiem apgalvojumiem pastāv neliela vērtējuma palielināšanas tendence, palielinoties pieredzei.

Analizējot **pēc izglītības**, gandrīz uz visiem parametriem iegūtās atbildes statistiski nozīmīgi atšķiras respondentiem ar dažādiem izglītības līmeņiem, izņemot divus: 21. "Kādā līmenī pacientus izglīto PVAC māsas" un 22. "Kādā līmenī pacientus izglīto SVAC māsas". 16. parametram "Spēja izprast pacientu emocijas" un 18. parametram "Situācijas intuīcija" iegūtā atšķirību p-vērtība ir tuvu 5% robežai. Potenciāli ar lielāku izlases daudzumu to būtu iespējams pierādīt.

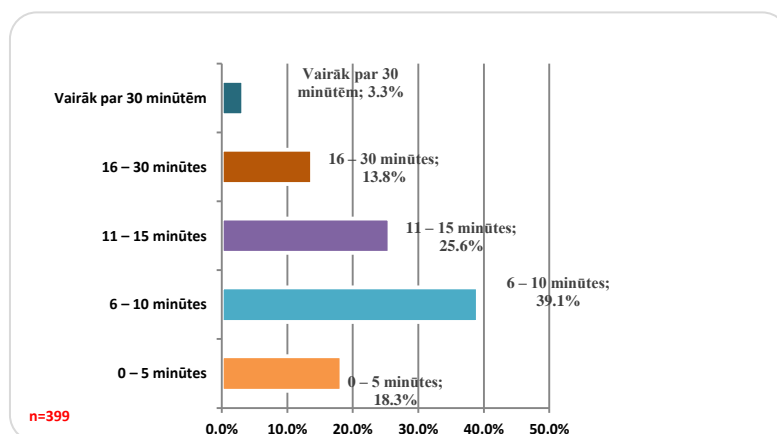
Ar saistības esamību, pēc Spīrmena kolerācijas koeficienta, situācija ir līdzīga – gandrīz visiem parametriem, izņemot: 17. "Pieredze praktiskajā jomā" ($r_s=-0,043$; $p>0,05$), 18. "Situācijas intuīcija" ($r_s=-0,076$; $p>0,150$), 21. un 22. parametru "Kā izglīto māsas gan PVAC" ($r_s=0,080$; $p>0,05$), "gan SVAC" ($r_s=0,054$; $p>0,05$), pastāv statistiski nozīmīga negatīva saistība.

Deviņiem no parametriem saistība ir **neliela**, ko apliecina korelācijas koeficienta statistiskais nozīmīgums: 1. "Teorētiskās zināšanas medicīnā" ($r_s=-0,241$; $p<0,05$), 2. "Zināšanas pedagoģijā" ($r_s=-0,308$; $p<0,05$), 5. "Zināšanas informācijas tehnoloģijā" ($r_s=-0,251$; $p<0,05$), 7. "Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai" ($r_s=-0,308$; $p<0,05$), 9. "Prasme praktiskā jomā izglītēt pacientus" ($r_s=-0,207$; $p<0,05$), 10. "Prasme pielietot informācijas tehnoloģijas" ($r_s=-0,229$; $p<0,05$), 11. "Prasme būt radošai izglītojot pacientus" ($r_s=-0,257$; $p<0,05$), 12. "Prasme izvērtēt izglītošanas procesa rezultātu" ($r_s=-0,210$; $p<0,05$), 13. "Spēja uzņemties atbildību" ($r_s=-0,230$; $p<0,05$). Iegūtie rezultāti liecina par *nelielas tendences esamību izlasē, pieaugot izglītības līmenim, samazināties vērtējumam.*

Dažiem apgalvojumiem saistība ir **ļoti neliela**: 3. "Zināšanas psiholoģijā" ($r_s=-0,164$; $p<0,05$), 4. "Zināšanas saskarsmes komunikācijā" ($r_s=-0,145$; $p<0,05$), 6. "Prasme plānoti izvēlēties situācijai piemērotus izglītošanas līdzekļus" ($r_s=-0,186$; $p<0,05$), 8. "Prasme piemēroties situācijai" ($r_s=-0,191$; $p<0,05$), 14. "Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem" ($r_s=-0,164$; $p<0,05$), 15. "Spēja būt iecietīgai" ($r_s=-0,114$; $p<0,05$), 16. "Spēja izprast pacientu emocijas" ($r_s=-0,114$; $p<0,05$), 19. "Personīgo vērtību sistēma"

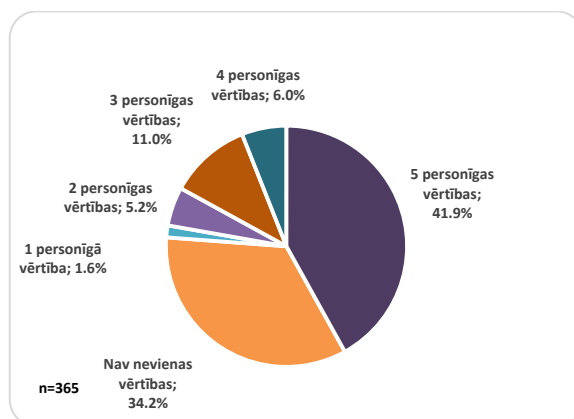
($r_s = -0,156$; $p < 0,05$) un 20. "Profesionālo vērtību sistēma" ($r_s = -0,183$; $p < 0,05$), kas liecina par ļoti nelielas tendences esamību, ka māsām ar 3. profesionālo izglītības līmeni pašvērtējums pacientu izglītošanā ir augstāks kā māsām ar akadēmisko izglītību.

Jautājums par pacientu izglītošanas ilgumu (skatīt 41. attēlu) ir būtisks faktors, kas izsaka pedagoģiskā procesa norisi laika vienībās. Konstatē, ka 39,1% dominējošā laika intervāls pacientu izglītošanai ir 6–10 minūtes, tāpat izlase min laiku līdz 5 minūtēm 18,3%, kas kvalitatīva pedagoģiskā procesa realizācijai ir neliels.

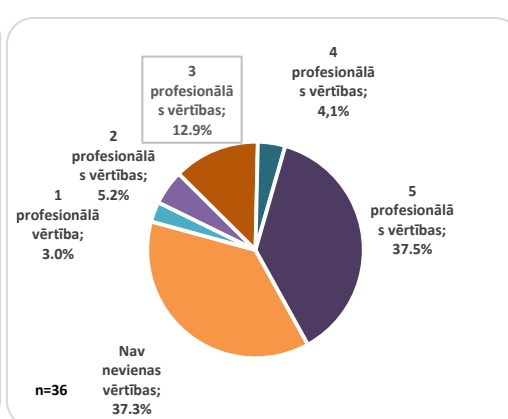


41. attēls. Māsu vērtējums par pacientu izglītošanai veltīto laiku

7. blokā izlases dalībniekiem bija nepieciešams ierakstīt piecas viņuprāt nozīmīgākās personīgās un profesionālās vērtības, kuru kopuma integrācija palīdz veikt kvalitatīvu pacientu izglītošanas darbu, kārtojot tās nozīmīguma secībā, ar skaitli 1 – atzīmējot visnozīmīgāko vērtību, bet ar 5 – zemāko vērtību. Apkopojot iegūtos datus, var secināt, ka nominēt piecas profesionālās vērtības spēj tikai 37, 5% izlases un personīgās vērtības nedaudz vairāk – 41,9% izlases dalībnieku (skatīt 42., 43. attēlus). Respondenti, kuri nav atzīmējuši nevienu no vērtībām, arī sastāda ievērojamu izlases daļu: 34,2% personīgās, bet 37,3% profesionālās vērtības, atklāj subjektīvu attieksmi pret vērtībām, ko ietekmē individuālā kultūras pakāpe. Izlases dalībnieki, kas atsaucās nominēt vērtības, demonstrē personības gribu un motivāciju.

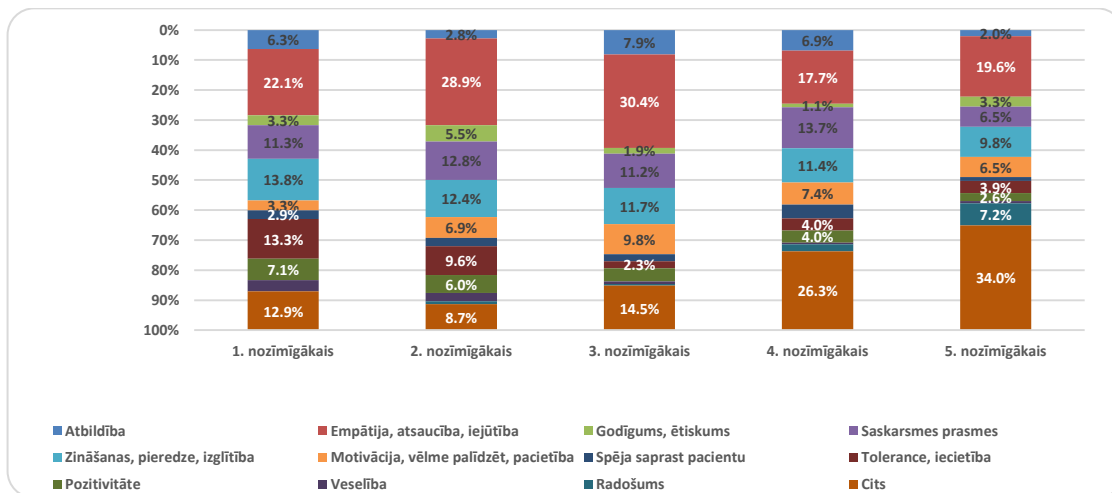


42. attēls. Personīgo vērtību kvantitāte



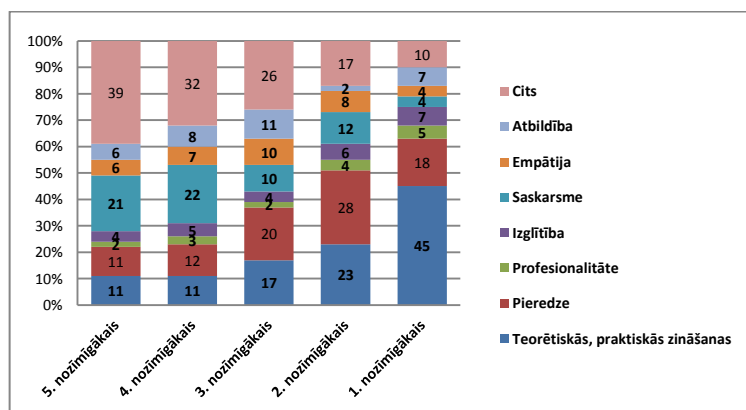
43. attēls. Profesionālo vērtību kvantitāte

Analizējot kvalitatīvi nominētās personīgās vērtības (skatīt 44. attēlu), klāsts ir visdažādākais, reizēm pārklājoties ar profesionālajām vērtībām. Personīgo vērtību klāstā dominē: tolerance, empātija un saskarsmes prasmes, kas arī personīgā skatījumā ir nozīmīgas komunikācijas veidošanā un profesionālā rakursā.



44. attēls. Māsu izlases personīgo vērtību kvalitatīvs atspoguļojums

Izlases dalībnieki secībā novērtē personīgās vērtības, ko saprot kā vērtību attiecībā pret sevi kā personību. Profesionālās vērtības izsaka kompetences līmeni. Atzīmētās vērtības ir konstruktīvas. Kā vērtība dominē teorētiskās un praktiskās zināšanas un to veidojošie elementi. Sadaļu *cits* gan profesionālās, gan personīgās vērtībās pārsvarā veido vērtību spektrs, kas ir attiecināms pie terminālām vērtībām (Rokeach, 1973): laime, miers, pašcieņa, brīvība, atbalsts, bērni, ģimene, sociālās vērtības – draugi, emocijas, jūtas, attiecības, ekonomiskās vērtības – nauda, u.c.



45. attēls. Māsu izlases profesionālo vērtību kvalitatīvs atspoguļojums

Profesionālo vērtību kvalitatīvais klāsts (skat. 45. attēlu), ko atzīmē izlases daļa, norāda uz profesionāla procesa progresīvu virzību, jo ietverti komponenti, kas atbilst

Latvijas Māsu asociācijas Māsu ētikas kodeksa principiem. Diemžēl ne vienā no anketām nebija nominēta absolūtā un nemainīgā vērtība - dzīvība, kas atbilst izlases profesionālajam spektram.

Empīriskā pētījuma ietvarā izveidotas pārskata tabulas izglītošanas darba aspektu salīdzināšanai divās izlasēs (māsas, studenti) parametriem, kuri anketās bija vienādi (skatīt 15., 16., 17. pielikumu). Statistiski tiek salīdzinātas vidējās vērtības par izglītošanas procesa pašnovērtējumu (skatīt 16. pielikumu), gan pielietoto līdzekļu un metožu klāstu (skatīt 17. pielikumu) un pedagoģiskā procesa ietekmējošos faktoros (skatīt 18. pielikumu). Māsu izlasē, doto parametru novērtējumā, konstatē statistiski zemākus atbilžu rezultātus, kas norāda par esošām problēmām pacientu izglītošanas darbā.

Secinājumi

- Māsas atzīmē, ka, lai veidotu efektīvas starppersonu attiecības, nav laika iedziļināties problēmās. Kā negatīvs izglītojošā darba apliecinājums ir, ka maz tiek pielietots dialogs, kā arī ne vienmēr tiek ievēroti konfidencialitātes principi, kas nenodrošina produktīvu sadarbību un turpmāko izglītojošo mijsakarību attīstību. Iegūtie rezultāti ir līdzīgi 2. fona pētījuma datiem, kuros analizēti pedagoģisko darbību veidojošie aspekti.
- Analizējot parametrus, ko māsas uzskata par nozīmīgākiem faktoriem, kas ietekmē darbu pacientu izglītošanas procesā, gan PVAC, gan SVAC izlasēs, pēc vidējās vērtības kā nozīmīgus konstatē psiholoģiskos un emocionālos faktoros: darba rutīnu, nemonetāro un monetāro stimulu, izglītojošā darba nodrošinājuma faktoros: bukletu, mulāžu, plakātu nodrošinājuma nepietiekamību darba vides faktoros: atsevišķu telpu trūkumu pacientu izglītošanai un zināšanu nepietiekamību darbam ar elektroniskiem resursiem.
- Izglītošanas procesa kvalitatīvie aspekti, pēc aprakstošās statistikas datiem, neuzrāda augstu novērtējumu un ir minimāla tendence atšķirībām. Pieaugot pieredzei, māsas izglīto pacientus daudzpusīgāk. Dažādos vecuma posmos pietāte pret izglītošanas procesu, izglītojot bez citu pacientu klātbūtnes ir atšķirīga.
- Māsas atzīmē, ka pacientu izglītošanai ieguldītais laika apjoms ir līdz 10 minūtēm. Rezultāts par izglītošanai atvēlēto laika diapazonu ir vienāds gan studentu, gan pacientu novērtējumam. Pacienti tiek izglītoti, ne tikai par gadījuma kontekstā noderīgiem jautājumiem, bet arī par citiem veselības aprūpes un profilakses jautājumiem.
- Vērtējot pacientu izglītošanā pielietotās metodes un līdzekļus pēc vidējās vērtības, iegūst rezultātus, ka tiek pielietotas daudzpusīgas pacientu izglītošanas metodes:

plakāti, mulāžas, audiovizuālie līdzekļi, interneta resursi, lekcijas. Iegūtie dati ne vienmēr apstiprinās pēc statistiskā nozīmīguma.

- Pētījuma izlase, neatkarīgi no izglītības līmeņa, pacientiem maz norāda kontaktus, atšķirībā no studentu izlases, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos, veicinot asinhronu konsultējošu pasākumu nodrošināšanu, kas spēj operatīvi novērst pārpratumus un radīt pacientu drošību.

- Personāla pietiekamību, PVAC māsas novērtē augstāk nekā SVAC izlase. Iegūtais rezultāts liecina, ka praksē tiek realizētas MK noteikumu prasības par divu māsu nodrošinājumu ģimenes ārstu praksēs.

- Pētījuma dalībnieku pašvērtējums profesionālajai tālākizglītībai (profesionālās tālākizglītības spektra analīze - 1. fona pētījums) un ir profesionālās lietpratības attīstības sastāvdaļa, konstatē atšķirīgu vērtējumu dažādos profesionālās pieredzes posmos. Rezultātos nepastāv statistiska vērtējuma maiņas tendence, palielinoties vai samazinoties pieredzei.

- Apgalvojumiem, kas liecina par pedagoģiskā procesa nodrošinājumu: „Zināšanas pedagoģijā”, „Zināšanas saskarsmes komunikācijā”, „Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai”, „Prasme pielietot informācijas tehnoloģijas pacientu izglītošanai” un „Prasme būt radošai izglītojot pacientus”, kuri ir būtiski pacientu izglītošanas procesa nodrošināšanai, pastāv neliela pozitīva vērtējuma paaugstināšanās tendence palielinoties pieredzei.

- Apkopojot rezultātus par pedagoģiskā procesa realizāciju pēc izglītības, gandrīz uz visiem apgalvojumiem iegūtās atbildes ir statistiski nozīmīgi atšķirīgas respondentiem ar dažādiem izglītības līmeņiem (skatīt 19. pielikumu). 50% no dotajiem apgalvojumiem statistiskā saistība ir vāja, un, iegūtie rezultāti liecina par nelielas tendences esamību izlasē, ka, pieaugot izglītības līmenim, samazinās vērtējums. 49% konstatē nelielas saistības un tendences esamību, kas norāda, ka māsām ar 3.profesionālo izglītības līmeni pašvērtējums pacientu izglītošanā ir augstāks kā māsām ar akadēmisko izglītību. Iegūtie rezultāti liecina, ka māsas ar augstāko izglītību spēj paškritiski novērtēt pacientu izglītošanas procesa aspektus, neradot profesionālās darbības “oreola efektu”.

- Mazāk kā puse no respondentēm spēj nominēt piecas profesionālās un piecas personīgās vērtības, demonstrējot subjektīvu to izpratni, kas sekundāri uzskatāms par profesionālās attieksmes kritēriju. Vērtību nominācijas deficītu var uzskatīt kā raksturojošu parādību, kas sekundāri norāda uz atšķirībām starp māsu personīgajām un veselības aprūpes organizāciju vērtībām.

SECINĀJUMI

1. Pacientu izglītošana, kas procesā var transformēties par pacientu izglītošanos, ir nozīmīga māsu profesionālā darba sastāvdaļa, kurā māsas apliecina savu līdzdalību pacientu veselības saglabāšanas, uzturēšanas un profilakses jautājumu risināšanā, ko reglamentē māsu profesionālās darbības īstenošanas tiesiskā un normatīvā bāze, kas sniedz ieguldījumu sabiedrības veselības aprūpes politikas īstenošanā.
2. Teorijām un atziņām, kuras piemērojamas māsu pedagoģiskās prakses nodrošināšanai, vienojošais ir humānās pedagoģijas pamatprincips: cilvēks – subjekts, individualitāte. Neatkarīgi no profesionālās specializācijas, svarīgs ir māsu kā procesa vadītāju zināšanu kopums medicīnā, pedagoģijā, psiholoģijā un ētikā, ko papildina personisko, profesionālo un sadarbību veicinošo vērtību interiorizācija. Tas ir pamats eklektiskai pieejai, kas sekmē izglītošanas mērķa noteikšanu, procesa plānošanu, realizāciju, attīstīta pacientiem nozīmīgas tagadnes vai nākotnes perspektīvas, piedāvā risinājumus katrai situācijai.
3. Pētījuma rezultāti atklāj māsu personiskās un profesionālās vērtības, norādot uz vērtību prioritāšu atšķirībām, augstāk vērtējot profesionālās un starppersonu sadarbības vērtības vispārīgā māsu identitātes tēla analīzē, ne kā pašvērtējumā. Kā primāra, māsu un studentu izlasēs, tiek identificēta *atbildība*, kas liecina par respondentu autonomijas izpratni. Augstu tiek novērtēta *uzticamība*, *godīgums*, *savaldība* un *noteiktība*, kuru esamība ir nozīmīga produktīvā mījsakarību attīstībā.
4. Datu analīzē par profesionālās lietpratības komponentiem, kas sekmē produktīvu mījsakarību attīstību, respondenti sniedz zemu vērtējumu vērtībām *līdzjūtība*, *ieciētība*, *izpalīdzība*, kas nozīmīgas starppersonu attiecībās un izsaka empātijas esamību, kas balstīta uz vēlmi otram palīdzēt gan kognitīvi, gan emocionāli. Abas respondentu grupas: māsas un studenti tikai daļēji spēj izvērtēt personīgo un profesionālo vērtību redzējumu, demonstrējot to izpratnes deficītu, vai arī personisko attieksmi.
5. Māsas atzīmē ārējo faktoru ietekmi uz izglītības procesa īstenošanu: *darba vide un organizācija*, *nemonetāri (atzinības) un monetāri (atalgojums) stimuli*, *personāla nepietiekamība*, kā arī *bukletu, mulāžu un plakātu nodrošinājuma nepietiekamība*, *nepietiekošu zināšanu apjomu darbam ar elektroniskajiem resursiem*. Atsevišķs telpu trūkums pacientu izglītošanai, ko kā aktuālu atzīmē gan māsas, gan studenti, norāda uz svarīgas problēmas aktualitāti veselības aprūpē, jo, izglītojot pacientu citu sabiedrības locekļu klātbūtnē, tiek pārkāpta pacienta intimitāte un konfidencialitāte.

Minēto faktoru kopums māsām attīsta emocionālo spriedzi, izsīkumu un pacientu izglītošanas profesionālās atbildības virspusējību, kā arī sekundāri veicina negatīvas *darba rutīnas* veidošanos.

6. Izglītojošā darba realizācijā lielākā daļa māsu sadarbībā ar pacientu ir „nogaidošā” pozīcijā, tā vēloties ierobežot komunikācijas procesu, ko apliecina uz pacientu orientētu komunikatīvo kompetenču (*dialogs*), atgriezeniskās saites saņemšanas, kā arī kritiskā konstruktīvisma izpausmes (sistemātiska *refleksija*) deficīts, kaut gan starppersonu sadarbības aspektu analīzē respondenti *komunikācijas* nozīmi vērtē pozitīvi.
7. Daudzpusīgie ārējie (darba organizācija) un iekšējie (māsu kā personību) ietekmju faktori sekmē vienvirziena pacientu izglītošanas tradīciju. Izglītojošais darbs ir vērsts uz mērķi nevis uz rezultātu, neveicinot diskusiju, neiesaistot pacientu jaunu pieeju apspriešanā, lai nodrošinātu veselības saglabāšanu, uzlabošanu vai profilaksi. Iegūtie rezultāti daļēji atspoguļo reālo situāciju pacientu izglītošanā.
8. Lai gan pacientu izglītošanas procesa īstenošanā māsas ar lielāku darba stāžu vērtē savu darbu pozitīvi un ir pārliecinātas, ka veic to vispusīgi, ne visos gadījumos vērtējumi apstiprinās pēc statistiskā nozīmīguma. Atšķirīgu pašvērtējumu par pedagoģisko aspektu realizāciju sniedz māsas ar augstāku izglītības līmeni (bakalaura grāds, maģistra grāds), kuru vērtējumi pacientu izglītošanā ir izsvērti un paškritiski.
9. Pētījumā iegūtais rezultāts liecina, par studentu analītiskās pieejas vienkāršotu izpratni un norāda uz kritiskā konstruktīvisma padziļinātas izpratnes veidošanas nepieciešamību formālā studiju procesā, motivējot studentus, pētījuma instrumentos aprakstošo jautājumu – *KAS?* papildināt ar analītiskiem jautājumiem – *KĀ?KĀPĒC?*, gan vērtējošo jautājumu *KO?*, veidojot padziļinātu problēmu analīzi.
10. Studentu izlase pacientu izglītošanas procesā ir atvērta un pielieto saskarsmes elementus, kas nodrošina efektīvu komunikāciju. Tomēr, vērtējot studiju procesā apgūtās zināšanas pedagoģijā, un, īstenojot tās praktiskajā darbībā, novērtē tās kā nepietiekošas. Iegūtais rezultāts sekundāri norāda uz studiju programmas *Māszinības* studiju kursa *Pedagoģija* satura un nodarbību realizācijas kvalitātes analīzes nepieciešamību, uzsverot dialoga, atgriezeniskās saites un refleksijas nozīmi. Arī studentu izlase norāda uz būtisku veselības aprūpes sistēmas aktualitāti, ka darba noslodze ietekmē pacientu izglītojošās darbības īstenošanu praksē.
11. Pedagoģisko kompetenču pilnveidošanu sekmē profesionālā tālākizglītība (formālā, neformālā), kas attīsta lietpratību un harmonizē ar profesionālās identitātes attīstību.

Māsas aktīvi piedalās esošo/jaunu zināšanu papildināšanā/ieguvē, kā nosaka likumdošanas prasības par māsu reģistra atjaunošanu. Kursu apmeklējumiem saskarsmē un pedagoģijā tiek konstatēta ievērojama negatīva disproporcija attiecībā pret apmeklētajiem kursiem profesionālo specializāciju jomā.

12. Pacientu izlase aptaujā norāda, ka PVAC un SVAC māsas veic pacientu izglītošanu par daudzpusīgām tēmām, uzsverot, ka māsu verbālās un neverbālās komunikācijas nozīmīgumu, kā arī izglītojošās darbības nodrošinājumu (metodes, līdzekļi).
13. Analizējot pacientu viedokli par pedagoģiskā procesa kvalitāti, biežāk tiek minēts apgalvojums – *izglīto nepārliecinoši, nav īpaši aktīvas, gaida, ko sacīs ārsts, reti pārliecinošas, cik lielā mērā informāciju ir sapratīs pacients*, kas atbilst pedagoģisko zināšanu – elementāram līmenim. Iegūtais rezultāts pēc statistiskās analīzes rezultātiem nav uzskatāms par viennozīmīgu tendenci, kas ļauj secināt, ka pacientu izglītošanas procesa nodrošināšanu profesionālās lietpratības kontekstā veic māsas ar dažādiem profesionālās attīstības līmeņiem.
14. Profesionāli lietpratīga pacientu izglītošana ir balstīta uz pacientu orientētu, holistisku pieeju, kritiski izvērtējot situāciju Ko? Kad? Kā? perspektīvās, piemērojot atbilstošas izglītošanas metodes un līdzekļus, atgriezenisko saiti un refleksiju, lai pilnveidotu pacientu izziņu un/vai psihomotorās prasmes, kas nevienmēr tiek konstatēts pacientu izglītojošās darbības īstenošanā.
15. Pacientu izglītošanas procesa realizāciju veselības aprūpē ietekmē individuālu un ārēju faktoru kopums. Lai sekmētu profesionālo lietpratību pacientu izglītošanā, nodrošinātu pacientiem kognitīvās un sociālās realitātes izpratni un/vai psihomotorās prasmes, neizslēdzot potenciālo pacienta sadarbību un līdzatbildību, māsām ir svarīga izglītošanas procesa mijšakarību nozīmes izpratne un to funkcionāls nodrošinājums.

