

LATVIJAS UNIVERSITĀTE



Ināra Upmale

**Pieaugušo veselības izglītības darba organizācija un vadība primārās
veselības aprūpes māsas praksē**

Promocijas darbs

Nozare: vadībzinātne
Apakšnozare: izglītības vadība

Zinātniskais vadītājs:
Profesors, Dr oec.
Andrejs Geske

Rīga
2013

Šis darbs izstrādāts ar Eiropas Sociālā fonda atbalstu projektā ‘’Atbalsts doktora studijām Latvijas Universitātē.’’



LATVIJAS
UNIVERSITĀTE
ANNO 1919

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

SATURS

ANOTĀCIJA	5
ABSTRACT.....	7
APZĪMĒJUMI UN DEFINĪCIJAS	8
IEVADS	9
1. PIEAUGUŠO VESELĪBAS IZGLĪTĪBAS PROCESA VADĪBA	21
1.1. Pieaugušo veselības izglītības raksturojums	21
1.1.1. <i>Veselības izglītības nozīme sabiedrības veselības saglabāšanā</i>	21
1.2. Valsts politika veselības izglītības īstenošanā	23
1.3. Pieaugušo veselības izglītības mērķi.....	27
1.3.1. <i>Mācīšanās veselības izglītības kontekstā</i>	27
1.3.2. <i>Pieaugušo mācīšanās īpatnības</i>	32
1.4. Veselības veicināšana un primārās veselības aprūpes māsas loma tajā.....	38
1.4.1. <i>Primārās veselības aprūpes māsas darbība: Latvijas reglamentējošo dokumentu analīze</i>	39
1.4.2. <i>Primārās veselības aprūpes māsu darbība pasaulē</i>	41
1.4.3. <i>Apgrūtinājumi veselības izglītības darba organizācijai primārās veselības aprūpes māsas praksē</i>	43
1.5. Vadības principi primārās veselības aprūpes māsas praksē.....	46
2. INDIVĪDA VESELĪBAS KOMPETENCI IETEKMĒJOŠIE BIOPSIHOSOCIĀLIE FAKTORI.....	50
2.1. Jēdziena <i>veselības kompetence</i> konceptuālā analīze.....	50
2.1.1. <i>Veselības izpratība (health literacy)</i>	53
2.1.2. <i>Veselības izpratības definīcijas</i>	54
2.1.3. <i>Veselības izpratība indivīda saskarsmē ar veselības aprūpes sistēmu</i>	54
2.1.4. <i>Informācijas izpratība</i>	56
2.1.5. <i>Veselību veicinošie faktori</i>	57
2.2. Veselības uzvedības nozīme indivīda veselības kompetences veidošanās procesā.....	60
2.2.1. <i>Veselības uzvedību ietekmējošie faktori</i>	60
2.3. Veselības uzvedības konceptuālie modeļi.....	63
2.3.1. <i>Veselības uzvedības teorētiskie modeļi personas līmenī</i>	63
2.3.2. <i>Veselības uzvedības teorētiskie modeļi grupas līmenī</i>	69
2.3.3. <i>Veselības uzvedības teorētiskie modeļi sociālās kopības (sabiedrības) līmenī</i>	69
2.4. Vērtību nozīme indivīda veselības kompetences pilnveidē	73
2.4.1. <i>Indivīda un sabiedrības vērtības</i>	73
2.4.2. <i>Veselība kā vērtība</i>	75
2.5. Vides aspekts veselības kompetences attīstībā	77
2.5.1. <i>Sociālās un fiziskās vides mijiedarbība veselības kontekstā</i>	77
2.5.2. <i>Informāciju tehnoloģijas un e-vide</i>	81
3. VESELĪBAS KOMPETENCI VEIDOJOŠO DETERMINANTU MODELIS UN TĀ PIELIETOŠANAS IESPĒJAS.....	83
3.1. Veselības izglītības darbam primārajā veselības aprūpē paredzēto metodisko rekomendāciju veidošanas principi.....	84
3.2. Veselības izglītības mācību procesa struktūra un komponenti	87
4. PĒTĪJUMA PRAKTISKĀ DAĻA.....	93
4.1. Pētījuma metodoloģija	93
4.2. Sākotnējais veselības kompetences modelis – pilotpētījuma rezultāti.....	96
4.3. Veselības kompetences modelis pēc iedzīvotāju aptaujas datu analīzes	98

4.3.1. Demogrāfiskā situācija Latvijā aptaujas laikā	98
4.3.2. Skalu veidošana un iekšējās saskaņotības noteikšana starp skalām	100
4.3.3. Korelācijas starp veselības kompetences modeli veidojošajiem komponentiem	101
4.3.4. Modeļa komponentu faktoranalīze	102
5. VESELĪBAS KOMPETENCES MODEĻA KOMPONENTOS IZDALĪTIE GALVENIE FAKTORI UN TO ANALĪZE	104
5.1. Faktoru kopa <i>Veselības izglītība</i>	104
5.1.1. VI_F1 Individīda iesaistīšanās zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem.....	106
5.1.2. VI_F2 Veselības izpratība (health literacy)	110
5.1.3. VI_F3 Tēmas, kas aktuālas dažādiem vecuma posmiem	114
5.2. Faktoru kopa <i>Veselības uzvedība</i>	117
5.2.1. VU_F1 Riska uztvere	119
5.2.2. VU_F2 Sociālā ietekme.....	122
5.2.3. VU_F3 Emocionālo kairinājumu uztvere (stress).....	123
5.2.4. VU_F4 Atbalsta gaidas	125
5.3. Vides faktoru kopa	127
5.3.1. Vi_F1 Veselību atbalstoša darba vide	128
5.3.2. Vi_F2 Pieejami sociālie pakalpojumi	130
5.3.3. VI_F3 Informāciju tehnoloģiju pieejamība.....	132
5.4. Faktoru kopa Vērtības	135
5.5. <i>Veselības kompetences</i> faktors.....	138
5.6. Autore izveidotais veselības kompetenci veidojošo un ietekmējošo galveno faktoru modelis pēc datu analīzes.....	141
5.7. Ekspertu aptauja	143
6. PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES MĀSAS DARBĪBU VESELĪBAS IZGLĪTĪBĀ IETEKMĒJOŠO FAKTORU ANALĪZE	146
6.1. Respondentu demogrāfiskie dati	146
6.2. Veselības kompetences modeļa determinantu atbilstība māsu vērtējumā	148
6.3. Faktori, kas ietekmē māsas darbību veselības izglītībā	149
6.3.1. Izdalīto faktoru analīze	151
7. PRAKTISKĀS REKOMENDĀCIJAS PVA MĀSU PRAKSĒM VESELĪBAS IZGLĪTĪBAS DARBA ORGANIZĒŠANAI UN VADĪŠANAI	163
8. GALVENIE SECINĀJUMI.....	175
NOBEIGUMS	179
IZMANTOTĀ LITERATŪRA.....	180
PIELIKUMI	199
1.PIELIKUMS	200
2.PIELIKUMS	201

ANOTĀCIJA

Šobrīd katra ikdienas dzīves izvēle kaut nedaudz aspektos, bet ir saistīta ar veselību. Lai indivīds spētu pieņemt tādus lēmumus ikdienas dzīvē, kuri pozitīvi ietekmē veselību, ir nepieciešama veselības kompetence. Tās veicināšana ir viens no veselības izglītības vadības uzdevumiem, kas tiek realizēti primārās veselības aprūpes māsas praksē.

Promocijas darba “Veselības izglītības darba organizācija un vadība primārās veselības aprūpes māsas praksē” autores mērķis ir izpētīt faktorus, kas ietekmē veselības izglītības darba organizāciju un vadību primārās veselības aprūpes māsas praksē, ietverot arī indivīda veselības kompetenci veidojošos faktorus, un izveidot uz pierādījumiem balstītus metodiskus ieteikumus pieaugušo veselības izglītības darba organizācijai un vadībai, kas būtu izmantojami gan māszinību studiju programmās, gan primārās veselības aprūpes līmenī strādājošo māsu tālākizglītībā.

Pētījums ir starpdisciplinārs pētījums. Tajā apvienotas gan teorētiskajos avotos iegūtās atziņas no vadības zinātnes, izglītības zinātnes un medicīnas, gan empīriskās izpētes dati. Pētījumā iesaistītas divas respondentu grupas: 827 iedzīvotāji un 106 primārās veselības aprūpes māsas. Veicot zinātniskās literatūras analīzi, autore secināja, ka indivīda veselības kompetences veidošanos nosaka šādas faktoru kopas: *veselības izglītība, veselības uzvedība, vērtības* un *vide*; pētījuma praktiski pētnieciskajā daļā katrā no šīm kopām papildus tika izdalīti galvenie indivīda veselības kompetenci ietekmējošie faktori. Tie palīdz saprast, kas jāņem vērā, lai primārās veselības aprūpes māsa veiksmīgāk varētu organizēt un vadīt pieaugušo veselības izglītības darbu. Analizējot zinātnisko literatūru par pasaules pieredzi veselības izglītībā, var secināt, ka to māsu, kurām ir augstākā izglītība, zināšanas un prasmes indivīdu izglītošanā neatšķiras no ārstu zināšanām un prasmēm, turklāt māsu darbība ir izmaksu ziņā efektīvāka. Pētījuma gaitā arī tika noskaidroti tie faktori, kuri ietekmē veselības izglītības darba organizāciju un vadību primārās veselības aprūpes māsu praksē mūsu valstī, un kā būtisks neatkarīgais mainīgais te parādās arī māsu izglītība.

Apkopojot iegūtos rezultātus gan par indivīda veselības kompetenci ietekmējošajiem faktoriem, gan faktoriem, kas ietekmē māsu darbu iedzīvotāju izglītošanā, autore izveidoja rekomendāciju algoritmu veselības izglītības darba organizācijai un vadībai primārās veselības aprūpes māsas praksē.

Promocijas darba apjoms ir 198 lappuses, to veido ievads, astoņas nodaļas, galvenie secinājumi un nobeigums, kā arī izmantotās literatūras un avotu saraksts, kopskaitā 214 latviešu, angļu un krievu valodā un 2.pielikumi.

Atslēgas vārdi: veselības izglītība, vadība, māšas prakse, veselības kompetence, veselības izpratība, veselības uzvedība, vērtības, vide.

ABSTRACT

Currently, each choice of daily life, even if a little, is associated with health. For an individual, to be able to make such decisions in everyday life that have a positive impact on health, the health competence is needed. Its promotion is one of the tasks of health education that is being implemented in primary health care nurse practice. The aim of the thesis is to explore the factors that influence health education organization and management of primary health nursing practice, including individual health competence factor, and develop evidence-based methodological recommendations of health education regarding the organization and management, which would be used in nursing graduates, and primary health care nurses working at the level of education is the author's aim in doctoral thesis "Health education organization and management in primary health care nurse practice". The study involved two groups of respondents: 827 inhabitants and 106 primary health care nurses. The study had two objectives. First, find out what factors determine an individuals' health competency and then, what factors influence primary health care nurses' possibility to promote it. The study showed that increasing the number of nurses who have obtained higher education, nursing knowledge, skills and activities in educating people, in regards of qualitatively, is not different from the general practitioners' knowledge and skills, and it is as effective as the doctor's actions, moreover, cost-efficient. The author concluded, during the analysis of scientific literature, that health education, health behavior, values and environment affect formation of an individual's health competence. They help understand how to be able to better promote the public health education. The research also showed the factors that influence health education organization and management of primary health care nurse practice in our country, also as an important independent variable here appears nurses' education. When summarizing the results of both – the factors that influence individual's health competence and the factors that influence nurses action in educating people – the author created a recommendation for health education organization and management of primary health care nurse practice.

The total amount of the Thesis is 198 pages. It consists of an introduction, 8 chapters, the main findings and conclusions.

There are 214 references of literature and other sources in Latvian, English and Russian are used. *Keywords:* health education, management, nurses practice, health competence, health literacy, health behavior, values, environment.

APZĪMĒJUMI UN DEFINĪCIJAS

CSP – Centrālā statistikas pārvalde

CONFINTEA V (Fifth International Conference on Adult Education) – V Starptautiskā pieaugušo izglītības konference

DeSeCo (Definition and Selection of Competencies) – Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas projekts kompetenču noteikšanā un definēšanā.

FINBALT (angliski) – sadarbības sistēma starp Somiju un Baltijas valstīm veselību ietekmējošo paradumu un ar to saistīto faktoru izplatības noteikšanai

HECS(angliski)-Kanādas izglītības departaments

ICN (International Council of Nurses) – Starptautiskā mūsu padome

IIME (angliski) – Starptautiskais medicīnas izglītības institūts.

LEMON (Learning Materials On Nursing) – Mācību materiāli Māsām

LR VM – Latvijas Republikas Veselības ministrija

LR VM VEC – Latvijas Republikas Veselības ministrijas Veselības ekonomikas centrs

Māsas prakse – darbība, kas palīdz indivīdam, ģimenei un dažādām sabiedrības grupām noteikt un sasniegt viņu fiziskās, mentālās un sociālās iespējas tajā vidē, kurā sabiedrības locekļi dzīvo un strādā

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) – Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija

PVA – primārā veselības aprūpe

PVO (WHO) – Pasaules Veselības organizācija

UDACE (Unit for the Development of Adult Continuing Education) – Pieaugušo tālākizglītības attīstības apvienība

Veselības izglītība – uz zinātniskiem principiem pamatota plānveidīga mācību sistēma

Veselības izpratība (health literacy) – spēja izlasīt, saprast un lietot informāciju par veselības saglabāšanu

Veselības kompetence – indivīda spēja ikdienas dzīvē pieņemt pozitīvus veselību ietekmējošus lēmumus

Veselības veicināšana – process, kas rada iespēju cilvēkiem palielināt kontroli pār savu veselību un uzlabot to

VIS – Valsts informācijas sistēma

IEVADS

Nācijas labklājību lielā mērā nosaka sasniegumi izglītībā un situācija sabiedrības veselībā. Izglītība un veselība ir divas vissvarīgākās cilvēkkapitāla īpašības (*Groot et al.* 2006). Cilvēki, kuriem ir laba veselība, var efektīvāk veidot savu, savas ģimenes un līdz ar to arī visas sabiedrības labklājību. Veselība ir sociāla konstrukcija, kas veidojas no indivīda un apkārtējās vides mijiedarbības ikdienā (*Kickbush* 1997). Bet, kā teicis Viktors fon Vaicekers: “Veselība nav kapitāls, kuru var iztērēt, tā ir pieejama tikai tad, ja tiek radīta katrā dzīves brīdī”. Savukārt, lai katrā dzīves brīdī varētu saglabāt un veicināt veselību, ir nepieciešama kompetence. Sabiedrībai mūsdienās ir pieejams plašs informācijas klāsts par veselīgu dzīvesveidu, valstiski tiek organizētas veselības veicināšanas kampaņas, piemēram, “Uzzini savu holesterīna skaitli”, ir izstrādāta *Sabiedrības veselības stratēģija*, kuras ietvaros var minēt tādas sabiedrības veselības politikas lēmumus kā, piemēram, smēķēšanas ierobežojumus publiskās vietās, saldināto dzērienu izņemšanu no tirdzniecības vietām skolās, skolēnu ēdienkartes pārskatīšana un vēl virkne citu administratīvu pasākumu. Tomēr, lai praktiski uzlabotos situācija sabiedrības veselībā, nepietiek tikai ar informatīvām kampaņām vai atsevišķiem politiskiem lēmumiem. Katram indivīdam ir nepieciešama gan informācija, gan prasmes un iemaņas, gan attieksmes maiņa, lai veidotos dzīves prasmes veselības saglabāšanā un cilvēka dzīvesveids būtu veselīgs.

Latvijas Valsts pamatzglītības standartā ir iekļauti jautājumi par veselības izglītību, un bērni un pusaudži skolā sociālo zinību kontekstā mācās veicināt savu veselību. Speciāli sagatavoti pedagogi sniedz informāciju, kas palīdz bērniem veidot attieksmi pret savu, apkārtējo un vides veselību, kā arī apgūt iemaņas veselības saglabāšanā. Sarežģītāka situācija ir pieaugušo veselības izglītības jomā. Latvijas nacionālās attīstības plānā ir aktualizēta problēma – veselības izglītība nav pietiekami efektīva. Kā norādīts “Latvijas nacionālās attīstības plāna 2007–2013” darba grupas ziņojumā, tad “pašlaik cilvēku izpratne par veselību veidojas galvenokārt slimības pieredzes, nevis izglītības rezultātā” (t.i., par veselu tiek uzskatīts cilvēks, kas ir izārstēts, nevis tāds, kas nav saslimis).” Latvijā pieaugušo veselības izglītība ir nodota veselības aprūpes speciālistu pārziņā, un nav pietiekoši attīstīta starpnozaru sadarbība šajā jautājumā. Veselības aprūpes sistēmas ietvaros vairāk uzmanības tiek veltīts jau slima cilvēka ārstēšanas un aprūpes procesam, izglītošana tiek definēta kā apmācība un vairāk vērsta uz slimības rezultātā zaudētu iemaņu atjaunošanu. Daudz mazāk laika un līdzekļu tiek atvēlēti sabiedrības veselības veicināšanai un iedzīvotāju izglītošanai. Bet pētījumos ir noskaidrots, ka veselības aprūpes sistēma tikai par 11% ietekmē indivīda spēju saglabāt veselību, pārējo veido ārējās vides faktori (līdz 25%), indivīda ģenētiski iekodētā

nosliece (līdz 27%), bet procentuāli lielāko daļu (līdz 50%) indivīda veselības saglabāšanā nosaka viņa uzvedība vai dzīvesveids (Dever 1976; Ļisicins, Petļenko 1992).

Runājot par pieaugušo veselības izglītību kopumā, jāuzsver, ka tā piedāvā būtiskas iespējas nodrošināt atbilstošu, vienlīdzīgu un dzīvotspējīgu zināšanu iegūšanu par to, kā indivīdam saglabāt veselību visa mūža garumā (*Health Impacts of Education*, 2008). Process ir daudzveidīgs, jo cilvēkam, izejot fizioloģisko pārmaiņu ceļu jeb novecojot un mainoties dzīves apstākļiem, mainās arī veselību ietekmējošie faktori. Zināšanu ieguve savas veselības saglabāšanā var dot ievērojamu ieguldījumu visas sabiedrības veselības veicināšanā un slimību novēršanā (Baltiņš 2003). Tā jāuztver kā sociālo pārmaiņu instruments, ar kuru indivīdiem, grupām un sabiedrībai kopumā tiek sniegtas zināšanas un prasmes, kā arī radīta iespēja un resursi, lai saglabātu un uzlabotu veselību pašreiz un turpmāk, un pieaugušo veselības izglītības mērķis ir veselības kompetences veidošana (*Confintea V* 1997). Kichbush (2001) atzīmē, ka izglītība un izpratība (*literacy*) iezīmē jaunus faktorus veselības veicināšanā līdzās tādiem faktoriem kā ienākumi, ienākumu sadale, nodarbinātība, darba apstākļi un sociālā vide, lai gan šo faktoru kopsakarība ir smagnēja un pieprasa papildu pētījumus.

Savā pētniecības darbā autore vēlējas pievērsties māsas darbībai iedzīvotāju izglītošanā veselības saglabāšanai. Māsas profesijas standartā ir fiksēts, ka viņai ir jābūt sagatavotai aprūpes vadībai, tajā skaitā veselības izglītības darba vadībai visos aprūpes posmos. Veselības izglītība ir instruments ar kura palīdzību tiek īstenota indivīda un sabiedrības veselības veicināšana. Latvijā veselības veicināšana tiek īstenota primārās veselības aprūpes līmenī, un savas kompetences ietvaros to šobrīd veic primārās veselības aprūpes (turpmāk tekstā – PVA) ārsti un māsas. Neapšaubāmi, veselības izglītība nav šauri specifisks veselības aprūpes jautājums, te vietā ir multidisciplināra pieeja, ņemot vērā visus faktorus, kas veido un ietekmē to, cik kompetenti indivīds rūpējas par savu veselību.

Kompetence tiek attīstīta darbībā un mijiedarbībā gan formālās, gan neformālās izglītības kontekstā. Tādējādi kompetences attīstīšana ir ne tikai saistīta ar mācīšanos un zināšanu apguvi skolā. Līdztekus formālajai izglītības sistēmai nepieciešamo kompetenču veidošana un attīstīšana ir arī citu sociālo institūtu pārziņā. Te var minēt ģimeni, darbavietu, masu medijus, kultūras un reliģiskās organizācijas, kā arī citus sociālos institūtus (*DeSeCo* 2002), tajā skaitā veselības aprūpes sistēmu kā sociālu institūtu (Maksimova 2005). Kompetences jēdziens ir daudznozīmīgs, ko pierāda tā izpratnes vēsturiskā attīstība. No dažādiem kompetences jēdziena skaidrojumiem var secināt, ka kompetence ir “absolūta” kādos vērtējumos, bet “relatīva” citos. Tāpēc kompetenci var vērtēt kā dinamisku procesu, kas mainās, ietverot sevī pieredzi,

zināšanas un prasmes un attīstot tās praksē. Kompetence tiek attīstīta un ir mainīga visā cilvēka mūža garumā, to var iegūt vai zaudēt, izejot cauri dažādiem vecuma posmiem. Tās attīstība nebeidzas jaunībā, bet turpinās pieaugušā dzīves laikā. Kompetences struktūras centrā ir spēja domāt un domas reflektēt, kas pieaug reizē ar indivīda briedumu. (Maslo 2003, Tiļļa 2004). *Organisation for Economic Co-operation and Development* (turpmāk tekstā – OECD) identificē trīs pamatkompetenču kategorijas, kuras ir būtiskas kā personīgajā, tā sociālajā attīstībā mūsdienu sarežģītajā pasaulē, un tās ir: mijiedarbība sociāli neviendabīgās grupās, autonoma darbība un interaktivitāte.

Kompetence ir spēja pamanīt komplicētas prasības, virzīties un mobilizēt psihosocioālus resursus (iekļaujot prasmes un attieksmes) specifiskā kontekstā. Kompetence pati par sevi ir arī mērs tam, ko kāds var konkrēti paveikt noteiktā laika sprīdī (*UDACE* 1989; *Tight* 1996). Golubeva un Puškarevs (2008) norāda: “Darbības kompetence ir vajadzīga visdažādākajās situācijās. Kompetentas darbības spējas dzīvē nepieciešamas katram cilvēkam. Tā ietekmē arī indivīda sociālo, garīgo un fizisko veselību”. Sociālā kompetence ir saistīta ar personisko un sociālo labklājību, kam nepieciešama izpratne par to, kā nodrošināt optimālu fizisko un garīgo veselību, iesaistot savus un savas ģimenes sociālos un garīgos resursus, savu tiešo sociālo vidi un zināšanas par to, kā veselīgs dzīvesveids var to veicināt (*European Communities* 2007). Viens no sociālo kompetenču veidiem ir *veselības kompetence*. Veselības kompetence ikdienā stiprina indivīda rīcības brīvību lēmumu pieņemšanai jautājumos, kas skar viņa veselību. Tā uzlabo indivīda spēju atrast, saprast un īstenot dzīvē ar veselību saistīto informāciju (*Kickbush* 2006). Indivīda veselības kompetences veidošanos ietekmē dažādi iekšējie un ārējie faktori, vairākos pētījumos vairāk akcentēta tieši indivīda veselības uzvedība kā vadošais faktors (*Smith et al.* 1995; *Marks, Lutgendorf* 1999), tomēr autore uzskata, ka veselības izglītība varētu būt nozīmīgākais no faktoriem. Veselības kompetence ir jauns jēdziens, pasaulē tā vēl ir maz pētīta. Mūsu valstī iedzīvotāju veselības kompetence nav pētīta, tāpēc autore uzskata, ka būtu nepieciešams noskaidrot veselības kompetenci ietekmējošos iekšējos un ārējos faktoros un izveidot konceptuālu modeli. Veselības kompetences modeļa izveide ir plānota kā novitāte. Autore uzskata, ka tas sniegs teorētisku pamatu, lai varētu sagatavot atbilstošas rekomendācijas pieaugušo veselības izglītības darba organizācijai un vadībai.

Izveidotais modelis palīdzētu izprast:

- kādi faktori ietekmē pieaugušo veselības kompetenci mūsu valstī;
- kā primārās veselības aprūpes māsa, vadot veselības izglītības darbu savā praksē, var palīdzēt indivīdam pilnveidot veselības kompetenci.

Runājot kopumā par māsas lomu sabiedrības izglītošanas procesā jautājumos, kas skar veselības saglabāšanu, jādomā, ka arī mūsu valstī “māsas kļūs resurss cilvēkiem, ne tikai resurss ārstiem, un ka māsas kļūs par aktīvām sabiedrības veselības izglītības darba veicējām” (Mahler 1985). Primārās veselības aprūpes līmenī tieši māsas visvairāk saskaras ar sabiedrību, tāpēc viņām ir lielākas iespējas ietekmēt veselības izglītības procesu un veselības veicināšanu sabiedrībā kopumā. To, kāpēc tieši primārās veselības aprūpes māsām būtu nepieciešamas zināšanas veselības izglītības vadībā, pamato arī Sabiedrības veselības stratēģija, kurā 13. mērķis nosaka, ka “veselības saglabāšana un uzlabošana dažādās dzīves vidēs paredz uzlabot primārās veselības aprūpes speciālistu zināšanas un prasmi konsultēt iedzīvotājus par veselības un drošības veicināšanu dažādās dzīves vidēs” (Sabiedrības veselības stratēģija 2001). Nevar teikt, ka valstī nebūtu domāts par vadlīnijām, kas iezīmētu skaidrāku rīcību, kā organizēt un vadīt veselības izglītības darbu. Jau 2001. gadā tika izstrādāta Sabiedrības veselības stratēģija, kurā vairākās sadaļās uzsvērtā nepieciešamība izstrādāt uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas veselības veicināšanas un iedzīvotāju izglītošanas darbam. Turpat ir norādīts, ka skaidri jānosaka ārstniecības personu funkcijas, lai veselības izglītības darbu varētu veikt maksimāli kvalitatīvi. Neraugoties uz Sabiedrības veselības stratēģijā definētajiem mērķiem, turpmāk LR Ministru Kabineta dokumentā “Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programma 2004.–2010. gadam” redzams, ka nav iekļauta vadlīniju izveidošana veselības izglītības darba organizācijai un vadībai, kā arī, nav noteiktas ārstniecības personu funkcijas šim darbam. Veicot Latvijas Republikas stratēģiskās attīstības dokumentu un normatīvo aktu analīzi starpresoru līmenī, redzams, ka nav izstrādāti arī metodiski ieteikumi pieaugušo veselības izglītības darba vadībai un organizācijai Latvijā. Tāpēc autore uzskata, ka nepieciešams izveidot metodiskas rekomendācijas veselības izglītības darba vadībai primārās veselības aprūpes līmenī strādājošām māsām, rekomendācijām jābūt vienotām, uz pierādījumiem balstītām, un jāatbilst pasaules pieredzei. *Fitzpatric* un citi (2008) norāda, ka aprūpes procesa vadība (t.sk. arī primārās veselības aprūpes līmenī) ir viena no māsas lomām aprūpes procesā, tāpēc māsām jābūt sagatavotām vadīt aprūpes mikrosistēmas un reaģēt uz indivīda, ģimenes un sabiedrības veselības vajadzībām.

Veidojot uz pierādījumiem balstītas rekomendācijas, tiks piedāvāts mehānisms kvalitatīvai veselības izglītības darba organizācijai un vadībai primārajā veselības aprūpē, kas turpmāk palīdzēs veicināt indivīdu un sabiedrības veselības kompetenci.

Pētījuma objekts. Veselības izglītības darba vadība un organizācija primārās veselības aprūpes māsas praksē.

Pētījuma mērķis: izpētīt faktorus, kas ietekmē veselības izglītības darba organizāciju un vadību primārās veselības aprūpes māsas praksē, un faktorus, kas ietekmē indivīda veselības kompetences veidošanos, un, pamatojoties uz iegūtajiem rezultātiem, izveidot uz pierādījumiem balstītus metodiskus ieteikumus veselības izglītības darba organizācijai un vadībai.

Tika uzdoti pētījuma jautājumi, jo, kā norāda Habere (2005), pētījuma jautājums iezīmē ideju, kas ir pētījuma pamatā un kura ir jāpārbauda. Vairāki autori atzīmē, ka gadījumos, kad pētījumi tiek veikti nepietiekami izziņātā jomā, hipotēzi par rādītāju savstarpējo sakarību neizvirza. (De Vaus 2005; Mārtinsone u.c. 2011)

Pētījuma jautājumi:

1. Kāda ir pasaules pieredze veselības izglītības darba vadībā un organizēšanā primārās veselības aprūpes māsas praksē un kādi faktori ietekmē veselības izglītības darba organizāciju un vadību mūsu valstī?
2. Kādi faktori ietekmē Latvijas iedzīvotāju veselības kompetences veidošanos?

Lai sasniegtu mērķi, ir plānoti sekojoši uzdevumi:

1. Analizēt zinātniskās literatūras avotus, izpētot veselības izglītības darba nozīmi primārajā veselības aprūpē, tā vadības teorētiskās nostādnes un primārās veselības aprūpes māsas uzdevumus, vadot pieaugušo veselības izglītības darbu.
2. Analizēt situāciju pieaugušo veselības izglītības darba organizācijā pasaulē un Latvijā, noskaidrojot, kādas iespējas veselības izglītības darba organizēšanai primārās veselības aprūpes māsas praksē pastāv šobrīd, un apkopot teorētiskās analīzes rezultātā radušos secinājumus.
3. Analizēt dažādus biopsihosociālos faktorus, kuri var ietekmēt indivīda veselības kompetenci, un izveidot veselības kompetenci ietekmējošo faktoru konceptuālu modeli.
4. Veicot iedzīvotāju aptauju, noskaidrot, kādi faktori ietekmē Latvijas iedzīvotāju veselības kompetenci, un precizēt izveidoto veselības kompetences modeli.
5. Veicot primārās veselības aprūpes māsu aptauju, noskaidrot, kādi faktori ietekmē māsas darbību pieaugušo indivīdu veselības izglītībā.
6. Veicot ekspertu aptauju, novērtēt izveidotā veselības kompetences modeļa atbilstību un iespējas modeli izmantot veselības izglītības darba vadībai.

7. Izveidot rekomendācijas pieaugušo veselības izglītības darba vadībai un organizācijai primārās veselības aprūpes māsas praksē.

Pētījuma metodes apraksts un tā organizēšanas apraksts

Pētījuma klasifikācija. Pētījums ir aprakstošais šķērsriezuma pētījums, kura ietvaros ievākti dati par vairākiem mainīgajiem, lai veidotu situācijas aprakstu un pētītu aktuālu problēmu – kā uzlabot veselības izglītības darba organizāciju un vadību primārās veselības aprūpes māsas praksē.

Pētniecības vide. Pētījums veikts primārās veselības aprūpes māsu praksēs.

Pētījuma dalībnieki. Pētījumā iesaistītas divas grupas – iedzīvotāji (827) un primārās veselības aprūpes māsas (106). Iedzīvotāju grupas izvēli noteica pētījuma virziens (pieaugušo iedzīvotāju veselības izglītības vadība) un indivīda fizioloģiskās novecošanas faktors, tāpēc pētījumā iesaistīti abu dzimumu dalībnieki vecumā no 18 līdz 60 gadiem. Vecuma grupa izvēlēta, pamatojoties uz demogrāfiski noteikto iedzīvotāju vidējo vecuma grupu – ekonomiski un sociāli aktīvie iedzīvotāji (Zvidriņš 2003; Maksimova 2005). Šīs grupas ģenerālā kopa pirms pētījuma uzsākšanas: 2007. gada 2. ceturksnī Latvijā bija 1803,6 tūkstoši ekonomiski aktīvu iedzīvotāju (CSP 2008). Māsu ģenerālkopas lielums noskaidrots, izmantojot *Māsu reģistra* datus. 2009. gadā reģistrētas 1599 māsas, kas strādā primārās veselības aprūpes līmenī (VIS datu bāze 2009).

Pētījuma ierobežojumi. Pētījums tika plānots kā starpdisciplinārs pētījums, kurā apvienotas 1) teorētiskās atziņas no vadības zinātnes un izglītības zinātnes, lai noskaidrotu, kādi faktori ietekmē veselības izglītības procesa vadību, kā arī 2) māszinību un medicīnas zinātņu teorētiskās atziņas un 3) stratēģisko dokumentu un sabiedrības veselības politikas nostādņu analīze veselības veicināšanas un sabiedrības izglītošanas virzienā. Ņemot vērā iepriekšminēto plašo pētījuma teorētisko virzienu, tas tika ierobežots, pievēršoties tikai pieaugušo veselības izglītības darba organizācijai un vadībai primārās veselības aprūpes māsas praksē.

Datu iegūšana un apstrāde. Pētījumā izmantota kvantitatīvā pētniecības metode. Datu ieguves un analizēšanas posmā izmantotas kvantitatīvās datu analīzes metodes: Stjūdentu t tests, faktoru analīze, Pīrsona korelācijas koeficients, vienfaktora dispersiju analīze (ANOVA) un Kruskal-Wallis tests kuru izmantošana detalizētāk aprakstīta pētījuma empīriskajā daļā. Aptauju datu apstrādē izmantota programma *SPSS*.