IETEIKUMI

1. Balstoties uz teorētisko atziņu analīzi un promocijas darba teorētisko koncepciju, autore piedāvā pedagoģiskajā praksē aktualizēt konceptuālu teorētisko atziņu kopumu, kas uzskatāmi atspoguļo māsu profesionāli lietpratīgas izglītojošās darbības īstenošanu un ir integrējams studiju kursa *Pedagoģija* realizācijā:
 - profesionāli lietpratīgas māsu pacientu izglītošanas koncepcijas atziņu, definējot, ka: *„profesionāli lietpratīga pacientu izglītošana ir balstīta uz pacientu orientētu, holistisku pieeju, kritiski izvērtējot situāciju Ko? Kad? Kā? perspektīvās, piemērojot atbilstošas izglītošanas metodes un līdzekļus, atgriezenisko saiti un refleksiju, lai pilnveidotu pacientu izziņu un/vai psihomotorās prasmes”*,
 - *māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijšakarības*, kuras atspoguļo profesionāli lietpratīgu pacientu izglītošanas/ās procesa realizāciju (komunikācija, novērtējums, metodes, līdzekļi, atgriezeniskā saite, refleksija) un procesa dalībnieku (māsa, patients) potenciālās ietekmes.
2. Autore uzskata, ka izglītības procesā lielāka uzmanība jāpievērš organizatorisko un satura aspektu pilnveidei (praktiskajās nodarbībās), kuri veicina ne tikai topošo māsu izpratni par pacientu izglītošanu, bet jau studiju procesā veido apziņu, ka iespējama profesionāli lietpratīga pacientu izglītošanas realizācija, norāda augstāku sasniedzamo mērķi, nodrošinot ikvienam gadījumam individuālu pieeju:
 - pedagoģiskās darbības faktoru analītiska kopsakarību apzināšana, jo pacientu izglītošana ir pacienta vajadzībām orientēts mērķtiecīgs vai intuitīvs mācību process, kurā iespējams organizēt pacienta līdzdarbību, izglītojot par veselības saglabāšanu, uzturēšanu vai slimību profilaksi un rīcību konkrētu saslimšanu gadījumā,
 - pacientu orientēta komunikācija kā efektīva mijiedarbības forma, jo atvērtas komunikācijas centrā ir patients kā indivīds, sabiedrības loceklis ar individuālu problēmu. Aktīva komunikācija un empātija ir dialoga veidošanās priekšnosacījums, kurā būtisks pacienta intrapersonālo (personas iekšējās) un interpersonālo (saskarsmes un sociālo) prasmju novērtējums, ņemot vērā subjekta (pacienta) personiskās īpašības, saredzot katru pacientu kā vērtību, respektējot viņa vērtību orientāciju,

- diskusiju organizācija, kurā notiek domu apmaiņa subjekts – subjekts attiecībās. Tikai noskaidrojot situācijas būtību, uzskatu, viedokļu atšķirības un vienojoties par lēmuma pieņemšanu, var virzīties uz mērķi,
 - kritiskā konstruktīvisma kompetenču pilnveide: atgriezeniskās saites saņemšanas praktisko iemaņu un refleksijas kā iekšēja monologa un pedagoģiskā procesa neiztrūkstoša sastāvdaļas pielietošana.
3. Ieteikumi attiecināmi uz māsu izglītojošo pilnveidi formālā izglītībā un profesionālajā tālākizglītībā, jo māsām nemitīgi jāpilnveido profesionālās kompetences, tai skaitā arī pedagoģijā.

AIZSTĀVĒSANAI IZVIRZĪTĀS TĒZES

1. Profesionāli lietpratīga pacientu izglītošana ir balstīta uz pacientu orientētu, holistisku pieeju, kritiski izvērtējot situāciju Ko? Kad? Kā? perspektīvās, piemērojot atbilstošas izglītošanas metodes un līdzekļus, atgriezenisko saiti un refleksiju, lai pilnveidotu pacientu izziņu un/vai psihomotorās prasmes.
2. Profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā izpaužas vairāku faktoru ievērošanā, kuri ir savstarpēji papildinoši:
 - profesionālo vērtību faktors,
 - kopveseluma pieeja/faktors,
 - pedagoģiskā procesa organizācijas faktors,
 - profesionālo zināšanu pilnveides faktors.
3. Māsu lietpratīga pedagoģiskā darbība palīdz pacientam izprast situāciju, nodrošina pacientu izglītošanu/izglītošanos, zināšanu, nepieciešamo iemaņu un/vai prasmju pirmreizēju apguvi vai to pilnveidi jaunā kvalitātē. Rezultātā pacients var paaugstināt motivāciju uzvedības vai dzīvesveida paradumu maiņai, veselīga dzīves veida ievērošanai un/vai apzināties personīgās līdztbildības nozīmi, lai uzlabotu vai saglabātu esošo veselības stāvokli.
4. Lietpratīgi vadīts pacientu izglītošanas process, kurā māsas nodrošina efektīvu mijiedarbību, integrējot deklaratīvās, procedurālās, procesuālās un nosacītās zināšanas, situāciju kontekstam svarīgo perspektīvu rakursā, apliecina māsu metakognitīvo resursu kapacitāti, nodrošina pacienta zināšanas, drošību un labizjūtu, kā arī sniedz ieguldījumu veselības aprūpes kvalitātes novērtējumā.
5. Māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijsakarības (komunikācija, novērtējums, metodes, līdzekļi, atgriezeniskā saite, refleksija), kas veidotas uz pacientu orientētas komunikatīvās kompetences fona subjekts – subjekts attiecībās, ievērojot pedagoģisko taktu un konfidencialitāti, sekmē veselības aprūpes saņēmēju uzticību un apmierinātību. Mijsakarības ir papildinošas profesionāli lietpratīgai pacientu izglītošanas būtībai un atklāj procesā iesaistīto subjektu (māsa/pacients) iespējamo ietekmju daudzpusību, komunikācijas un pedagoģisko pamatfunkciju saistību.

NOBEIGUMS

Promocijas darba „*Māsu profesionālā lietpratība pacientu izglītošanas procesā*” izstrāde sākusies 2011. gadā, kas ir kā turpinājums autores maģistra darbam „Refleksijas nozīme māsu izglītībā un profesionālajā darbībā”, kurā tika konstatētas pretrunas starp studiju procesā orientēto studentu izpratni un prakses norisi veselības aprūpes iestādēs.

Iestrādes virzīja autores vēlmi padziļināti analizēt teorētiskos aspektus māsas – pacienta mijiedarbības veicināšanai, analizējot formālās un profesionālās tālākizglītības ietekmi uz māsu profesionālās darbības attīstību, pacientu izglītošanai nepieciešamā nodrošinājuma nozīmi, kā arī pacientu izglītošanas darba veicēja – māsas individuālās ietekmes. Izvērtējot teorētiskās atziņas, tiek secināts, ka pedagoģiskā darba kvalitātes nodrošināšanai veselības aprūpē būtiska nozīme ir izglītojošā procesa mijšakarībām starp procesa dalībniekiem. Lai atklātu mijšakarību funkcionalitāti, tika veikts empīrisks pētījums trīs izlasēs (topošie profesionāļi, pacienti, māsas).

Promocijas darba teorētiskajā un empīriskā pētījumā ir rastas atbildes izvirzītajiem uzdevumiem, apzināti faktori, kas ietekmē māsu profesionālās lietpratības attīstību pacientu izglītošanā. Diagnosticētas māsu profesionālo identitāti veidojošās un ietekmējošās vērtības, identificētas raksturīgākās kļūdas pacientu izglītošanā, konstatētas māsas izglītojošās darbības ietekmes izpausmes pacientu izglītošanas procesā, atklāti un raksturoti māsu profesionālās lietpratības komponenti pacientu izglītošanā. Darba autore atklāj *profesionāli lietpratīgas pacientu izglītošanas* jēdziena būtību, to definējot, kā arī teorētiski un empīriski pamato *māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijšakarības* (komunikācija, novērtējums, metodes, līdzekļi, atgriezeniskā saite, refleksija).

Promocijas darbā tiek gūts apstiprinājums izvirzītai pētījuma hipotēzei, veidoti pamatoti secinājumi un ieteikumi.

Lai padziļināti izvērtētu topošo veselības aprūpes darbinieku profesionālo vērtību attīstību un apgalvotu, ka izglītības process ir topošo veselības aprūpes speciālistu vērtību sekmētājs, nepieciešams veikt pētījumu ar vienu un to pašu izlasi vismaz trīs gadus.

Promocijas darba rezultātā izvirzās tālākas pētniecības virzieni:

1. Pacientu izglītošanas līdzekļu integrācija darbā ar dažāda vecuma pacientiem.
2. Studiju procesa ietekmes efektivitāte profesionālo vērtību attīstībā.

Izmantotie avoti un resursi

1. Ābele, A. (2002). *Topošo sporta pedagogu prioritārās vērtības*. Rīga : LU Zinātniskie raksti J. Krastiņa redakcija. Nr. 655, 596-601 lpp.
2. Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and human decision processes* 50, 179-211. Pieejams: <http://www.cas.hse.ru/>
3. Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
4. Al Wahbi, A. (2014). The need for faculty training programs in effective feedback provision. *Advances in Medical Education and Practice. No:5* 263–268 Pieejams: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144936/> [PDF]
5. Alidina, K. (2013). Professionalisms in post-licensure nurses in developed countries. *Journal of Nursing Education and Practice. Vol 3. No 5* (online) DOI: 10.5430/jnep.v3n5p128
6. Allen, S. (2010). The revolution of nursing pedagogy: a transformational process. *Teaching and learning in Nursing. Vol. 5, Issue 1, Pages 33-38.* DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2009.07.001>
7. Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York : Holt, Rinehart, & Winston
8. Andersons, LW, & Krathwold, D. (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assesing: A Revision of Bloom`s taxonomy of Educational Objectives*. New York: Longman.
9. *Analītisks ziņojums - Latvijas iedzīvotāju veselība, (2012)*. Slimību profilakses un kontroles centrs. Pieejams: file:///Z:/PROM%202015/ANITA%2003%202015/Visparejais_zinojums_2012.pdf
10. *ANO Vispārējā Cilvēktiesību Deklarācija*. 1948. Pieejams: <http://www.tiesibsargs.lv/tiesibu-akti/ano-dokumenti/ano-vispareja-cilvektiesibu-deklaracija/>
11. Apsalons, E. (2012). *Valodas lietojuma loģika*. Rīga: Zvaigzne ABC.
12. Aristotelis. (1985). *Nikomaha ētika*. Rīga : Zvaigzne.
13. *Ārstniecības likums*. LR, Saeima. 1997. 01.10. Pieejams: <http://likumi.lv/doc.php?id=44108>
14. Baillie, L., Black, S. (2014). *Profesional Values in Nursing*. CRC Press.
15. Baldacchino, D., Galea, P. (2012). Student nurses' personality traits and the nursing profession: part 2. *British journal of Nursing*. May 10-23; 21(9):530-5.

16. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
17. Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
18. Bastable, S. (2006). *Essentials of Patient Education*. Jones & Barlett Learning.
19. Bayers, J., White, S. (2004). *Patient Safety, Principles and Practice*. Springer Publishing Company.
20. Bednarz, H., Schim, S., Doorenbos, A. (2010). *Cultural Diversity in Nursing Education: Perils, Pitfalls, and Pearls*. doi: 10.3928/01484834-20100115-02 Pieejams: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921036/?report=reader>
21. Behi, R., Nolan, M. (2014). *Ethical issues in research*. Published Online. Pieejams: DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.1995.4.12.712>
22. Beļickis, I. (2000). *Vērtīborientētā mācību stunda*. Rīga: RaKa.
23. Bell, M., Buelow, J. (2014). Teaching students to work with vulnerable population's through a patient advocacy course. *Nurse Educ.* Sep-Oct; 39(5):236-40. doi: 10.1097/NNE.0000000000000063.
24. Benner P, Kyriakidis P, Stannard D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-inAction Approach, Second edition*. New York, NY: Springer Publishing.
25. Benner, P. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Commemorative Edition*. Prentice Hall.
26. Benner, P., Supthen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
27. Benson, S, Dundis, S. (2003). Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *Journal of Nursing Management*, Nr. (11), pp. 315–320.
28. Blīgzne, A. (2002). *Personas pašizglītības teorētiskie pamati*. Starptautiski zinātniskā konference „Teorija un prakse skolotāju izglītībā” materiāli.
29. Boore, J, Deeny, P. (2012). *Nursing Education Planning and Delivering the Curriculum*. SAGE Publications Ltd.
30. Blūma, D. (2011). *Paradigm maina izglītībā*. <https://www.profizgl.lu.lv/mod/resource/view.php?id=23304>
31. Bomar, J. (2004). *Promoting Health in Families*. Elsevier Health Sciences
32. Briede, B., Pēks, L. (2011). *Ekoloģiska pieeja izglītībā*. Sērija Izglītības ekoloģija Jelgava, LLU, IMI.

33. Brykczynski, (1998), Clinical exemplars describing expert staff nursing practices. *Journal of Nursing Management*, 6: 351–359. doi:10.1046/j.1365-2834.1998.00088.x
34. Brockett, R. G., , Hiemstra, R. (1991). *Self-Directed Adult Learning: Perspective in Theory, Research and Practice*. NewYork:Reoutledge.
35. Brown, S. Lent, R., Hacket, G. (2000). Contextual Supports and Barriers to Career Choice: A Social Cognitive Analysis. *Journal of Counselling Psychology Vol. 47, No. 1*, 36-49 <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.36>
36. Bryant-Lukosius, D, DiCenso,A, Browne, G, Pinelli, J, *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. Advanced practice nursing roles*, Blackwell Publishing Ltd. 48(5), 2004, pp. 519–529.
37. Brykczynki, K., Benner, P. (2014). *Caring, Clinical Wisdom, and Ethics in Nursing Practice*. Alligood, M. *Nursing Theorists and their Work*, 8th Edition. Elsevier/Mosby.
38. Buiķe, I., Baķe, M. (2009). *Latvijas veselības aprūpes darbinieku darbaspēju pašvērtējums un tā saistība ar darba vides riska faktoriem pēc 2002. gada un 2006. gada aptauju datiem // RSU Zinātniskie raksti. Rīga : RSU, 2009.- 274-284 lpp.*
39. Bulman, Ch., Scutz, S. (2013). *Reflective Practice in Nursing, 4 th Edition*. Wiley – Blackwell.
40. Burnard, P., Hebden, U., Edwards, D. (2001). Self-esteem and student nurses: an account of a descriptive study. *Nursing & Health Science*. Mar;3(1):9-13.
41. Callista R., *The Roy Adaptation Model*. Pieejams: <http://nursingtheories.weebly.com/sister-callista-roy.html>
42. Campbell, C., Murray, M. (2004). Community health psychology: promoting analysis and action for social change. *Journal of Health psychol*. Mar; 9 (2):187-95.
43. Casey, A., Wallis, A. (2011). Effective communication: Principle of Nursing Practice. *E. Nursing Standard*. 25, 32, 35-37. Pieejams: https://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/380795/Nursing_Standard_Principle_E_April11_563KB.pdf
44. *Cedof glosārijs* (2008). (Cedefop) http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/128LV.pdf
45. Čehlova, Z, Špona A.(2004). *Pētniecība pedagogijā*. Rīga : RaKa.
46. Čehlova, Z. (2002). *Izziņas aktivitāte mācībās*. Rīga : RaKa.
47. Čehlova, Z. (2003). *Skolēnu integratīvo prasmju veidošanās*. Rīga : RaKa.
48. Chalamon, I, Chouk, I., Heilbrunn, B. (2010) *Typology of Patients` Expectations towards the Health-Care System: A Semiotic Approach*. Pieejams: http://www.iae.univ-lille1.fr/SitesCongres/JIMS/images/1_Chalamonchoukheilbrunn.pdf

49. Charles C, Gafni A, Whelan T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 49:651-61
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.003>
50. Circenis K. (2013). *Praktizējošu māsu profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālie aspekti un tos ietekmējošie faktori*. Promocijas darbs, RSU, teorētiskajā medicīnā.
51. Copertaro, A., Bracci, M., Gesuita, R.m Carle, F., Amati, M., Baldassari, M., Mocchegiani, E., Santarelli, L. (2011). Influence of Shift-work on Selected Immune Variables in Nurses. *Industrial Health, Vol. 49, 597-604*
http://www.jniosh.go.jp/en/indu_hel/doc/IH_49_5_597.pdf
52. Cromley, J. (2000). *Learning to think, learning to learn: what the science of thinking and learning has to offer adult education*. Washington: National Institute for Literacy.
53. Dal Santo, L., Pohl, S., Saiani, L., Battistelli, A. (2014). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too? *Journal of Nursing Education and Practice. Vol. 4, No. 2.* DOI: 10.5430/jnep.v4n2p74
54. Danielson, Ch. (2013) *The Framwork for Teaching Evaluations Instrument*. Pieejams: <http://usny.nysed.gov/rttt/teachers-leaders/practicrubrics/Docs/danielson-teacher-rubric-2013-instructionally-focused.pdf>
55. Davies, E. (2008). Clinical role modelling: uncovering hidden knowledge. *Journal of Advanced Nursing. Volume 18. Issue 4, pages 627 – 636.* DOI: 10.1046/j.1365-2648.1993.18040627.
56. Decety, J., & Jackson, P. L. (2006). A social-neuroscience perspective on empathy. *Current Directions in Psychological Science. 15: 54-58.* <http://dx.doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00406.x>
57. Deklava, L. (2012). *Personību raksturojošie faktori un profesionāli revalentā uzvedība veselības aprūpē strādājošiem*. Promocijas darbs, RSU, teorētiskajā medicīnā.
58. Dempsey, J. (2009). Nurses values, attitudes and behaviour related to falls prevention. *Journal of clinical nursing. Mar;18(6):838-48.* doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02687.x.
59. Dewey, J. (1930). *Democracy and Educations an Introduction to the Phylosophy of Education*. The Macmillan Company.
60. Dewey, J.(1938). *Expierence and education, 21 edition*. TOUCHSTONE Rockefeller center
61. DiClemente, R., Crosby, R. (2011). *Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications*. Jones & Bartlett Publishers.

62. Diltejs, V. (2007). *Vēsturiskās pasaules uzbūve gara zinātnēs*. Rīga: Kentauris XXI, IV, Nr. 42., 4.–17.lpp.
63. Dinmohammadi, M., Peyrovi, H., Mehrdad, N. (2013). Concept analysis of professional socialization in nursing. *Nursing Forum*. Jan-Mar;48(1):26-34. doi: 10.1111/nuf.12006.
64. Dirba, M. (2003). *Latvijas identitāte: pedagoģiskais aspekts*. Rīga : RaKa.
65. Dossey, B., Keegan, L. (2013). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. Burlington, MA : Jones & Barlett Learnig.
66. Dreyfus H. & Dreyfus St. (1986). *Mind Over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York: The Free Press.
67. Dreyfus, St. (2004). The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. *2 Bulletin of Science Technology & Society* 24: 177 DOI: 10.1177/0270467604264992 <http://bst.sagepub.com/content/24/3/17>
68. Driscoll, J. & Teh, B. (2001). The potential of reflective practice to develop individual orthopaedic nurse practitioners and their practice. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5, 95-103. Pieejams: http://www.gloshospitals.nhs.uk/PED/PED%20Documents/Unit_8_Reflective_practice.pdf ; <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1361311101901505>
69. Duchscher, J. (2003). Critical thinking: perceptions of newlygraduated female baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Education* 42(1), 1–12.
70. Duchscher, J. (2008). A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 39(10), 441–450.
71. Edwards, A., Elwyn, G., (2009) *Shared Decizion – making in Haelth Care: Achieving Evidence- based Patient Choise. Second Edition*. Oxford University Press.
72. Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu. Nr. 2013/55/ES. *Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis*. 2013. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:LV: pdf>
73. Eiropas Parlamenta un Padomes regula programmai “Veselība un izaugsme pilsoņiem” — *ES daudzgadu rīcības programma veselības aizsardzības jomā 2014.–2020. gadam*. Brisele : Eiropas Komisija. Pieejams: http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_lv.pdf
74. Elliott, J. (2010). Insights to Transformative learning trough Education for Sustainable development. *Learning and Teaching in Higher Education, Issue 5*, pp. 96-113. Pieejams:

- http://insight.glos.ac.uk/tli/resources/lathe/Documents/issue%205/articles/Lathe_5_J%20Elliott.pdf
75. Ely, C., Scott, L. (2007). *Essential Study Skills for Nursing*. Mosby Elsevier, Edinburgh.
76. Eraut, M. (2004). Transfer of Knowledge between Education and Workplace Settings. In H. Rainbird, A. Fuller and A. Munro (eds). *Workplace Learning in Context*. London : Routledge, pp. 201.–221.
77. Eriksons, E. (1998). *Identitāte: jaunība un krīze*. Rīga: Jumava.
78. *Eurobarometer Qualitative Study PATIENT INVOLVEMENT Aggregate Report May 2012*. Pieejams:
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_5937_patient_en.pdf
79. Ferrer, J., Romero, R., Albareda, R. (2005). Integral Transformative Education A Participatory Proposal. *Journal of Transformative Education* Vol. 3 No. 4, October 2005 1-000 DOI: 10.1177/1541344605279175 Pieejams:
<http://www.ciis.edu/Documents/integral%20transformative%20education.pdf>
80. Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. MA : Addison-Wesley.
81. Friberg, F., Bergh, A., Granum, V. (2012). Nurses' patient-education work: conditional factors – an integrative review. *Journal of Nursing Management, Volume 20*, pp. 170.–186. Pieejams; 41D00116-7553-4EBF-9A1E-B6B4C5A8B7AA.pdf
78. Garner, R. (1987). *Metacognition and Reading Comprehension*. Norwood; Ablex.
79. Gawronski, B., Strack, F. (2012). *Cognitive Consistency A Fundamental Principle in Social Cognition*. The Guilford Press. Pieejams:
<http://www.guilford.com/excerpts/gawronski2.pdf>
80. Geidžs N.L./ Berliners D.C. (1999). *Vispārīgā pedagoģija*. Rīga: Zvaigzne ABC.
81. Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing. A Guide to Teaching and Learning Methods*. Further Education Unit, Oxford Polytechnic. Oxford cited in Jasper M (2003) *Foundations in Nursing and Health Care. Beginning Reflective Practice*. Nelson Thornes. Cheltenham.
82. Gilligan, C. (1982) *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press.
83. Gobet, F., Chassy, P. (2008). Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing International. *Journal of Nursing Studies* 45 pp. 129–139. Pieejams; http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/17337269/Towards_an_alternative_to_Benner's_theory_of_expert_intuition_in_nursing:_a_discussion_paper_

84. Grant, S, VanSledright, A. Bruce (2014). *Elementary Social Studies: Constructing a Powerful Approach to Teaching and Learning*. Third editon. Routledge.
85. Guilford, J.P. (1967). *The Nature of Human Intelligence*. McGraw-Hill, New York.
86. Gudjons, H. (2007). *Pedagoģijas pamatatziņas*. Rīga: Zvaigzne ABC.
87. Hagele R. (2006). *Pašnovērtējums mācību procesā*. Rīga : RaKa.
88. Haggerty, L., Grace, P. (2008). Clinical wisdom: the essential foundation of "good" nursing care. *Journal of Profesional Nursing*.Jul-Aug;24(4):235-40. doi: 10.1016/j.profnurs.2007.06.010.
89. Halse, K.M., Fonn, M. and Christiansen, B. (2014). Health Education and the Pedagogical Role of the Nurse: Nursing Students Learning in the Clinical Setting. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4, 30-38. Pieejams: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n3p30>
90. Harper, C.,(2009). *Critical analysis of the Discourse of Competencies Professional Nursing Practice*. Pieejams: [http://researcharchive.wintec.ac.nz/531/1/hlnu902_Critical_Analysis_\(2\)_FINAL.pdf](http://researcharchive.wintec.ac.nz/531/1/hlnu902_Critical_Analysis_(2)_FINAL.pdf)
91. Harré, R. (1983). *Personal Being: a Theory for Individual psychology*. Oxford: Blackwell
92. Heider, F., (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. John Wiley & Sons.
93. Hercborg, F. (1968). *One More Time: How do you Motivate Employees?* Harvard Business Review. 2003 jan; 81 (1): 87-96 Pieejams: <https://hbr.org/2003/01/one-more-time-how-do-you-motivate-employees>
94. Hercborg, F. (1987). *One more time: How do you motivate employees?* Harvard Business Review.
95. Hogan, M. (2008). *Public health nursing practice in Canada: A review of the literature*. <https://www.chnc.ca/documents/PublicHealthNursingPracticeinCanadaAReviewoftheLiterature2008.pdf>
96. Hogan, R. (2005). In Defense of Personality Measurement: New Wine for Old Whiners. *Human Performance*, 18 (4), pp. 331–341. Pieejams: http://www.mentis.international/assets/02040_indefense-of-pers-measurement.pdf
97. Horton, K., Tschudin, V., Forget, A. (2007). The value of nursing: A literature review. *Nursing Ethics*. 14:7pp. 16–40. Pieejams: <http://nej.sagepub.com/content/14/6/716.long>

98. Huitt, W. (2006). The cognitive system. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta, GA: Valdosta State University. Pieejams: <http://www.edpsycinteractive.org/topics/cognition/cogsys.html>
99. Huserls, E. (2002). *Fenomenoloģija*. Rīga : LU Filozofijas un socioloģijas institūta apgāds.
100. *International Classificaton For Nursing Practice*. Pieejams: <http://www.icn.ch/what-we-do/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>
101. Ivarsson, B. Nilsson, G. (2009). The subject of pedagogy from theory to practice-- the view of newly registered nurses. *Nurse Education Today*. Jul;29(5):510-5. doi: 10.1016/j.nedt.2008.11.009. Epub 2008 Dec 31.
102. Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today*, Vol 12, No.3 pp 174 – 181 Pieejams: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917>
103. Jasper, M. (2006). *Professional Development, reflection and Decision – making*. Blackwell Publishing.
104. Jasper, M. (2011). *Vital Notes for Nurses: Professional Development, Reflection and Decision-making*. JohnWiley&Sons.
105. Johnson, A, Sandford, J, Tyndall, J. (2008). *Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home* (Review) . <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ1/docs/johnson.pdf>
106. Jurgena, I. (2002). *Vispārīgā pedagogija: mācību līdzeklis*. Rīga : N.I.M.S.
107. Kants, I. (1988). *Praktiskā prāta kritika*. Rīga : Zvaigzne.
108. Karpova, Ā. (1994). *Personība un individuālais stils*. Rīga : LU.
109. Kenzie, A., Cameron, K, A., (2009). A practitioner`s guide to persuasion: An overview of 15 sellected persuasion theories, models and frameworks. *Patient Education and Counseling* 74, pp.309-317. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.003>
110. Khan, K., Ramachandran,S. (2012). Conceptual framework for performance assessment: competency, competence and performance in the context of assessments in healthcare e--deciphering the terminology. *Med Teach* 34 (11):920-8. doi: 10.3109/0142159X.2012.722707.
111. Kieft, R., Brouwer,, B., Francke, A., Delnoij, D. (2014). *How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study* BMC Health Services Research , 14:249 doi:10.1186/1472-6963-14-249.
112. Kintsch, W.(1998). *Comprehension: A paradigm for Cognition*. Cambridge University Press.