Datu ieguves avoti

1. Zinātniskā literatūra un datu bāzes

Veicot zinātniskās literatūras analīzi veselības kompetences modeļa veidošanai, autore meklēja datu bāzēs sekojošus jēdzienus: *veselības izglītība*, *veselības izpratība* (*health literacy*), *veselības kompetence* (*health competency*), *veselības uzvedība*, pieaugušo veselības izglītība. Kopumā tika atlasītas 190 000 vienības, kurās parādījās frāzes “veselības kompetence” vai “veselības izglītība”. Atlasot zinātniskās publikācijas, kuras atbilstu pētījuma jēgai, palika tikai dažas: datu bāzēs *Academic Search Complete* tika atrasti 8 pētījumi par veselības kompetenci, *ERIC* – 3 pētījumi, *Springerlink* – 1 pētījums, kur bija minēta *veselības kompetence* tādā rakursā, kāds atbilst autores pētījumam. Apskatot jēdzienu *pieaugušo veselības izglītība*, datu bāzē *EBSCOhost MEDLAIN* tika atrastas 7 publikācijas, datu bāzē *ERIC* – 2 publikācijas, kur ietverts autori interesējošais jēdziens. Meklējot zinātnisko literatūru, kur parādās jēdziens *veselības uzvedība*, tika atrasti 340 000 vienības, no kurām tika atlasīta 31 publikācija datu bāzēs *ERIC*, *SAGE*, *EBSCO*, *Ebrary*. Stratēģisko dokumentu analīzei kā atlases kritērijs bija jēdziens *veselības izglītība un tās organizācija*. Te tika izmantota Pasaules Veselības organizācijas datu bāze, Eiropas Komisijas mājaslapā esošo ziņojumu datubāze, portāls likumi.lv, Izglītības un zinātnes ministrijas un Veselības ministrijas informācijas resursi un datu bāzes.

Pētījuma teorētiskais pamatojums:

1. Vadības zinātnes teorētiskie pamatjēdzieni: *Drucker* (1999); *Forands* (2007a; 2010b); *Scot*; *Walter* (2008); *Chang* (2008); *Loris, Leithwood, Wahlstrom, Anderson* (2010).
2. Pieaugušo izglītība un konstruktīvisma teorētiskā pieeja izglītībā: *Hanson* (1981); *Knowles* (1984); *Keregero* (1989); *Fenwick* (2000); *Kerka* (2002); *Jarvis* (2004); *Walker* (2005); *Yannacci, Roberts, Ganju* (2006); *Kwa* (2007); *Aspin, Chapman* (2007); *Bastoble S. B., Braungart M., Braungart G.* (2007); *Koķe* (2012); *Ivanova* (2012).
3. Veselības izglītībā izmantotās teorijas un veselības uzvedības konceptuālie modeļi: *Becker* (1974); *Bandura* (2004); *Ajzen & Fishbein* (1980); *Prochaska & DiClemente* (1984;1986); *Green, Kreuter* (1999;2003); *Cabanero-Verzosa*(1996); *Cabanero-Verzosa, Elmerdorf* (2005); *Tones* (2007).

Analizējot literatūras avotos iegūtos datus, izveidots pieauguša indivīda veselības kompetenci ietekmējošo faktoru konceptuālais modelis. Tas palīdzēs veidojot pierādījumos balstītas rekomendācijas, veselības izglītības darba organizācijai un vadībai, primārās veselības aprūpes māsas praksē.

2. Pētījuma praktiskajā daļā iegūto datu analīzes rezultāti

Datus veido iedzīvotāju un primārās veselības aprūpes māsu aptauju rezultāti, kā arī ekspertu interviju rezultāti.

Tēzes aizstāvēšanai

1. Māsām ir zināšanu potenciāls, kuru izmantojot var uzlabot pieaugušo veselības izglītības darba vadību primārajā veselības aprūpē.
2. Veselības izglītības darba organizāciju un vadību primārās veselības aprūpes māsu praksē ietekmē četri faktori: *veselības izglītības nozīmes izpratne māsu praksē, māsu interesējošas veselības veicināšanas tēmas, multidisciplināra sadarbība veselības izglītības darbā un skaidras rekomendācijas veselības izglītības darba organizācijai un vadībai.*
3. Individīda veselības kompetences veidošanos ietekmē *veselības izglītība, veselības uzvedība, vērtības un vide.* Šajos komponentos ietilpstošie faktori atrodas savstarpējā mijiedarbībā un uzskatāmi par galvenajiem veselības kompetenci noteicošajiem faktoriem.
4. Pierādījumos balstītas rekomendācijas pieaugušo veselības izglītības darba organizēšanai un vadībai sistematizē un padara pārskatāmu primārās veselības aprūpes māsu darbību.

Pētījuma novitāte un praktiskā nozīme

- Pirmo reizi Latvijā ir analizēta primārās veselības aprūpes māsu darbība pieauguša indivīda veselības izglītības darba organizēšanā un vadībā, ir noskaidroti veselības izglītības darba vadību ietekmējošie faktori. Autore ir pētījusi un pamatojusi atziņu, ka māsām ir zināšanu potenciāls ko var izmantot pieaugušo veselības izglītības darba vadībai un organizācijai.
- Pirmo reizi Latvijā ir definēts jēdziens veselības kompetence (health competency). Autore analizējusi atšķirības starp jēdzieniem *veselības kompetence, veselības izpratība* (health literacy) un *veselības informācijas izpratība*. Tas palīdz veidot izpratni par šo jēdzienu saturu un ļauj pielietot tos turpmāk latviešu valodā gan māšzinībās, gan veselības izglītībā.
- Autore pirmo reizi Latvijā ir izveidojusi indivīda veselības kompetenci ietekmējošo faktoru konceptuālo modeli. Tas veidots, apvienojot promocijas darba teorētiskās daļas literatūras avotu izpētes rezultātus un praktiskajā daļā izdalītos un nosauktos galvenos faktorus un to mijiedarbības. Individīda veselības kompetenci ietekmējošo faktoru modelis ir novitāte Latvijā un Eiropā.

- Autore ir pētījusi un pamatojusi atziņu, ka tieši veselības izglītība ir nozīmīgākais komponents indivīda veselības kompetences veidošanās procesā.
- Autore ir apzinājusi iespējas, kā pilnveidot veselības izglītības darba organizāciju un vadību māsas praksē, un sniegusi rekomendācijas. Tās izveidojot, ir:
 - 1) ievēroti galvenie faktori, kas ietekmē indivīda veselības kompetenci;
 - 2) ievērotas iespējas un šķēršļi primārās veselības aprūpes māsas darbībā, organizējot un vadot pieaugušo veselības izglītības darbu.

Autores izveidotās rekomendācijas ir iekļautas ES projekta “Ģimenes ārsta praksē iesaistīto māsu un ārsta palīgu apmācība veselības veicināšanas un sabiedrības veselības jautājumos” mācību grāmatā un projekta ietvaros piedāvātajā lekciju ciklā. Projekts tiek realizēts 2011./2012. un 2012./2013. studiju gadā, primārajā veselības aprūpē strādājošo māsu un ārstu palīgu tālākizglītībā. Autores izveidotās rekomendācijas no 2012./2013. studiju gada iekļautas arī RSU Sarkanā Krusta medicīnas koledžas (SKMK) studiju programmas Māszinības studiju priekšmetā “Uzņēmējdarbība: veselības veicināšanas darba organizācija un vadība māsas praksē”.

Pētījuma rezultātu aprobācija

Publikācijas

1. Upmale Ināra. Veselības izglītības darba pilnveidošana primārās veselības aprūpes māsas praksē // Rīgas medicīnas koledža. Zinātnisko rakstu krājums. – Rīga, 2007. 99.–103. lpp.
2. Upmale Ināra. Veselības izglītības un veselības uzvedību ietekmējošo faktoru mijiedarbība māsas praksē // RSU Sarkanā Krusta medicīnas koledžas zinātnisko rakstu krājums, 2007. – Rīga, 2007. – 40.–48. lpp.
3. Upmale Ināra. Veselības veicināšanas teorētiskie aspekti primārās veselības aprūpes māsas praksē // Latvijas Māsa, Nr. 3 (2007, nov.), 16.–18. lpp.
4. Upmale Ināra. Pieaugušo veselības izglītības aspekti (*Aspects of adult health education*) // Rīgas Stradiņa universitātes 2. Starptautiskā starpdisciplinārā zinātniskā konference *Sabiedrība. Veselība. Labklājība*. (Rīgā, 06.–07.11.2008.): Tēzes. – Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 86. lpp.
5. Upmale Ināra. Indivīda veselības uzvedības modeļi. -LU Raksti. 749. sējums. Rīga : Latvijas Universitātes Akadēmiskais apgāds, 2009. – 137.–145. lpp.

6. Upmale Inara, Geske Andrejs. Health education in primary health care of nurse practice // 11th European Doctoral Conference in Nursing Science, Charité–Universitätsmedizin; Berlin; Proceedings: <http://www.unimaas.nl/edcns/EDCNS2010/Abstractbook%20EDCNS%202010.pdf> P. 130.
7. Upmale Inara. Health Education as a Leading Factor in Adult Health Competence Building // 13th Annual International Conference on Education Athens. Abstract; 2011; publicēts konferences tēžu krājumā, pieejams: <http://www.atiner.gr/abstracts/2011EDU-ABST.pdf> 127-128 lpp.
8. Upmale Inara, Geske Andrejs. The health competency determinant factors of Latvian population//European Medical and Pharmaceutical Journal. Pieņemts publicēšanai.
9. Upmale Inara, Geske Andrejs. Adult health education in primary health care nurse practice, factors influencing it, and perspectives.// European Medical, Health and Pharmaceutical Journal. Publicēšanai.

Referāti starptautiskās konferencēs un intensīvās programmās

1. *Veselības izglītības darba pilnveidošana primārās veselības aprūpes māsas praksē.* Latvijas Lauksaimniecības Universitātes IMI, Rīgas medicīnas koledžas, Vilnius college, University of Applied Sciences Vaasa Finland Starptautiskā zinātniski pētnieciskā konference “Pētniecība kā studiju procesa un prakses virzītāja veselības aprūpē” (Rīgā, 26.10.2007.).
2. *Pieaugušo veselības izglītības teorētiskās perspektīvas.* Sarkanā Krusta medicīnas koledžas, Klaipēdas Universitātes un Latvijas Sabiedrības veselības māsu apvienības 2. Starptautiskā zinātniski praktiskā konference *Nodrošinot kvalitāti, kalpojot sabiedrībai: māsas vada aprūpes inovācijas.* (Rīgā, 16.05.2009.).
3. *Management of health education in primary health care of nurse practice.* University of Turku, (EANS doctoral programmes summer school 2009). Turku, Somijā, 23.06.2009. Līdzautors A. Geske.
4. *Studiju procesā gūtā pieredze vecu cilvēku aprūpē.* Sarkanā Krusta medicīnas koledža, Klaipēdas Universitāte un Latvijas Sabiedrības Veselības Māsu asociācijas 3. Starptautiskā zinātniski praktiskā konference “Veselības aprūpe šodien” (Rīgā, 24.10.2009.).
5. *Health education in primary health care of nurse practice.* 11. Starptautiskā Eiropas Māsinību doktorantu konference (11th European Doctoral Conference in Nursing Science, Charité – Universitätsmedizin Berlin). Berlīne, Vācija, 18.09.2010. Līdzautors A. Geske.

6. *Developing society health competency as health education goal.* Rīgas Stradiņa universitātes 3. Starpatatiskā zinātniskā konference “Sabiedrība. Veselība. Labklājība.” (3rd International Interdisciplinary scientific Conference Society, Health, Welfare). Rīga, 12.11.2010. Līdzautors A. Geske.
7. *Health education as a leading factor in adult health competence building.* 13. Starptautiskā izglītības konference (13th Annual International Conference on Education). Atēnas, Grieķija, 22.–26.05.2011. Līdzautors A. Geske.
8. *Individual health competence model.* University of Lund (EANS doctoral programmes summer school 2011). Lunda, Zviedrija, 04.07.2011. Līdzautors A. Geske.
9. *Patient motivation counselin – what was learned. Experiences and outputs.* Turku Aplied University, projekts ImPrim (ImPrim workshop on motivational counseling and teamwork). Turku, Somija, 31.05.2012.
10. *Factors influencing adult health education in primary health care nurse practice.* EPE starptautisks simpozījs Turku Universitātē (EPE International Symposium Empowering Patient Education, University of Turku). Turku, Somija 30.–31.08.2012. Līdzautors A. Geske.

Referāti vietējās konferencēs vai kongresos:

1. *Indivīda veselības uzvedības modeļi.* Latvijas Universitātes 66. zinātniskā konference, Izglītības vadības sekcija. Latvijas Universitātes Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultāte. Rīga, 04.02.2008.
2. *Latvijas iedzīvotāju veselības kompetences modelis. Pilotpētījuma rezultāti.* Latvijas Universitātes 67. zinātniskā konference. Izglītības vadības sekcija. Latvijas Universitātes Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultāte. Rīga, 03.02.2009.
3. *Veselības veicināšanas un veselības izglītības darba organizācija un vadība primārās veselības aprūpes māsas praksē.* 2. Latvijas Māsu un vecmāšu kongress. Rīga, 18.05.2009.
4. *Jauno tehnoloģiju izmantošanas iespējas gerontoloģisko pacientu aprūpē. Eiropas pieredze.* Latvijas Praktisko psihologu asociācijas konference. Rīga, 04.12.2009.
5. *Faktori, kas ietekmē veselības izglītības darbu primārās veselības aprūpes līmenī strādājošas māsas praksē.* AS “Jūras medicīnas centra” organizēta zinātniski praktiska konference “Ārsts. Māsa. Sabiedrība.” Rīga, 12.03.2010.

6. *Veselības kompetenci determinējošie faktori*. Latvijas Universitātes 68. zinātniskā konference. Izglītības vadības sekcija. Latvijas Universitātes Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultāte. Rīga, 05.05.2010.
7. *Uz pierādījumiem balstītas veselības izglītības vadlīnijas kā instruments indivīda veselības kompetences veicināšanā*. Latvijas Universitātes 69. zinātniskā konference. Rīga, 04. 02.2011.
8. *Primārās veselības aprūpes māsu un ārsta palīga loma onkoloģisko slimību profilaksē*. Latvijas Māsu asociācijas un Latvijas ambulatoro ārsta palīgu asociācijas organizēta konference “Onkoloģisko saslimšanu diagnostika un ārstēšana”. Rīga, 11.05.2012.

Lekcijas citu valstu augstskolās, kas saistāmas ar promocijas darbā analizēto:

1. *Adult health education*. Sagatavotas un nolasītas 5 lekcijas Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskikego w Kaliszu Polijā. 25.–30.11. 2009.
2. *Society health promotion and health education*. Sagatavotas un nolasītas 5 lekcijas Klaipēdas Universitātē Lietuvā. 27.–29.04.2011.

Projekti, kas saistāmi ar promocijas darbā pētāmo tēmu:

Dalība projektā “Ģimenes ārsta praksē iesaistīto māsu un ārstu palīgu apmācība veselības veicināšanas un sabiedrības veselības jautājumos”. Projekts ir ESF fonda aktivitāte: programmas “Cilvēkresursi un nodarbinātība” papildinājuma 1.3.2.3. aktivitātes “Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana” projektā “Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai”. Projekta pasūtītājs LR VM, realizē RSU 2011./2012.un 2012/2013. gadā.

Dalība Baltijas jūras reģiona transnacionālās sadarbības projektā "Sabiedrības veselības aprūpes uzlabošana, veicinot vienlīdzīgi pieejamu augstas kvalitātes primārās veselības aprūpes sistēmu - Imprim". Projekta ietvaros nolasīts referāts *Patient motivation counselin – what was learned. Experiences and outputs* Turku Aplied University, Turku, Somijā, 31.05.2012. Projekts ilgst no 2010-2013 gadam

1. PIEAUGUŠO VESELĪBAS IZGLĪTĪBAS PROCESA VADĪBA

1.1. Pieaugušo veselības izglītības raksturojums

Pieaugušo mācīšanās globālais mērķis ir dzīves kvalitātes uzlabošanās (Koķe 2012). Dzīves kvalitāte sevī ietver vairākus faktoros – labklājību, drošību un ilgtspēju, ko nodrošina izglītība, veselība, līdzdalība sociālajos procesos (Koķe 2012). Tādējādi izglītības un veselības faktoriem ir būtiska nozīme dzīves kvalitātes veicināšanā, un tie ir savstarpējā mijiedarbībā. Koķe (2012) saka, ka “virzībā uz dzīves kvalitāti veidojas nepieciešamība pēc jaunām profesijām, un tās saistītas ar pieaugušo mācīšanās organizāciju”. Arī māsas praksē pieaugušo veselības izglītības darba vadībai un organizācijai ir jauna pieeja, salīdzinot ar līdz šim dominējošo pacientu aprūpes vadību. Pirmajā nodaļā autore pievēršies pieaugušo veselības izglītībai un tās organizācijas un vadības teorētiskajiem aspektiem.