113. Kitchenham, A. (2008). The Evolution of John Mezirow's Transformative Learning Theory University of Northern. *Journal of Transformative Education Volume 6 Number 2 April 2008 104-123 Sage Publications 10.1177/1541344608322678* <http://jted.sagepub.com> hosted at <http://online.sagepub.com>
114. Knowles, M. (1984). *Andragogy in Action*. San Francisco: Jossey-Bass.
115. Kobayashi, F., Furui, H., Akamatsu, Y., Watanabe, T., Horibe, H. (1997). Changes in psychophysiological functions during night shift in nurses. Influence of changing from a full-day to a half-day work shift before night duty. *Int Arch Occup Environ Health. Vol. 69(2):83-90.*
116. Kohlberg, L. (2000). *A Summary of Lawrence Kohlberg's Stages of Moral Development*. Pieejams: <http://www.csudh.edu/dearhabermas/kohlberg01bk.htm>
117. Koķe, T. (1999). *Pieaugušo izglītības attīstība: raksturīgākās iezīmes*. Rīga : SIA "Mācību apgāds NT".
118. Koķe, T., Rumpeja, E. (2001). *K.G. Jungs mūsdienu skolai*. Rīga : Raka.
119. Kolb, A. (2005). *The Kolb Learning Style Inventory—Version 3.1 2005 Technical Specifications*. Pieejams: http://learningfromexperience.com/media/2010/08/tech_spec_lsi.pdf
120. Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
121. *Kopējais reģistrēto klīnisko vadlīniju saraksts. Nacionālais veselības dienests*. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/420-kliniskas-vadlinijas/klinisko-vadliniju-datu-baze/kopjais-reistrto-klnisko-vadlniju-saraksts>
122. Kourkouta, L., Papathanasiou, I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Mater Sociomed. Feb; 26(1): 65-67 DOI: 10.5455/msm.2014.26.65-67*
123. Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2002). *Staff nurses identify essentials of magnetism*. In M. McClure, & A. S. Hinshaw (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses* (pp. 25-59). Kansas City, MO: Academy of Nursing
124. Kraszewski, S., McEwen, A. (2010). *Communication Skills for Adult Nurses*. Open University Press McGraw-Hill.
125. Krathwohl, D, R. (2002). Revising Bloom's Taxonomy. *Theory into Practice Vol.41 No.4 Pp. 212- 218* Published by: Taylor&Francis.Ltd
126. Kūle M., Kūlis R. (1998). *Filozofija*. Rīga : Zvaigzne ABC.
127. Kutney, A., McHugh, M., Sloane, D., Cimiotti, J., Flynn, L., Neff, D., & Aiken, L., (2009). Nursing: A key to patient satisfaction. *Health Affairs, 28, 669-677. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.w669*

128. Lacobucci, T., Daly, B., Lindell, D., Griffin, M. (2012). Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics* November 19, doi:10.1177/0969733012458608
129. Lamiani, G., Furey, A. Teaching nurses howw to teach: an evaluation of workshop on patient education (2009). *Patient Educ Couns.* May;75(2):270-3. doi: 10.1016/j.pec.2008.09.022.
130. *Latvijas iedzīvotāju veselības analītiskais ziņojums. (2012).*
www.spkc.gov.lv/file_download/1353/Visparejais_zinojums_2012.pd
131. *Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija 2030. gadam.* Pieejams: <http://www.varam.gov.lv/lat/pol/ppd/?doc=13857>
132. *Latvijas Nacionālās attīstības plāns 2014.–2020. gadam.* Pieejams: http://www.varam.gov.lv/lat/pol/ppd/ilgtsp_att/?doc=13858
133. Lawson, Th., Betty Neuman Systems Model. Alligood, M. *Nursing Theorists and their Work, 8th Edition.* Elsevier/Mosby, 2014, pp. 281–302.
134. Lester, St. (2005). *Novice to Expert: the Dreyfus model of skill acquisition* Institute of Conservation (London) 2003 based on the Dreyfus model of skill acquisition. <http://devmts.org.uk/dreyfus.pdf>
135. Lewin, K., Lippitt, R., White, R. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates" *Journal of Social Psychology* 10: 271–301.
136. Līdaka A. (2007). *Ieteikumi vērtībizglītības realizācijai.* Liepāja : LiePA.
137. Lieģeniece, D. (2002). *Ievads andragoģijā jeb mācīšanās "būt" pieaugušo vecumā.* Rīga : RaKa.
138. *Likums Par reglamentētām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu.* LR, Saeima. 2001. 20.06, Rīga. Pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=26021>
139. Levett-Jones, T. (2007). Facilitating reflective practice and self-assessment of competence through the use of narratives. *Nurse Educ Pract.* Mar;7(2):112-9. Epub. Pieejams; http://www.researchgate.net/publication/6151032_Facilitating_reflective_practice_and_self-assessment_of_competence_through_the_use_of_narratives
140. Malle, B, F. (2008). Fritz Heider`s legacy: Celebrated insights, many of them misunderstood. *Social Psychology Nr.39*, 163 – 173. Pieejams; http://www.researchgate.net/publication/232482799_Fritz_Heiders_Legacy_Celebrated_Insights_Many_of_Them_Misunderstood
141. Marilyn, K., Pierce, J., Rosenkoetter, M. (2011). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care. *Journal of Transcultural Nursing* 22(4) 317–333.

Pieejams;

http://www.researchgate.net/publication/26655075_Standards_of_Practice_for_Culturally_Compentent_Nursing_Care_A_Request_for_Comments

142. Marquis B., L., Huston C., J. (2008). *Leadership Roles and managemet Functions in Nursing: Theory and application*. Lippincot Williams&Wilkins.

143. Mārtinsone, K., Pipere, A. (2011). *Ievads pētniecībā: stratēģijas, dizaini, metodes*. Rīga: SIA „Izdevniecība RaKa”.

144. Maslo, E. (2003). *Mācīšanās spēju pilnveide*. Rīga : RaKa, 2003.

145. Maslo, I. (2006). *No zināšanām uz kompetentu darbību*. Rīga : LU Akadēmiskais apgāds.

146. Maslo, I. (2009). *New-professionalism's responsibility of learning in socio-cultural educational contexts*. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung German Institute for Adult Education. Pieejams: <http://www.die-bonn.de/asem/asem0916.pdf>

147. Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Row, Publishers. http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Motivation_and_Personality-Maslow.pdf

148. Maslow, A. H. (1963). Fusions of Facts and Values. *American Journal of Psychoanalysis*. XXIII,117-131.

149. McCabe, C., Timmin, F. (2006). *Communication Skills for Nursing Practice*. Palgrave MacMillan.

150. McCutcheon, H., Pincombe, J. (2001). Intuition: an important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Aug; 35(3):342-8. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01882.x

151. McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Boscart, S., Fox, M., Rochon, E. (2012). Patient-centred communication intervention study to evaluate nurse-patient interactions in complex continuing care. *BMC Geriatrics* DOI: 10.1186/1471-2318-12-61

152. McLaughlin , K., Moutray, M., & Muldoon, O. (2007). The role of personality and self-efficacy in the selection and retention of successful nursing students: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* 61(2), 211–221 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04492.x

153. McLeod, S. (2010). – *Learning Styles*. *SimplyPsychology*. <http://www.simplypsychology.org/learning-kolb.html>

154. McClune, T, Burton, A., Waddell, G. (2003) Evaluation of an evidence based patient educational booklet for management of whiplash associated disorders. *Emergensy Medicine Journal*. Nov;20(6):514-7. Pieejams: <http://emj.bmj.com/content/20/6/514.long>

155. *Medical-dictionary*
<http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/Healthy+People+2010>
156. *Medicīnas māsu profesionālo darbību – medicīnas māsu aprūpes nodrošināšanas aktuālo problēmu apzināšana un izpēte.* Pieejams:
petijumi.mk.gov.lv/ui/DocumentContent.aspx?ID=2658
157. Medvene, L., Grosch, K., Swink, N. (2006). Interpersonal complexity: A cognitive component of person-centered care. *The Gerontologist, Volume 46*, pp. 220.–226.
158. Meikšāne, Dz., Plotnieks, I. (1998). Personības pašizjūta un identitāte. I. Plotnieks. *Personības pašizjūta un identitāte, to izpētes iespējas.* Rīga : Mācību apgāds NT
159. Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress 4th edition.* London : Lippincott Williams & Wilkins.
160. Mercier, H., Sperber, D. (2011). Why do humans reason? Arguments for an argumentative theory. *Behavioral and Brain Sciences 34*, 57 –111
doi:10.1017/S0140525X10000968
161. *Merriam-Webster Online Dictionary* <http://www.merriam-webster.com/dictionary/proficiency>
162. Mezirow, J. (1978). Perspektīve Transformation. *Adult Education, Vol. 28.* No. 2.pp.100-110 doi: 10.1177/074171367802800202
163. Mezirow, J. (1997). *New Directions for Adult and Continuing Education.* No. 74, Summer 1Jossey-Bass Publishers. DOI: 10.1002/ace.7401
164. Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning.* San Francisco: Jossey-Bass.
165. Minott, M. A. (2008). Valli's Typology Of Reflection And The Analysis Of Pre-Service Teachers'. *Reflective Journals. Australian Journal of Teacher Education*, 33(5).
<http://dx.doi.org/10.14221/ajte.2008v33n5.4>
166. Missen, K., McKenna, L. Beauchamp, A. (2014). Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing. Volume 70*, Issue 11, pages 2419–2433, November. DOI: 10.1111/jan.12464
167. Mitenbergs, U. (2007). Laba pārvaldība veselības aprūpē un efektīvas veselības aprūpes politikas rādītāji. *Forums „Laba pārvaldība veselības aprūpē”.* http://delna.lv/wp-content/uploads/old_files/Uzrunas_veselibas_forums.pdf
168. Mooney, M. (2007). Professional socialization: the key to survival as a newly qualified nurse. *Int J Nurs Pract. Apr; 13(2):75-80.* DOI: 10.1111/j.1440-172X.2007.00617.x

169. Moule, P, Goodman, M. (2009). *Nursing Research: An Introduction*. SAGE Publications Ltd.
170. Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model*
<http://nursingtheories.weebly.com/betty-neuman.html>
171. *Noteikumi par ārstniecības personu sertifikācijas kārtību*. MK Nr. 943 2012. 18.12, Rīga : Ministru kabinets. Pieejams: <http://likumi.lv/doc.php?id=253782>
172. *Noteikumi par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtību*. MK Nr. 192 2009. 24.02, Rīga : Ministru kabinets. Pieejams: <http://likumi.lv/doc.php?id=188748>
173. *Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo pirmā un otrā līmeņa kompetences apjomu*. MK Nr. 268, 17.04.2009, Rīga : Ministru kabinets. Pieejams: <http://likumi.lv/doc.php?id=190610>
174. *Noteikumi par darbības programmas “Cilvēkresursi un nodarbinātība” papildinājuma 1.3.2.3.aktivitāti “Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana”* MK Nr. 1046 2008. 19.05, Rīga : Ministru kabinets. Pieejams:
<http://likumi.lv/doc.php?id=175878>
175. *Noteikumi par profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību. Māsas profesijas standarts*. MK Nr. 461, 2010.18.05, Rīga : Ministru kabinets. Pieejams: <http://likumi.lv/doc.php?id=210806>
176. *Noteikumi par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību*. MK Nr. 1529 2013. 17.12, Rīga : Ministru kabinets. Pieejams:
<http://likumi.lv/doc.php?id=263457>
177. *Noteikumi par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību*. MK Nr. 1046 2006. 19.12, Rīga : Ministru kabinets. Pieejams:
<http://likumi.lv/doc.php?id=150766>
178. Oyetunde, M.O. and Akinmeye, A.J. (2015). Factors Influencing Practice of Patient Education among Nurses at the University College Hospital, Ibadan. *Open Journal of Nursing*, 5, 500-507. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2015.55053>
179. *Pacientu tiesību likums*. LR, Saeima. 2010. 1.03. Rīga. Pieejams:
<http://likumi.lv/doc.php?id=203008>
180. Pang, D., Senaratana, W., Kunaviktikul, W., Klunklin, A., McElmurry, B. (2009). Nursing values in China: The expectations of registered nurses. *Nurs Health Sci*.11:312–7. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2009.00468.x

181. Parandeh, A., Khaghznizade, M., Mohammadi, E., Muktari-Nouri, J. (2015). Nurses` human dignity in education and practice. *Iranian Journal Nursing Midwifery*. DOI: 10.4103/1735-9066.174750
182. Pariel, S, Boissieres, A, Delamare, D, Belmin, (2013). Patient education in geriatrics: which specificities? *Presse Med, Feb; 42(2)* pp. 217 –223. DOI: 10.1016/j.lpm.2012.12.002
183. Paul, R., Elder, L. (2002). *Critical Thinking: Tools for Taking Charge of Your Professional and personal Life*. FT Press.
184. Pena, A. (2010). The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: a critical perspective. Citation: *Medical Education Online 2010, 15*: 4846 - DOI: 10.3402/meo.v15i0.4846
185. Pena, Y.P., Castillo, M., A, (2006). Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education. *Scientific Electronic Library Online*. doi.org/10.1590/S0104-11692006000300002
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300002
186. Peplau, H. (2004). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company.
187. Peplau, H. (1997) Peplau`s Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quartely. vol. 10* no. 4162-167 doi: 10.1177/089431849701000407
188. Peria, A., (2010). The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition. *Med Educ Online. Jun 14;15*. doi: 10.3402/meo.v15i0.4846.
189. Perneger, Th. (2005). The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? Published: *BMC Health Services Research, 5*:71.
190. Pētījums - *SLA Liepājas reģionālā slimnīca „Pacientu viedokļi, kas raksturo vides, pacientu un personāla komunikācijas kultūru”* (2007). Liepājas Pedagoģijas akadēmija Socioloģisko pētījumu centrs. Pieejams: http://www.liepajasslimnica.lv/files/pacvert/aptauja_kopejais_21.08.
191. Phillips, K., Harris, R. *Sister Callista Roy: Adaptation Model*. Alligood, M. *Nursing Theorists and their Work, 8th Edition*. Elsevier/Mosby, 2014, pp. 303.–331.
192. *Piaget's theory of cognitive development states that our cognitive abilities develop through four specific stages.* (2015). Pieejams: <https://www.boundless.com/psychology/textbooks/boundless-psychology-textbook/human-development-14/theories-of-human-development-70/piaget-s-stages-of-cognitive-development-270-12805/>
193. Piažē, Ž. (2002). *Bērna intelektuālā attīstība*. Rīga : Pētergailis.

194. Pintrich, P. (2002). The Role of Metacognitive Knowledge in Learning, Teaching, and Assessing. *Theory Into Practice* Vol. 41, Issue 4. Pieejams: <http://cmappublic2.ihmc.us/rid=1JTPTQ9XB-1142BSK-17N3/A01-004.pdf>
195. Pokorny, M (2014). Nursing Theorists of Historical Significance. Alligood, M. *Nursing Theorists and their Work, 8th Edition*. Elsevier/Mosby.
196. *Profesijas standarts Māsa*. Rīga : IZM. 2003. 7.01. Pieejams: <http://ebookbrowse.net/masa-pdf-d497865517>
197. Puķīte, M. (2012). *Medicīnas studentu pedagoģiskās kompetences veidošanās studiju procesā*. Latvijas Universitāte. Promocijas darbs.
198. Renigere, R. (2014). Transformative Education in the nursing discipline. *American Journal of Educational Research* 2.12 pp 1207-1210. Pieejams: <http://pubs.sciepub.com/education/2/12/12/>
199. Rhodes, M., Morris, A., Lazenby R.(2011). Nursing at its Best: Competent and Caring *OJIN Table of Contents Vol 16 - 2011No2* May 2011 Pieejams: <http://www.nursingworld.org/mainmenucategories/anamarketplace/anaperiodicals/ojin/tableofcontents/vol-16-2011/no2-may-2011>
200. Rivers, F. (2003). *Identifying Competency skills of Profis Personnel*. Pieejams: nursing.uthscsa.edu
201. Robinson-Walker, C. (2013). *Leading Valiantly in Healthcare: Four Steps to Sustainable Success*. Sigma Theta Tau International.
202. Rogers C. R. (2004). *On Becoming a Person*. London: Constable and Robinson.
203. Rogers, C. (1954). *Towards a theory of creativity*. ETC: A Review of General Semantics.
204. Rogers, C. (1967). *Modern Approach to Values: Maturity*. New York: The Macmillan company.
205. Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist*. 5: 2-11. <http://dx.doi.org/10.1177/001100007500500202>
206. Rokeach, M. (2000). *Understanding Human Values*. The Free Press.
207. Roy, C. Andrews, H. (1999). *The Roy Adaptation Model (3rd Edition)* by Appleton & Lange .
208. Rubene, Z. (2008). *Kritiskā domāšana studiju procesā*. Rīga : LU Akadēmiskais apgāds.
209. Rutka, L. (2012). *Pedagoga psiholoģiskā kompetence*. Rīga : RaKa.
210. *Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam*. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/sabiedribas_veselibas_pamatnostadnes_20112017/

211. Salari, M., Rohaniahmad, T., Hamzah, R., Hambali, Z. (2013). Meta-Cognitive Strategies and Nursing Students' Achievement. *Journal of Education and Vocational Research* Vol. 4, No. 6, pp. 169-173. Pieejams: <http://ifrnd.org/Research%20Papers/V54.pdf>
212. Sanford, R. (2000). Caring through relation and dialogue: a nursing perspective for patient education. *ANS Adv Nurs Sci* 22 (3), 1-15. Pieejams: http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/03000/Caring_through_Relation_and_Dialogue__A_Nursing.2.aspx
213. Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. Zanna, M. *Advances in experimental social psychology*, Vol. 25, 1-65. ACADEMIC PRESS, INC
214. Schwartz, S. H. (2006). A Theory of Cultural Value Orientations: Explication and Applications. *Comparative Sociology, Volume 5*, issue 2-3. <http://kodu.ut.ee/>
215. Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S., & Harris, M. (2001). Extending the crosscultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 519–542. doi: 10.1177/0022022101032005001
216. Shahriari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A., Bahrami, M. (2011). Perceived ethical values by Iranian nurses. *Nursing Ethics*. published online DOI: 10.1177/0969733011408169
217. Shinyashiki, G., Mendes, I., Trevizan, M., Day, R. (2006). *Professional socialization: students becoming nurses*. Rev Latino-am Enfermagem Julho-agosto; 14(4):601-7 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a19.pdf>
218. Sidney, B, Leland, W. Kirschenbaum, H. (1995). *Values Clarification*. A Time Warner Company.
219. Siemens, G. (2005). *Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age*. http://www.itdl.org/journal/jan_05/article01.htm
220. Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J., Deveugele, M., Shucman, A. (2005). *Skills for Communicating with Patients. 3-rd edition*. Radcliffe Publishing Ltd.
221. Small, D., Small, R., (2011). Patients First! Engaging the Hearts and Minds of Nurses with a Patient-Centered Practice Model. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 16, No. 2, Manuscript 2.
222. Smith, A. (2007). Measuring the use of intuition by registered nurses in clinical practice. *Nursing Standard*. Vol.21, 47, 35-41. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2007.08.21.47.35.c4591>

223. Smith, B, Tang, K, Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promot Int. Dec; 21(4)*, pp. 340-345. Pieejams : <http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/4/340.long>
224. Special Education Support Service. (2009). *Metacognition for the classroom and beyond: Differentiation and support for learners. Version I*. Pieejams: http://www.sess.ie/sites/all/modules/wysiwyg/tinymce/jscripts/tiny_mce/plugins/filemanager/files/Projects/Equality_of_Challenge/SESS_Metacognition_Resource_V1.pdf
225. Szpiro, K, Harisson, M, van den Kerkhof, E, Lougheed, m. (2008). Ppatient Education in the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions and Outcomes. *Advanced Emregency Nursing Journal. Volume 30 – Issue 1- p 34-39*
226. Strode, A. (2010). *Studentu patstāvīgā profesionālā darbība pedagoģiskajā praksē*. Daugavpils Universitāte. Promocijas darbs.
227. Students, J. (1998). *Vispārīgā paidagōģija*. Rīga : RaKa.
228. Stump, G., Husman, J., Brem, S. (2012). The Nursing Student Self-Efficacy Scale: Development using item response theory. *Nursing Research. 61:* 149–158. doi: 10.1097/NNR.0b013e318253a750
229. Svence, G. (2003). *Pieaugušo psiholoģija*. Rīga : RaKa.
230. Špona, A. (2001). *Audzinašanas teorija un prakse*. Rīga: RaKa.
231. Špona, A. (2004). *Audzinašanas process teorijā un praksē*. Rīga: Raka, 2004.
232. Stacey, D, Legare, F, Col. NF, Bennett, C, Barry, M, Eden, K, Holmes_Rovner, M, Lliewellyn-Thomas, H, Lyddiatt, A, Thomson, R, Trevena, L, Wu, J. (2014). *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane database Syst. Rev. Jan 28; 1:CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.
233. Šteinberga, A. (2013). *Pedagoģiskā psiholoģija*. Rīga : RaKa.
234. Taylor, K., Marienau, C., Fiddler, M. (2000). *Strategies for Teachers and Trainers. Developing Adult learners*. John Wiley&Sons.
235. Tongue, J., Epps, H., Forese, L. (2005). Communication Skills for Patient centered Care. *Journal of Bone & Joint Surgery. American Vol.: Mar Vol. 87- A Issue 3*, p 652
236. Uhrenfeldt, L. Hall, E. (2007) Clinical wisdom among proficient nurses. *Nursing Ethics May; 14(93): 387-98* doi: 10.1177/0969733007075886
237. Underwood, D. (2013). *Competence by simulation: The Expert Nurse Continuing Education Experience utilizing Simulation*. Published by ProQuest LLC.
238. Valli, L. (1997). Listening to other voices: A description of teacher reflection in the United States. *Peabody Journal of Education, 72 (1)*, 67-88. Pieejams; <http://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1502&context=ajte>

239. Vigotskis, L. (2002). *Domāšana un runa : vispārīgās psiholoģijas problēmas.*- Rīga : Eve, (Madona : "Madonas poligrāfists").
240. Visser, A., Deccache, A., Bensing, J. (2001). Patient education in Europe: united differences. *Patient Education and Counseling*. Jul;44(1):1-5.
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00111-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00111-2)
241. Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harward University Press
242. Wake, L. (2010). *NLP: Principles in Practice*. Lightning Source. pp 221
243. Wirth, K., Perkins, D. (2007). *Learning to learn*. Pieejams: <http://cgiss.boisestate.edu/~billc/Teaching/Items/learningtolearn.pdf>
244. Wood, D. (2014). *Nurses' compassionate care affects patient outcomes*.
<https://www.travelnursing.com/nurses-compassionate-care-affects-patient-outcomes/>
245. Wouda, J., Zandbelt, L., Smets, E. & van de Wiel, H. (2011). Assessment of physician competency in patient education: Reliability and validity of a model-based instrument. *Patient Education and Counseling*, 85(1), Pieejams: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(10\)00555-0/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(10)00555-0/pdf)
246. Yarbrough, S., Alfred, D., Martin, P. (2008). Research study: Professional values and retention. *Nursing Management* 39(4), 10-18. doi: 10.1097/01.NUMA.0000316053.41155.0d.
247. Yazici AB, Esen O, Yazici E, Esen H, Ince M (2014). The Relationship between Temperament and Character Traits and Burnout among Nurses. *Journal Psychol Psychother* 4:154. doi: 10.4172/2161-0487.1000154
248. Yildirim, B., Ozkahraman, S. (2011). Examination of Critical Thinking Disposition in Nursing. *International Journal of Humanities and Social Science Vol. 1* No. 16; Pieejams: http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_1_No_16_November_2011/19.pdf
249. Zeile P. (1983). *Vērtību pasaule*. Rīga : „ZINĀTNE”.
250. Žogla, I. (2001). *Didaktikas teorētiskie pamati*. Rīga ; „Izdevniecība RaKa”.
251. Бююль А., Цёфель П. (2005). *SPSS: Искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей*: Пер. с нем. — СПб.: ДиаСофтЮП,
252. Выготский, Л. С. (1960). *Развитие высших психических функций*. Москва : Просвещение, с. 223–226.
253. Выготский, Л., С. (2000). *Психология*. Москва : Апрель Пресс Эксмо Прессб. 1006 стр.

254. Выготский, Л.,С. (1999). *Педагогическая психология*. Москва : Педагогика Пресс. 534
255. Кластер Д. (2001). Что такое критическое мышление.//*Журнал” Перемена”* No (4)стр 36-40.
256. Рубинштейн С. (1999). *Основы общей психологии*. Санкт-Петербург: Питер. – 712 с.