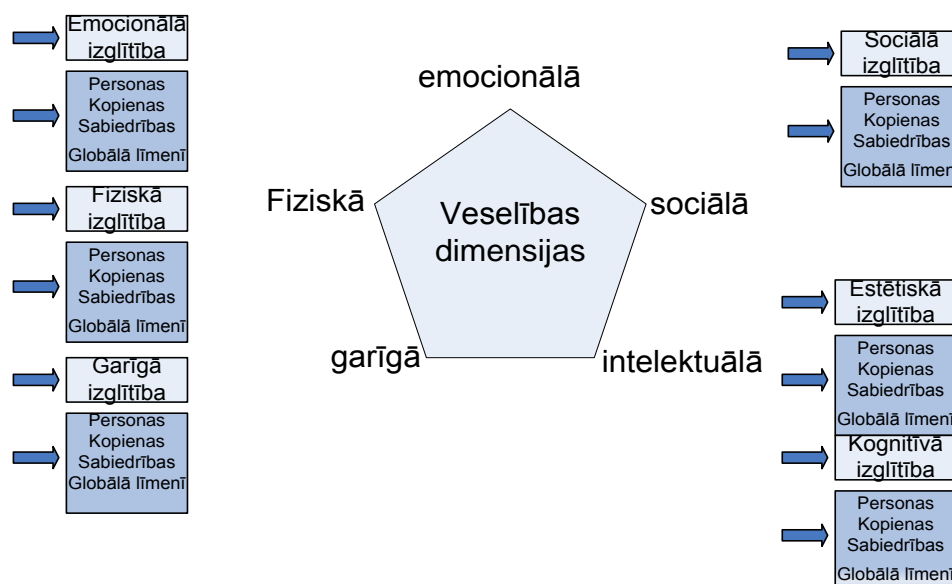
1.1.1. *Veselības izglītības nozīme sabiedrības veselības saglabāšanā*

Jau 5. Starptautiskajā pieaugušo izglītības konferencē Hamburgā 1997. gadā tika uzsvērts, ka veselības izglītība pieaugušajam indivīdam sniedz lielāku kontroles iespēju pār personīgo veselību un labklājību (*International Conference on Adult Education, 5th, Hamburg, 1997*). Tas ir iespējams, attīstot gan cilvēka personīgo izaugsmi katrā dzīves posmā, gan iespējas pilnveidoties visās dzīves jomās mūža garumā, t.sk. arī attīstot un veicinot indivīda veselības kompetenci. Izglītojot sabiedrību veselības jautājumos, ir jāpievēršas pamata prasmju apguvei attiecībā uz veselības saglabāšanu, piemēram, kritiskās domāšanas attīstībai, problēmu risināšanas prasmēm un informācijas sintēzei. Tā kā veselības izglītība nav kādas nozares, piemēram, veselības aprūpes, monopols, ir jābūt ciešākai starpnozaru sadarbībai, un te jārunā par sadarbību vispirms ar izglītības jomu. Eiropas Parlamenta un Eiropas Padomes lēmumā Nr. 1350/2007/EK(3007.23.10) rakstīts: “Veselīgas dzīves gadu skaita palielināšana, novēršot saslimšanu un veicinot politikas jomas, kas veido veselīgāku dzīvesveidu, ir nozīmīga ES iedzīvotāju labklājībai un palīdz risināt Lisabonas procesa problēmas, kas saistītas ar zināšanu sabiedrību un valsts finansējuma ilgtspējību, kuru apdraud pieaugošās veselības aprūpes un sociālā nodrošinājuma izmaksas”. EK stratēģiskajā dokumentā “Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008.–2013. gadam” konstatēts, ka “40% no veselības aprūpes izdevumiem ir saistīti ar neveselīgu dzīvesveidu, kas rodas, piemēram, no alkohola un tabakas lietošanas, mazkustības un slihta ēdiena”, tāpēc vairākos dokumenta punktos ir norādes, ka jāpievērš maksimāla uzmanība sabiedrības izglītošanai veselības saglabāšanas jautājumos:

- 8. punktā EK pauž pārliecību, ka aktīvajiem iedzīvotājiem, gados vecākiem cilvēkiem un bērniem labu veselību var nodrošināt, balstoties uz sieviešu un vīriešu zināšanām par veselību un mūžizglītībā iegūstot pamatprasmes veselības aizsardzībā;
- 11. punktā EK uzsver, ka pasākumiem nevienlīdzības mazināšanai veselības aprūpē jāietver mērķtiecīga veselības aprūpes veicināšana, sabiedrības izglītošana un profilakses programmas (EK 2007).

1.1.2. Veselības izglītības dimensijas

Jēdziens *veselības izglītība* ir daudz un plaši analizēts. Veselības izglītība ir komplekss izglītošanas process, kurā rezultātā gan atsevišķi indivīdi un ģimenes, gan sabiedrība kopumā spēj pieņemt pareizus lēmumus par viņu veselības uzlabošanas, pasargāšanas un atjaunošanas jautājumiem.(PVO1986). Veselības izglītības nozīme veselības veicināšanas ietvaros aizvien pieaug, jo tā ir svarīgs instruments slimību novēršanā, atklāšanā un vadīšanā. Pasaules Veselības organizācijas formulējusi, ka veselības izglītības mērķis ir palīdzēt ne tikai izglītojamajiem, bet arī izglītotajam saprast sevi, jo katrā individuā mijiedarbojas daudz dažādi aspekti. *Pedagoģisko terminu vārdnīcā* veselības izglītība ir definēta kā “sistemizētu zināšanu, iemaņu un prasmju apguve, vērtību, pārliecību un attieksmju veidošana veselības saglabāšanai”. Veselības izglītības apguve attīsta spēju tikt galā ar dzīves apstākļu maiņu, rūpēties par savu veselību, lai sasniegtu savu mērķi. Veselības izglītība ietver fiziskās, garīgās, seksuālās un reproduktīvās veselības pamatjautājumus.



1. attēls. Veselības izglītības dimensijas (autores veidots attēls)

Nielsen Nathe (2005) atzīmē, ka tā ir izglītība, kas var sniegt cilvēkam izpratni par veselības stāvokli. Arī autore uzskata, ka izglītība veicina izpratni un labvēlīgi ietekmē zināšanas, attieksmi un prasmes un ir attiecināma uz veselības izglītību visās tās dimensijās personas, kopienas un sabiedrības līmenī (sk. 1. attēlā). Veselības izglītība ir arī mācīšanās pieredzes kombinācija, kuras mērķis ir attīstīt ne tikai zināšanas un attieksmi, bet arī prasmes (t. sk. dzīves prasmes), kas ir vajadzīgas, lai pieņemtu lēmumus un veiktu pasākumus, kā mainīt vidi un uzvedību, lai veicinātu veselību un drošību, kā arī novērstu saslimšanu. (Rubana 2004) Veselības izglītība ir process, kurā cilvēki mācās par savu veselību un, jo īpaši, kā to uzlabot. Pasaules Veselības organizācija piedāvā vairākas definīcijas: “veselības izglītība ir plānveida mācīšanās darbībā un sadarbojoties, lai iegūtu zināšanas un dzīvesprasmes indivīda un sabiedrības veselības nodrošināšanai” (WHO 1997); “veselības izglītība ir uz zinātniskiem principiem pamatota plānveidīga mācību sistēma. Tā ir process, kurā cilvēki apgūst prasmes apzināt savas fiziskās un garīgās vajadzības un atrast veidus un līdzekļus, kā šīs vajadzības apmierināt, veicinot veselību un nekaitējot” (WHO 1996). Veselības izglītība ietver sevī apzināti veidotas izglītības iespējas, iesaista dažāda veida informāciju ar nolūku uzlabot veselības izpratību, t.sk. uzlabojot zināšanas un attīstot dzīvesprasmes, kas sekmē indivīda un sabiedrības veselību. Jebkura mācīšanās pieredze, kas izstrādāta, lai atvieglotu labprātīgu rīcību, kas atbalsta (veicina) optimālu veselības stāvokli indivīdam vai sabiedrībai kopumā (WHO 2006).

Kopsavilkums. Analizējot iepriekš minēto, var secināt, ka veselības izglītība pēc būtības ir sociāls un politisks process, kas vērsts uz dzīves prasmju attīstīšanu, un tāpēc ir ļoti nozīmīgs komponents cilvēka attīstībā, kā arī kopumā indivīda un sabiedrības veselības veicināšanā.

1.2. Valsts politika veselības izglītības īstenošanā

Mūžizglītība veselības jomā var dot ievērojamu ieguldījumu sabiedrības veselības veicināšanā un slimību novēršanā. Pieaugušo veselības izglītība piedāvā būtiskas iespējas nodrošināt atbilstošu, vienlīdzīgu un dzīvotspējīgu veselības zināšanu apguvi (Hamburg 1997). Latvijā nav koordinācijas pieaugušo izglītības jomā, par to daļēji atbild Izglītības un zinātnes ministrija, Labklājības ministrija, Zemkopības ministrija, Iekšlietu ministrija, Kultūras ministrija un citi. Bet tieši ilgtermiņa plānošana un koordinēta rīcība ir priekšnosacījums mērķtiecīgai valsts cilvēku resursu attīstībai un finansiālo ieguldījumu efektīvam izlietojumam. Nevar noliegt, ka nebūtu domāts par vadlīnijām, kas iezīmētu skaidrāku rīcību. Valstī jau 2001. gadā tika izstrādāta sabiedrības veselības stratēģija, kurā vairākās sadaļās uzsvērta nepieciešamība izstrādāt uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas veselības veicināšanas un

iedzīvotāju izglītošanas darbam. Turpat tika norādīts, ka skaidri jānosaka ārstniecības personu funkcijas, lai šo veselības izglītības darbu varētu veikt maksimāli kvalitatīvi. Neraugoties uz Sabiedrības veselības stratēģijā definētajiem mērķiem, LR Ministru Kabineta dokumentā “Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programma 2004.–2010. gadam” nav iekļauta ne vadlīniju izveidošana, kas būtu paredzēta veselības izglītības darba organizēšanai un vadībai, ne noteiktas ārstniecības personu funkcijas tai. Veselības ministrija ir izstrādājusi vairākas stratēģijas: Sabiedrības veselības stratēģija 2011-2017; Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģija Latvijā; Pamatnostādnes “Veselīgs uzturs” (2003.–2013. gadam); Tabakas uzraudzības valsts programma 2006.–2010. gadam; Alkohola patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas programma 2005.–2008. gadam. 2006. gadā ir izstrādāts un Ministru kabinetā pieņemts Nacionālās attīstības plāns 2007.–2013. gadam, kurā ir arī sadaļa par sabiedrības veselību – “Vesels cilvēks ilgtspējīgā sabiedrībā”. Stratēģijas ir izstrādātas, bet nereti tās ir deklaratīvas, kam neseko praktiska rīcība, lai īstenotu deklarācijās paustos principus (sk. 1. tabulā).

Arī Eiropas Komisija vairākos stratēģiskajos dokumentos ir norādījusi uz nepieciešamību aktivizēt veselības izglītības darbu. **EK dokumenta “Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008.–2013. gadam”** (2008/2115(INI) 8. punktā ir pausta pārliecība, ka aktīvajiem iedzīvotājiem, gados vecākiem cilvēkiem un bērniem labu veselību var nodrošināt, balstoties uz sieviešu un vīriešu zināšanām par veselību un mūžizglītībā iegūstot pamatprasmes veselības aizsardzībā; 8. punktā uzsvērta nepieciešamība padziļināt sabiedrības izpratni par reproduktīvo un seksuālo veselību, lai novērstu nevēlamas grūtniecības un seksuāli transmisīvo slimību izplatību un mazinātu sociālās un veselības problēmas, ko rada neauglība.

Turpat, 11. punktā, uzsvērts, ka pasākumiem nevienlīdzības mazināšanai veselības aprūpē jāietver mērķtiecīga veselības aprūpes veicināšana, sabiedrības izglītošana un profilakses programmas. Slimību profilakses jomā ir nepieciešami nozīmīgi stratēģiski uzlabojumi. Lai gan slimību profilakses nozīmīgums tiek uzsvērts jau vairāku gadu garumā, tam tiek atvēlēti tikai 3% no Latvijas valsts budžeta veselības aprūpes jomā (CSB).

Minētajā EK dokumentā norādīts, ka kopumā profilaktisko pasākumu izpratne ir pārāk šaura – profilakse nav papildināta ar izglītojošiem pasākumiem un netiek plānota pietiekoši ilgstoša. Tajā pašā laikā ir zināms, ka ar profilakses politiku varētu sasniegt daudz labākus rezultātus, jo 40% slimību ir saistītas ar neveselīgu dzīvesveidu un trešdaļa saslimšanu ar vēzi ir novēršamas profilaktiski. Tādēļ veselība ir uzskatāma par vienu no sociālajiem un politiskajiem pamatjautājumiem, no kuriem ir atkarīga ES nākotne. Ja valstis vēlas uzlabot sabiedrības veselības vispārējo līmeni, tad jāievieš saskaņota

starpnozaru politika veselības aprūpei, cik drīz vien iespējams, to koordinējot vairākos līmeņos (“Veselība visās politikas jomās”). Tas nozīmē, ka veselības aprūpes politika jāiekļauj:

- jaunajā kopīgajā lauksaimniecības politikā (uzsverot veselīgas pārtikas ražošanu),
- vides aizsardzības politikā,
- rūpniecības politikā,
- transporta politikā,
- attīstības politikā,
- pētniecības un tehnoloģiju attīstības politikā,
- izglītības un sporta politikā,
- sociālās labklājības politikā.

Šajā EK dokumentā kā plānotie veicamie pasākumi minētas dažādas izglītojošas sociālās kampaņas, informatīvo materiālu izplatīšana, aptaujas un pētījumu veikšana saistībā ar profilaktisko pasākumu nozīmīgumu, ieviests organizētais vēža skrīnings valstī un izveidota uzaicinājumu un informācijas nosūtīšanas sistēma, Onkoloģisko slimību kontroles programmas izveidošana, kā arī, citas aktivitātes. Mainot un paplašinot iedzīvotāju izpratni par veselību un tās aprūpi, palielinātos cilvēku līdzdalība tās saglabāšanā, kā rezultātā uzlabotos dzīves kvalitāte.

Autore arī analizēja vairāku stratēģisko dokumentu saturu par to, kādi ir plānotie mērķi un uzdevumi izglītības un veselības aprūpes jautājumu mijiedarbības aktualizēšanai un koordinēšanai LR un ES kontekstā. (sk. 4. tabulā).

Kopsavilkums. Ir jāaktivizē starpnozaru un multidisciplināra sadarbība, sākot ar skolēnu izglītošanu, turpinot pieaugušo indivīda personisko iemaņu attīstības veicināšanu un dzīvesveida un uzvedības maiņas veicināšanu, un veicinot tādas politikas ieviešanu, kas ļautu nodrošināt principa *vesels cilvēks veselā sabiedrībā* iedzīvināšanu. Šim nolūkam īpaša uzmanība jāpievērš jomas speciālistu nepārtrauktai profesionālai izaugsmei un prasmju pilnveidošanai .