Promocijas darbam pievienoto attēlu, tabulu un shēmu saraksts

1. Promocijas darbā pievienoto attēlu saraksts

1. attēls. Latvijas veselības aprūpes nodrošinājums
2. attēls. Māsu profesionālo darbību reglamentējošie dokumenti
3. attēls. Māsu profesionālo prasmju atspoguļojums 2003. gada profesijas standartā: pedagoģiskais aspekts
4. attēls. Māsu pedagoģiskā darbības ietekmes pacientu izglītošanas procesā
5. attēls. Tradicionālā un sadarbības komunikācija pacientu izglītošanas procesā
6. attēls. Loģiskie līmeņi indivīda pašvērtējuma un pašapziņas pārmaiņām
7. attēls. Lietpratība profesionālās attīstības līmeņu kontekstā pēc H.&St Dreyfus modeļa (Dreyfus, 1986)
8. attēls. Piecas māsu profesionālās attīstības pakāpes
9. attēls. Lietpratības attīstība pēc S. Lestera (Stan Lester, 2005)
10. attēls. Paplašinātais metakognitīvā procesa skaidrojums
11. attēls. Profesionālā lietpratība profesionālas socializācijas procesā
12. attēls. Trīs modeļi par lēmumu pieņemšanu ārstniecības procesā mijiedarbībā māsa–pacients
13. attēls. Māsu izglītojošās darbības un pacientu izglītošanās procesa mijšakarības
14. attēls. Māsu praksē biežāk lietotās metodes un līdzekļi
15. attēls. Izglītošanas metožu un līdzekļu atspoguļojums 1. grupas studentu eksāmena darbos
16. attēls. Izglītošanas metožu un līdzekļu atspoguļojums 2. grupas studentu eksāmena darbos
17. attēls. Atgriezeniskās saites pielietojums pacientu izglītošanas procesā
18. attēls. Studentu viedoklis par pacientu izglītošanas līdzekļu svarīgumu
19. attēls. Pacientu izglītošanu ietekmējošie faktori
20. attēls. Personīgo vērtību atspoguļojums
21. attēls. Profesionālo vērtību atspoguļojums
22. attēls. Efektīvas saskarsmes novērtējums (1)
23. attēls. Efektīvas saskarsmes novērtējums (2)
24. attēls. Vilksoksona rangs atspoguļojums (1)
25. attēls. Vilksoksona rangs atspoguļojums (2)
26. attēls. Vilksoksona rangs atspoguļojums (3)
27. attēls. Vilksoksona rangs atspoguļojums (4)

28. attēls. Pacientu viedokļu atspoguļojums par izmantotām metodēm un līdzekļiem PVAC pēc dzīves vietas
29. attēls. Pacientu viedokļu atspoguļojums par izmantotām metodēm un līdzekļiem SVAC pēc dzīves vietas
30. attēls. Izlases vērtējums par māsu izglītojošo darbu veselības aprūpes iestādēs kopumā
- 31.attēls. Māsu izglītojošā darba kvalitatīvs novērtējums
32. attēls. Vidējais informēšanas ilguma novērtējums pēc izlases dzīves vietas
- 33.attēls. Vidējais informēšanas ilguma novērtējums pēc iestādes profila
34. attēls. PVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 1. apgalvojumam
- 35.attēls. PVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 5. apgalvojumam
36. attēls. SVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 1. apgalvojumam
36. attēls. SVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 3. apgalvojumam
38. attēls. SVAC māsu izglītošanas darba kvalitatīvais atspoguļojums 4. apgalvojumam
39. attēls. Komunikatīvo aspektu salīdzinājums
40. attēls. Pacientu emocionālās drošības salīdzinājums
41. attēls. Māsu vērtējums par pacientu izglītošanai veltīto laiku
42. attēls. Personīgo vērtību kvantitāte
43. attēls. Profesionālo vērtību kvantitāte
44. attēls. Māsu izlases personīgo vērtību kvalitatīvs atspoguļojums
45. attēls. Māsu izlases profesionālo vērtību kvalitatīvs atspoguļojums

2. Promocijas darbam pievienoto tabulu saraksts

1. tabula. ES daudzgadu rīcības programmas mērķu izvilcums veselības aizsardzības jomā
2. tabula. Latvijas ilgtermiņa attīstības un rīcības kompetenču atspoguļojums veselības aprūpes jomā
3. tabula. Pacientu izglītošanas procesa attiecību izvērtējums
4. tabula. Profesionālās lietpratības definējums dažādu autoru skatījumā
5. tabula. Kompetenču līmeņi, profesionālās attīstības ceļš un mācību process no iesācēja līdz ekspertam
6. tabula. Pacientu izglītošanas biežākās kļūdas
7. tabula. Refleksiju veidi plānotas pacientu izglītošanas situācijas kontekstā
8. tabula. Izglītošanas procesu ietekmējošie faktori no māsas un pacienta pozīcijām
9. tabula. Māsu tālākizglītības atspoguļojums
10. tabula. Māsu personisko vērtību konceptuāls atspoguļojums
11. tabula. Profesionālās lietpratības vērtību konceptuāls atspoguļojums māsu izlasē

12. tabula. Starppersonu sadarbības aspektu konceptuāls atspoguļojums māsu izlasē
13. tabula. Māsu personisko vērtību pašvērtējums
14. tabula. Māsu profesionālās lietpratības vērtības pašvērtējuma aspektā
15. tabula. Starppersonu sadarbību veicinošo vērtību pašvērtējums māsu izlasē
16. tabula. Māsu praksē biežāk pielietoto pacientu izglītošanas metožu un līdzekļu atšifrējums
17. tabula. Pēcdiploma izglītības kursu izvēles aspekti
18. tabula. Augstākie studentu vērtējumi konceptuāli raksturojošām māsu tēla vērtībām
19. tabula. Vidējo vērtību statistikas dati studentu vērtējumam par pedagoģiskā procesa aspektiem
20. tabula. Vidējo vērtību statistikas dati studentu vērtējumam par efektīvas komunikācijas aspektiem
21. tabula. PVAC māsu efektīvas komunikācijas atspoguļojums pēc Spīrmana kolerācijas testa
22. tabula. Vidējo vērtību statistikas dati, vērtējot pacientu izglītošanai pielietotos līdzekļus un metodes
23. tabula. Vidējo vērtību statistikas dati par pacientu izglītošanas procesu ietekmējošiem faktoriem
24. tabula. Māsu izlases izglītība
25. tabula. Darba vietu spektrs SVAC māsām
26. tabula. Māsu izlases darba vietas
27. tabula. Efektīvu starppersonu attiecību veidošana
28. tabula. Izglītošanas procesa kvalitatīvo aspektu novērtējums
29. tabula. Māsu vērtējums metodēm un līdzekļiem, ko māsas izmanto pacientu izglītošanā, ņemot vērā izlases izglītību
30. tabula. Pacientu izglītošanas procesa darba ietekmējošo parametru novērtējums pēc pamatdarba vietas
31. tabula. Izlašu pašvērtējums pedagoģiskā procesa realizācijai pēc darba pieredzes

3. Promocijas darbam pievienoto shēmu saraksts

1. shēma. Fona un pamatpētījuma savstarpējās saistības shematisks atspoguļojums

PIELIKUMI

Promocijas darbam pievienoto pielikumu saraksts

1. Pielikums. Latvijā aizstāvētie promociju darbi veselības izglītībā un aprūpē
2. Pielikums. Anketa praktizējošām māsām par profesiju raksturojošām vērtībām profesijas identitātes aspektā un pedagoģisko darbību veidojošiem aspektiem
3. Pielikums. Praktizējošo māsu vērtējuma dati par profesiju raksturojošām vērtībām profesionālās identitātes aspektā
4. Pielikums. Anketa studentiem par māsu profesiju raksturojošām vērtībām profesijas identitātes aspektā
5. Pielikums. Studentu viedoklis par māsu profesiju raksturojošām vērtībām profesijas identitātes aspektā
6. Pielikums. Studentu kvalifikācijas un bakalaura darbi sabiedrības veselības veicināšanā 2012. – 2014. gads
7. Pielikums. Aptaujas anketa studentiem, topošajiem abiturientiem par pacientu izglītošanas aspektiem
8. Pielikums. Statistikas kopsavilkums studentu/topošo abiturientu viedoklim par izglītošanas procesu
9. Pielikums.. Aptaujas anketa pacientiem
10. Pielikums. Pacientu izlases viedokļu atspoguļojums par māsu pielietotajām izglītošanas metodēm un līdzekļiem PVAC
11. Pielikums. Pacientu izlases viedokļu atspoguļojums par māsu pielietotajām izglītošanas metodēm un līdzekļiem SVAC
12. Pielikums. Spīrmēna kolerācijas testa rezultāti, vērtējot SVAC māsu efektīvu komunikāciju
13. Pielikums. Spīrmēna kolerācijas analīze PVAC un SVAC māsu izglītojošā darba spektram
14. Pielikums. Anketa māsām par pacientu izglītošanas aspektiem
15. Pielikums. Trīs izlašu efektīvas komunikācijas aspektu salīdzinājums pēc vidējām vērtībām
16. Pielikums. Divu izlašu (māsas, studenti) izglītošanas procesa pašvērtējums
17. Pielikums. Divu izlašu (māsas, studenti) izglītošanas līdzekļu un metožu salīdzinājums
18. Pielikums. Divu izlašu (māsas, studenti) vērtējums par izglītošanas procesa ietekmējošiem faktoriem
19. Pielikums. Pedagoģiskā procesa aspektu novērtējums pēc izglītības

1. Pielikums

Latvijā aizstāvētie promocijas darbi par veselības izglītību un aprūpi

| Nr | Autors | Aizstāvēšanas gads | Aizstāvēšanas vieta | Zinātnes nozare | Promocijas darba nosaukums |
|----|-------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|---|
| 1. | Sakne A. | 2008 | Latvijas Universitāte | Vadībzinātne | Veselības aprūpes organizāciju vadības sistēmas |
| 2. | Odiņa I. | 2010 | Latvijas Universitāte | Pedagoģija | Pirmā studiju gada studentu adaptēšanās koledžas pedagoģiskajā vidē |
| 3. | Puķīte M. | 2012 | Latvijas Universitāte | Pedagoģija | Topošo māsu, veselības aprūpes speciālistu, pedagoģiskās kompetences un adaptācija pedagoģiskajā vidē |
| 4. | Strode I. | 2013 | Rīgas Stradiņa Universitāte | Teorētiskā medicīna | Pēcooperācijas sāpju aprūpe māsu praksē Latvijā |
| 5. | Odiņa O. | 2013 | Rīgas Stradiņa Universitāte | Teorētiskā medicīna | Māsu profesijas attīstība Latvijā (18. – 20. gs) |
| 6. | Circenis K. | 2013 | Rīgas Stradiņa Universitāte | Teorētiskā medicīna | Praktizējošo māsu profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālie aspekti un tos ietekmējošie faktori |
| 7. | Deklava L. | 2012 | Rīgas Stradiņa Universitāte | Teorētiskā medicīna | Praktizējošo māsu personību raksturojošie faktori un profesionāli relevantā uzvedība |
| 8. | Upmale I. | 2013 | Rīgas Stradiņa Universitāte | Vadībzinātne | Pieaugušo veselības izglītības darba organizācija un vadība primārās veselības aprūpes māsas praksē |

2. Pielikums

Labdien, kolēģes!

Aicinu Jūs būt atsaucīgām un sniegt atbildes topošā promocijas darba ietvaros, kas saistās ar vērtību un pedagoģijas aspektu izpēti. Anketā sniegtie dati tiks izmantoti vienīgi paredzētā darba ietvaros.

Izvēlaties atzīmēt jautājumu atbildes, kuras Jūs atpazīstat vai pielietojat savā profesionālajā darbībā! Lūgums atbildēt uz visiem jautājumiem! Iepriekš pateicos par patiesu atklātību un piedalīšanos!

1. Jūs strādājat:

- Primārajā aprūpē – ambulatorā sistēmā
- Sekundārajā aprūpē – stacionārā sistēmā

2. Jūsu viedoklis, cik svarīgi KOPUMĀ ir minētie faktori, kuri atspoguļo vienotu māsas tēlu, domājot māsas identitātes aspektā:

| | Ļoti svarīgi | Svarīgi | Daļēji svarīgi | Mazsvarīgi | Nesvarīgi |
|--|--------------|----------|----------------|------------|-----------|
| Māsas individuālās vērtības | X | X | X | X | X |
| Mērķtiecība | | | | | |
| Noteiktība | | | | | |
| Apņēmība | | | | | |
| Atbildība | | | | | |
| Neatlaidība | | | | | |
| Cieņa | | | | | |
| Godīgums | | | | | |
| Lojalitāte | | | | | |
| Savaldība | | | | | |
| Uzticamība | | | | | |
| Līdzjūtība | | | | | |
| Iecietība | | | | | |
| Izpalīdzība | | | | | |
| Taisnīgums | | | | | |
| Objektivitāte | | | | | |
| Drosme | | | | | |
| Vērīgums | | | | | |
| Lietpratības faktori | X | X | X | X | X |
| Zināšanas | | | | | |
| Profesionālās prasmes | | | | | |
| Profesionālā pieredze | | | | | |
| Refleksijas prasme /darbības analīze no savas un pacienta puses/ | | | | | |
| Kritiskās domāšanas prasmes | | | | | |
| Zinātniskās analīzes prasmes | | | | | |
| Starppersonu faktori | X | X | X | X | X |
| Attieksme pret pacientiem | | | | | |
| Attieksme pret kolēģiem | | | | | |
| Komunikāciju prasmes | | | | | |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | | | | | |
| Sadarbības prasme ar pacientiem | | | | | |
| Pašapziņa – savas vietas sabiedrībā vērtējums /saistībā ar pašcieņu/ | | | | | |
| Pašvērtējums – sava nozīmīguma vērtējums | | | | | |

3. Jūsu viedoklis par to, kādā apjomā **Jums personīgi** piemīt **minētie faktori**.

Vērtējums skalā no 1 – 5, kur 1 atbilst zemākajam vērtējumam, bet 5 - augstākajam:

| | 1 Zems | 2 Viduvējs | 3 Apmierinošs | 4 Labs | 5 Augsts |
|--|-----------|---------------|------------------|-----------|-------------|
| Māsas individuālās vērtības | X | X | X | X | X |
| Mērķtiecība | | | | | |
| Noteiktība | | | | | |
| Apņēmība | | | | | |
| Atbildība | | | | | |
| Neatmaidība | | | | | |
| Cieņa | | | | | |
| Godīgums | | | | | |
| Lojalitāte | | | | | |
| Savaldība | | | | | |
| Uzticamība | | | | | |
| Līdzjūtība | | | | | |
| Iecietība | | | | | |
| Izpalīdzība | | | | | |
| Taisnīgums | | | | | |
| Objektivitāte | | | | | |
| Drosme | | | | | |
| Vērīgums | | | | | |
| Lietpratības faktori | X | X | X | X | X |
| Zināšanas | | | | | |
| Profesionālās prasmes | | | | | |
| Profesionālā pieredze | | | | | |
| Refleksijas prasme /darbības analīze no savas un pacienta puses/ | | | | | |
| Kritiskās domāšanas prasmes | | | | | |
| Zinātniskās analīzes prasmes | | | | | |
| Starppersonu faktori | X | X | X | X | X |
| Attieksme pret pacientiem | | | | | |
| Attieksme pret kolēģiem | | | | | |
| Komunikāciju prasmes | | | | | |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | | | | | |
| Sadarbības prasme ar pacientiem | | | | | |
| Pašapziņa — savas vietas sabiedrībā vērtējums /saistībā ar pašcienu/ | | | | | |
| Pašvērtējums — sava nozīmīguma vērtējums | | | | | |

4. Lūdzu, norādiet, kādas pacientu izglītošanas metodes un līdzekļus Jūs pielietojat, strādājot pacientu aprūpē, darbā ar pacientu.

Lūdzu atzīmēt, izvērtējot metožu pielietošanas biežumu.

Par darbības izvērtēšanas periodu, tiek pieņemts pēdējais gads!!!

| Nr. | Pacientu izglītošanas metodes/līdzekļi | Katru dienu | 2-3x nedēļā | Katru otro nedēļu | 1x mēnesī | Katru otro mēnesi | 1x pusgadā | Nepielie toju šādu metodi |
|-----|---|-------------|-------------|-------------------|-----------|-------------------|------------|---------------------------|
| 1. | Veicu individuālas pārrunas/izglītošanu ar pacientu, kuru iniciators ir māsa/es | | | | | | | |
| 2. | Veicu individuālas pārrunas/izglītošanu ar diviem un vairāk pacientiem, kuru iniciators ir māsa/es | | | | | | | |
| 3. | Atbildu uz pacientu rosinātiem jautājumiem | | | | | | | |
| 4. | Papildus verbāli informācijai, informācija pacienta klātbūtnē tiek uzrakstīta uz lapas | | | | | | | |
| 5. | Pacientam izsniedzu jau iepriekš sagatavotu informācijas lapu/vienas lapas instrukciju par biežāk sastopamo neskaidro informāciju (sagatavošanos izmeklējumiem, diētu, zāļu lietošanu u.c.) | | | | | | | |
| 6. | Informējot pacientu, attiecīgā informācija tiek zīmēta shematiski | | | | | | | |
| 7. | Izsniedzu tipogrāfijā iespiestus bukletus par pacientiem svarīgām tēmām | | | | | | | |
| 8. | Izskaidroju informāciju, pielietojot dažādus uzskates līdzekļus (plakātus, mulāžas u.c.) | | | | | | | |
| 9. | Informējot cenšos informāciju nodot caur sajūtām: tausti, ožu, garšu | | | | | | | |
| 9. | Aktīvi piedalos izglītojošā informācijas nodošanā, pielietojot ķermeņa valodu | | | | | | | |
| 10. | Organizēju lekcijas | | | | | | | |
| 11. | Organizēju diskusiju grupas, kuru mērķis novērst informācijas deficītu, pārrunāt pieredzi | | | | | | | |
| 12. | Organizēju diskusiju grupas, kuru laikā tiek organizētas lomu spēles, lai mazinātu informācijas deficītu | | | | | | | |
| 13. | Demonstrēju māsas rīcībā esošu videofilmu/as | | | | | | | |
| 14. | Meklēju izglītojošu sižetu, filmu materiālus internetā (You Tube), ko izmantot pacientu izglītošanā | | | | | | | |
| 15. | Veicu individuālas pārrunas/izglītošanu ar pacientu, kuru iniciators ir māsa/es | | | | | | | |

5. Izvēloties apmeklēt pēcdiploma izglītības kursu, Jūsu izvēli nosaka sekojoši faktori:

| | Ļoti svarīgi | Svarīgi | Daļēji svarīgi | Maz svarīgi | Nezinu |
|-----------------------------------|---------------------|----------------|-----------------------|--------------------|---------------|
| Tēmas aktualitāte | | | | | |
| Lektora vārds | | | | | |
| Kursu cena | | | | | |
| Cik daudz laika līdz pārreģistram | | | | | |
| Kurā vietā /iestādē/ notiek kursi | | | | | |
| Kurā vietā /pilsētā/ notiek kursi | | | | | |

6. Jūsu profesionālais darba stāžs:
- Līdz 5 gadiem
 - 5 – 10 gadi
 - 11 – 20 gadi
 - virs 20 gadiem
7. Jūsu pašreizējais profesionālais kvalifikācijas līmenis:
- 3. profesionālā (pabeigta medicīnas skola)
 - 1. līmeņa augstākā 4. profesionālā (pabeigta koledža)
 - 2. līmeņa augstākā 5. profesionālā (māszinību bakalaurs)
 - Akadēmiskā izglītība - māszinību maģistrs

PALDIES!

LAI JUMS VEICAS PROFESIONĀLAJĀ DARBĪBĀ!

3. Pielikums

Praktizējošu māsu vērtējuma rezultāti par vērtībām profesijas identitātes aspektā un pedagoģisko darbību veidojošiem aspektiem

8. Jūs strādājat (pamatdarbs):

- Primārā aprūpē – ambulatorā sistēmā – 166; 83%
- Sekundārā aprūpē – stacionārā sistēmā – 34; 17%

9. Jūsu viedoklis, cik svarīgi kopumā ir **minētie faktori**, kuri atspoguļo māsas tēlu kopumā, domājot māsu identitātes aspektā

| | Ļoti svarīgi | | Svarīgi | | Daļēji svarīgi | | Maz svarīgi | | Nesvarīgi | |
|---------------------------------------|--------------|------|---------|------|----------------|------|-------------|------|-----------|-----|
| | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Māsas individuālās vērtības | | | | | | | | | | |
| Mērķtiecība | 51 | 25,5 | 74 | 37 | 58 | 29 | 17 | | | |
| Noteiktība | 106 | 53 | 76 | 38 | 18 | 9 | | | | |
| Apņēmība | 36 | 18 | 93 | 46,5 | 52 | 26 | 19 | | | |
| Atbildība | 152 | 76 | 48 | 24 | | | | | | |
| Neatmaidība | 45 | 22,5 | 89 | 44,5 | 41 | 20,5 | 25 | 12,5 | | |
| Cieņa | 49 | 24,5 | 74 | 37 | 47 | 23,5 | 30 | 15 | | |
| Godīgums | 117 | 98,5 | 56 | 28 | 27 | 13,5 | | | | |
| Lojalitāte | 82 | 41 | 62 | 31 | 35 | 17,5 | 19 | 9,5 | 2 | 1 |
| Savaldība | 109 | 54,5 | 67 | 33,5 | 24 | 12 | | | | |
| Uzticamība | 142 | 71 | 48 | 24 | 10 | 5 | | | | |
| Līdzjūtība | 76 | 38 | 61 | 30,5 | 63 | 31,5 | | | | |
| Iecietība | 87 | 43,5 | 78 | 39 | 35 | 17,5 | | | | |
| Izpalīdzība | 86 | 43 | 90 | 45 | 34 | 17 | | | | |
| Taisnīgums | 78 | 39 | 90 | 45 | 42 | 21 | | | | |
| Objektivitāte | 104 | 52 | 59 | 29,5 | 40 | 20 | 7 | 3,5 | | |
| Drosme | 104 | 52 | 56 | 28 | 40 | 20 | | | | |
| Vērigums | 129 | 64,5 | 61 | 30,5 | 6 | 3 | 4 | 2 | | |
| Lietpratības faktori | | | | | | | | | | |
| Zināšanas | 132 | 66 | 68 | 34 | | | | | | |
| Profesionālās prasmes | 121 | 60,5 | 79 | 39 | | | | | | |
| Profesionālā pieredze | 103 | 51,5 | 97 | 48,5 | | | | | | |
| Refleksijas prasme / darbības analīze | 46 | 23 | 59 | 29,5 | 63 | 31,5 | 22 | 11 | 10 | 5 |
| Kritiskās domāšanas prasmes | 69 | 34,5 | 78 | 39 | 38 | 19 | 15 | 7,5 | | |
| Zinātniskās analīzes prasmes | 55 | 27,5 | 45 | 22,5 | 86 | 43 | 14 | 7 | | |
| Starppersonu faktori | | | | | | | | | | |
| Attieksme pret pacientiem | 66 | 33 | 105 | 52,5 | 29 | 14,5 | | | | |
| Attieksme pret kolēģiem | 65 | 32,5 | 99 | 49,9 | 36 | 18 | | | | |
| Komunikāciju prasmes | 84 | 42 | 92 | 46 | 34 | 17 | | | | |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | 59 | 29,5 | 96 | 48 | 45 | 22,5 | | | | |
| Sadarbības prasme ar pacientiem | 83 | 41,5 | 67 | 33,5 | 60 | 30 | | | | |
| Pašapziņa | 49 | 24,5 | 68 | 34 | 57 | 28,5 | 26 | 13 | | |
| Pašvērtējums | 42 | 21 | 72 | 36 | 53 | 26,5 | 33 | 16,5 | | |

10. Jūsu viedoklis par to, kādā apjomā **Jums personīgi** piemīt **minētie faktori**.

Vērtējums skalā no 1 – 5, kur 1 atbilst zemākajam vērtējumam, bet 5 - augstākajam:

| | 1 Zems | | 2 Viduvējs | | 3 Apmierinošs | | 4 Labs | | 5 Augsts | |
|---------------------------------------|-------------|------------|---------------|------|------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Māsas individuālās vērtības | | | | | | | | | | |
| Mērķtiecība | | | 26 | 13 | 40 | 20 | 78 | 39 | 56 | 28 |
| Noteiktība | | | | | 44 | 22 | 92 | 46 | 64 | 32 |
| Apnēmība | | | 13 | 6,5 | 77 | 38,5 | 72 | 36 | 68 | 34 |
| Atbildība | | | | | 20 | 10 | 62 | 21 | 118 | 59 |
| Neatlaidība | | | 32 | 16 | 53 | 26,5 | 71 | 35,5 | 44 | 22 |
| Cieņa | | | 23 | 11,5 | 41 | 20,5 | 77 | 38,5 | 59 | 29,5 |
| Godīgums | | | | | 62 | 31 | 66 | 33 | 72 | 36 |
| Lojalitāte | | | 12 | 6 | 56 | 28 | 67 | 33,5 | 65 | 32,5 |
| Savaldība | | | 10 | 5 | 58 | 29 | 73 | 36,5 | 59 | 29,5 |
| Uzticamība | | | | | 41 | 20,5 | 95 | 47,5 | 64 | 32 |
| Līdzjūtība | | | 6 | 3 | 45 | 22,5 | 85 | 42,5 | 64 | 32 |
| Iecietība | 3 | 1,5 | 10 | 5 | 36 | 18 | 74 | 37 | 77 | 38,5 |
| Izpalīdzība | | | | | 39 | 19,5 | 84 | 42 | 77 | 38,5 |
| Taisnīgums | | | 21 | 10,5 | 27 | 13,8 | 68 | 34 | 84 | 42 |
| Objektivitāte | | | 33 | 16,5 | 54 | 27 | 49 | 24,5 | 64 | 32 |
| Drosme | 2 | 1 | 15 | 7,5 | 45 | 22,5 | 68 | 34 | 70 | 35 |
| Vērtīgums | | | | | 54 | 27 | 78 | 39 | 68 | 34 |
| Lietpratības faktori | (n-) | (%) | (n-) | | (%) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Zināšanas | | | | | 45 | 22,5 | 101 | 50,5 | 54 | 27 |
| Profesionālās prasmes | | | | | 52 | 26 | 92 | 46 | 56 | 28 |
| Profesionālā pieredze | 2 | 1 | 28 | 14 | 64 | 32 | 44 | 22 | 62 | 31 |
| Refleksijas prasme / darbības analīze | 4 | 2 | 18 | 9 | 49 | 24,5 | 70 | 35 | 59 | 29,5 |
| Kritiskās domāšanas prasmes | | | 15 | 7,5 | 46 | 23 | 92 | 46 | 47 | 23,5 |
| Zinātniskās analīzes prasmes | 19 | 9,5 | 27 | 13,5 | 38 | 19 | 74 | 37 | 42 | 21 |
| Starppersonu faktori | (n-) | (%) | (n-) | | (%) | (%) | (n-) | (%) | (n-) | (%) |
| Attieksme pret pacientiem | | | 4 | 2 | 49 | 24,5 | 82 | 41 | 65 | 32,5 |
| Attieksme pret kolēģiem | | | 18 | 9 | 19 | 9,5 | 84 | 42 | 79 | 39,5 |
| Komunikāciju prasmes | | | 14 | 7 | 52 | 26 | 52 | 26 | 82 | 41 |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | 2 | 1 | 24 | 12 | 43 | 21,5 | 43 | 21,5 | 38 | 19 |
| Sadarbības prasme ar pacien | | | 22 | 11 | 19 | 9,5 | 93 | 46,5 | 66 | 33 |
| Pašapziņa | 5 | 2,5 | 24 | 12 | 38 | 19 | 89 | 44,5 | 44 | 22 |
| Pašvērtējums | 6 | 3 | 11 | 5,5 | 44 | 22 | 88 | 44 | 51 | 25,5 |

4. Pielikums

Labdien!

Aicinu Jūs būt atsaucīgiem un sniegt atbildes topošā promocijas darba ietvaros, kas saistās ar pedagoģijas tēmu izpēti. Anketā sniegtie dati tiks izmantoti vienīgi paredzētā darba ietvaros.

Izvēlaties atzīmēt jautājumu atbildes, kuras Jūs atpazīstat vai pielietojat savā profesionālajā darbībā! Lūgums atbildēt uz visiem jautājumiem! Iepriekš pateicos par patiesu atklātību un piedalīšanos!