1. tabula. Stratēģisko dokumentu analīze (autores sagatavota)

Stratēģiskais dokuments	Galvenais mērķis	Kā īstenot (uzdevumi)
Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija “Latvija 2030”	Veselības un sociālo pakalpojumu kvalitāte un pieejamība	Ilgtermiņa ieguldījumi cilvēkkapitālā
Latvijas stratēģiskās attīstības plāns 2010.–2013. gadam	Vesels cilvēks ilgtspējīgā sabiedrībā	Preventīvo pasākumu un veselīga dzīvesveida kā vērtības popularizēšana; indivīdu izglītošana un iesaistīšana savas veselības saglabāšanā
Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017. gadam	Nozīmīgs risināmais uzdevums Latvijā ir sabiedrības informētības uzlabošana, personisko iemaņu attīstības veicināšana un dzīvesveida un uzvedības maiņas veicināšana	Starpnozaru un multidisciplināra sadarbība
Izglītības attīstības pamatnostādnes 2007.–2013. gadam	Īpaši uzdevumi, kas saistīti ar skolēnu izglītošanu par veselīgu uzturu, reproduktīvo veselību un dažāda veida atkarībām, sporta aktivitātes	Īpaša skolēnu izglītošana par veselīgu uzturu, reproduktīvo veselību un dažāda veida atkarībām, sporta aktivitātes
Eiropas Padomes Rezolūcija par veselības determinantēm (OV C 218, 31.07.2000.)	Nepieciešamība attīstīt zināšanas, lai novērtētu citu politikas jomu un to noteicošo faktoru ietekmi uz veselību	Dalībvalstis tiek aicinātas veicināt tādu politiku ieviešanu, kuras nodrošina augsta līmeņa veselības aizsardzību
Eiropas Komisijas Zaļā grāmata par veselības jomas personālu (COM (2008) 725)	Īpašu uzmanību pievērst veselības jomas speciālistu nepārtrauktai profesionālai izaugsmei	Dalībvalstu atbildībā

1.3. Pieaugušo veselības izglītības mērķi

Veselības izglītība ir plānveida darbība, lai indivīds iegūtu zināšanas un dzīves prasmes savas un līdz ar to, sabiedrības veselības nodrošināšanā. Tās virsmērķis ir vesels cilvēks veselā sabiedrībā (*Rubana 2004*). Te nav jāsaprot tikai informācijas sniegšana par veselību ietekmējošiem faktoriem. Tas ir komplekss process, kas sevī ietver arī indivīda attieksmes maiņu un iemaņu apgūšanu veselības saglabāšanai, kas rezultējas kā veselības kompetence. Cilvēks ir uztverams kā atvērta, dinamiska sistēma, būtne, kas sevī ietver piecas dimensijas – fizioloģisko, psiholoģisko, sociokulturālo, garīgo un attīstības dimensiju, kuras atrodas līdzsvarā. 1977. gadā psihiatrs F. Engels to nosauca par veselības biopsihosociālo principu: indivīda veselība ir ne tikai bioloģisku, bet arī psiholoģisku (domas, emocijas, uzvedība) un sociālu (ģimene, sociālais atbalsts, tradīcijas, kultūra) faktoru mijiedarbības kopums (*Wills 2008*). Likumsakarīgi, ka arī veselības izglītība ietver jautājumus par fizisko, garīgo, seksuālo un reproduktīvo veselību (*WHO 2010*).

1.3.1. Mācīšanās veselības izglītības kontekstā

Veselības izglītības teorētiskais pamats ir izglītības teorijās, bet tiek izmantotas arī zināšanas no psiholoģijas, socioloģijas un vadībzinātnes teorijām.

Promocijas darbā autore ir pievērsusies vienam veselības izglītības virzienam – pieaugušo veselības izglītībai. Skolās veselības izglītības jautājumi bērniem un pusaudžiem ir iekļauti sociālo zinību mācību priekšmeta saturā. Jautājumi, kas skar veselības izglītību, ir iekļauti arī citos mācību priekšmetos, piemēram, dabaszinībās, bioloģijā, ķīmijā, fizikā, mājturībā, sportā u. c., kas dod iespēju skolēniem iegūt zināšanas, prasmes un iemaņas jautājumos par fizisko un garīgo drošību, veselīgu dzīvesveidu, spriedzi un tās pārvarēšanu, atkarības veidiem un līdzatkarību, augšanu, attīstību un attiecībām (*ISEC 2005*). Savukārt sabiedrības apziņā pieaugušo veselības izglītība un tās mērķis vairāk saistās ar kādu noteiktu prasmju apgūšanu pēc saslimšanas, un tā tiek saprasta kā sadarbība ar pacientu (pacietīgi gaidošo). Tāpēc, runājot par veselības izglītības programmu veidošanu pieaugušajiem, autore piekrīt *Ornish (1998)* izteiktajam viedoklim, ka tradicionāli pacientu izglītībai izmanto racionālos, uzvedības un deficīta novēršanas mācību modeļus, lai palīdzētu cilvēkiem sasniegt rezultātus, pamatojoties uz pedagoga, nevis pašu indivīdu noteiktajiem mērķiem; piemēram, sirds rehabilitācijas programmās vairāk koncentrējoties uz mehāniskiem (mācot, kā noteikt asinsspiedienu) un uzvedības (akcentējot fizisko aktivitāti vai diētas maiņu) aspektiem veselības uzturēšanai nekā uz emocionālo, sociālo un garīgo aspektu izvirzīšanu priekšplānā (*Ornish 1998; Sorman, Abraham, Conner 2000; Wise 2001, 2003*). Tādējādi arī māsas kā izglītotājas darbs gan

sabiedrībā, gan arī profesionālajā vidē vairāk asociējas ar kādu prasmju treniņu pacientiem jeb slimiem cilvēkiem. Piemēram, māsa māca, kā veikt insulīna injekcijas, aprūpēt stomas (ķirurģiski izveidotas mākslīgās atveres ķermenī), atjaunot kādas traucētas kustību funkcijas u. c. Šajos gadījumos māsa veido aprūpes plānu, kurā pacienta izglītošana saistīta ar kādas noteiktas darbības tehnisku apguvi, kas turpmāk pacientam var atvieglot pašaprūpi ārstēšanās procesa laikā vai rehabilitācijas periodā. Autore piekrīt *Meg Wise* un *Betta Owens* (*Wise; Owens 2004*) un *Hawks et al.* (2008) teiktajam, ka pieejai pieaugušo veselības izglītībā ir jābūt visaptverošai (holistiskai) un jāveicina plašas pārmaiņas indivīda dzīvē, nepietiek tikai ar kādu noteiktu darbību apguvi. Pētījumos tiek uzsvērts, ka nepieciešamas izmaiņas māsu izglītības programmās, pamatojoties pedagoģiskajā pētniecībā (*Candela, Dalley & Benzal-Lindley 2006*).

Autore uzskata, ka galvenais veselības izglītības mērķis ir attīstīta indivīda veselības kompetence. **Mācīšanās (*learning*)** veselības izglītības kontekstā ir jāuztver kā pieredzes ietekmēta nosacīti patstāvīga garīga, emocionāla darbība un uzvedības pārmaiņas (*Tones 2002*). Savukārt mācīšanās teorijas ir ietvars, kas integrēti veidojas no jēdzienu un principu sakarībām un apraksta, paskaidro vai paredz to, kā cilvēks mācās. Autore literatūras izpētē analizēja mācīšanās teorijas, kuru konceptus varētu attiecināt uz veselības izglītību, īpaši darbā ar pieaugušo indivīdu, un to kopsavilkumi apkopoti 2. tabulā. Katra no autores apskatītajām teorijām pievēršas nozīmīgākajam jebkurā mācību situācijā, ietverot gan indivīda iekšējos faktorus, gan ārējos sociālos faktorus. Kā norāda *Bastoble S. B., Braungart; Braungart (2007)*, mācīšanās ļauj indivīdam pielāgoties mainīgām dzīves situācijām, kas ir svarīgi indivīdam un ģimenēm, gan rūpējoties par savu veselību, gan saskaroties ar veselības aprūpes sistēmu. Mācīšanās ir būtiska arī māsām, vispirms jau kā studentiem, lai kļūtu par profesionālu māsu, vēlāk – mācoties, kā labāk organizēt indivīdu izglītošanu (gan veselo, gan pacientu). Raugoties no autores pētījuma pozīcijām, primārās veselības aprūpes māsa var pielietot visu mācīšanās teoriju principus, tos kombinējot, tā veidojot varbūt zināmu eklektisku pieeju. Māsas uzdevums ir organizēt un vadīt pieaugušo veselības izglītības procesu, atbalstot un mudinot indivīdu pašu apkopot, izmantot un papildināt savas zināšanas un esošo pieredzi, lai veidotu jaunas zināšanas.

2. tabula. Mācīšanās teoriju pamatjēdzieni un principi (autores sagatavots pēc Gage, Berliner 1998; Bastoble; Braungart, Braungart 2007)

Teorija	Mācīšanās	Izglītotāja uzdevumi	Motivācijas avoti	Zināšanu nodošana
<p>Biheiviorisms</p> <p>Mācīšanās stimulu un pastiprinājuma rezultātā. Galvenā uzmanība videi, īpaši, kā apbalvojumi un sodi ietekmē uzvedību, gandrīz neņemot vērā garīgo izzīņu. Lai mainītu uzvedību, jāmaina vide</p>	<p>Pasīva, atbilst vides apstākļiem (stimuliem un pastiprinājumiem)</p>	<p>Sagatavot mācīšanās vidi, manipulējot ar stimuliem un pastiprinājumiem, vadīt mācīšanos un pārmaiņas</p>	<p>Pastiprinājums, ārēji apbalvojumi, pašregulācija</p>	<p>Praktiska, daudzkārtēja vingrināšanās</p>
<p>Kognitīvisms</p> <p>Garīgā apstrāde (kā prāts apstrādā informāciju) – kā sākuma punkts. Pamatu veido ne tikai zināšanas, bet arī izzīņas process</p>	<p>Aktīva; konceptuāla izpratne un domāšanas spēja, mērķtiecīgi meklē zināšanas</p>	<p>Veicināt radošu aktivitāti, iesaistīt pašiem sevi, konstruēt zināšanas</p>	<p>Mērķi, cerības</p>	<p>Garīga un fiziska aktivitāte; izpratne; mācīšanās mācīties</p>
<p>Sociālā mācīšanās</p> <p>Ārējie lomu modeļi un to uztveres pastiprināšana kopā ar izglītojamā iekšējām ietekmēm. Lai mainītu uzvedību, jāmaina lomu modeļu uztvere un uztvertā nostiprināšana un izglītojamā pašregulācijas mehānismi</p>	<p>Aktīvi vēro citus, un regulētie lēmumi izpaužas uzvedībā</p>	<p>Izglītotājs aktīvi modelē uzvedību, veicina izpratni par pastiprinājumiem, rūpīgi izvērtē mācību materiālus kā sociālā vēstījuma sniedzējus, mēģina ietekmēt izglītojamā pašregulāciju</p>	<p>Socializācijas pieredze, lomu modeļi, paškreativitāte</p>	<p>Salīdzināšana ar apkārtējo sociālo pieredzi un lomu modeļiem</p>
<p>Psihodinamiskā pieeja</p> <p>Mācīšanos un</p>	<p>Aktīva,</p>	<p>Izglītotājs kā</p>	<p>Prieks kā</p>	<p>Kā mācīšanās</p>

pārmaiņas ietekmē indivīda attīstības stadija, bērnības pieredze, iekšējie konflikti un ego	izmantojot pagātnes pieredzi un esošo emocionālo konfliktu ietekmi, kas parāda, kas ir jāatceras un kas jāveic	refleksīvs skaidrotājs, resp., kurš mācās klausoties un izsakot jautājumus, lai veicinātu būtības izpratni	motivators par veicamo	barjera var darboties personības konflikti un to pārceļšana uz mācību procesu
Humānisms Mācīšanos un pārmaiņas ietekmē vajadzības, iekšējās izjūtas, spēja pieņemt gudrus lēmumus	Radoša, aktīva, realizē potenciālu pozitīvai pašizaugsmei	Izglītotājs veicina pozitīvu pašizaugsmi, iejūtīgi uzklausa, respektē izglītojamo un sniedz viņam izvēles brīvību	Vajadzības, vēlmes pēc pozitīvas pašizaugsmes un paškonceptualizācija	Mācīšanos veicina vai kavē pozitīvas vai negatīvas izjūtas par mācīšanās brīvību un sevi

Konstruktīvisma pieeja

Kognitīvās teorijas un pieaugušo mācīšanās principi ir cieši saistīti ar konstruktīvismu. *Maslo* (2006) secina, ka kognitīvisma teoriju skatījumā zināšanu apguve ir prāta darbība, kuras būtība ir zināšanu izpratne. Konstruktīvā mācīšanās pieeja nozīmē, ka indivīdi rada savu izpratni, mijiedarbojoties pašu idejām ar ārējo ietekmi. Konstruktīvisms kā izglītības teorija koncentrējas uz indivīdu, kurš-mācās un ir aktīvs zināšanu ieguves procesā (*Aspin; Chapman* 2007). Konstruktīvisma pieejā izglītojamais vispirms apgūst pamatjēdzienus, vēlāk pievienojot aizvien sarežģītākus un sarežģītākus jēdzienus. Konstruktīvisms paredz, ka tie, kas mācās, konstruē zināšanas kā daļu no pieredzes procesa (*Rallof* 2010), jo zināšanas kā tādas nekad nevar tikt nodotas no viena cilvēka otram. Vienīgais veids, kā indivīds var iegūt zināšanas, ir radīt tās pašam vai konstruēt tās sev. Pedagoģiskā darbība jāapskata kā mēģinājums mainīt indivīda apkārtējo vidi, lai tas varētu veidot tādas kognitīvās struktūras, kuras vēlas viņam nodot skolotājs (*Ernest von Glasersfeld* 1995).

Konstruktīvisma pamatideju var izteikt arī ar šo frāzi: “Mēs tikai tad kaut ko saprotam, kad paši varam to radīt” (*Lorencs*). Tiek pieņemts, ka mācīšanās ir aktīvs, konstruktīvs process. Veselības izglītība aptver apzināti konstruētas mācīšanās iespējas, iekļaujot zināšanu pilnveidošanu un veselības tekstizpratību (*health literacy*), kā arī dzīvesprasmju attīstību, kuras turpmāk veicina veselības saglabāšanas iespējamību indivīdam un sabiedrībai (*Tones* 2001). Pedagoģijā konstruktīvisma pieejas galvenā ideja ir– zināšanas nevar nodot gatavā veidā. Var tikai radīt pedagoģisko vidi vai apstākļus

veiksmīgai zināšanu paškonstruēšanai un skolēna (šajā gadījumā – pieauguša indivīda) zināšanu pašizaugsmei. Plašāk raugoties, konstruktīvisms atspoguļo vienkāršu patiesību – visas dzīves garumā ikkatrs no mums konstruē savu personīgo apkārtējās pasaules izpratni. Šādu izpratni var attiecināt arī uz cilvēka izpratni par veselības saglabāšanu un zināšanām, kā to iespējams paveikt. Mācīties darot. Tieši tāpēc, ka ikviens indivīds ir unikāls, ar savu pasaules redzējumu un savu pārlicību. Tādējādi, lai arī ir interesants cita cilvēka viedoklis, būtiskākais ir palikt pašam ar savu oriģinalitāti, stilu. Konstruktīvisma teorētiķi, veidotāji, atbalstītāji, attīstītāji: *John Dewey* (1859–1952), *Jean Piaget*, *Jerome Bruner* (1915), *Lev Wygotsky*, *Hovard Gardner* u. c.

Žans Piažē (*J. Piaget* 1896–1980) ir pamatojis plaši pazīstamo atziņu, ka mācīšanās ir aktīvs process, kuru kontrolē pats indivīds. Piažē koncentrē uzmanību uz to, kas notiek cilvēka prātā, kā indivīds asimilē informāciju un to pielāgo vai nepielāgo viņam jau zināmajam. Viņš uzskata, ka bērns iziet visus attīstības posmus no praktisku un konkrētu darbību asimilācijas līdz abstraktai domāšanai. Šī attīstība nosaka, ko bērns iegūst no apkārtējās pasaules. Adaptācijai ir divas puses:

- asimilācija – jaunie iespaidi papildina esošās struktūras, jaunais labi iekļaujas vecajā;
- pielāgošanās – jaunie iespaidi ne visai labi iekļaujas vecajā, rodas nepieciešamība mainīt struktūras.

Otrs virziens galveno uzmanību pievērš sociālajām un kultūras attiecībām, kas indivīdu ietekmē mācīšanās procesā. Par to sāka runāt Ļevs Vigotskis (*Lev Vygotsky* 1896–1934). Vigotskis kā vissvarīgākos faktoros bērna attīstībā un izglītībā izvirzīja kultūru un cilvēkus. Bērns nespēj attīstīties pilnībā, ja nenotiek mijiedarbība ar apkārtējo pasauli. Šis virziens ir radījis pārlicību, ka mācīšanās notiek, kontaktējoties ar citiem cilvēkiem, un to ietekmē kultūra, kurā cilvēks veidojies (*Jarvis* 2004). Savukārt, runājot par pieaugušo mācīšanos, autore gribētu atsaukties uz Koķes T. (2012) teikto, ka “pieaugušajiem jāņem dalība sava mācību procesa plānošanā, organizēšanā un izvērtēšanā, izmantojot pašu pieredzi”. Te mācīšanās būtība ir “pārvērst teorētiskās zināšanas nepieciešamajās dzīves prasmēs”.

Dažādu teorētiķu darbos aprakstīti pieaugušo izglītības konceptuālie mērķi un idejas (sk. 3. tabulā). Izmantojot pieaugušo mācīšanās teorētiskās pieejas, ir iespējams veidot mācību saturu veselības izglītībā. Autore kā piemēru te var minēt, ka Freires idejas, kas pamatotas viņa uzskatā, ka pieauguša cilvēka dzīves pieredze ir pamats turpmākajam izglītības un zināšanu ieguves procesam, tiek izmantotas primārās veselības aprūpes māsu darbā Brazīlijā (*Chiesa, Fracolli* 2007).