11. Jūs studējat:

- 1. kursā
- 2. kursā
- 3. kursā

12. Jūsu viedoklis, cik svarīgi **KOPUMĀ** ir minētie faktori, kuri atspoguļo vienotu māsas tēlu kopumā, domājot māsas identitātes aspektā:

| | Ļoti svarīgi | Svarīgi | Daļēji svarīgi | Mazsvarīgi | Nesvarīgi |
|--|---------------------|----------------|-----------------------|-------------------|------------------|
| Māsas individuālās vērtības | X | X | X | X | X |
| Mērķtiecība | | | | | |
| Noteiktība | | | | | |
| Apņēmība | | | | | |
| Atbildība | | | | | |
| Neatmaidība | | | | | |
| Cieņa | | | | | |
| Godīgums | | | | | |
| Lojalitāte | | | | | |
| Savaldība | | | | | |
| Uzticamība | | | | | |
| Līdzjūtība | | | | | |
| Iecietība | | | | | |
| Izpalīdzība | | | | | |
| Taisnīgums | | | | | |
| Objektivitāte | | | | | |
| Drosme | | | | | |
| Vērīgums | | | | | |
| Lietpratības faktori | X | X | X | X | X |
| Zināšanas | | | | | |
| Profesionālās prasmes | | | | | |
| Profesionālā pieredze | | | | | |
| Refleksijas prasme /darbības analīze no savas un pacienta puses/ | | | | | |
| Kritiskās domāšanas prasmes | | | | | |
| Zinātniskās analīzes prasmes | | | | | |
| Starppersonu faktori | X | X | X | X | X |
| Attieksme pret pacientiem | | | | | |
| Attieksme pret kolēģiem | | | | | |
| Komunikāciju prasmes | | | | | |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | | | | | |
| Sadarbības prasme ar pacientiem | | | | | |
| Pašapziņa – savas vietas sabiedrībā vērtējums /saistībā ar pašcienu/ | | | | | |
| Pašvērtējums – sava nozīmīguma vērtējums | | | | | |

13. Jūsu viedoklis par to, kādā apjomā **Jūs atzīstat minētos aspektus personīgā vērtējumā:**

| | 5 - Augsts | 4 - Labs | 3 - Apmierinošs | 2 - Viduvējs | 1 - Zems |
|--|---------------|----------|--------------------|-----------------|----------|
| Māsas individuālās vērtības | X | X | X | X | X |
| Mērķtiecība | | | | | |
| Noteiktība | | | | | |
| Apņēmība | | | | | |
| Atbildība | | | | | |
| Neatmaidība | | | | | |
| Cieņa | | | | | |
| Godīgums | | | | | |
| Lojalitāte | | | | | |
| Savaldība | | | | | |
| Uzticamība | | | | | |
| Līdzjūtība | | | | | |
| Iecietība | | | | | |
| Izpalīdzība | | | | | |
| Taisnīgums | | | | | |
| Objektivitāte | | | | | |
| Drosme | | | | | |
| Vērīgums | | | | | |
| Lietpratības faktori | X | X | X | X | X |
| Zināšanas | | | | | |
| Profesionālās prasmes | | | | | |
| Profesionālā pieredze | | | | | |
| Refleksijas prasme /darbības analīze no savas un pacienta puses/ | | | | | |
| Kritiskās domāšanas prasmes | | | | | |
| Zinātniskās analīzes prasmes | | | | | |
| Starppersonu faktori | X | X | X | X | X |
| Attieksme pret pacientiem | | | | | |
| Attieksme pret kolēģiem | | | | | |
| Komunikāciju prasmes | | | | | |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | | | | | |
| Sadarbības prasme ar pacientiem | | | | | |
| Pašapziņa – savas vietas sabiedrībā vērtējums /saistībā ar pašcienu/ | | | | | |
| Pašvērtējums – sava nozīmīguma vērtējums | | | | | |

PALDIES!

5. Pielikums

Studentu vērtējuma rezultāti par vērtībām profesionālās identitātes aspektā

1. Vēlamās vērtības, kas būtu nozīmīgas veselības aprūpes speciālistam - MĀSAI

| Individuālās vērtības | Ļoti | Svarīgi | Daļēji | Maz | Nezinu |
|-----------------------|-----------|-----------|----------|----------|----------|
| | Svarīgi | 50/64/36 | Svarīgi | Svarīgi | 50/64/36 |
| | 50/64/36 | 1./2./3. | 50/64/36 | 50/64/36 | 1./2./3. |
| | 1./2./3. | | 1./2./3. | 1./2./3. | |
| Mērķtiecība | 34/32/19 | 16/31/14 | -/1/3 | | |
| Noteiktība | 30/37/21 | 10/27/13 | -/2/2 | | |
| Aprēmība | 35/39 /17 | 15/25 /16 | -/-/3 | | |
| Atbildība | 41/61/36 | 9/3/ - | 0 | | |
| Neatlaidība | 31/28/16 | 11/20/114 | 8/ 6/5/ | -/-/1 | |
| Cieņa | 26/47/16 | 16/16/7 | 8/0/3 | -/1/- | |
| Godīgums | 21/43/26 | 19/20/9 | 10/1/1 | | |
| Lojalitāte | 30/33/19 | 14/30/13 | 6/1/4 | | |
| Savaldība | 27/42/26 | 17/21/8 | 6/1/2 | | |
| Uzticamība | 29/40/23 | 14/19/10 | 7/5/3 | | |
| Līdzjūtība | 29/30/17 | 18/27/13 | 3/7/6 | | |
| Iecietība | 24/38/20 | 24/25/14 | 6/1/2 | | |
| Izpalīdzība | 22/42/24 | 13/21/9 | 5/1/3 | | |
| Taisnīgums | 18/34/22 | 18/25/10 | 10/4/4 | 4/-/- | |
| Objektivitāte | 14/41/24 | 14/23/10 | 12/-/2 | 10/-/- | |
| Drosme | 27/31/19 | 16/28/13 | 7/5/5 | | |
| Vērīgums | 22/43/18 | 22/16/15/ | 6/2/3 | -/2/- | -/1/- |
| Lietpratības faktori | Ļoti | Svarīgi | Daļēji | Maz | Nezinu |
| | Svarīgi | 50/64/36 | Svarīgi | Svarīgi | 50/64/36 |
| | 50/64/36 | 1./2./3. | 50/64/36 | 50/64/36 | 1./2./3. |
| | 1./2./3. | | 1./2./3. | 1./2./3. | |
| Zināšanas | 44/58/34 | 6/4/2 | -/-/ | | |
| Profesionālās prasmes | 40/57/33 | 10/7/3 | -/-/ | | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| Profesionālā pieredze | 15/41/22 | 17/23/11 | 8/-/3 | | |
| Refleksijas prasme /darbības analīze no savas un pacienta puses/ | 15/29/18 | 35/35/18 | -/-/ | | |
| Kritiskās domāšanas prasmes | 14/26/19 | 23/30/14 | 10/5/5 | | 3/-/ |
| Zinātniskās analīzes prasmes | 21/17/17 | 32/32/13 | 9/15/6 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Starppersonu faktori | Ļoti Svarīgi 50/64/36 1./2./3. | Svarīgi 50/64/36 1./2./3. | Daļēji Svarīgi 50/64/36 1./2./3. | Maz Svarīgi 50/64/36 1./2./3. | Nezinu 50/64/36 1./2./3. |
| Attieksme pret pacientiem | 40/53/29 | 10/9/7 | | | |
| Attieksme pret kolēģiem | 29/35/23 | 18/29/13 | 3/-/ | | |
| Komunikāciju prasmes | 32/44/26 | 12/20/10 | 6/-/ | | |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | 28/30/23 | 15/37/12 | 7/-/1 | | |
| Sadarbības prasme ar pacientiem | 37/44/29 | 13/22/6 | -/-/1 | | |
| Pašapziņa | 19/30/23 | 20/32/11 | 11/2/2 | | |
| Pašvērtējums | 19/28/21 | 23/28/13 | 8/8/2 | | |

2. Pašvērtējums vērtībām un darba aspektiem, kas piemīt man kā topošajam veselības aprūpes speciālistam

| Individuālās vērtības | 5 Augsts 1./2./3. 50/64/36 | 4 Labs 1./2./3. 50/64/36 | 3 Apmieri 1./2./3. 50/64/36 | 2 Viduvēji 1./2./3. 50/64/36 | 1 Zems 1./2./3. 50/64/36 |
|-----------------------|---|---|--|---|---|
| Mērķtiecība | 18/24/18 | 18/26/11 | 12/10/7 | 2/2/- | |
| Noteiktība | 15/15/16 | 16/34/16 | 10/12/2 | 6/3/2 | 3/-/ |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| Apņēmība | 17/20/14 | 25/30/16 | 8/11/5 | -/3/- | |
| Atbildība | 22/38/22 | 19/22/13 | 8/4/1 | 1/-/- | |
| Neatlaidība | 19/20/26 | 22/28/10 | 6/16/- | 3/-/- | |
| Cieņa | 25/41/21 | 20/22/13 | 5/1/2 | | |
| Godīgums | 22/35/20 | 19/23/13 | 9/7/3 | | |
| Lojalitāte | 17/26/19 | 15/30/13 | 18/6/4 | -/2/- | |
| Savaldība | 20/16/20 | 27/37/13 | 3/4/3 | -/4/- | |
| Uzticamība | 18/33/19 | 24/27/13 | 8/4/4 | -/-/- | |
| Līdzjūtība | 18/22/20 | 29/33/13 | 3/6/3 | -/3/- | |
| Iecietība | 13/20/19 | 22/30/15 | 11/10/2 | -/2/- | 4/2/- |
| Izpalīdzība | 26/30/20 | 16/30/12 | 8/4/4 | | |
| Taisnīgums | 16/27/13 | 21/33/18 | 13/4/5 | | |
| Objektivitāte | 18/17/17 | 18/23/16 | 14/12/2 | -/2/1 | |
| Drosmē | 17/11/15 | 30/34/16 | 3/15/6 | -/3/- | -/1/- |
| Vērīgums | 18/16/16 | 26/34/17 | 6/13/2 | -/1/1 | |
| Lietpratības faktori | 5 Augsts 1./2./3. 50/64/36 | 4 Labs 1./2./3. 50/64/36 | 3 Apmierinoši 1./2./3. 50/64/36 | 2 Viduvēji 1./2./3. 50/64/36 | 1 Zems 1./2./3. 50/64/36 |
| Zināšanas | 14/8/14 | 16/32/13 | 14/19/7 | 6/5/2 | |
| Profesionālās prasmes | 12/6/12 | 12/31/15 | 8/19/6 | 10/6/3 | 8/2/- |
| Profesionālā pieredze | 12/5/13 | -/13/8 | 10/21/8 | 10/16/5 | 18/9/- |
| Refleksijas prasme /darbības analīze no savas un pacienta puses/ | 8/3/13 | 6/24/11 | 16/30/11 | 8/7/1 | 12/-/- |
| Kritiskās domāšanas prasmes | 10/7/11 | 6/20/10 | 26/26/13 | 4/7/2 | 4/-/- |
| Zinātniskās analīzes prasmes | 6/4/10 | 14/13/10 | 18/34/12 | 8/13/2 | 4/1/- |
| Starppersonu faktori | 5 Augsts 1./2./3. 50/64/36 | 4 Labs 1./2./3. 50/64/36 | 3 Apmierinoši 1./2./3. 50/64/36 | 2 Viduvēji 1./2./3. 50/64/36 | 1 Zems 1./2./3. 50/64/36 |
| Attieksme pret pacientiem | 20/33/20 | 21/27/15 | 9/3/1 | -/1/- | |
| Attieksme pret kolēģiem | 20/29/17 | 20/35/17 | 10/-/2 | | |
| Komunikāciju prasmes | 18/15/17 | 18/37/16 | 8/10/3 | 6/2/- | |
| Sadarbības prasme ar kolēģiem | 18/19/18 | 18/39/16 | 8/6/2 | 6/-/- | |
| Sadarbības prasme ar pacientiem | 16/22/13 | 21/36/16 | 7/5/6 | 6/1/1 | |
| Pašapziņa | 18/19/14 | 18/31/14 | 8/13/6 | 4/1/2 | 2/-/- |

6. Pielikums

Analizēto studentu pētniecisko darbu saraksts laika periodā

no 2011/12. – 2014/15. gadam (n-100)

| Nr | Darba autors | KD/ BD | Nosaukums |
|-----|-----------------|-----------|--|
| 1. | J. Aļļjeva | KD | Iedzīvotāju zināšanas par kunga vēža riska faktoriem |
| 2. | S. Bite | KD | Sieviešu zināšanas par krūts vēža agrīno diagnostiku |
| 3. | L. Brice | KD | Sieviešu zināšanas par kontracepcijas veidiem |
| | S. Lundberga | KD | Sieviešu informētība par mamogrāfijas izmeklējumiem |
| | A. Timofejeva | KD | Jauniešu zināšanas par psihotropo vielu atkarībām |
| | J. šestakova | KD | Vecāku izpratne par anēmiju izraisošiem faktoriem agrīnā vecuma bērniem |
| 7. | A. Beloborodovs | KD | Iedzīvotāju zināšanas par aizkuņģa dziedzera iekaisuma provocējošiem faktoriem |
| 8. | I. Biķe | KD | Iedzīvotāju informētība par plaušu tuberkulozi un tās profilaksi |
| 9. | K. Djačenko | KD | Vecāku zināšanas par pirmskolas vecuma bērnu traumatismu |
| 10. | K. Majore | KD | Iedzīvotāju zināšanas par A hepatītu un tā profilaksi |
| 11. | J. Mičāne | KD | Iedzīvotāju zināšanas par arteriālās hipertensijas profilaksi |
| 12. | R. Rūsītis | KD | Sabiedrības zināšanas par pamata atdzīvināšanas algoritmiem |
| 13. | R. Šveds | KD | Sieviešu zināšanas par krūts vēža agrīniem diagnostikas pasākumiem |
| 14. | E. Ziemele | KD | Iedzīvotāju informētība par miokarda infarkta riska faktoriem un profilaksi |
| 15. | A. Šeika | KD | Jauniešu zināšanas par orālās kontracepcijas lietošanu un tās sekām |
| 16. | A. Drulle | KD | Grūtnieču informētība par smēķēšanas ietekmi uz grūtniecību |
| 17. | K. Krastiņa | KD | Sieviešu zināšanas par krūts zīdīšanas pozitīvo ietekmi uz bērna attīstību |
| 18. | | | |
| 19. | M. Migliniece | KD | Sieviešu zināšanas par vitamīnu un minerālvielu nozīmi un lietošanu grūtniecības laikā |
| 20. | T. Sukovajataja | KD | Sieviešu informētība par urīna nesaturēšanas izraisošiem faktoriem, to ārstēšanu un profilaksi |
| 21. | O. Strucka | KD | Sieviešu zināšanas par dzemdes kakla vēža skrīningu |
| 22. | L. Skuja | KD | Sieviešu informētība par orālās kontracepcijas lietošanu |
| 23. | L. Antonova | KD | Zināšanas par kāju sēnīšu slimību profilaksi |
| 24. | D. Jansone | KD | Pacientu izglītošana par bronhiālo astmu |
| 25. | A. Suhorukova | KD | Pirmā palīdzība ceļu satiksmes negadījumos |

| | | | |
|-----|---------------|----|---|
| 26. | K. Šuktere | KD | Jauniešu un viņu vecāku informētība par anoreksiju un bulīmiju |
| 27. | V. Makarova | KD | Jauniešu informētība par kontracepcijas metodēm un to lietošanu |
| 28. | O. Šeremetova | KD | Zīdaiņa vecuma bērnu vecāku informētība par vakcināciju |
| 29. | L. Millere | KD | Medicīniski sanitārās daļas apmeklētāju zināšanas par uztura nozīmi sirds- asinsvadu slimību profilaksē |
| 30. | A. Gromova | KD | Vecāku informētība par pirmās klases skolēnu primāro adipozitāti, riska faktoriem un profilaksi |
| 31. | A. Mažrima | KD | Sieviešu zināšanas par urīnceļu infekciju un profilaksi |
| 32. | K. Vižla | KD | Sieviešu informētība par dzemdes kakla vēža riska faktoriem un visaptverošu profilaksi |
| 33. | M. Vītiņa | KD | Sieviešu informētība par krūts vēža agrīnu diagnostiku |
| 34. | O. Kostenko | KD | Vecāku informētība par stājas traucējumu profilaksi pirmsskolas vecuma bērniem |
| 35. | K. Ķerve | KD | Vecāku zināšanas par tuberkulozes saslimšanas iespējām jaunākā skolas vecuma bērniem |
| 36. | D. Ledāja | KD | Pirmskolas izglītības iestāžu bērnu vecāku zināšanas par augšējo elpceļu respiratoro infekciju slimību profilaksi |
| 37. | Z. Pūķe | KD | Vecāku informētība par bērnu vakcināciju zīdaiņu un mazbērnu periodā |
| 38. | A. Skvoroda | KD | Vecāku informētība par pirmsskolas vecuma bērnu aprūpes iespējām bronhīta gadījumā |
| 39. | I. Šildere | KD | Iedzīvotāju informētība par ādas ļaundabīgajiem audzējiem |
| 40. | A. Šnipke | KD | Sabiedrības informētība par kāju vēnu varikozes profilakses iespējām |
| 41. | I. Žarska | KD | Jauniešu zināšanas par C hepatīta profilaksi |
| 42. | M. Steda | KD | Māsu izglītojošā loma bronhiālās astmas pacientu aprūpē |
| 43. | L. Eičina | KD | Māmiņu zināšanas par krūts barošanas nozīmi zīdaiņa attīstībā |
| 44. | J. Cvetkova | KD | Sieviešu izpratne par dzemdes kakla vēža profilaksi un tās nozīmi |
| 45. | L. Lāce | KD | Iedzīvotāju informētība par mutes dobuma veselību un profilakses pasākumiem |
| 46. | A. Narvila | KD | Sabiedrības zināšanas un ieinteresētība pirmās palīdzības sniegšanā |
| 47. | G. Sokolovska | KD | Sabiedrības zināšanas par AKS primāro profilaksi |
| 48. | S. Jakimiva | KD | Smēķējošo grūtnieču zināšanas par smēķēšanas kaitīgo ietekmi uz sievietes organismu un grūtniecības norisi |
| 49. | Ž. Ķeruze | KD | Sieviešu informētība par krūts zīdīšanu un tās nozīmi |
| 50. | Z. Šmukste | KD | Grūtnieču zināšanas par fizisko aktivitāšu nozīmi grūtniecības laikā |

| | | | |
|-----|---------------------|----|--|
| 51. | M. Aploka | BD | Pusaudžu zināšanas un līdzdarbība veselīga dzīvesveida veicināšanā |
| 52. | Z. Klaiva | BD | Vecāku izvēles faktori, veicot zīdaiņu vakcināciju |
| 53. | K. Černova | BD | Insulta pacienta aprūpē iesaistīto ģimenes locekļu zināšanas un prasmes attiecībā uz izgulējumu profilaksi |
| 54. | | BD | Vecāka gadagājuma cilvēku zināšanas un rīcība attiecībā uz gripu un tās profilaksi |
| 55. | A. Timofejeva | BD | 2. tipa CD pacientu zināšanas par pēdu aprūpi |
| 56. | J. Vetrebeņko | BD | Polinozes pacientu zināšanas par saslimšanu un tās izvērtējums medicīnas dokumentācijā |
| 57. | B. Ozoliņa | BD | Vecāku informācija par bērnu aprūpi līdz skolas vecumam |
| 58. | M. Vigule | BD | Tuberkuloze un Liepājas pilsētas iedzīvotāju zināšanas par šo slimību |
| 59. | J. Spicina | BD | Sieviešu informācija par dzemdes kakla vēža simptomiem, riska faktoriem un profilaktiskiem pasākumiem |
| 59. | M. Kalniņa | BD | Jauniešu zināšanas par alkohola kaitīgo iedarbību uz organismu |
| 60. | I. Laugale | BD | Cilvēku informācija par kolorektālo vēzi un tā profilaksi |
| 61. | E. Morozova | BD | Vecāku informācija par pudeļu kariesa izraisošiem cēloņiem un sekām |
| 62. | L. Olbačevska | BD | Gerontoloģisko pacientu informācija par aprūpi Liepājas pilsētā |
| 63. | L. Rūja - Lāma | BD | Topošo vecāku zināšanas par pēcdzemdību periodu |
| 64. | I. Sermole | BD | Sieviešu informācija par smēķēšanas izraisītajiem riskiem. |
| 65. | Dz. Zaremba | BD | Pacientu zināšanas par bronhiālo astmu |
| 66. | I. Ribina | BD | Vecāku zināšanas par stājas traucējumiem sākumskolas bērniem |
| 67. | I. Bekmane | BD | Jauniešu zināšanas pirmajā palīdzībā un tās pielietošanā |
| 68. | L. Sprude | BD | Jauno māmiņu zināšanas par bērna dabiskās ēdināšanas priekšrocībām. |
| 69. | I. Reine | BD | Vecāku zināšanas par bērna mutes dobuma veselību un higiēnu |
| 70. | S. Blaubarde | BD | Liepājas pilsētas iedzīvotāju zināšanas par bronhiālo astmu |
| 71. | B. Šile | BD | Jauniešu informācija par liekā svara problēmu |
| 72. | A. Janeka | BD | Sieviešu zināšanas par osteoporozi un tās profilaksi |
| 73. | J. Zahvajeve | BD | Vecāku izpratne par profilaktiskajām potēm |
| 74. | A.Heidemane - Rence | BD | Jaunāko klašu skolēnu vecāku zināšanas par stājas traucējumiem |
| 75. | I. Kalēja | BD | Pacientu informācija par perioperatīvo periodu ginekoloģisko saslimšanu gadījumos |
| 76. | I. Krēvica | BD | Sieviešu informācija par dzemdes kakla vēzi un tā profilakses iespējām |
| 77. | K. Svara | BD | Sieviešu informācija par krūts vēža profilaksi |

| | | | |
|------|----------------|----|--|
| 78. | L. Ponka | BD | Pacientu zināšanas par rehabilitāciju pēc lielo locītavu un endoprotezēšanas operācijām |
| 79. | R. Sīkle | BD | Otrā tipa cukura diabēta pacientu zināšanas par neiropātiju un čūlu veidošanos |
| 80. | I. Balcere | BD | Sieviešu zināšanas par krūts vēža profilaksi |
| 90. | A. Gūtmane | BD | Pacientu zināšanas par insulta riska faktoriem |
| 91. | A. Kaupe | BD | Cilvēku zināšanas par glaukomu |
| 92. | K. Terentičeva | BD | Pedagogu zināšanas par gripas profilaksi |
| 93. | A. Dombrovska | BD | Cilvēku informētība par C vīrushepatītu |
| 94. | L. Drekslere | BD | Vecāku zināšanas par cilvēku papilomas vīrusu |
| 95. | I. Strazdiņa | BD | Cilvēku informētību par vakcināciju pret gripu |
| 96. | I. Ūdre | BD | Vecāku viedoklis par vakcinācijām un to nepieciešamību bērniem |
| 97. | I. Tīde | BD | Arteriālās hipertenzijas pacientu zināšanas par saslimšanu. |
| 98. | L. Ēriksone | BD | Glikēmijas paškontrolē pacientiem ar cukura diabētu |
| 99. | I. Valtere | BD | Sākumskolas skolēnu zināšanas par bērnu stājas traucējumu ietekmējošiem faktoriem un profilaksi |
| 100. | G. Blizņeca | BD | Pirmskolas vecuma bērnu vecāku zināšanas par roku higiēnas ietekmi uz bērna vispārējo veselības stāvokli |

7. Pielikums

Aptaujas anketa topošajiem abiturientiem

Lūdzu Jūs piedalīties anketēšanā, novērtēt **pacientu izglītošanas procesa aspektus**, kas ir viena no veselības aprūpes darbinieku darba nozīmīgākām jomām, ņemot vērā Jūsu pašreizējo studiju un prakses pieredzi. Anonimitāti un informācijas konfidencialitāti Jūsu atbildēm garantēju. Atbildes uz jautājumiem tiks izmantotas promocijas darba ietvarā.

Lūdzu, atbildiet uz jautājumiem izvēloties Jums piemērotāko atbilžu variantu! Iepriekš pateicos par Jūsu vēlmi piekrist piedalīties pētījumā!

Lūdzu izlasīt un apvilkt atbilstošo ciparu, Jums piemērotam atbildes variantam!

1. Jūsu vecums:

- 1 Līdz 25 gadiem
- 2 26 – 35 gadiem
- 3 36 – 45 gadiem
- 4 46 – 55 gadiem
- 5 Virs 55 gadiem

2. Vai Jums ir iegūta papildus izglītība?

- 1 Jā
- 2 Nē

3. Ja Jūsu atbilde ir „Nē”, pārejiet uz 4. Jautājumu. Ja Jūsu atbilde ir „Jā”, norādiet papildus iegūtās izglītības jomu:

- 1 Sociālās zinības
- 2 Juridiskā izglītība
- 3 Psiholoģija
- 4 Vadība
- 5 _____

4. Vai papildus studijām Jūs praktizējat kādā veselības aprūpes iestādē kā štata darbinieks:

- 1 Jā
- 2 Nē

5. Pacientu izglītošanas procesam noderīgu informāciju, bez lekcijām un nodarbībām izglītības iestādē, iegūstu (vairākas atbildes):

- 1 Apmeklējot medicīnas un aprūpes jautājumiem veltītus kongresus, forumus
- 2 Lasot pedagoģijas, psiholoģijas tematikas žurnālus
- 3 Lasot pedagoģijas, psiholoģijas tematikas grāmatas
- 4 Lasot dažādus interneta materiālus
- 5 Lasot zinātniski pamatotus pedagoģijas, psiholoģijas materiālus internetā
- 6 Medicīnas rakstura žurnālos
- 7 Neinteresējos par šādas informācijas ieguvu
- 8 Studiju process ir pilnvērtīgs, nav nepieciešamības izmantot papildus avotus
- 9 Cits variants _____

6. Ja Jūs veicat pacientu izglītošanu, tad izglītošanas darba vienai epizodei **vidēji** veltāt:

- 1 Līdz 10 minūtēm
- 2 Līdz 20 minūtēm
- 3 Līdz 30 minūtēm
- 4 Vairāk par 30 minūtēm
- 5 Pacientu izglītošanu neveicu

I Kā Jūs vērtējat pašreizējo pieredzi, kas nodrošina pacientu izglītošanas procesu, ņemot vērā, ka pacientu izglītošana ietver vispusīgas zināšanu kompetences

Lūdzu izlasīt un novērtēt Jūsu izvēlei piedāvātos parametrus! Ja uzskatāt, ka parametrs atbilst Jūsu iegūtam profesionālam pašvērtējumam, pacientu izglītošanas procesā, atzīmējiet attiecīgo vērtējumu **5 baļļu skalā**, apvelkot atbilstošo ciparu:

5 – Augstā līmenī

4 - Daļēji augstā līmenī

3 –Vidējā, ne augstā, ne zemā līmenī

2 - Daļēji zemā līmenī

1 – Zemā līmenī

| | | Augstā līmenī | Daļēji augstā līmenī | Vidējā līmenī | Daļēji zemā līmenī | Zemā līmenī |
|-----|--|---------------|----------------------|---------------|--------------------|-------------|
| 1. | Teorētiskās zināšanas vispārējā pedagoģijā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Teorētiskās zināšanas pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai | | | | | |
| 3. | Praktiskās prasmes praktiskā pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zināšanas psiholoģijā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zināšanas saskarsmes komunikācijā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Zināšanas informāciju tehnoloģijā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Prasme izvēlēties pacientam piemērotus izglītošanas, uzskates līdzekļus | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Prasme piemēroties neordinārai situācijai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesa rezultātu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Spēja uzņemties atbildību par izglītošanas darbu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Spēja būt iecietīgai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Spēja izprast pacientu emocijas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

II Jautājumi par starppersonu attiecībām, veicot pacientu izglītošanu

Lūdzu izlasīt un novērtēt, cik bieži šie parametri tiek pielietoti Jūsu praksē, novērtējot pielietojuma biežumu 5 baļļu skalā, apvelkot atbilstošo ciparu:

5 – vienmēr; 4- bieži; 3- dažreiz; 2 – reti; 1- nepielietoju

| | | Vienmēr | Bieži | Dažreiz | Reti | Nepielietoju |
|----|--|---------|-------|---------|------|--------------|
| 1. | Pirmreizēji, sastopot pacientu, nosaucu savu vārdu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Pacientam jautāju, kādas šodien problēmas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ja sadarbība ir bijusi, jautāju, kādi ir panākumi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Jautājumus uzdošu, bet nav laika iedziļināties problēmās | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | Vienmēr | Bieži | Dažreiz | Reti | Nepielietoju |
|-----|--|---------|-------|---------|------|--------------|
| 5. | Uzmanīgi uzklausu pacientu viedokli | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Pacientu uzrunāju pirmā, iedrošinot sarunai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Izglītošanas laikā nodrošinu viena līmeņa acu kontaktu ar pacientu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Izmantoju monoloģiskās metodes (<i>runāju Es</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Izmantoju dialoga metodes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

III Kādi izglītošanas līdzekļi un metodes tiek pielietoti pacientu izglītošanas procesā papildus verbālai izglītošanai

Lūdzu izlasīt un novērtēt parametrus 5 baļļu skalā, apvelkot atbilstošo ciparu:

5 – ļoti svarīgi; 4- svarīgi; 3- mazsvarīgi; 2 – nesvarīgi; 1- nevaru novērtēt

| | | Ļoti svarīgi | Svarīgi | Mazsvarīgi | Nesvarīgi | Nevaru novērtēt |
|-----|---|--------------|---------|------------|-----------|-----------------|
| 1. | Plakāti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Attēli | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Mulāžas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Sarunas laikā svarīgākās informācijas rakstisks apkopojums | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Iepriekš sagatavota informācijas lapa ar pacientam nozīmīgu informāciju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Tipogrāfijā iespiests buklets par saslimšanu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Audio vizuālie demonstrējumi (CD) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Audio vizuālie demonstrējumi (Youtube materiāli) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Medicīniski pamatotu interneta resursu norāde | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Norāde par pacientam ieteicamiem literatūras avotiem saistībā ar saslimšanu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Shēmas, piktogrammas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Lekcija/pasākums pacientu grupai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Praktiski darbību demonstrējumi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Norādīt kontaktus, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos (telefons, mājas lapa, e adrese) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

IV Jautājumi par Jūsaprāt, nozīmīgākiem faktoriem, kas ietekmē pacientu izglītošanas procesu. Lūdzu izlasīt un novērtēt, vai zemāk minētie parametri ietekmē pacientu izglītošanas procesu! Izsakiet savu vērtējumu **5 baļļu skalā**, apvelkot atbilstošo ciparu:

- 5 – Vienmēr ietekmē**
- 4 – Bieži ietekmē**
- 3 – Ne ietekmē, ne neietekmē**
- 2 – Maz ietekmē**
- 1 – Neietekmē**

| | | Vienmēr ietekmē | Bieži ietekmē | Ne ietekmē, ne neietekmē | Maz ietekmē | Neietekmē |
|-----|---|-----------------|---------------|--------------------------|-------------|-----------|
| 1. | Atsevišķu telpu trūkums, kur veikt izglītošanas darbu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Teorētisko zināšanu apjoms | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Praktisko zināšanu apjoms | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Pieredzes apjoms | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zināšanu apjoms par elektronisko resursu piesaisti pacientu izglītošanas darbā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Bukletu skaita nodrošinājums | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Plakātu nodrošinājums uzskatei | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Mulāžu nodrošinājums uzskatei | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Audio vizuālo (CD) materiālu nodrošinājums | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Pacientu neviennozīmīgā attieksme pret izglītošanas jautājumiem (<i>neieinteresētība</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Laika aspekts, jo intensīvs darbs | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

V Manas personīgās un profesionālās vērtības

Lūdzu tabulā ierakstīt piecas Jūsaprāt nozīmīgākās personīgās un profesionālās vērtības, kuru kopuma integrācija Jums palīdz vai palīdzēs veikt kvalitatīvu pacientu izglītošanas darbu.

Vērtības ierakstīt, kārtojot nozīmīguma secībā, ar skaitli 1 – atzīmējot visnozīmīgāko vērtību, bet ar 5 – zemāko vērtību

| | Personīgās vērtības | Profesionālās vērtības |
|----------|---------------------|------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

Paldies, par piedalīšanos aptaujā!!!

8. Pielikums

Statistikas analīze studentu viedoklim par izglītošanas procesu

1. Studentu vērtējums par personīgo pašreizējo pieredzi, kas nodrošina pacientu izglītošanas procesu

| Nr | Aspekts | Pīrsona (χ^2) | Spīrmena rangu korelācija | | Coefficients | |
|-----|---|----------------------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | p | r_s | p | β | p |
| 1. | Teorētiskās zināšanas vispārējā pedagoģijā | | | | | |
| | Vecums | 0,413 | 0,088 | 0,171 | 0,049 | 0,515 |
| | Izglītība | 0,399 | -0,084 | 0,195 | -0,060 | 0,426 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,911 | 0,032 | 0,627 | 0,031 | 0,640 |
| 2. | Teorētiskās zināšanas pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai | | | | | |
| | Vecums | 0,809 | -0,002 | 0,979 | 0,037 | 0,704 |
| | Izglītība | 0,758 | 0,022 | 0,790 | 0,021 | 0,824 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,769 | 0,022 | 0,792 | 0,030 | 0,732 |
| 3. | Praktiskās prasmes praktiskai pacientu apmācībai | | | | | |
| | Vecums | 0,720 | 0,073 | 0,258 | 0,032 | 0,677 |
| | Izglītība | 0,589 | -0,080 | 0,220 | -0,053 | 0,480 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,524 | -0,020 | 0,766 | -0,028 | 0,676 |
| 4. | Zināšanas psiholoģijā | | | | | |
| | Vecums | 0,236 | 0,141 | 0,027 | 0,064 | 0,383 |
| | Izglītība | 0,002 | -0,217 | 0,001 | -0,202 | 0,006 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,979 | -0,002 | 0,976 | 0,020 | 0,762 |
| 5. | Zināšanas saskarsmes komunikācijā | | | | | |
| | Vecums | 0,697 | -0,033 | 0,613 | -0,101 | 0,181 |
| | Izglītība | 0,336 | -0,117 | 0,070 | -0,159 | 0,034 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,049 | 0,040 | 0,541 | 0,006 | 0,933 |
| 6. | Zināšanas informāciju tehnoloģijā | | | | | |
| | Vecums | 0,805 | 0,004 | 0,954 | -0,040 | 0,595 |
| | Izglītība | 0,617 | -0,069 | 0,287 | -0,092 | 0,222 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,282 | 0,126 | 0,056 | 0,107 | 0,108 |
| 7. | Prasme izvēlēties pacientam piemērotus izglītošanas, uzskates līdzekļus | | | | | |
| | Vecums | 0,307 | 0,057 | 0,379 | 0,014 | 0,849 |
| | Izglītība | 0,318 | -0,122 | 0,059 | -0,107 | 0,155 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,828 | 0,045 | 0,496 | 0,062 | 0,350 |
| 8. | Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai | | | | | |
| | Vecums | 0,781 | 0,087 | 0,179 | 0,014 | 0,559 |
| | Izglītība | 0,722 | -0,060 | 0,355 | -0,107 | 0,752 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,787 | 0,003 | 0,962 | 0,062 | 0,792 |
| 9. | Prasme piemēroties neordinārai situācijai | | | | | |
| | Vecums | 0,246 | 0,157 | 0,015 | 0,144 | 0,059 |
| | Izglītība | 0,211 | -0,086 | 0,187 | -0,009 | 0,908 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,543 | -0,021 | 0,753 | 0,027 | 0,681 |
| 10. | Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesu | | | | | |
| | Vecums | 0,903 | 0,087 | 0,178 | 0,044 | 0,271 |
| | Izglītība | 0,443 | -0,070 | 0,280 | -0,024 | 0,589 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,685 | -0,027 | 0,680 | 0,018 | 0,818 |
| 11. | Spēja uzņemties atbildību par izglītošanas darbu | | | | | |
| | Vecums | 0,596 | 0,100 | 0,121 | 0,103 | 0,174 |
| | Izglītība | 0,228 | -0,052 | 0,425 | 0,002 | 0,977 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,773 | 0,024 | 0,715 | 0,036 | 0,593 |
| 12. | Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem | | | | | |
| | Vecums | 0,918 | -0,051 | 0,432 | -0,082 | 0,282 |
| | Izglītība | 0,904 | -0,029 | 0,649 | -0,072 | 0,338 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,784 | 0,010 | 0,882 | 0,023 | 0,727 |
| 13. | Spēja būt iecietīgai | | | | | |
| | Vecums | 0,705 | -0,075 | 0,250 | -0,049 | 0,518 |
| | Izglītība | 0,894 | 0,045 | 0,486 | 0,011 | 0,884 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,864 | -0,031 | 0,636 | -0,055 | 0,416 |
| 14. | Spēja izprast pacientu emocijas | | | | | |
| | Vecums | 0,998 | -0,047 | 0,466 | 0,021 | 0,786 |
| | Izglītība | 0,334 | 0,017 | 0,790 | 0,013 | 0,866 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,272 | 0,025 | 0,710 | 0,024 | 0,722 |

2. Starppersonu attiecību novērtējums, veicot pacientu izglītošanu

| Nr | Aspekts | Pīrsona (χ^2) | Spīrmena rangu | | Coefficients | |
|-----|--|----------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | | rādītājs | korelācija | | β | p |
| | | p | r_s | β | β | p |
| 1. | Pirmreizēji, sastopot pacientu, nosaucu savu vārdu | | | | | |
| | Vecums | 0,221 | 0,111 | 0,084 | 0,121 | 0,119 |
| | Izglītība | 0,700 | 0,062 | 0,335 | 0,003 | 0,970 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,850 | 0,017 | 0,794 | -0,008 | 0,901 |
| 2. | Jautāju, kādas šodien problēmas | | | | | |
| | Vecums | 0,900 | 0,119 | 0,065 | 0,082 | 0,276 |
| | Izglītība | 0,454 | -0,102 | 0,114 | -0,051 | 0,491 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,805 | -0,051 | 0,441 | -0,048 | 0,471 |
| 3. | Ja sadarbība ir bijusi, jautāju, kādi ir panākumi | | | | | |
| | Vecums | 0,026 | 0,214 | 0,001 | 0,016 | 0,126 |
| | Izglītība | 0,468 | -0,086 | 0,182 | -0,006 | 0,939 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,461 | -0,104 | 0,115 | -0,076 | 0,254 |
| 4. | Jautājumus uzdošu, bet nav laika iedziļināties problēmās | | | | | |
| | Vecums | 0,025 | -0,029 | 0,659 | -0,007 | 0,931 |
| | Izglītība | 0,607 | 0,043 | 0,502 | 0,015 | 0,841 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,600 | -0,025 | 0,709 | -0,038 | 0,574 |
| 5. | Uzmanīgi uzklausu pacientu viedokli | | | | | |
| | Vecums | 0,765 | -0,058 | 0,369 | -0,061 | 0,421 |
| | Izglītība | 0,773 | -0,018 | 0,777 | -0,047 | 0,533 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,886 | 0,051 | 0,437 | 0,044 | 0,510 |
| 6. | Pacientu uzrunāju pirmā, tā iedrošinot | | | | | |
| | Vecums | 0,709 | 0,008 | 0,906 | 0,042 | 0,582 |
| | Izglītība | 0,247 | -0,012 | 0,850 | 0,015 | 0,848 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,787 | -0,037 | 0,577 | -0,039 | 0,559 |
| 7. | Izglītošanas laikā nodrošinu viena līmeņa acu kontaktu ar pacientu | | | | | |
| | Vecums | 0,516 | 0,094 | 0,144 | 0,075 | 0,324 |
| | Izglītība | 0,704 | -0,076 | 0,242 | -0,027 | 0,717 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,393 | -0,012 | 0,852 | 0,015 | 0,821 |
| 8. | Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes | | | | | |
| | Vecums | 0,100 | 0,088 | 0,175 | 0,132 | 0,083 |
| | Izglītība | 0,484 | -0,057 | 0,384 | 0,003 | 0,966 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,823 | 0,017 | 0,793 | 0,041 | 0,542 |
| 9. | Izmantoju monoloģiskās metodes (<i>runāju Es</i>) | | | | | |
| | Vecums | 0,013 | -0,067 | 0,298 | 0,004 | 0,960 |
| | Izglītība | 0,803 | 0,027 | 0,676 | 0,022 | 0,766 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,894 | 0,012 | 0,861 | 0,003 | 0,966 |
| 10. | Izmantoju dialoga metodes | | | | | |
| | Vecums | 0,007 | 0,105 | 0,105 | 0,089 | 0,239 |
| | Izglītība | 0,056 | -0,052 | 0,422 | 0,024 | 0,746 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,299 | 0,118 | 0,072 | 0,115 | 0,084 |

3. Kādi ir svarīgākie pielietotie līdzekļi pacientu izglītošanas procesā papildus verbālai izglītošanai

| Nr | Aspekts | Pīrsona (χ^2) | Spīrmena rangu | | Coefficients | |
|----|---|----------------------|----------------|---------|--------------|-------|
| | | rādītājs | korelācija | | β | p |
| | | p | r_s | β | β | p |
| 1. | Plakāti | | | | | |
| | Vecums | 0,663 | 0,092 | 0,157 | 0,007 | 0,922 |
| | Izglītība | 0,373 | -0,099 | 0,126 | -0,076 | 0,311 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,802 | -0,040 | 0,547 | -0,024 | 0,724 |
| 2. | Attēli | | | | | |
| | Vecums | 0,462 | -0,071 | 0,273 | -0,011 | 0,143 |
| | Izglītība | 0,227 | 0,013 | 0,841 | -0,093 | 0,213 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,469 | 0,067 | 0,305 | 0,070 | 0,288 |
| 3. | Mulāžas | | | | | |
| | Vecums | 0,306 | -0,060 | 0,356 | -0,086 | 0,261 |
| | Izglītība | 0,3025 | 0,039 | 0,547 | -0,030 | 0,688 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,768 | 0,072 | 0,278 | 0,053 | 0,430 |
| 4. | Sarunas laikā svarīgākās informācijas rakstisks apkopojums | | | | | |
| | Vecums | 0,281 | 0,059 | 0,363 | -0,013 | 0,865 |
| | Izglītība | 0,559 | -0,042 | 0,515 | -0,082 | 0,282 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,318 | 0,045 | 0,497 | 0,035 | 0,600 |
| 5. | Iepriekš sagatavota informācijas lapa ar pacientam nozīmīgu informāciju | | | | | |
| | Vecums | 0,965 | 0,040 | 0,541 | -0,001 | 0,985 |
| | Izglītība | 0,418 | -0,023 | 0,724 | -0,086 | 0,255 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,809 | 0,035 | 0,594 | 0,044 | 0,511 |

| | | | | | | |
|-----|---|--------------|---------------|--------------|--------|--------------------|
| 6. | Tipogrāfijā iespiests buklets par saslimšanu | | | | | |
| | Vecums | 0,600 | 0,099 | 0,127 | 0,030 | 0,694 |
| | Izglītība | 0,117 | -0,082 | 0,199 | -0,135 | 0,071 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,961 | 0,-0,028 | 0,673 | -0,014 | 0,831 |
| 7. | Audio vizuālie demonstrējumi (CD) | | | | | |
| | Vecums | 0,094 | 0,005 | 0,934 | -0,043 | 0,574 |
| | Izglītība | 0,558 | -0,044 | 0,502 | -0,084 | 0,265 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,419 | 0,031 | 0,644 | 0,063 | 0,346 |
| 8. | Audio vizuālie demonstrējumi (Youtube materiāli) | | | | | |
| | Vecums | 0,254 | -0,068 | 0,291 | -0,089 | 0,243 |
| | Izglītība | 0,308 | 0,017 | 0,789 | -0,060 | 0,423 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,151 | 0,007 | 0,918 | 0,018 | 0,788 |
| 9. | Medicīniski pamatotu interneta resursu norāde | | | | | |
| | Vecums | 0,811 | 0,048 | 0,458 | 0,020 | 0,790 |
| | Izglītība | 0,512 | -0,090 | 0,164 | -0,084 | 0,264 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,740 | 0,079 | 0,234 | 0,087 | 0,191 |
| 10. | Norādu par pacientam ieteicamiem literatūras avotiem saistībā ar saslimšanu | | | | | |
| | Vecums | 0,620 | 0,048 | 0,457 | -0,002 | 0,976 |
| | Izglītība | 0,046 | -0,138 | 0,032 | -0,162 | 0,032 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,610 | 0,003 | 0,959 | 0,006 | 0,929 |
| 11. | Shēmas, piktogrammas | | | | | |
| | Vecums | 0,602 | 0,001 | 0,986 | -0,079 | 0,293 |
| | Izglītība | 0,561 | -0,109 | 0,090 | -0,145 | 0,053 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,528 | 0,088 | 0,182 | 0,077 | 0,244 |
| 12. | Lekcija/pasākums pacientu grupai | | | | | |
| | Vecums | 0,901 | 0,001 | 0,987 | -0,021 | 0,781 |
| | Izglītība | 0,726 | 0,054 | 0,403 | -0,095 | 0,203 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,045 | 0,178 | 0,006 | 0,142 | 0,033/0,031 |
| 13. | Praktiski darbību demonstrējumi | | | | | |
| | Vecums | 0,995 | 0,059 | 0,363 | 0,023 | 0,764 |
| | Izglītība | 0,204 | -0,069 | 0,285 | -0,076 | 0,311 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,376 | 0,119 | 0,072 | 0,097 | 0,149 |
| 14. | Norādīt kontaktus, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos (telefons, mājas lapa, e adrese) | | | | | |
| | Vecums | 0,768 | 0,110 | 0,086 | 0,063 | 0,407 |
| | Izglītība | 0,1655 | -0,142 | 0,027 | -0,115 | 0,124 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,939 | 0,026 | 0,693 | 0,027 | 0,686 |

4. Studentu videdoklis par nozīmīgākiem faktoriem, kā tie ietekmē pacientu izglītošanas procesu

| Nr | Aspekts | Pīrsona (χ^2) | Spīrmena rangu | | Coefficients | |
|----|--|----------------------|----------------|--------------|--------------|-------|
| | | rādītājs | korelācija | | β | P |
| | | P | r. | β | β | P |
| 1. | Atsevišķu telpu trūkums, kur veikt izglītošanas darbu | | | | | |
| | Vecums | 0,016 | 0,063 | 0,339 | 0,108 | 0,162 |
| | Izglītība | 0,239 | -0,018 | 0,782 | 0,072 | 0,345 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,318 | 0,052 | 0,435 | 0,083 | 0,216 |
| 2. | Teorētisko zināšanu apjoms | | | | | |
| | Vecums | 0,391 | -0,132 | 0,043 | -0,077 | 0,316 |
| | Izglītība | 0,214 | 0,106 | 0,107 | 0,070 | 0,358 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,669 | 0,055 | 0,410 | 0,057 | 0,394 |
| 3. | Praktisko zināšanu apjoms | | | | | |
| | Vecums | 0,918 | -0,037 | 0,569 | -0,003 | 0,971 |
| | Izglītība | 0,643 | 0,024 | 0,714 | 0,051 | 0,509 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,279 | 0,082 | 0,220 | 0,097 | 0,151 |
| 4. | Pieredzes apjoms | | | | | |
| | Vecums | 0,533 | -0,072 | 0,278 | -0,084 | 0,279 |
| | Izglītība | 0,261 | -0,007 | 0,917 | -0,009 | 0,909 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,421 | 0,073 | 0,278 | 0,059 | 0,394 |
| 5. | Zināšanu apjoms par elektronisko resursu piesaisti pacientu izglītošanas darbā | | | | | |
| | Vecums | 0,422 | 0,122 | 0,063 | 0,076 | 0,324 |
| | Izglītība | 0,201 | -0,116 | 0,078 | 0,053 | 0,486 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,724 | 0,034 | 0,611 | 0,050 | 0,459 |
| 6. | Bukletu skaita nodrošinājums | | | | | |
| | Vecums | 0,361 | 0,021 | 0,744 | -0,042 | 0,583 |
| | Izglītība | 0,500 | -0,074 | 0,262 | -0,084 | 0,274 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,707 | -0,041 | 0,536 | -0,030 | 0,658 |
| 7. | Plakātu nodrošinājums uzskatei | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Vecums | 0,986 | -0,029 | 0,653 | -0,023 | 0,767 |
| | Izglītība | 0,179 | 0,001 | 0,986 | 0,022 | 0,772 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,219 | 0,092 | 0,166 | 0,105 | 0,121 |
| 8. | Mulāžu nodrošinājums uzskatei | | | | | |
| | Vecums | 0,978 | -0,038 | 0,568 | -0,092 | 0,234 |
| | Izglītība | 0,223 | -0,022 | 0,736 | -0,040 | 0,602 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,133 | -0,014 | 0,833 | 0,006 | 0,924 |
| 9. | Audio vizuālo (CD) materiālu nodrošinājums | | | | | |
| | Vecums | 0,365 | 0,022 | 0,743 | 0,022 | 0,779 |
| | Izglītība | 0,498 | -0,033 | 0,619 | -0,008 | 0,913 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,714 | 0,023 | 0,732 | 0,042 | 0,535 |
| 10. | Pacientu neviennozīmīgā attieksme pret izglītošanas jautājumiem | | | | | |
| | Vecums | 0,987 | -0,040 | 0,537 | -0,057 | 0,460 |
| | Izglītība | 0,855 | 0,012 | 0,858 | -0,031 | 0,688 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,705 | -0,076 | 0,255 | -0,065 | 0,334 |
| 11. | Laika aspekts, jo intensīvs darbs | | | | | |
| | Vecums | 0,962 | -0,056 | 0,394 | -0,096 | 0,216 |
| | Izglītība | 0,741 | -0,019 | 0,774 | -0,081 | 0,294 |
| | Pieredze veselības aprūpē | 0,991 | -0,021 | 0,757 | -0,027 | 0,688 |

9. Pielikums

Anketa pacientiem

Lūdzu Jūs piedalīties anketēšanā un novērtēt personīgo pieredzi pacientu izglītošanas procesā veselības aprūpes iestādēs: PVAC (primārie veselības aprūpes centri - poliklīnikas) un SVAC (stacionāri).

Anonimitāti un informācijas konfidencialitāti Jūsu atbildēm garantēju. Atbildes uz jautājumiem tiks izmantotas promocijas darba ietvarā. Lūdzu, atbildiet uz jautājumiem izvēloties Jums piemērotāko atbilžu variantu! Iepriekš pateicos par Jūsu vēlmi piekrist piedalīties pētījumā!