3. tabula. Pieaugušo izglītības konceptuālie mērķi (autores sagatavots pēc *Jarvis* 2004)

Teorētiķis	Teorijas	Izglītības mērķis	Sagaidāmais rezultāts
I. Kants (1724–1804)	Morālā izglītība	Attīstība, cilvēka aizvien lielāka iesaistīšanās sabiedrības dzīvē	Individuālā pilnveide
P. Freire (1921–1997)	Izglītība kā sociālās transformācijas instruments	Aktivizēt cilvēka spējas apjēgt, apzināties notiekošo, tuvoties situāciju un notikumu izpratnei	Sociālās nevienlīdzības pārvarēšana, izglītība kā brīvības praktizēšana
J. Habermas	Iepazīstināt ar notiekošo (<i>Emancipatory learning</i>)	Vienlīdzīgs dialogs starp tiem, kas mācās un māca	Pieaugušais – aktīvs izglītības procesa dalībnieks
J. Mezirovs	Transformācijas (pārveidošanās) teorija	Nepārtrauktā mācīšanās	Individuāla jēgas izpratnes transformācija cilvēku pārmaiņās, kuras notiek dažādos cilvēka dzīves periodos

1.3.2. Pieaugušo mācīšanās īpatnības

Autore savā darbā pēta vienu no veselības izglītības virzieniem – pieaugušo veselības izglītību. Mācīšanās ilgst visu mūžu kā dinamisks process, kura laikā indivīds iegūst jaunas zināšanas un prasmes, mainās viņa domas, jūtas, attieksme un rīcība. Pieaugušo izglītības kontekstā Džarvis (*Jarvis*) ir apkopojis ap četriem tūkstošiem terminu un jēdzienu, tāpēc autore savā promocijas darbā nepievērsīsies detalizētai pieaugušo izglītības konceptu analīzei, jo, kā jau iepriekš minēts, veselības izglītība pieaugušajiem neizmanto kādas vienas izglītības teorijas pamatprincipus. Tāpēc autore pievēršas pamatatšķirībām bērnu un pieaugušo mācīšanās procesā un galvenajiem akcentiem, kas jāsaprot primārās veselības aprūpes māsām, vadot pieaugušo indivīdu veselības izglītības darbu.

Indivīda izglītošana veselības uzturēšanai ir process, kurš ir daudzveidīgs visā dzīves laikā. Cilvēkam, izejot fizioloģisko pārmaiņu ceļu jeb novecojot un mainoties dzīves apstākļiem, mainās arī veselību ietekmējošie faktori. Pieaugušo veselības izglītība piedāvā būtiskas iespējas nodrošināt atbilstošas, vienlīdzīgas un dzīvotspējīgas zināšanas par veselību un to apguvi visā indivīda mūža garumā. Veselības izglītība pieaugušajiem ir komplekss, nepārtraukts process, kura mērķis, kā uzskata autore, ir veselības kompetences veicināšana. Pieaugušo mācīšanās procesi atšķiras no bērnu mācīšanās (sk. 3. tabulā).

4. tabula. Bērnu un pieaugušo mācīšanās īpatnību salīdzinājums (Boyd et al. 1998)

Mācīšanās raksturojums	Bērni	Pieaugušie
Gatavība mācīties	Primāri bāzēta bioloģiskajā attīstībā	Dzīves uzdevumu, sociālo lomu un tiešo problēmu nosacīta
Mācīšanās lietošana	Atlikta lietošana: mācību priekšmetā centrēta	Tūlītēja lietošana: saistīta ar atbilstošajām problēmām
Orientācija uz mācīšanos	Atkarīga, citu noteikta	Neatkarīga, pašnoteikta
Pieredzes vērtība	Pieredze kā ārēji notikumi	Apgūtā pieredze nodrošina pamatu turpmākai zināšanu apguvei, bet var arī veicināt pretošanos pārmaiņām
Mācīšanās temps	Ātri apgūst izolētus faktus un jēdzienus	Izjūt pretestību, mācoties indivīdam mazsvarīgas lietas, novecošanas procesā paildzinās laiks, kas nepieciešams dažu mācību mērķu sasniegšanai
Mācīšanās šķēršļi	Nepietiekama atbildība par mācīšanās jēgu, pieradums formāli mācīties, izmantojot tikai skolas pieredzi	Ģimene, darbs vai sabiedriskie pienākumi var kavēt mācībām atvēlamo laiku un enerģiju, bažas par paštēlu izglītojamā statusā var apdraudēt mācīšanos

Lai padarītu pieaugušo izglītības pieredzi derīgu un jēgpilnu, primārās veselības aprūpes māsai jāsaprot androgoģijas principi. Androgoģija ir zinātne par pieaugušo izglītības procesu, tā mērķiem, organizāciju, metodēm, ievērojot tādas pieaugušo mācīšanas un mācīšanās īpatnības kā, piemēram, pieredzi, sevis izpratni, gatavību mācīties, apgūto zināšanu tūlītēju praktisku pielietojamību. Tā pamatojas uz pieņēmumu, ka pieaugušie vēlas mācīties. Ivanova (2012) atzīmē, ka pieaugušo mācību process ir māksla un zinātne, kas palīdz pieaugušajiem mācīties. Androgoģijas pamatlicējs M. Noulss definēja pieaugušo pedagoģiju kā androgoģiju.

Pieaugušie ir vairāk orientēti uz iespēju izvēlēties; tie pieprasa vairāk izvēles iespējas – kam uzticēties, ko pieņemt un pielietot. Pieaugušo mācīšanās pieredzē ir nepārtraukts pieredzes, refleksijas, priekšstatu veidošanās un pārbaudes process. Tādēļ pieredzē balstīta mācīšanās pieaugušajiem ir efektīvāka, salīdzinot ar tradicionālo “klases pieeju”, ko izmanto pedagoģijā. Pieaugušie apzinās savas spējas un pieredzi un tāpēc aktīvāk iesaistītās mācīšanās procesā. Veicot veselības izglītības darbu, ir

jāņem vērā, ka pieaugušo gatavība mācīties ir saistīta ar izpratni par to, ko viņiem vajag gūt, un orientāciju uz problēmām vairāk nekā uz mācību procesu. Pieaugušie vēlas mācīties, ja:

- saprot zināšanu nepieciešamību (ko es gribu iegūt);
- var iekļaut jauniegūtās zināšanas personīgās pieredzes un vērtību sistēmā (ko es māku);
- redz iespējas gūtās zināšanas pielietot (kāpēc man vajag mācīties par veselību).

Pārliecība, ka pieaugušie nemācās no pieredzes, bet mācās pieredzē, ilustrē pieaugušo izglītības perspektīvu (*Fenwick 2000*). Mācību plāns pieaugušo izglītošanā tiek veidots, balstoties izglītojamo vajadzībās un interesēs. Pieaugušo izglītībā resurss ar visaugstāko vērtību ir paša cilvēka, kas mācās, pieredze. Malkolms Noulzs ir teicis, ka pieredze ir kā dzīva mācību grāmata katram konkrētajam indivīdam (*Knowles 1984*).

Autore ir apkopojusi *Hanson (1981)*, *Keregero (1989)*, *Fenwick (2000)*, *Kerka (2002)*, *Walker (2005)*, *Yannacci J., Roberts K, Ganju V (2006)*, *Kwa (2007)*, *Koķes (2012)* norādes uz dažām pieaugušo izglītības iezīmēm. Tās ir būtiski ievērot primārās veselības aprūpes māsām, organizējot un vadot veselības izglītības darbu:

1. Mācīšanās ir process – pretstatā virknei pabeigtu, nesaistītu posmu, kas vairumam cilvēku ilgst visu mūžu. Sekmīga pieaugušo mācīšanās notiek pašvirzīti (*self-directed*). Prasmi mācīšanos organizēt pašvirzīti indivīds iegūst un attīsta ikdienas vai neformālajā mācīšanās pieredzē.
2. Lai optimāli iegūtu zināšanas, izglītojamajam aktīvi jāiesaistās mācību procesā, viņš nedrīkst būt tikai pasīvs informācijas uztvērējs. Mācīšanās ir gan emocionāls, gan intelektuāls process. Mācību procesā pieaugušie ienes ne tikai savu pieredzi, bet arī vērtību sistēmu. Pieaugušie mācās darot, viņi vēlas būt iesaistīti. Mācoties darot, pati dzīve kļūst kā nepārtraukta mācību pieredze.
3. Katram, kas mācās, jābūt atbildīgam par savu mācīšanos. Neraugoties uz to, mācību mērķa izvirzīšana ir mācību procesa organizētāja ziņā.
4. Problēmām un piemēriem jābūt reāliem un būtiskiem priekš tiem, kas mācās. Pieaugušie attiecina to, ko viņi mācās, uz jau zināmām lietām. Ieteicams iepazīties ar indivīdu, kuri mācās, iepriekšējām zināšanām, un sniegt piemērus, kurus tie saprot, balstoties uz savu pieredzi.

5. Pieaugušie mācību procesā iegūst jaunas zināšanas un iemaņas ar dažādu laika ietilpību jeb dažādā ātrumā. Līdz ar to efektīvāka ir individuāla izglītošana / izglītošanās.
7. Mācīšanās ir sekmīgāka vidē, kurā abas puses ir ieguvēji un kurā tas, kurš mācās, netiek kritizēts. Mācību vides normas tiek apdraudētas, izmantojot testus un novērtēšanas metodes. Mācīšanās mērķu izvērtēšana ir daudz efektīvāka.
8. Pieauguša indivīda, kas mācās, loma ir ņemt to, kas tiek piedāvāts, un to izmantot vispiemērotākajā un vislabākajā veidā. Izglītotāja pienākums ir to veicināt.
9. Tradicionāli izmantoto lekciju kā mācību metodi, kuras laikā pasīvi tiek uztverta informācija, pieaugušo izglītībā un, jo sevišķi, veselības izglītībā būtu jānomaina pret interaktīvajām mācību metodēm un mācību formām.
10. Pieaugušie automātiski nekļūst pieauguši, sasniedzot kādu noteiktu gadu skaitu.

Pieaugušo veselības izglītības nozīme māszinībās

Māszinību paradigma balstīta četros jēdzienos, un tie ir: cilvēks, vide, veselība un māsas prakse (Priede-Kalniņa 1998). Tas ir kā ietvars, kas tālāk iekļauj veselības veicināšanas un sabiedrības izglītošanas, kā arī slimību novēršanas stratēģiju un sniedz atbildes uz jautājumiem, kas sakņojas mūsdienu realitātē, ieskaitot normālu cilvēka attīstības procesu, tajā skaitā arī novecošanos un dzīvildzes pagarināšanos, hronisku slimību vadību, ietverot visas indivīda vecuma grupas. Māsas darbība izpaužas dažādās lomās – māsa rīkojas kā administratore, sadarbības partnere, konsultante, izglītotāja, pētniece, advokāte un klīniskā eksperte, kas paredz visaptverošu aprūpi, profesionalitāti un zinātnisku pieeju (LR IZM 2003.07.01 rīkojums Nr. 6 “Māsu profesijas standarts”). Jau 1988. gadā Kopenhāgenā, pirmās Eiropas māsu konferences rekomendācijās, ir uzsvērts, ka “māsas pētnieciskajam darbam ir jābūt prakses daļai. Tam jānodrošina māsas izstrādāt tādus sabiedrības veselības aprūpes projektus, kas jūtami to uzlabo” (EUR/ICP/DL/R02/96/1-O; LEMON 1996). Izmaiņas veselības aprūpes sistēmās gan Eiropā, gan pasaulē (slimnīcās pavadītā laika samazināšana un pāreja uz indivīda veselības aprūpi kopienā, sabiedrības dzīvildzes palielināšanās), ir rosinājušas arī būtiskas izmaiņas māsas darbībā, izvirzot māsu par aprūpes vadītāju (Richards *et al.* 2012). Nosakot pamatkompetences māsas kā aprūpes vadītājas darbībā, tās ir identificētas kā klīniskā un profesionālā vadība, sadarbība, konsultācijas, lēmumu pieņemšana, izglītošana

un vadlīniju veidošana, pētniecība, ētika (*Hanna 2010*). Šīs kompetences veido māsas prakses teorētisko pamatu.

Māsas veido vienu no vislielākajām veselības aprūpes darbinieku grupām, tāpēc viņām ir lielas iespējas ietekmēt sabiedrības veselības izglītības procesu un veselības veicināšanu kopumā (LU Filozofijas un socioloģijas institūts 2000; *Shirley 2005*). Jāatzīmē, ka māsu izglītības paradigma akcentē tieši māsas lomu indivīdu izglītošanā (*ICN 2009*). Kļūšana par *māsu izglītotāju* nav tikai papildus klīniskajām zināšanām iegūtas zināšanas veselības izglītībā. Tas ir process, kas prasa pārmaiņas gan zināšanās, prasmēs un uzvedībā, gan vērtībās, lai sagatavotos jaunās lomas asimilācijai, mērķu un uzdevumu maiņai (*Kelly 2002*). Nereti *māsas izglītotājas* izjūt grūtības pierast pie šīs lomas, jo gan māsu izglītībā, gan sabiedrībā kopumā no māsas tiek sagaidītas tieši klīniskās prasmes. Māsa var izjust nedrošību, diskomfortu un lomas divdomību, jo sabiedrība ir akceptējusi stereotipu, ka tikai ārsts var būt tā ārstniecības persona, kas sniedz informāciju gan par slima cilvēka jeb pacienta veselības situāciju, gan iesaka, kā veselību saglabāt (*Jacson et al. 2009*). Māsas loma nebūt neparedz aizstāt ārstu informācijas sniegšanā indivīdam (*Wilson, Pearson; Hassey 2002*), bet gan paplašināt savu līdzdalību indivīdu izglītošanā par veselības veicināšanas jautājumiem. Jāsaka gan, ka māsām var nepietikt pārliecības par savām spējām un kompetenci veselības izglītības darbā. Pilnvērtīgi īstenot *māsas izglītotājas* lomu traucē ne tikai nepietiekama pārliecība par savām spējām, bet arī lielā darba noslodze un neadekvāts laika sadalījums māsas praksē (*Jacson et al. 2009*). Lai mazinātu iepriekš minētos šķēršļus, jau studiju procesā būtiski ir iekļaut visus māsas darbības aspektus, kas saistīti ar sabiedrības veselības veicināšanu. Tā studentiem tiek dota iespēja apgūt prasmes sabiedrības veselības veicināšanā un veselības izglītības procesa vadībā (*Cutilli 2005; Danielson et al. 2005*). Turklāt pētījumos secināts, ka māsziņību studiju procesā aktīvāk jāizmanto sociālo zinātņu un vadības teorijas, lai veicinātu efektīvākas pārmaiņas māsu praksē un mainītu dominējošo biomedicīnisko pieeju arī sabiedrības veselībai (*Cameron, Christie 2007; AACN 2007*).

Pieaugušo veselības izglītības darbā māasai jāorientējas uz inovatīvām mācīšanās stratēģijām un metodēm. Pieaugušo veselības izglītībā personas, kura izglīto, loma neaprobežojas tikai ar informācijas sniegšanu. *Osipova (2003)* norāda, ka izglītotājs ir :

- informācijas resurss,
- rīcības katalizators,
- mijiedarbības veicinātājs starp indivīdu, sabiedrību un veselības politikas veidotājiem.

Sadarbojoties ar pieaugušu indivīdu izglītības procesā, labāku rezultātu sasniegšanai ļoti svarīgi ir izvēlēties piemērotas didaktiskās metodes. Mācību metožu izvēli nosaka mācību mērķis, uzdevumi un saturs, tomēr jāņem vērā arī vairāki citi faktori: satura apjoms un izvirzītās prasības, materiāli tehniskā bāze (*Barr, Tagg* 1995). Izvēli nosaka arī izglītotāja zināšanas un izpratne par vienas vai otras metodes efektivitāti. Izvēlētajām metodēm ir jāatbilst mūsdienu prasībām un situācijai, jāņem vērā arī konkrētā auditorija. Veselības izglītības procesā atbilstošākas ir nevis tradicionālās, bet interaktīvās metodes. Interaktīvās metodes:

- mācību procesā nodrošina izglītotāja un izglītojamā pozitīvu sadarbību zināšanu un prasmju apguvei;
- nodrošina, mācīšanās notiek darbībā (*Rubana* 2004);
- piedāvā inovatīvu resursu pieaugušo veselības izglītībā – e-vidi (veselības izglītotāju blogi, telemācības, e-veselība) (ICN 2008; LR LM 2010).

Kopsavilkums.