1. Jūsu dzimums

- līdz 30 gadiem
- līdz 40 gadiem
- līdz 50 gadiem
- līdz 60 gadiem
- virs 60 gadiem

2. Jūsu dzīves vieta

- Pilsēta
- lauku rajons

3. Kurās no minētām iestādēm, Jūs kā pacients, esat kontaktējies ar māsu/ām, saņemot izglītojošu informāciju par savu veselības stāvokli (iespējamās vairākas atbildes)

- Primārā veselības aprūpes iestādē
- Sekundārā veselības aprūpes iestādē

4. Mana saskarsme ar māsu/ām primārās veselības aprūpes iestādēs ir bijusi

- vienreizēja
- atkārtota

5. Daži jautājumi par primāro veselības aprūpes māsu darba etiķeti

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.1. Māsa, ja neesam jau tikušies, vienmēr nosauc savu vārdu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2. Pajautā, kādas man šodien ir problēmas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3. Ja sadarbība jau ir bijusi, jautā, kādi ir panākumi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4. Māsa neinteresējas kā man klājas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.5. Jautā, bet bez redzamas intereses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.6. Māsām ir augsta vērtību sistēma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.7. Māsa uzklausa manas domas, viedokli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Māsa, kuras strādā primārā veselības aprūpes iestādēs

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.1. Pirmās steidz mani uzrunāt, lai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

noskaidrotu, kas man
nav skaidrs

6.2. Izsniezot

nosūtījumu, precīzi
nepaskaidro, kā
jārīkojas, lai
sagatavotos
izmeklējumiem

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

6.3. Pārsvārā atbild, ja
es uzdodu jautājumu
pirmais/ā

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

6.4. Par man

nozīmīgiem
jautājumiem informē
kabinetā bez citu
cilvēku klātbūtnes

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

6.5. Sniedz informāciju
koridorā, kur to dzird
arī nepiederošas
personas

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

6.6. Māsas pārsvārā
strādā ar
dokumentāciju,
neveltot man kā
pacientam atbilstošu
uzmanību

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

6.7. Pacientus izglīto ar
atbildību

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

7. Primārajās veselības aprūpes iestādēs, māsas izglītojot, lai palielinātu manu izpratni, papildus
sacītam izmanto: (iespējamās vairākas atbildes)

- Plakātus
- Mulāžas (dažāda veida atveidojumi dabīgā lielumā)
- Uzraksta sacīto, svarīgo uz lapas, lai mājās varu pārlasīt
- Izsniedz jau iepriekš sagatavotu nozīmīgu informācijas lapu (par sagatavošanos izmeklējumiem)
- Izsniedz tipogrāfijā iespiestu bukletu par manu saslimšanu
- Izsniedz jau iepriekš sagatavotu nozīmīgu informācijas lapu (par citu speciālistu pieejamību)
- Izsniedz jau iepriekš sagatavotu nozīmīgu informācijas lapu par diētas pasākumiem
- Demonstrē CD saistībā ar manu veselības problēmu
- Demonstrē CD saistībā ar manu veselības problēmu Norāda medicīniski pamatotus interneta resursus, kur rast papildus informāciju
- Norāda medicīniski pamatotas virtuālas (Yuotube) interneta saites, kur rast formāciju
- Norāda uz literatūras avotiem, kur var iegūt informāciju
- Ja nesaprotu, izskaidro, zīmējot shematiski
- Iedrošina, neskaidrību gadījumā zvanīt un pārjautāt
- Māsa neveic informācijas darbu, to veic ārsts
- Aicina nākt uz speciāli šādai tēmai organizētu lekciju/diskusiju

8. Dažādi viedokļi par primāro veselības aprūpes iestāžu māsu darbu pacientu izglītošanas jomā

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.1. Darbā vērojama darba rutīna, kas neliecina par īpašu ieinteresētību pret | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

pacientiem

8.2. Informējot

pacientu, māsas

izvēlas stāvēt vai

sēdēt, lai tiktu

nodrošināts acu

kontakts ar pacientu

8.3. Vienmēr pārjautā

vai sacīto esmu

izpratusi/is, liekot man

atkārtot nozīmīgo

informāciju

8.4. Esmu

pārliecināts/a, ka

mana veselības

informācija netiks

izpausta trešajām

personām

8.5. Māsas strādā

radoši, neskaitot laiku,

kas tiek veltīts

pacientam

9. Saslimšanu gadījumā, primārās veselības aprūpes māsas izglīto

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.1. Par diētas izmaiņām | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.2. Par fizisko aktivitāšu nepieciešamību | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3. Par šķidruma nodrošināšanas nepieciešamību | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.4. Par pareizu zāļu lietošanu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.5. Par iespējamo tautas līdzekļu pielietojumu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.6. Par kustību samazināšanu/imobilizācijas nozīmi (lūzumi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.7. Par rehabilitācijas iespējām | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.8. Par medikamentu iespējamām blakus parādībām | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.9. Nekādu informāciju no māsas nesaņemu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.10. Informācijas sniegšanu pārsvarā veic ārsts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Primāro veselības aprūpes iestāžu māsas veicot izglītošanu:

- Ir konstruktīvas, secīgi virza domu, lai pacienta sapratne veidojas precīza
- Izglītošanu, informēšanu veic haotiski
- Izglīto formāli bez jūtamas ieinteresētības
- Izglīto saistot vairākas metodes
- Izglīto, ņemot vērā vides faktoru, lai citi netraucētu

11. Primāro veselības aprūpes iestāžu māsas pacientu izglītošanai vienam gadījumam vidēji velta

- Līdz 2 minūtēm

- Līdz 5 minūtēm
- Līdz 10 minūtēm
- Līdz 15 minūtēm
- Līdz 30 minūtēm
- Vairāk par 30 minūtēm

12. Primāro veselības aprūpes iestāžu māsu darbu pacientu izglītošanas jomā vērtēju:

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.1. Izglīto nepārliecināti, nav īpaši aktīvas, gaida, ko sacīs ārsts, reti pārliecinoties, cik lielā mērā informāciju ir sapratis pacients | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.2. Izglīto zinoši, viņām ir pieredze, bet pasīvi veic dialogu ar pacientu, ne vienmēr pārliecinoties par pacienta izpratni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.3. Izglīto situācijai atbilstoši, kompetenti, pārliecinoties, ko pacients sapratis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.4. Apliecina sevi kā profesionāles/lietpratējas, pamatojoties uz pieredzi, spēj atsaucīgi piemēroties katra pacienta izpratnei, vienmēr pārliecinās par izpratnes apjomu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5. Apliecina kā zinošas ekspertes, jo intuitīvi sajūt, ko vajag pacientam sacīt, neiztrūkstošs pacientu zināšanu novērtējums | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Daži jautājumi par sekundāro veselības aprūpes iestāžu māsu darba etiķeti, tiekoties veselības aprūpes iestādē

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.1. Māsa, ja neesam jau tikušies, vienmēr nosauc savu vārdu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.2. Pajautā, kādas man šodien ir problēmas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.3. Ja sadarbība jau ir bijusi, jautā, kādi ir panākumi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.4. Māsa neinteresējas kā man klājas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.5. Jautā, bet bez redzamas intereses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.6. Māsām ir augsta vērtību sistēma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.7. Māsa uzklausa manas domas, viedokli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Māsas, kuras strādā sekundārajās veselības aprūpes iestādēs

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1. Pirmās steidz mani uzrunāt, lai noskaidrotu, kas man nav skaidrs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.2. Izsniedzot nosūtījumu, precīzi nepaskaidro, kā jārīkojas, lai sagatavotos izmeklējumiem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.3. Pārsvārā atbild, ja es uzdošu jautājumu pirmais/ā | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.4. Par man nozīmīgiem jautājumiem informē kabinetā bez citu cilvēku klātbūtnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.5. Sniedz informāciju koridorā, kur to dzird arī nepiederošas personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.6. Māsas pārsvārā strādā ar dokumentāciju, neveltot man kā pacientam atbilstošu uzmanību | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.7. Pacientus izglīto ar atbildību | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Sekundārajās veselības aprūpes iestādēs, māsas izglītojot, lai palielinātu manu izpratni, papildus sacītam izmanto: (iespējamās vairākas atbildes)

- Plakātus
- Mulāžas (dažāda veida atveidojumi dabīgā lielumā)
- Uzraksta sacīto, svarīgo uz lapas, lai mājās varu pārlasīt
- Izsniedz jau iepriekš sagatavotu nozīmīgu informācijas lapu (par sagatavošanos izmeklējumiem)
- Izsniedz tipogrāfijā iespiestu bukletu par manu saslimšanu
- Izsniedz jau iepriekš sagatavotu nozīmīgu informācijas lapu (par citu speciālistu pieejamību)
- Izsniedz jau iepriekš sagatavotu nozīmīgu informācijas lapu par diētas pasākumiem
- Demonstrē CD saistībā ar manu veselības problēmu
- Demonstrē CD saistībā ar manu veselības problēmu Norāda medicīniski pamatotus interneta resursus, kur rast papildus informāciju
- Norāda medicīniski pamatotas virtuālas (Yuotube) interneta saites, kur rast formāciju
- Norāda uz literatūras avotiem, kur var iegūt informāciju
- Ja nesaprotu, izskaidro, zīmējot shematiski
- Iedrošina, neskaidrību gadījumā zvanīt un pārjautāt
- Māsa neveic informācijas darbu, to veic ārsts
- Aicina nākt uz speciāli šādai tēmai organizētu lekciju/diskusiju

16. Dažādi viedokļi par sekundāro veselības aprūpes iestāžu māsu darbu pacientu izglītošanas jomā

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1. Darbā vērojama darba rutīna, kas neliecina par īpašu ieinteresētību pret pacientiem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.2. Informējot pacientu, māsas izvēlas stāvēt vai sēdēt, lai tiktu nodrošināts acu kontakts ar pacientu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.3. Vienmēr pārjautā vai sacīto esmu izpratusi/is, liekot man atkārtot nozīmīgo informāciju | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.4. Esmu pārliecināts/a, ka mana veselības informācija netiks izpausta trešajām personām | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5. Māsas strādā radoši, neskaitot laiku, kas tiek veltīts pacientam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Saslimšanu gadījumā sekundāro veselības aprūpes iestāžu māsu izglīto

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17.1. Par diētas izmaiņām | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.2. Par fizisko aktivitāšu nepieciešamību | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.3. Par šķidruma nodrošināšanas nepieciešamību | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.4. Par pareizu zāļu lietošanu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.5. Par iespējamo tautas līdzekļu pielietojumu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.6. Par kustību samazināšanu/imobilizācijas nozīmi (lūzumi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.7. Par rehabilitācijas iespējām | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.8. Par medikamentu iespējamām blakus parādībām | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.9. Nekādu informāciju no māsas nesaņemu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.10. Informācijas sniegšanu pārsvarā veic ārsts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Sekundāro veselības aprūpes iestāžu māsu veicot izglītošanu:

- Ir konstruktīvas, secīgi virza domu, lai pacienta sapratne veidojas precīza
- Izglītošanu, informēšanu veic haotiski

- Izglīto formāli bez jūtamas ieinteresētības
- Izglīto saistot vairākas metodes
- Izglīto, ņemot vērā vides faktoru, lai citi netraucētu

19. Sekundāro veselības aprūpes iestāžu māsas pacientu izglītošanai vidēji velta

- Līdz 2 minūtēm
- Līdz 5 minūtēm
- Līdz 10 minūtēm
- Līdz 15 minūtēm
- Līdz 30 minūtēm
- Vairāk par 30 minūtēm

20. Sekundāro veselības aprūpes iestāžu māsu darbu pacientu izglītošanas jomā vērtēju:

| | Pilnībā piekrītu | Daļēji piekrītu | Vērtēju neitrāli | Daļēji nepiekrītu | Pilnībā nepiekrītu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20.1. Izglīto nepārliecināti, nav īpaši aktīvas, gaida, ko sacīs ārsts, reti pārliecinoties, cik lielā mērā informāciju ir sapratis pacients | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.2. Izglīto zinoši, viņām ir pieredze, bet pasīvi veic dialogu ar pacientu, ne vienmēr pārliecinoties par pacienta izpratni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.3. Izglīto situācijai atbilstoši, kompetenti, pārliecinoties, ko pacients sapratis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.4. Apliecina sevi kā profesionāles/lietpratējas, pamatojoties uz pieredzi, spēj atsaucīgi piemēroties katra pacienta izpratnei, vienmēr pārliecinās par izpratnes apjomu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.5. Apliecina kā zinošas ekspertes, jo intuitīvi sajūt, ko vajag pacientam sacīt, neiztrūkstošs pacientu zināšanu novērtējums | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Paldies!

10. Pielikums

Pacientu izlases viedokļu atspoguļojums par PVAC māsu pielietotām izglītošanas metodēm un līdzekļiem pēc *Fišera eksaktā testa*

| | | Dzīves vieta | | Exact Sig. (2-sided) | Correlation / Approx. Sig. | Total |
|--|----------------|--------------|-------|-------------------------|-------------------------------|-------|
| | | Pilsēta | Lauki | | | |
| Plakāti | Count | 18 | 10 | 0.677 | 0.022 | 28 |
| | % within jaut1 | 6,5% | 7,7% | | | |
| Mulāžas | Count | 15 | 2 | 0.107 | -0.090 | 17 |
| | % within jaut1 | 5,4% | 1,5% | | | |
| Uzraksta uz lapas | Count | 115 | 57 | 0.668 | 0.022 | 172 |
| | % within jaut1 | 41,5% | 43,8% | | | |
| Izsniiedz jau sagatavotu info lapu | Count | 74 | 30 | 0.466 | -0.039 | 104 |
| | % within jaut1 | 26,7% | 23,1% | | | |
| Izsniiedz bukletu par manu saslimšanu | Count | 65 | 20 | 0.068 | -0.093 | 85 |
| | % within jaut1 | 23,5% | 15,4% | | | |
| Izsniiedz info par citiem speciālistiem | Count | 37 | 15 | 0.750 | -0.025 | 52 |
| | % within jaut1 | 13,4% | 11,5% | | | |
| Izsniiedz info par diētu | Count | 25 | 8 | 0.436 | -0.049 | 33 |
| | % within jaut1 | 9,0% | 6,2% | | | |
| Demonstrē CD | Count | 3 | 2 | 0.656 | 0.019 | 5 |
| | % within jaut1 | 1,1% | 1,5% | | | |
| Norāda uz pieejamiem interneta resursiem | Count | 1 | 0 | 1.000 | -0.034 | 1 |
| | % within jaut1 | 0,4% | 0,0% | | | |
| Youtube | Count | 12 | 2 | 0.242 | -0.071 | 14 |
| | % within jaut1 | 4,3% | 1,5% | | | |
| Norāda uz literatūras avotiem | Count | 21 | 8 | 0.683 | -0.026 | 29 |
| | % within jaut1 | 7,6% | 6,2% | | | |
| Zīmē shematiski | Count | 37 | 11 | 0.188 | -0.071 | 48 |
| | % within jaut1 | 13,4% | 8,5% | | | |
| Iedrošina zvanīt | Count | 112 | 66 | 0.054 | 0.097 | 178 |
| | % within jaut1 | 40,4% | 50,8% | | | |
| Informācijas darbu veic ārsts | Count | 137 | 54 | 0.138 | 0.074 | 191 |
| | % within jaut1 | 49,5% | 41,5% | | | |
| Aicina uz lekciju | Count | 16 | 5 | 0.480 | -0.041 | 21 |
| | % within jaut1 | 5,8% | 3,8% | | | |
| Total | Count | 277 | 130 | | | 407 |

11. Pielikums

Pacientu izlases viedokļu atspoguļojums par SVAC māsu pielietotām izglītošanas pielietotām metodēm un līdzekļiem pēc *Fišera eksaktā testa*

| | | Dzīves vieta | | Exact Sig. (2-sided) | Correlation / Approx. Sig. | Total |
|--|----------------|--------------|-------|----------------------|----------------------------|-------|
| | | Pilsēta | Lauki | | | |
| Plakāti | Count | 18 | 10 | 0.677 | 0.022 | 28 |
| | % within jaut1 | 6,5% | 7,7% | | | |
| Mulāžas | Count | 12 | 3 | 0.405 | -0.050 | 15 |
| | % within jaut1 | 4,3% | 2,3% | | | |
| Uzraksta uz lapas | Count | 94 | 32 | 0.066 | -0.094 | 126 |
| | % within jaut1 | 33,9% | 24,6% | | | |
| Izsniedz jau sagatavotu info lapu | Count | 75 | 36 | 0.905 | 0.006 | 111 |
| | % within jaut1 | 27,1% | 27,7% | | | |
| Izsniedz bukletu par manu saslimšanu | Count | 55 | 22 | 0.587 | -0.035 | 77 |
| | % within jaut1 | 19,9% | 16,9% | | | |
| Izsniedz info par citiem speciālistiem | Count | 38 | 15 | 0.636 | -0.030 | 53 |
| | % within jaut1 | 13,7% | 11,5% | | | |
| Izsniedz info par diētu | Count | 26 | 11 | 0.855 | -0.015 | 37 |
| | % within jaut1 | 9,4% | 8,5% | | | |
| Demonstrē CD | Count | 3 | 1 | 1.000 | -0.015 | 4 |
| | % within jaut1 | 1,1% | 0,8% | | | |
| Norāda uz pieejamiem interneta resursiem | Count | 17 | 2 | 0.044 | -0.102 | 19 |
| | % within jaut1 | 6,1% | 1,5% | | | |
| Youtube | Count | 10 | 0 | 0.034 | -0.109 | 10 |
| | % within jaut1 | 3,6% | 0,0% | | | |
| Norāda uz literatūras avotiem | Count | 15 | 11 | 0.278 | 0.058 | 26 |
| | % within jaut1 | 5,4% | 8,5% | | | |
| Zīmē shematiski | Count | 32 | 9 | 0.162 | -0.072 | 41 |
| | % within jaut1 | 11,6% | 6,9% | | | |
| Iedrošina zvanīt | Count | 111 | 49 | 0.665 | -0.023 | 160 |
| | % within jaut1 | 40,1% | 37,7% | | | |
| Informācijas darbu veic ārsts | Count | 115 | 59 | 0.519 | 0.036 | 174 |
| | % within jaut1 | 41,5% | 45,4% | | | |
| Aicina uz lekciju | Count | 6 | 3 | 1.000 | 0.004 | 9 |
| | % within jaut1 | 2,2% | 2,3% | | | |
| Total | Count | 277 | 130 | | | 407 |

12. Pielikums

Spīrmena korelācijas testa rezultāti, vērtējot SVAC māsu komunikāciju

| Spearman's rho | | Pirmās mani uzrunā | Pirmās mani uzrunā | Precīzi nepaskaidro kā jārikojas | Precīzi nepaskaidro kā jārikojas | Atbild, ja es uzdošu jautājumu | Atbild, ja es uzdošu jautājumu | Informē bez citu klātbūtnes | Informē bez citu klātbūtnes | Informē koridorā | Informāciju sniedz koridorā |
|----------------------------------|---|--|--------------------------|--|----------------------------------|--|--------------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Pirmās mani uzrunā | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 1,000 . 407 | | | | | | | | | |
| Pirmās mani uzrunā | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,467** 0,000 407 | 1,000 . 407 | | | | | | | | |
| Precīzi nepaskaidro kā jārikojas | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | -0,064 0,199 407 | 0,034 0,493 407 | 1,000 . 407 | | | | | | | |
| Precīzi nepaskaidro kā jārikojas | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | -0,021 0,674 407 | 0,094 0,059 407 | 0,267** 0,000 407 | 1,000 . 407 | | | | | | |
| Atbild, ja es uzdošu jautājumu | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,037 0,458 407 | 0,064 0,197 407 | 0,103* 0,037 407 | 0,047 0,348 407 | 1,000 . 407 | | | | | |
| Atbild, ja es uzdošu jautājumu | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,043 0,387 407 | 0,159** 0,001 407 | 0,011 0,819 407 | 0,102* 0,040 407 | 0,325** 0,000 407 | 1,000 . 407 | | | | |
| Informē bez citu klātbūtnes | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,431** 0,000 407 | 0,280** 0,000 407 | -0,137** 0,006 407 | -0,012 0,809 407 | 0,165** 0,001 407 | 0,016 0,750 407 | 1,000 . 407 | | | |
| Informē bez citu klātbūtnes | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,306** 0,000 407 | 0,467** 0,000 407 | -0,071 0,155 407 | 0,039 0,430 407 | 0,111* 0,025 407 | 0,201** 0,000 407 | 0,331** 0,000 407 | 1,000 . 407 | | |
| Informē koridorā | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | -0,259** 0,000 407 | -0,149** 0,003 407 | 0,271** 0,000 407 | 0,192** 0,000 407 | 0,059 0,232 407 | 0,040 0,423 407 | -0,448** 0,000 407 | -0,271** 0,000 407 | 1,000 . 407 | |
| Informāciju sniedz koridorā | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | -0,230** 0,000 407 | -0,263** 0,000 407 | 0,140** 0,005 407 | 0,183** 0,000 407 | -0,019 0,708 407 | -0,060 0,227 407 | -0,264** 0,000 407 | -0,387** 0,000 407 | 0,505** 0,000 407 | 1,000 . 407 |

13. Pielikums

Spīrmena kolerācijas analīze PVAC un SVAC mūsu izglītojošā darba spektram

| Spearman's rho | | Izglīto par diētas izmaiņām | Izglīto par diētas izmaiņām | Izglīto par imobilizācijas nozīmi | Izglīto par imobilizācijas nozīmi | Izglīto par rehabilitāciju | Izglīto par rehabilitāciju | Izglīto par medikamentu blaknēm | Izglīto par medikamentu blaknēm | Informāciju pārsvarā sniedz ārsts | Informāciju pārsvarā sniedz ārsts |
|-----------------------------------|---|---|-----------------------------|---|-----------------------------------|---|----------------------------|---|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| Izglīto par diētas izmaiņām | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 1.000 . 407 | | | | | | | | | |
| Izglīto par diētas izmaiņām | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0.549(**) 0.000 407 | 1.000 . 407 | | | | | | | | |
| Izglīto par imobilizācijas nozīmi | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | .663(**) .000 407 | .505(**) .000 407 | 1.000 . 407 | | | | | | | |
| Izglīto par imobilizācijas nozīmi | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | .439(**) .000 407 | .608(**) .000 407 | 0.572(**) 0.000 407 | 1.000 . 407 | | | | | | |
| Izglīto par rehabilitāciju | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | .635(**) .000 407 | .475(**) .000 407 | .674(**) .000 407 | .466(**) .000 407 | 1.000 . 407 | | | | | |
| Izglīto par rehabilitāciju | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | .420(**) .000 407 | .604(**) .000 407 | .465(**) .000 407 | .634(**) .000 407 | 0.565(**) 0.000 407 | 1.000 . 407 | | | | |
| Izglīto par medikamentu blaknēm | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | .608(**) .000 407 | .439(**) .000 407 | .617(**) .000 407 | .400(**) .000 407 | .716(**) .000 407 | .514(**) .000 407 | 1.000 . 407 | | | |
| Izglīto par medikamentu blaknēm | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | .419(**) .000 407 | .592(**) .000 407 | .457(**) .000 407 | .526(**) .000 407 | .490(**) .000 407 | .702(**) .000 407 | 0.581(**) 0.000 407 | 1.000 . 407 | | |
| Informāciju pārsvarā sniedz ārsts | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | -.343(**) .000 407 | -.154(**) .002 407 | -.262(**) .000 407 | -.167(**) .001 407 | -.327(**) .000 407 | -.188(**) .000 407 | -.276(**) .000 407 | -.158(**) .001 407 | 1.000 . 407 | |
| Informāciju pārsvarā sniedz ārsts | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | -.187(**) .000 407 | -.188(**) .000 407 | -.152(**) .002 407 | -.149(**) .003 407 | -.209(**) .000 407 | -.235(**) .000 407 | -.209(**) .000 407 | -.213(**) .000 407 | 0.452(**) 0.000 407 | 1.000 . 407 |

14. Pielikums

Aptaujas anketa praktizējošām māsām

Cienījamās kolēģes!

Lūdzu Jūs piedalīties anketēšanā un novērtēt pacientu izglītošanas procesa aspektus, kā arī personīgo ieguldījumu pacientu izglītošanas darbā, kas ir viena no māsu darba nozīmīgākām jomām, ņemot vērā Jūsu darba specifiku.

Anonimitāti un informācijas konfidencialitāti Jūsu atbildēm garantēju. Atbildes uz jautājumiem tiks izmantotas promocijas darba ietvarā. Lūdzu, atbildiet uz jautājumiem izvēloties Jums piemērotāko atbilžu variantu! Iepriekš pateicos par Jūsu vēlmi piekrist piedalīties pētījumā!

Pētījuma anketai ir septiņi bloki, kas atspoguļo Jūsu darbību un pašvērtējumu pacientu izglītošanas procesā:

1. Vispārēji jautājumi.
2. Jautājumi par starppersonu attiecībām, veicot pacientu izglītošanu.
3. Jautājumi par pacientu izglītošanas procesu.
4. Jautājumi par pacientu izglītošanas procesā pielietotiem līdzekļiem.
5. Jautājumi par faktoriem, kas ietekmē pacientu izglītošanas procesu.
6. Profesionālais pašvērtējums pacientu izglītošanā.
7. Manas personīgās un profesionālās vērtības.

I Vispārēji jautājumi

Lūdzu izlasīt un apvilkt atbilstošo ciparu, Jums piemērotam atbildes variantam!

5. Jūsu darba stāžs veselības aprūpē:
 - 1 Līdz 5gadiem
 - 2 5 – 15 gadi
 - 3 16 – 25 gadiem
 - 4 26 – 35 gadiem
 - 5 Virs 35 gadiem
6. Jūsu vecums:
 - 6 Līdz 25 gadiem
 - 7 26 – 35 gadiem
 - 8 36 – 45 gadiem
 - 9 46 – 55 gadiem
 - 10 Virs 55 gadiem
7. Jūsu izglītība:
 - 1 3. Profesionālās izglītības līmenis (māsu skola)
 - 2 1.līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība
 - 3 2.līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds)
 - 4 Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds)

8. Vai Jums ir iegūta papildus izglītība?
- 1 Jā
 - 2 Nē
9. Ja Jūsu atbilde ir „Nē”, pārejiet uz 6. Jautājumu. Ja Jūsu atbilde ir „Jā”, norādiet papildus iegūtās izglītības jomu:
- 1 Sociālās zinības
 - 2 Juridiskā izglītība
 - 3 Psiholoģija
 - 4 Vadība
 - 5 _____
10. Jūsu profesionālā darbība notiek:
- 1 Vienā darba vietā – Primārā veselības aprūpes centrā (PVAC)
 - 2 Vienā darba vietā – Sekundārā veselības aprūpes centrā (SVAC)
 - 3 Divās darba vietās (PVAC **gan** SVAC)
 - 4 Divās darba vietās (dažādos PVAC)
 - 5 Divās darba vietās (dažādās SVAC nodaļās)
 - 6 Vairāk kā divās darba vietās veselības aprūpē kopumā
11. Jūsu **pamatdarba vieta** (darbavieta, kurā darbinieks iesniedz algas nodokļa grāmatiņu):
- 1 Primārais veselības aprūpes centrs (PVAC) – ambulatorā aprūpe
 - 2 Sekundārais veselības aprūpes centrs (SVAC) – stacionārā aprūpe
12. Ja Jūs strādājat SVAC **pamatdarbā**, Jūsu nodaļas profils:
- * Ja Jūs nestrādājat SVAC, pārejiet pie 9. jautājuma.
- 1 Bērnu nodaļa
 - 2 Terapijas profila nodaļa
 - 3 Ķirurģiska profila nodaļa
 - 4 Neiroloģijas profila nodaļa
 - 5 Ginekoloģijas un dzemdību nodaļa
 - 6 Uzņemšanas nodaļa
 - 7 Reanimācijas/intensīvās terapijas nodaļa
 - 8 Cits variants _____
13. Jūsu pamatdarba prakses vieta atrodas:
- 1 Pilsētā
 - 2 Lauku reģionā
14. Kurā Latvijas reģionā atrodas Jūsu prakses vieta:
- 1 Zemgalē
 - 2 Vidzemē
 - 3 Kurzemē
 - 4 Latgalē

11. Jūs **pamatdarba vietas praksē** izpildāt profesionālos pienākumus (visu profilu struktūrvienībās) kā:

- 1 Vadoša līmeņa māsa
- 2 Dežūrmāsa/pacientu aprūpes māsa
- 3 Procedūru māsa
- 4 Diagnostikas māsa
- 5 Rehabilitācijas māsa
- 6 Ambulatorās aprūpes māsa
- 7 Operācijas māsa

12. Pacientu izglītošanai noderīgu informāciju iegūstu (vairākas atbildes):

- 10 Apmeklējot medicīnas un aprūpes jautājumiem veltītus kongresus, forumus
- 11 Lasot pedagoģijas, psiholoģijas tematikas žurnālus
- 12 Lasot pedagoģijas, psiholoģijas tematikas grāmatas
- 13 Lasot dažādus interneta materiālus
- 14 Lasot zinātniski pamatotus pedagoģijas, psiholoģijas materiālus internetā
- 15 Medicīnas rakstura žurnālos
- 16 Apmeklējot **pacientu izglītošanas jautājumiem** paredzētus tālākizglītības kursus
- 17 Apmeklējot tālākizglītības kursus, **dažreiz** pacientu izglītošanas tēma tiek apskatīta citas tematikas lekciju ietvarā
- 18 Apmeklējot tālākizglītības kursus, **vienmēr** pacientu izglītošanas tēma tiek apskatīta citas tematikas lekciju ietvarā
- 19 Neinteresējos par šādas informācijas iegūvi
- 20 Cits variants _____

II Jautājumi par starppersonu attiecībām, veicot pacientu izglītošanu

Lūdzu izlasīt un novērtēt, cik bieži šie apgalvojumi tiek pielietoti Jūsu praksē, novērtējot pielietojuma biežumu 5 baļļu skalā, apvelkot atbilstošo ciparu:

5 – vienmēr; 4- bieži; 3- dažreiz; 2 – reti; 1- nepielietoju

| | | Vienmēr | Bieži | Dažreiz | Reti | Nepielietoju |
|-----|--|---------|-------|---------|------|--------------|
| 1. | Pirmreizēji, sastopot pacientu, nosaucu savu vārdu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Pacientam jautāju, kādas šodien problēmas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ja sadarbība ir bijusi, jautāju, kādi ir panākumi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Jautājumus uzdošu, bet nav laika iedziļināties problēmās | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Uzmanīgi uzklāšu pacientu viedokli | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Pacientu uzrunāju pirmā, iedrošinot sarunai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Izglītošanas laikā nodrošinu viena līmeņa acu kontaktu ar pacientu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Izmantoju monoloģiskās metodes (<i>runāju Es</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Izmantoju dialoga metodes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

III Jautājumi par pacientu izglītošanas procesu

Lūdzu izlasīt un novērtēt, cik bieži šie apgalvojumi tiek pielietoti Jūsu praksē, novērtējot pielietojuma biežumu 5 baļļu skalā, apvelkot atbilstošo ciparu:

5 – vienmēr; 4- bieži; 3- dažreiz; 2 – reti; 1- nepielietoju

| | | Vienmēr | Bieži | Dažreiz | Reti | Nepielietoju |
|-----|--|---------|-------|---------|------|--------------|
| 1. | Holistiski novērtēju situāciju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Atbildu uz pacientu uzdotiem jautājumiem | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Noskaidroju pacienta zināšanu līmeni | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Pacientu izglītošanu plānoju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Izglītoju tikai par jautājumiem, kas interesē pacientu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Pielietoju atgriezenisko saiti (<i>pārlicinos par pacienta izpratnes apjomu</i>) izglītošanas beigās | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Izglītošanas procesa laikā integrēju atgriezenisko saiti vairākkārtīgi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Pielietoju refleksiju (<i>savas rīcības un likumsakarību izziņa, novērtējums</i>) darba noslēgumā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Izglītošanas darba procesā reflektēju vairākkārtīgi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Novēroju pacienta neverbālās (acu skatiens, mīmika, poza, žesti, balss intonācija) reakcijas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Izglītoju par profilaksi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Izglītoju par pacienta saslimšanu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Izglītoju par medikamentu lietošanu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Izglītoju par rehabilitācijas iespējām | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Izglītoju par praktiskiem jautājumiem (izmeklējumi, procedūras) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Izglītoju par jautājumiem, kas atbilst situācijas kontekstam, lai arī pacients par to nejautā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Izglītošanas procesā iesaistu pacienta tuviniekus | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. | Izglītošanas procesu dokumentēju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. | Pacientu izglītošanu veic ārsts | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

16. Pacienta izglītošanas darba vienai epīzodei **vidēji** veltu:

- 6 0 – 5 minūtes
- 7 6 – 10 minūtes
- 8 11 – 15 minūtes
- 9 16 – 30 minūtes
- 10 Vairāk par 30 minūtēm

IV Jautājumi par pacientu izglītošanas procesā pielietotiem līdzekļiem papildus verbālai izglītošanai

Lūdzu izlasīt un novērtēt, cik bieži šie parametri tiek pielietoti Jūsu praksē, novērtējot pielietojuma biežumu 5 baļļu skalā, apvelkot atbilstošo ciparu:

5 – vienmēr; 4- bieži; 3- dažreiz; 2 – reti; 1- nepielietoju

| | | Vienmēr | Bieži | Dažreiz | Reti | Nepielietoju |
|-----|--|---------|-------|---------|------|--------------|
| 1. | Plakāti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Attēli | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Mulāžas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Sarunas laikā svarīgākās informācijas rakstisks apkopojums | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Iepriekš sagatavota informācijas lapa ar pacientam nozīmīgu informāciju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Tipogrāfijā iespiests buklets par saslimšanu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Audio vizuālie demonstrējumi (CD) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Audio vizuālie demonstrējumi (Youtube materiāli) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Medicīniski pamatotu interneta resursu norāde | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Norāde par pacientam ieteicamiem literatūras avotiem saistībā ar saslimšanu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Shēmas, piktogrammas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Lekcija/pasākums pacientu grupai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Praktiski darbību demonstrējumi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Norādu kontaktus, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos (telefons, mājas lapa, e adrese) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

V Jautājumi par Jūsprāt nozīmīgākiem faktoriem, kā tie ietekmē Jūsu darbu pacientu izglītošanas procesā gan PVAC, gan SVAC

Lūdzu izlasīt un novērtēt, vai zemāk minētie parametri ietekmē pacientu izglītošanas procesu un izsakiet savu vērtējumu **5 baļļu skalā**, apvelkot atbilstošo ciparu:

5 – Vienmēr ietekmē

4 – Bieži ietekmē

3 – Ne ietekmē, ne neietekmē

2 – Maz ietekmē

1 – Neietekmē

| | | Vienmēr ietekmē | Bieži ietekmē | Ne ietekmē, ne neietekmē | Maz ietekmē | Neietekmē |
|----|---|-----------------|---------------|--------------------------|-------------|-----------|
| 1. | Atsevišķu telpu trūkums, kur veikt izglītošanas darbu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Teorētisko zināšanu apjoms | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | Vienmēr ietekmē | Bieži ietekmē | Ne ietekmē, ne neietekmē | Maz ietekmē | Neietekmē |
|-----|--|--------------------|------------------|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 3. | Praktisko zināšanu apjoms | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Pieredzes apjoms | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zināšanu apjoms par elektronisko resursu piesaisti pacientu izglītošanas darbā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Bukletu skaita nodrošinājums | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Plakātu nodrošinājums uzskatei | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Mulāžu nodrošinājums uzskatei | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Audio vizuālo (CD) materiālu nodrošinājums | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Personāla daudzums, pietiekamība | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Darba apjoms (<i>izpildu arī ārstam paredzētos pienākumus</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Intensīvs darbs (<i>pacientu apjoms</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Monetārais stimuls (<i>algas apjoms</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Nemonetārais stimuls (<i>darbā negūstu atzinību, pateicību, ja to veicu labāk</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Darba rutīna (<i>šablonisks darbības veids, jo jautājumi un tēmas pacientu izglītošanā atkārtojas</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Pacientu neviennozīmīgā attieksme pret izglītošanas jautājumiem (<i>neieinteresētība</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

VI Jautājumi par profesionālo pašvērtējumu pacientu izglītošanā

Lūdzu izlasīt un novērtēt Jūsu izvēlei piedāvātos parametrus! Ja uzskatāt, ka parametrs atbilst Jūsu profesionālam pašvērtējumam, analizējot pacientu izglītošanas procesu, atzīmējiet attiecīgo vērtējumu **5 ballu skalā**, apvelkot atbilstošo ciparu:

5 – Augstā līmenī

4 - Daļēji augstā līmenī

3 – Vidējā, ne augstā, ne zemā līmenī

2 - Daļēji zemā līmenī

1 – Zemā līmenī

| | | Augstā līmenī | Daļēji augstā līmenī | Vidēja līmenī | Daļēji zemā līmenī | Zemā līmenī |
|----|--|------------------|----------------------------|------------------|--------------------------|----------------|
| 1. | Teorētiskās zināšanas medicīnā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Zināšanas pedagoģijā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Zināšanas psiholoģijā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zināšanas saskarsmes komunikācijā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zināšanas informāciju tehnoloģijā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Prasme plānoti izvēlēties situācijai piemērotus izglītošanas līdzekļus | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Prasme piemēroties neordinārai situācijai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | Augstā līmenī | Daļēji augstā līmenī | Vidēja līmenī | Daļēji zemā līmenī | Zemā līmenī |
|-----|--|---------------|----------------------|---------------|--------------------|-------------|
| 9. | Prasme praktiskā jomā izglītēt pacientus | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Prasme pielietot informācijas tehnoloģijas pacientu izglītošanai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Prasme būt radošai izglītojot pacientus | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesa rezultātu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Spēja uzņemties atbildību par izglītošanas darbu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Spēja būt iecietīgai | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Spēja izprast pacientu emocijas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. | Pieredze praktiskajā jomā | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. | Situācijas intuīcija (<i>nojauta, izjūta, kuras pamatā ir zināšanas un pieredze</i>) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. | Personīgo vērtību sistēma | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. | Profesionālo vērtību sistēma | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. | PVAC māsas pacientus izglīto | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23. | SVAC māsas pacientus izglīto | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

VII Manas personīgās un profesionālās vērtības

Lūdzu tabulā ierakstīt piecas Jūsuprāt nozīmīgākās personīgās un profesionālās vērtības, kuru kopuma integrācija Jums palīdz veikt kvalitatīvu pacientu izglītošanas darbu.

Vērtības ierakstīt, kārtojot nozīmīguma secībā, ar skaitli 1 – atzīmējot visnozīmīgāko vērtību, bet ar 5 – zemāko vērtību

| | Personīgās vērtības | Profesionālās vērtības |
|---|---------------------|------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

Paldies par piedalīšanos aptaujā!!!

15. Pielikums

Trīs izlašu efektīvas komunikācijas aspektu salīdzinājums pēc vidējām vērtībām

| Nr | Apgalvojums | Resp.skait s (n) | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Praktizējošās māsas | | | | Studenti | | | | PVAC pacienti | | | | SVAC pacienti | | | |
|-----|--|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| | | | | | | Resp.skait s (n) | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Resp.skait s (n) | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Resp.skait s (n) | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Resp.skait s (n) | Vidējais (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) |
| 1. | Pirmreizēji, sastopot pacientu, nosaucu savu vārdu | 449 | 2,65 | 1,46 | 2 | 241 | 3,66 | 1,114 | 4 | 407 | 3,59 | 1,469 | 4,00 | 407 | 3,57 | 1,394 | 4,00 | | | | |
| 2. | Pacientam jautāju, kādas šodien problēmas | 450 | 1,64 | 0,872 | 1 | 241 | 4,20 | 0,834 | 4 | 407 | 2,37 | 1,408 | 2,00 | 407 | 2,48 | 1,299 | 2,00 | | | | |
| 3. | Ja sadarbība ir bijusi, jautāju, kādi ir panākumi | 447 | 1,8 | 0,906 | 2 | 239 | 4,14 | 0,779 | 4 | 407 | 2,29 | 1,334 | 2,00 | 407 | 2,44 | 1,214 | 2,00 | | | | |
| 4. | Jautājumus uzdodu, bet nav laika iedziļināties problēmās | 448 | 3,44 | 1,081 | 3 | 241 | 2,75 | 1,056 | 3 | 407 | 3,05 | 1,485 | 3,00 | 407 | 3,03 | 1,331 | 3,00 | | | | |
| 5. | Uzmanīgi uzklāšu pacientu viedokli | 448 | 1,48 | 0,714 | 1 | 239 | 4,44 | 0,645 | 5 | 407 | 2,39 | 1,282 | 2,00 | 407 | 2,57 | 1,205 | 2,00 | | | | |
| 6. | Pacientu uzrunāju pirmā, iedrošinot sarunai | 449 | 1,63 | 0,8 | 1 | 237 | 4,31 | 0,665 | 4 | 407 | 2,77 | 1,390 | 3,00 | 407 | 2,90 | 1,250 | 3,00 | | | | |
| 7. | Izglītošanas laikā nodrošinu viena līmeņa acu kontaktu ar pacientu | 449 | 1,7 | 0,892 | 1 | 239 | 4,13 | 0,856 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | |
| 8. | Izglītoju bez citu cilvēku/pacientu klātbūtnes | 449 | 2,07 | 1,025 | 2 | 238 | 3,63 | 0,851 | 4 | 407 | 2,21 | 1,317 | 2,00 | 407 | 2,62 | 1,256 | 3,00 | | | | |
| 9. | Izmantoju monoloģiskās metodes (runāju Es) | 449 | 3,36 | 0,991 | 3 | 239 | 2,98 | 1,037 | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | |
| 10. | Izmantoju dialoga metodes | 449 | 1,82 | 0,693 | 2 | 238 | 4,12 | 0,748 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | |

16. Pielikums

Divu izlašu (praktizējošo māsu un studentu) pacientu izglītošanas procesa realizācijas pašvērtējuma statistikas datu salīdzinājums pēc vidējām vērtībām

| | | Respskaits (n) | Nozīme (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Respskaits (n) | Nozīme (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) |
|----|--|---------------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|------------|---------------------|-----------------|
| | | Praktizējošās māsas | | | | Studenti | | | |
| 1 | Teorētiskās zināšanas vispārējā pedagoģijā | 363 | 2,88 | 0,903 | 3 | 241 | 3,34 | 0,796 | 3 |
| 2 | Teorētiskās zināšanas pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai | x | x | x | x | 146 | 3,55 | 0,784 | 3,5 |
| 3 | Praktiskās prasmes praktiskā pacientu apmācības, izglītošanas procesa nodrošināšanai | x | x | x | x | 238 | 3,52 | 0,682 | 3 |
| 4 | Zināšanas psiholoģijā | 363 | 2,72 | 0,837 | 3 | 242 | 3,43 | 0,818 | 3 |
| 5 | Zināšanas saskarsmes komunikācijā | 365 | 2,19 | 0,777 | 2 | 241 | 3,87 | 0,795 | 4 |
| 6 | Zināšanas informāciju tehnoloģijā | 364 | 2,7 | 0,913 | 3 | 238 | 3,52 | 0,820 | 4 |
| 7 | Prasme izvēlēties pacientam piemērotus izglītošanas, uzskates līdzekļus | 365 | 2,41 | 0,809 | 2 | 240 | 3,58 | 0,788 | 4 |
| 8 | Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai | 365 | 2,14 | 0,764 | 2 | 242 | 3,85 | 0,771 | 4 |
| 9 | Prasme piemēroties neordinārai situācijai | 365 | 2,22 | 0,803 | 2 | 238 | 3,61 | 0,844 | 4 |
| 10 | Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesa rezultātu | 365 | 2,26 | 0,796 | 2 | 240 | 3,70 | 0,757 | 4 |
| 11 | Spēja uzņemties atbildību par izglītošanas darbu | 365 | 2,08 | 0,805 | 2 | 241 | 3,79 | 0,775 | 4 |
| 12 | Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem | 365 | 1,65 | 0,666 | 2 | 240 | 4,40 | 0,689 | 4 |
| 13 | Spēja būt iecietīgai | 365 | 1,65 | 0,705 | 2 | 239 | 4,32 | 0,750 | 4 |
| 14 | Spēja izprast pacientu emocijas | 364 | 1,7 | 0,699 | 2 | 240 | 4,22 | 0,799 | 4 |

17. Pielikums

Divu izlašu (praktizējošas māsas, studenti) lietoto pacientu izglītošanas līdzekļu un metožu statistikas datu salīdzinājums pēc vidējām vērtībām

| | | Respondentu skaits (n) | Nozīme (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Respondentu skaits (n) | Nozīme (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) |
|----|---|------------------------|-------------|------------------|--------------|------------------------|-------------|------------------|--------------|
| | | Praktizējošas māsas | | | | Studenti | | | |
| 1 | Plakāti | 394 | 3,74 | 1,178 | 4 | 240 | 3,46 | 1,05 | 4 |
| 2 | Attēli | 395 | 3,41 | 1,178 | 3 | 241 | 3,92 | 1,009 | 4 |
| 3 | Mulāžas | 392 | 4,4 | 0,873 | 5 | 236 | 3,72 | 1,117 | 4 |
| 4 | Sarunas laikā svarīgākās informācijas rakstisks apkopojums | 395 | 3,21 | 1,285 | 3 | 238 | 3,79 | 1,074 | 4 |
| 5 | Iepriekš sagatavota informācijas lapa ar pacientam nozīmīgu informāciju | 396 | 2,91 | 1,343 | 3 | 239 | 4,16 | 0,923 | 4 |
| 6 | Tipogrāfijā iespiests buklets par saslimšanu | 396 | 3,04 | 1,248 | 3 | 239 | 4,04 | 0,907 | 4 |
| 7 | Audio vizuālie demonstrējumi (CD) | 393 | 4,6 | 0,732 | 5 | 239 | 3,65 | 1,086 | 4 |
| 8 | Audio vizuālie demonstrējumi (Youtube materiāli) | 393 | 4,63 | 0,704 | 5 | 240 | 3,54 | 1,062 | 4 |
| 9 | Medicīniski pamatotu interneta resursu norāde | 394 | 3,79 | 1,103 | 4 | 238 | 3,66 | 0,997 | 4 |
| 10 | Norāde par pacientam ieteicamiem literatūras avotiem saistībā ar saslimšanu | 394 | 3,27 | 1,213 | 3 | 239 | 3,71 | 0,964 | 4 |
| 11 | Shēmas, piktogrammas | 395 | 4,3 | 0,939 | 5 | 240 | 3,08 | 1,103 | 3 |
| 12 | Lekcija/pasākums pacientu grupai | 395 | 4,31 | 1,065 | 5 | 240 | 3,67 | 1,045 | 4 |
| 13 | Praktiski darbību demonstrējumi | 394 | 3,51 | 1,261 | 3 | 238 | 4,08 | 0,995 | 4 |
| 14 | Norādīt kontaktus, lai nodrošinātu iespējamo sazināšanos (telefons, mājaslapa, e adrese) | 395 | 2,64 | 1,382 | 2 | 241 | 4,04 | 1,024 | 4 |

18. Pielikums

Divu izlašu (praktizējošās māsas, studenti) statistikas datu salīdzinājums pēc vidējām vērtībām, vērtējot par pacientu izglītošanas procesa ietekmējošos faktoros

| | | Respondentu skaits (n) | Nozīme (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) | Respondentu skaits (n) | Nozīme (M) | St. novirze (SD) | Mediāna (Me) |
|----|--|------------------------|------------|------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|--------------|
| | | Praktizējošās māsas | | | | Studenti | | | |
| 1 | Atsevišķu telpu trūkums, kur veikt izglītošanas darbu | 378 | 2,53 | 1,311 | 2 | 234 | 3,84 | 0,805 | 4 |
| 2 | Teorētisko zināšanu apjoms | 377 | 2,53 | 1,27 | 2 | 234 | 4,14 | 0,812 | 4 |
| 3 | Praktisko zināšanu apjoms | 379 | 2,49 | 1,326 | 2 | 234 | 4,16 | 0,854 | 4 |
| 4 | Pieredzes apjoms | 378 | 2,44 | 1,326 | 2 | 227 | 4,15 | 0,797 | 4 |
| 5 | Zināšanu apjoms par elektronisko resursu piesaisti pacientu izglītošanas darbā | 375 | 2,86 | 1,213 | 3 | 232 | 3,61 | 0,856 | 4 |
| 6 | Bukletu skaita nodrošinājums | 379 | 2,82 | 1,259 | 2 | 233 | 3,59 | 0,901 | 4 |
| 7 | Plakātu nodrošinājums uzskatei | 376 | 3,05 | 1,273 | 3 | 235 | 3,36 | 0,947 | 3 |
| 8 | Mulāžu nodrošinājums uzskatei | 376 | 3,22 | 1,352 | 3 | 232 | 3,45 | 1,018 | 4 |
| 9 | Audio vizuālo (CD) materiālu nodrošinājums | 373 | 3,15 | 1,37 | 3 | 229 | 3,47 | 0,971 | 4 |
| 10 | Neviennozīmīgā attieksme pret izglītošanas jautājumiem (neieinteresētība) | 379 | 2,44 | 1,1742 | 2 | 234 | 4,20 | 0,821 | 4 |
| 11 | Laika aspekts, jo intensīvs darbs | 376 | 1,95 | 1,16 | 2 | 233 | 4,15 | 0,819 | 4 |

19. pielikums

Pedagoģiskā procesa aspektu novērtējums pēc izglītības

| | | Mean | Std. Deviation | Median | N | Asymp. Sig. | Correlation coefficient | Sig. (2-tailed) |
|----------|---|-------------|----------------|----------|------------|--------------|-------------------------|-----------------|
| 1 | Teorētiskās zināšanas medicīnā | 2,20 | 0,703 | 2 | 365 | 0,000 | -0,241** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,50 | 0,658 | 2 | 90 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,14 | 0,631 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,11 | 0,682 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,85 | 0,925 | 2 | 26 | | | |
| 2 | Zināšanas pedagoģijā | 2,88 | 0,903 | 3 | 363 | 0,000 | -0,308** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 3,33 | 0,956 | 3 | 88 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,87 | 0,822 | 3 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,71 | 0,77 | 3 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 2,31 | 1,087 | 2 | 26 | | | |
| 3 | Zināšanas psiholoģijā | 2,72 | 0,837 | 3 | 363 | 0,007 | -0,164** | 0,002 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,97 | 0,928 | 3 | 88 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,68 | 0,761 | 3 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,66 | 0,811 | 3 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 2,35 | 0,797 | 2 | 26 | | | |
| 4 | Zināšanas saskarsmes komunikācijā | 2,19 | 0,777 | 2 | 365 | 0,007 | -0,145** | 0,005 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,42 | 0,848 | 2 | 90 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,11 | 0,651 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,16 | 0,802 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,88 | 0,766 | 2 | 26 | | | |
| 5 | Zināšanas informācijas tehnoloģijā | 2,70 | 0,913 | 3 | 364 | 0,000 | -0,251** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 3,21 | 0,971 | 3 | 89 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,52 | 0,814 | 2,5 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,60 | 0,848 | 3 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 2,27 | 0,778 | 2 | 26 | | | |

| | | Mean | Std. Deviation | Median | N | Asymp. Sig. | Correlation coefficient | Sig. (2-tailed) |
|-----------|---|-------------|----------------|----------|------------|--------------|-------------------------|-----------------|
| 6 | Prasme plānoti izvēlēties situācijai piemērotus izglītošanas līdzekļus | 2,41 | 0,809 | 2 | 365 | 0,000 | -0,186** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,73 | 0,884 | 3 | 90 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,27 | 0,7 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,37 | 0,758 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 2,12 | 0,952 | 2 | 26 | | | |
| 7 | Prasme ātri orientēties jaunai sadarbībai | 2,14 | 0,764 | 2 | 365 | 0,000 | -0,273** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,50 | 0,811 | 3 | 90 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,12 | 0,718 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 1,99 | 0,696 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,77 | 0,71 | 2 | 26 | | | |
| 8 | Prasme piemēroties neordinārai situācijai | 2,22 | 0,803 | 2 | 365 | 0,001 | -0,191** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,51 | 0,89 | 3 | 90 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,17 | 0,743 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,14 | 0,742 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,85 | 0,784 | 2 | 26 | | | |
| 9 | Prasme praktiskā jomā izglītēt pacientus | 2,06 | 0,748 | 2 | 365 | 0,000 | -0,207** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,31 | 0,856 | 2 | 90 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,05 | 0,638 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 1,97 | 0,723 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,65 | 0,689 | 2 | 26 | | | |
| 10 | Prasme pielietot informācijas tehnoloģijas pacientu izglītošanai | 2,5 | 0,891 | 3 | 366 | 0,000 | -0,229** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,89 | 0,875 | 3 | 91 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,42 | 0,851 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,41 | 0,84 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 2,00 | 0,938 | 2 | 26 | | | |

| | | Mean | Std. Deviation | Median | N | Asymp. Sig. | Correlation coefficient | Sig. (2-tailed) |
|-----------|--|-------------|----------------|----------|------------|--------------|-------------------------|-----------------|
| 11 | Prasme būt radošai izglītojot pacientus | 2,19 | 0,832 | 2 | 366 | 0,000 | -0,257** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,56 | 0,885 | 3 | 91 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,15 | 0,813 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,05 | 0,758 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,77 | 0,652 | 2 | 26 | | | |
| 12 | Prasme izvērtēt pacientu izglītošanas procesa rezultātu | 2,26 | 0,796 | 2 | 365 | 0,000 | -0,210** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,54 | 0,914 | 2 | 90 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,27 | 0,724 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,15 | 0,718 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,81 | 0,749 | 2 | 26 | | | |
| 13 | Spēja uzņemties atbildību par izglītošanas darbu | 2,08 | 0,805 | 2 | 365 | 0,000 | -0,230** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,42 | 0,92 | 2 | 91 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,01 | 0,722 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,00 | 0,734 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,56 | 0,651 | 1 | 25 | | | |
| 14 | Spēja būt pozitīvi noskaņotai pret pacientiem | 1,65 | 0,666 | 2 | 365 | 0,006 | -0,164** | 0,002 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 1,86 | 0,708 | 2 | 91 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 1,60 | 0,629 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 1,56 | 0,646 | 1 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,56 | 0,651 | 1 | 25 | | | |
| 15 | Spēja būt iecietīgai | 1,65 | 0,705 | 2 | 365 | 0,011 | -0,114* | 0,029 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 1,86 | 0,754 | 2 | 91 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 1,54 | 0,608 | 1 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 1,60 | 0,721 | 1 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,68 | 0,748 | 2 | 25 | | | |

| | | Mean | Std. Deviation | Median | N | Asymp. Sig. | Correlation coefficient | Sig. (2-tailed) |
|-----------|--|-------------|----------------|----------|------------|--------------|-------------------------|-----------------|
| 16 | Spēja izprast pacientu emocijas | 1,70 | 0,699 | 2 | 364 | 0,062 | -0,114* | 0,03 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 1,88 | 0,762 | 2 | 90 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 1,64 | 0,673 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 1,62 | 0,65 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,68 | 0,748 | 2 | 25 | | | |
| 17 | Pieredze praktiskajā jomā | 1,92 | 0,74 | 2 | 365 | 0,042 | -0,043 | 0,409 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 1,87 | 0,703 | 2 | 91 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,03 | 0,733 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 1,92 | 0,765 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,60 | 0,707 | 1 | 25 | | | |
| 18 | Situācijas intuīcija (nojauta, izjūta, kuras pamatā ir zināšanas un pieredze) | 1,92 | 0,745 | 2 | 365 | 0,064 | -0,076 | 0,150 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 1,92 | 0,718 | 2 | 91 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,01 | 0,722 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 1,91 | 0,769 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,60 | 0,764 | 1 | 25 | | | |
| 19 | Personīgo vērtību sistēma | 1,93 | 0,72 | 2 | 364 | 0,009 | -0,156** | 0,003 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,09 | 0,74 | 2 | 91 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 1,93 | 0,679 | 2 | 117 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 1,89 | 0,73 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,56 | 0,651 | 1 | 25 | | | |
| 20 | Profesionālo vērtību sistēma | 1,95 | 0,701 | 2 | 363 | 0,001 | -0,183** | 0,000 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,11 | 0,657 | 2 | 91 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 1,97 | 0,665 | 2 | 116 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 1,89 | 0,736 | 2 | 131 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 1,52 | 0,653 | 1 | 25 | | | |

| | | Mean | Std. Deviation | Median | N | Asymp. Sig. | Correlation coefficient | Sig. (2-tailed) |
|-----------|---|-------------|----------------|----------|------------|-------------|-------------------------|-----------------|
| 21 | PVAC māsas pacientus izglīto | 2,54 | 0,893 | 3 | 362 | 0,185 | 0,080 | 0,129 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,55 | 0,929 | 2 | 89 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,39 | 0,74 | 2 | 118 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,62 | 0,968 | 3 | 130 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 2,76 | 0,97 | 3 | 25 | | | |
| 22 | SVAC māsas pacientus izglīto | 2,63 | 0,89 | 3 | 345 | 0,399 | 0,054 | 0,313 |
| | 3. profesionālās izglītības līmenis (māsu skola) | 2,69 | 0,921 | 3 | 77 | | | |
| | 1. līmeņa profesionālā augstākā (koledžas) izglītība | 2,53 | 0,831 | 2 | 115 | | | |
| | 2. līmeņa profesionālā augstākā izglītība (bakalaura grāds) | 2,64 | 0,928 | 3 | 128 | | | |
| | Akadēmiskā izglītība (maģistra grāds) | 2,8 | 0,866 | 3 | 25 | | | |