- 1) Veselības izglītība ir būtisks instruments sabiedrības veselības veicināšanā. Tas tiek akcentēts gan EK dokumentos un stratēģijās, gan arī LR stratēģiskajos dokumentos. Īstenojot veselības izglītības politiku, jau valstiskā līmenī aktīvāk jāveicina starpnozaru sadarbība, lai veiksmīgāk nonāktu pie mērķa *vesels cilvēks veselā sabiedrībā*.
- 2) Tādējādi viens no uzdevumiem ir arī veselības izglītības realizētāju nepārtraukta profesionāla izaugsme un prasmju pilnveidošana. Īpaši svarīgi tas ir attiecībā uz primārajā veselības aprūpē strādājošajiem, galvenokārt māsām. Prasme savienot teorētiskās zināšanas par mācīšanos un praktiskās iemaņas, kā palīdzēt pieaugušam indivīdam to darīt, ir izaicinājums, kas māsām ir jāpieņem, lai varētu pilnvērtīgi iesaistīties starpdisciplinārā sadarbībā sabiedrības veselības veicināšanas stratēģiju īstenošanā.
- 3) Primārās veselības aprūpes māsas, izglītojot pieaugušos indivīdus, var izmantot konstruktīvisma pieeju izglītošanas procesā. Māsa var kombinēt mācīšanās teoriju principus, veidojot zināmu eklektisku pieeju indivīda veselības izglītībā, bet būtiski ir veicināt pieaugušo indivīdu pašu iesaistīšanos zināšanu ieguvē un pieredzes izmantošanu, kā ilgāk un veiksmīgāk saglabāt veselību. Tādējādi primārās veselības aprūpes māsām svarīgi zināt mācīšanās atšķirības starp bērnu un pieaugušo indivīdu, ko izprast labāk palīdz androgoģijas pamatprincipu zināšanas.

1.4. Veselības veicināšana un primārās veselības aprūpes māsas loma tajā

Satraukums par sabiedrības veselību, par iedzīvotāju veselības pamatvajadzību nepilnīgu apmierināšanu bija stimuls Pasaules Veselības organizācijai (turpmāk tekstā – PVO) 1978. gadā rīkot starptautisku konferenci Alma-Atā, un pirmo reizi kā nozīmīgs faktors veselības aprūpes sistēmā tika minēta *primārā veselības aprūpe* (turpmāk tekstā – PVA). PVA savos pamatprincipos ietver iedzīvotāju izglītošanu par veselības problēmām, slimību profilaksi un to ierobežošanu, atbilstošu produktu un veselīga uztura lietošanas propagandu, tīra ūdens un sanitāro apstākļu nodrošināšanu; mātes un bērna veselības aprūpi, ieskaitot ģimenes plānošanu, endēmisko slimību profilaksi un kontroli, iedzīvotāju imunizāciju pret svarīgākajām infekcijas slimībām (*WHO* 1978).

PVO definē, ka primārā veselības aprūpe ir svarīgākā veselības aprūpes sastāvdaļa, kas balstās uz zinātniski pamatotām un praktiskām metodēm, kas ir pieejamas iedzīvotājiem un kuru izmaksas ir valstij un sabiedrībai pieņemamas (*WHO* 1978). PVA ir indivīda pirmais kontakts ar veselības aprūpes sistēmu, tā ir pieejama, taisnīga, pēctecīga, koordinēta un vispusīga.

Analizējot māsas lomu primārajā veselības aprūpē, redzams, ka māsas misija sabiedrībā ir palīdzēt cilvēkiem, ģimenēm un cilvēku grupām noteikt un sasniegt viņu veselības fizisko, garīgo un sociālo potenciālu, un tas ir jāveic tajā vidē, kurā šie cilvēki dzīvo un strādā (*Clark* 1999). Te ietilpst ne tikai medicīniskā aprūpe un kvalificēta manipulāciju veikšana, tikpat svarīga māsas prakses sastāvdaļa ir sabiedrības izglītošana veselības saglabāšanai un uzturēšanai un aprūpes procesa vadība. Turklāt primārās veselības aprūpes māsa ir tā persona, kurai jāredz indivīda un ģimenes veselības vajadzības arī sabiedrības veselības kontekstā. ANO Tūkstošgades plāna 4. un 5. mērķī māasai ir paredzēta vadošā loma primārās veselības aprūpes aktivizēšanā (*The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever*).

PVO noteiktie uzdevumi PVA māsas darbā, īstenojot veselības veicināšanu (*WHO* 2001):

- 1) novērtēt indivīda un viņa ģimenes veselību un identificēt vajadzības, ievērojot sociokulturālos un ētikas principus, kur pamatā ir ideja par garīgi brīvu personību, kuras rīcību nosaka personiskā pārliecība un izvēle;
- 2) plānot, uzsākt un nodrošināt veselības aprūpi indivīdiem un ģimenēm;
- 3) noteikt prioritātes veselības saglabāšanā un veikt iedzīvotāju profilaksi;

- 4) veicināt indivīda, viņa ģimenes un sabiedrības veselību;
- 5) pielietot dažādas mācīšanas un mācību stratēģijas, lai izglītotu indivīdu un sabiedrību par veselības saglabāšanu;
- 6) izmantot un novērtēt dažādas komunikācijas iespējas un metodes;
- 7) atbalstīt indivīdu un ģimeni veselībai labvēlīgu lēmumu pieņemšanā;
- 8) koordinēt un nodrošināt veselības veicināšanas pasākumus;
- 9) kompetenti rīkoties gan individuāli, gan darbojoties komandā;
- 10) sistemātiski dokumentēt veiktās darbības;
- 11) nepārtraukti papildināt savas zināšanas un praksē izmantot pierādījumus balstītus datus un metodes (*WHO* 2001);
- 12) PVA māsai ir jābūt dziļām zināšanām par veselību ietekmējošajiem faktoriem un jāpārzina PVA un sabiedrības veselības principi un vadības principi (*WHO* 2001). Vadības principi māsas praksē atbilst kvalitātes vadības principiem: plāno – organizē – dari – novērtē (*WHO* 2001).

1.4.1. Primārās veselības aprūpes māsas darbība: Latvijas reglamentējošo dokumentu analīze

Lai labāk varētu skaidrot, kā primārās veselības aprūpes māsas uzdevumi sabiedrības izglītošanā tiek interpretēti mūsu valstī, jāpievēršas normatīvo dokumentu analīzei. Latvijas Republikā primārajā veselības aprūpē strādājošas māsas darbība tiek reglamentēta vairākos normatīvajos aktos: Ārstniecības likumā, māsu profesijas standartā un LM rīkojumā Nr. 1046 par primārās veselības aprūpes organizāciju.

Ārstniecības likums, VII nodaļa

Māsas profesija:

- 44. pants. (1) Māsa ir ārstniecības persona, kura ieguvusi izglītību, kas atbilst likumā “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu” noteiktajām prasībām.
- 45. pants. (1) Savā profesijā atbilstoši kvalifikācijai māsa: veic pacientu aprūpi; piedalās ārstniecībā; vada pacientu aprūpes darbu; **nodarbojas ar pacientu izglītošanu veselības jautājumos**; veic profesionālās izglītības darbu.

Māsas profesijas standarts (atbilstoši 4. kvalifikācijas līmenim) (IZM rīkojums Nr. 6, 2003.01.07) māsām paredz uzdevumus, kas viņām jāveic, izglītojot indivīdu veselības veicināšanai.

Māsa:

- 13.1. Novērtē pacienta, viņa ģimenes zināšanas par veselības veicināšanu un saglabāšanu.
- 13.2. Izstrādā sadarbībā ar citiem aprūpes komandas locekļiem veselību veicinošu un uzturošu izglītības programmu konkrētai situācijai.
- 13.3. Izglīto pacientu, viņa ģimeni par veselību veicinošu un saglabājošu aktivitāšu nepieciešamību (kaitīgu paradumu atmešana, ēšanas paradumu pārskatīšana, fizisko aktivitāšu tradīcijas ģimenē, īpaša piesardzība to saslimšanu aspektā, kuras ģimenē ir iedzimtas – cukura diabēts, ateroskleroze u. c.).
- 13.4. Veic veselību veicinošu un uzturošu pasākumu organizēšanu (vingrošana, norūdišana, peldēšana u.t.t.).
- 13.5. Izglīto pacientu un viņa ģimeni par psihoemocionālo faktoru ietekmi uz veselību.
- 13.6. Veic nozīmētās profilaktiskās vakcinācijas pacientiem.
- 13.7. Veic izskaidrojošu darbu pacientiem, kuri strādā kaitīgos vides apstākļos (rūpnieciskie faktori, lauksaimniecības ķīmija, bioloģiskie faktori u.t.t.).
- 13.8. Veic nozīmētos sekundārās profilakses pasākumus (samazinot konkrētas saslimšanas ietekmi uz pacienta dzīves kvalitāti).
- 13.9. Veic nozīmētos terciārās profilakses pasākumus.
- 13.10. Izvērtē un dokumentē pacientu kompetences un rīcības dinamiku veselību veicinošajos un uzturošajos jautājumos.

Profesijas standarts “Māsa” ir aktualizēts, tā pilnveidotais projekts iesniegts IZM 10.02.2011.

Analizējot Latvijas Republikas MK primārās veselības aprūpes reglamentējošos noteikumus, redzams, ka **Primārās veselības aprūpes māsa** ir reģistrēta māsa, kas strādā primārās veselības aprūpes līmenī, veicot iedzīvotāju aprūpi PVA ārsta darba vietā un / vai PVA māsas darbības teritorijā atbilstoši darba apjoma aprakstam, ievērojot darbības kārtību un šo kārtību īstenojot (MK noteikumi Nr. 1046). Primārās veselības aprūpes māsas darba apjoma aprakstā ietilpst:

- 1) profilakse un pacientu izglītošana,
- 2) pacientu novērošana un izmeklēšana,
- 3) pacientu aprūpe,
- 4) dokumentēšana (MK noteikumi Nr. 1046).

Šajā dokumentā ir noteikti vispārējie māsas darbības principi, veselības izglītības darbam atvēlot dažas standartfrāzes, piemēram: “veikt pacientu un viņu piederīgo izglītošanu veselības veicināšanas un veselības aprūpes jautājumos” (“Par primārās veselības aprūpes organizāciju un apmaksas kārtību” MK noteikumi Nr. 1046). Veselības izglītības darbs māsas praksē ir jāorganizē, balstoties racionālos, skaidros un pamatojamus pierādījumos, kas iegūti pētījumos un literatūras analīzē, norāda *Bury* (2002), bet mūsu valstī nav pierādījumos pamatotu un noteiktu vadlīniju, kā to veikt. Tiek gatavoti apspriešanai primārās veselības aprūpes māsas uzdevumu papildinājumi un precizējumi (LR VM 2012. gada projekts par primārās veselības aprūpes kvalitātes kritērijiem), kas bāzēti iepriekšējā nodaļā autores minētajos LR MK noteikumos Nr. 1046, bet arī tie neparedz detalizētāk aprakstītu veselības izglītības vadības darbības organizāciju māsas praksē. Turpmāk, tiks analizēts, kā pasaulē PVA māsas iesaistītas pieaugušo veselības izglītošanā, kādi ir rezultāti un ar kādiem šķēršļiem vai apgrūtinājumiem ir jāsaskaras, veicot šo darbu.

1.4.2. Primārās veselības aprūpes māsu darbība pasaulē

Primārās veselības aprūpes sistēmā māsas darbībai pasaulē tiek pievērsta aizvien lielāka uzmanība. Autore jau minēja PVO noteiktos uzdevumus māasai, arī ANO Tūkstošgades mērķus. Valstu pieredze, primārās veselības aprūpes līmenī iesaistot māsas iedzīvotāju veselības veicināšanā un izglītošanā, ir dažāda. Somijā, Zviedrijā, Lielbritānijā primārā veselības aprūpē ļoti aktīvi īsteno veselības veicināšanas un iedzīvotāju izglītošanas uzdevumus. Jāatzīmē, ka šajās valstīs primārajā veselības aprūpē tieši māsām ir centrālā loma. Lielbritānijā veiktā pētījumā (*Mclver; Ellins* 2008) ar faktoranalīzes palīdzību izdalot primārās veselības aprūpes kvalitāti ietekmējošos faktoros, nosaukti trīs: pieejamība, pacientā centrēta aprūpe un māsas loma. Vairāki pētījumi ir pierādījuši, ka māsas darbība veselības veicināšanā un sabiedrības izglītošanā ir tikpat veiksmīga kā ārsta darbība, turklāt ir izmaksu ziņā efektīvāka, ņemot vērā salīdzinošo izglītības ieguves laiku māsas profesijā un ieguldītos līdzekļus studiju procesā (*Laurant et al.* 2007; *Cipriano* 2011). Individu izglītošana par veselības veicināšanas jautājumiem katrā valstī norit nedaudz atšķirīgi, kas skaidrojams ar PVA principu ieviešanas nosacījumiem katrā konkrētajā valstī: laiks, finanses, PVA nodarbināto ārstu un māsu izglītība (*Danielson et al.* 2005) un tālākizglītības nosacījumi šajā veselības aprūpes kategorijā. Skotijas modeli māsas primārajā aprūpē iesaistās indivīda izglītošanā,

izmantojot motivējošas intervijas (*Miller, Rolnick 2002; Botelho 2002*), kuru mērķis ir noskaidrot veselību ietekmējošos uzvedības paradumus. Turpmāk tiek veidoti individualizēti mācīšanās plāni, izmantojot daudzveidīgas mācību metodes (*Adelman 2005*).

Kā piemēru var minēt atšķirības, kas parādās pētījumos par māsas iesaistīšanos iedzīvotāju informēšanā par veselību ietekmējošiem paradumiem Lielbritānijā. *McIver, Ellins (2008)* pētījumā noskaidrots, ka primārās veselības aprūpes māsa ieteikusi mainīt veselību ietekmējošos paradumus 82% respondentu. Savukārt, analizējot Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu monitoringus laikā no 1998. līdz 2010. gadam, var secināt, ka māsas ieteikušas mainīt veselību ietekmējošos paradumus tikai ~ 3,6% respondentu (*FINBALT 1998–2010*).

Analizējot māsas darbību primārajā veselības aprūpē, autore pētīja, kādus uzdevumus māsas veic un cik nozīmīga vieta ir atvēlēta veselības izglītības darbam citās valstīs. Primārās veselības aprūpes principu, tajā skaitā sabiedrības veselības veicināšanas aktualizēšana ir uzsākta arī Krievijā. Ņemot vērā PVO 2008. gada ziņojumu par veselības aizsardzību pasaulē, kura ietvaros tika dots arī kritisks vērtējums praktiskai koncepcijas “Veselību visiem” realizācijai, pēdējo gadu laikā Krievijā sāktas plaša mēroga reformas primārās veselības aprūpes jomā. Krievijā primārās veselības aprūpes māsas veic teritoriālā sarakstā reģistrēto pacientu uzskaiti, savāc demogrāfiskā, medicīniskā un sociālā rakstura informāciju, nosaka dažādu slimību riska faktorus, organizē pasākumus šo riska faktoru ietekmes samazināšanai, *veic izglītojošu darbu* slimību profilakses, ģimenes plānošanas jautājumos, sniedz psiholoģisko atbalstu aprūpējamām personām, ņemot vērā viņu veselības stāvokli un vecumu. Turklāt māsa, zinot katras aprūpētās ģimenes sociālo statusu, katra ģimenes locekļa veselības stāvokli, var arī patstāvīgi plānot un realizēt noteiktus profilaktiskus pasākumus, kas ir nepieciešami konkrētai ģimenei atbilstoši tās dzīves apstākļiem. Profesionālas prasības māsas zināšanām un praktiskām iemaņām ir noteiktas profesijas standartos (*Goršunova 2010*).

Somijas pieredze liecina, ka māsu aktīvāka iesaistīšana primārās veselības aprūpes uzdevumu īstenošanā, t. sk. arī izglītošanas darbā, veicinājis pieejamību pakalpojumiem un pacientu apmierinātību (*Vallimies-Patomäki 2010*). Somijas pieredze māsas zināšanu un prasmju pielietošanā primārajā veselības aprūpē tiek izmantota arī Baltijas reģiona valstu projektā *ImPrim* (2010.–2013. gadam), kura mērķis ir izveidot primārās veselības aprūpes organizācijas modeli, kuru ieviešot varēs nodrošināt vienlīdzīgi pieejamus augstas kvalitātes primārās veselības aprūpes pakalpojumus Baltijas jūras reģiona valstīs (arī Latvijā), vienlaicīgi palielinot veselības aprūpes sistēmas izmaksu efektivitāti (*NVD 2010*).

Autore analizēja arī Jaunzēlandes un Austrālijas pieredzi māsas darbībai primārajā veselības aprūpē. Jaunzēlandē ir veselības ministrijas atbalstīti astoņi māsas darbības modeļi (*Kilpatrick et al. 2007*). Māsas nodarbojas gan ar nedzirdīgo iedzīvotāju aprūpi, gan vecu ļaužu aprūpi aprūpes namos un mājās, gan hronisku slimnieku aprūpi. Tajā pašā laikā ir jauniešu veselības aprūpes centri, kur māsas aprūpes centrā organizē individuālās veselības izglītības un veselības veicināšanas akcijas un individuāli izglīto jauniešus, izmantojot e-resursus: ievieto materiālus interneta vides sociālajos tīklos un, izmantojot e-pasta palīdzību, veic izglītojoši informatīvu saraksti ar jauniešiem par viņus interesējošām veselības izglītības tēmām (*Sheridan 2005*). Tiek izglītoti arī pieaugušie, un ar šo jautājumu nodarbojas māsas, kuru darbības modelis ir vērsts uz sabiedrības veselības veicināšanu. Šī modeļa ietvaros māsas veic izglītības darbu gan par veselību ietekmējošajiem paradumiem, gan potenciāliem riska faktoriem indivīda veselībai, gan izglītojot pacientus ar hroniskām slimībām par iespējami labākā veselības stāvokļa saglabāšanu.

1.4.3. *Apgrūtinājumi veselības izglītības darba organizācijai primārās veselības aprūpes māsas praksē*

Kaut arī primārās veselības aprūpes māsas ieguldījums sabiedrības veselības veicināšanā pasaulē ir novērtēts, tomēr pastāv problēmas, kas galvenokārt saistītas ar nepietiekoši veiktiem pētījumiem šajā jomā kopumā, tajā skaitā māsu darbības izpētē (*Richards et al. 2012*). Tā *McAvoy (2005)* teicis, ka “primārās veselības aprūpes pētījumi ir trūkstošais posms, lai attīstītu augsti kvalitatīvu, uz pierādījumiem balstītu veselības aprūpi iedzīvotājiem”. Piemēram, Austrālijā, tāpat kā citās valstīs, primārās veselības aprūpes pētījumi veido relatīvi mazu daļu no pētniecības veselības aprūpē (4%) (*Primary Health Care Reform in Australia 2009*). Jāteic, ka primārās veselības aprūpes jautājumi vispār salīdzinoši maz pētīti arī citur pasaulē. Veiktajos pētījumos arī tiek uzsvērts, ka, paplašinot māsas lomu primārajā veselības aprūpē, ne vienmēr ir skaidrs, kādi tad ir māsas darbības virzieni un uzdevumi. Kā iemesli šādai situācijai tiek minēts gan noteiktu vadlīniju trūkums, kas traucē māsai pilnvērtīgi iesaistīties iedzīvotāju izglītošanā (*Bonsall, Cheater 2008, Primary Health Care Reform in Australia 2009*), gan nevienmērīga situācija māsas izglītībā (Vācijā, Kanādā). Vairāk saprotama gan pašām māsām, gan primārās veselības aprūpes ārstiem ir māsas darbība medicīnisku un tehnisku manipulāciju veikšanā. Tādējādi bieži vien māsas, kuras ieguvušas augstāko izglītību un vēlas savas prasmes attīstīt vispusīgi, izjūt vilšanos (*Primary Health Care Reform in Australia 2009*). Līdzīga situācija ir arī Latvijā, jo “māsu skaita pieaugums, kas ieguvušas augstāko izglītību, liecina, ka viņām ir kvalitatīvas zināšanas un garīgais potenciāls, kas diemžēl netiek pilnībā izmantots” (*Bārzdiņš 2011*). Jāatzīmē, ka Latvijā augstākā izglītība māszinībās pastāv jau kopš 1990. gada, un ir pieejama trīs ciklu studiju sistēma jeb pabeigts Boloņas cikls (dati no RSU, AIC).

“Eiropas profilakses un veselības veicināšanas organizācija ģimenes medicīnā” veselīga uztura propagandas vadlīnijās (*EUROPREV 2005*) atzīmēts, ka iedzīvotāju izglītošanā māsas netiek iesaistītas pietiekošā apmērā un ir nepieciešams šo situāciju mainīt. Turpat atzīmēts, ka iedzīvotāju izglītošanu vadīt jāuztic tieši māsām. Neraugoties uz to, ka uzmanība šiem jautājumiem ir pievērsta, arī citu valstu pieredzē veselības izglītības darba organizācijā pieaugušajiem ir izdalīti vairāki apgrūtinājumi (*5th Annual Health Literacy Conference 2006*):

- sabiedrībā bieži vien nav ticības veselības aprūpes sistēmai, tāpēc māsas kā izglītošanas darbs var nebūt pietiekami sekmīgs, sevišķi sabiedrības mazāk nodrošinātajos slāņos;
- māsām ir nepieciešams atbalsts un papildu zināšanas veselības izglītības vadības jomā;
- veselības izglītībai netiek atvēlēts atbilstošs finansējums no valsts budžeta;
- mēdz būt pretrunas un nepilnības mācību materiālos, kas paredzēti sabiedrības veselības izglītošanai, pieejamie izglītības resursi nav tādā formātā, lai tos izmantotu atbilstoši mācīšanās stiliem;
- mārketinga principos, kas tiek veiksmīgi izmantoti indivīda uzvedības maiņai, ir ieguldīts vairāk finansējuma nekā izglītībā.

Tāpēc PVO savās rekomendācijās atkārtoti uzsver, ka māsai ir centrālā loma primārajā veselības aprūpē un iedzīvotāju izglītošanā (*WHO 2010*). Arī līdz šim veiktajos pētījumos (*DiCenso & Matthews, 2005; Bonsall, Cheater 2008; Baumann, Valaitis, Kaba 2009; Vallimies-Patomäki 2010; Fairman et al. 2011*) pierādījies, ka māsas darbs primārajā veselības aprūpē, izglītojot indivīdus un ģimenes un vadot veselības izglītības un profilakses darbu, ir tikpat kvalitatīvs kā ārsta veiktais, turklāt izmaksu ziņā efektīvāks, ņemot vērā salīdzinošo izglītības ieguves laiku māsas profesijā un ieguldītos līdzekļus studiju procesā.

Kopsavilkums.

- 1) Viens no sabiedrības ilgtspējības priekšnoteikumiem ir vesels cilvēks veselā sabiedrībā. Primārās veselības aprūpes galvenie uzdevumi ir saistīti ar sabiedrības un iedzīvotāju izglītošanu par veselības saglabāšanu jeb veselības veicināšanas jautājumiem. Lai varētu veiksmīgāk īstenot šos uzdevumus, tiek akcentēta tieši māsas darbība un aktīvāka iesaistīšana.
- 2) Māsas praksē ir paredzētas vairākas lomas, tajā skaitā *māsas izglītošanas* un *aprūpes vadītājas* loma.

- 3) Māsas iegūst augstāko izglītību, viņām ir kvalitatīvas zināšanas un pietiekams garīgais potenciāls, lai varētu veikt aprūpes vadību, tajā skaitā organizēt un vadīt indivīda veselības izglītības darbu. Tomēr nereti sabiedrībā un pat kolēģu vidū pastāv uzskats, ka māsas galvenais uzdevums ir klīnisko manipulāciju veikšana.
- 4) Pasaules pieredze liecina, ka māsas darbība veselības veicināšanas (ieskaitot iedzīvotāju izglītošanu) un hroniski slimu pacientu aprūpes vadībā ir tikpat rezultatīva kā ārsta darbība, turklāt tā izmaksu ziņā ir efektīvāka.
- 5) Analizējot citu valstu pieredzi primārajā veselības aprūpē, var secināt, ka aktīvāku māsas zināšanu potenciāla izmantošanu veselības izglītības darba vadībai apgrūtina vairāki iemesli, kā galvenais tiek minēts nepietiekams pētījumu skaits, kas savukārt ir radījis situāciju, ka trūkst pierādījumu bāzētu vadlīniju vai rekomendāciju. Tā var rasties nepilnības māsu izglītībai paredzētajā mācību literatūrā, tajā var būt pretrunīga informācija, un veidojas situācija, ka primārās veselības aprūpes māsām trūkst nepieciešamās zināšanas veselības izglītības darba vadības un organizācijas principos.

1.5. Vadības principi primārās veselības aprūpes māsas praksē

Pasaules Veselības organizācija norāda, ka primārajā veselības aprūpē māsai ir jābūt dziļām zināšanām par veselību ietekmējošajiem faktoriem un jāpārziņina gan PVA un sabiedrības veselības principi, gan vadības principi (WHO 2001). Izglītības vadībā, tāpat kā modernajās vadības teorijās, vērojama tendence pievērsties cilvēku darbībai organizācijā (Bush 2006). Jauno paradigmu īstenošanai vadītājam ir nepieciešamas prasmes izglītēt vai organizēt izglītošanos. Kā jebkurā citā institūtā, arī izglītībā *vadība* ietver četrus galvenos posmus: analīzi, plānošana, īstenošanu un vērtēšanu (Chang 2008). Veicot pētījumu par veselības izglītības darba organizēšanu un vadību primārās veselības aprūpes māsas praksē, svarīgi ir noskaidrot, ko nozīmē jēdziens *vadība* un kā tas iekļaujas māsziņību paradigmā.

Jau vairāk nekā pirms simts gadiem menedžmenta teorijas pamatlicējs Henrijs Faijols (*Henri Fayol*) aprakstīja vadības galvenos uzdevumus, un tie ir (Scot; Walter 2008): plānošana, struktūras organizēšana, cilvēkresursu organizēšana, koordinēšana vai dažādu funkciju harmonizēšana, kā arī procesa un iznākuma kontrole organizācijā.

Šobrīd ir sastopami daudzveidīgi jēdziena *vadība* skaidrojumi. Drucker (1999) ir teicis, ka vadība ir darbība vēlamā rezultāta sasniegšanai. Tiek akcentēts, ka vadība ir gan darbība, gan māksla (Naidoo & Wilss 2008), neraugoties uz to, vai tā ir cilvēkresursu, tehnoloģiju vai finanšu vadība. Celma (2006) atzīmē, ka jēdziens *vadība* tiek apskatīts kā darbība ar nozīmi “vadīt, pārziņāt, veikt, tikt galā”. Savukārt Ruperte (2010) norāda, ka *vadība* tiek uztverts arī kā domāšanas veids, zinātnes, mākslas un pieredzes sintēze. Forands (2007) atzīmē, ka šim jēdzienam ir divējādas nozīmes – pārvaldība un vadība (sk. 1. tabulā). Pārvaldība ir uztverama jau kā plašāks vadības skaidrojums un satur četrus galvenos posmus: analīzi, plānošanu, īstenošanu un vērtēšanu.

5. tabula. Vadības konceptuālās nozīmes (pēc: Forands 2007)

Pārvaldība	Sistēmas, procesa vai uzņēmuma kopējās darbības nodrošināšana, izmantojot kompleksas iedarbības un regulēšanas formas un metodes
Vadība	Atsevišķas personas vai grupas iedarbība uz konkrētu, šaurāku objektu – cilvēku, grupu, kādu specializētu uzņēmuma struktūru

No iepriekšminētā (pēc Foranda (2007) vadības konceptuālās nozīmes skaidrojuma var secināt, ka māsas darbība ir saistīta ar abām tā nozīmēm. Plašākā mērogā tā ir saistīta ar kopējās sistēmas (runājot par

kopējo veselības aprūpes sistēmu) un organizācijas (primārās veselības aprūpes komanda) darbības nodrošinājumu. Ruperte (2010) uzsver, ka organizācija ir cilvēku grupa, kuras darbība tiek koordinēta kopēja mērķa sasniegšanai. Bet raugoties tieši uz māsas praksi, tās darbībai piemērotāka ir jēdziena *vadība* lietošana tādā nozīmē, ka māsas izmanto vadības principus ģimenes un atsevišķu indivīdu veselības aprūpes vadībai.

Autore savā darbā ir pievērsusies veselības izglītības darba vadībai un organizācijai primārās veselības aprūpes *māsas praksē*. *Māsu prakse* tiek definēta kā darbība, kas palīdz indivīdam, ģimenei un dažādām sabiedrības grupām noteikt un sasniegt viņu fiziskās, mentālās un sociālās iespējas tajā vidē, kurā sabiedrības locekļi dzīvo un strādā (PVO, 1993). Māsas prakse ir daļa no komandas darbības. Veselības aprūpē komandas darbs ir dinamisks process, kurā ir iesaistīti divi vai vairāki veselības aprūpes speciālisti ar papildu pieredzi, prasmēm un iemaņām, lai īstenotu kopīgus mērķus, saskaņojot fizisko un garīgo darbu, plānojot un novērtējot pacientu aprūpi. Autore piekrīt Art, Deroo, De Maeseneer (2007) viedoklim, ka komandas dalībnieki veiksmīgāk sadalot uzdevumus savā starpā, var panākt labāku organizācijas mērķu saniešanu, tajā skaitā, labāk organizējot un vadot indivīdu veselības izglītības darbu. Komanda var būt multidisciplināra. Multidisciplināras komandas princips – kopēja mērķa sasniegšanā un palīdzības sniegšanā līdzdarbojas dažādi speciālisti (VM 2006). Tas jāsaprot visplašākajā nozīmē, ne tikai kā tradicionāla dažādu medicīniskās aprūpes speciālistu sadarbība (Baltiņš 2003). Speciālisti, kas iesaistīti veselības izglītības darbā, var būt gan izglītības, gan sociālās jomas, gan valsts pārvaldes (pašvaldību) un masu plašsaziņas līdzekļu un sabiedrisko organizāciju pārstāvji.

Turpinot analizēt jēdzienu *vadība*, īsumā to vēl var raksturot kā organizatorisku pilnveidošanu, noderīgu un saskaņotu cilvēku darbības atbalstīšanu (Loris, Leithwood, Wahlstrom, Anderson 2010). Mozgīs (2008) norāda, ka veselības aprūpes darba organizācija ir process vai plānveidīga saskaņotas darbības organizēšana, piemēram, dibināšana, rīkošana, plānveidīga veidošana. Primārajā veselības aprūpē *māsas vadītājas* loma nav būt administratoram vai vadītājam tā vispārzināmajā vai varas turētāja nozīmē. Māsa vada aprūpes procesu, bet nav formālā vadītāja ar varas resursu, tāpēc te jārunā par kompetences varu (Reņģe 2008), ko veido māsas zināšanas, iemaņas un prasmes. Ja raugās no vadītāja līmenim atbilstošajām nepieciešamajām prasmēm, tad tās sadalās speciālajās prasmēs, savstarpējo attiecību prasmēs un konceptuālajās prasmēs (Ruperte 2010). Māsas kā zemāka līmeņa vadītājas darbībā būtiskākas ir savstarpējo attiecību un speciālās prasmes. Te jāvērs uzmanība vēl vienam terminam, kas bieži tiek tulkots kā sinonīms vadīšanai – tā ir līderība. Mullins (2005) ir teicis, ka līderība ir mijiedarbība, kuras rezultātā viena persona ietekmē otras uzvedību vai rīcību. Līderība ir indivīda spēja ietekmēt

citus, lai efektīvi sasniegtu mērķi (Reņģe 2008). Raugoties no māszinību paradigmas (AACN 2007), līderība māsas praksē ir jāsaprot kā māsas spēja ietekmēt veselības aprūpes rezultātus (tajā skaitā, arī veselības izglītības darba rezultātus). Māszinībās līderība līdztekus māsas klīniskajām prasmēm, prakses īstenošanai un indivīda un sabiedrības aizstāvībai fundamentāli ietver (AACN 2007):

- līderību pacientu aprūpē un aprūpi vienotā veselumā (holisma princips);
- veselības veicināšanu, veidošanu un nodrošināšanu un risku mazināšanu visās iedzīvotāju grupās;
- izglītības un informācijas vadību.

Māsas darbība ir pamatota pētniecībā, tā tiek plānota, organizēta, attīstīta un novērtēta. Lai māsas darbība sasniegtu izvirzītos mērķus, tiek veidoti aprūpes plāni. Katrs māsas veidots aprūpes plāns ietver ne tikai klīniskās rīcības prasmes pacienta aprūpē, bet arī aprūpes organizatoriskās un vadības prasmes, ietverot indivīda izglītošanu un rezultāta novērtēšanu. Turklāt vadības principu ievērošana dod būtisku ieguldījumu aprūpes darbā, un nākotnē tālejošas sekas ir veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanās (Fitzpatric et al. 2008). Vienotā veseluma (holistiskā) pieeja PVA māsas praksē ir ļoti svarīga. Šajā kontekstā indivīda veselības izglītības darbs jāorganizē ievērojot visas veselības dimensijas, ko veido fizisko, garīgo, sociālo, seksuālo un emocionālo aspektu kopums (Naidoo J., Wils 2000). Savukārt, lai varētu īstenot vienotā veseluma pieeju, māsām ir jābūt sagatavotām aprūpes vadībai visos veselības aprūpes līmeņos, jābūt sagatavotām vadīt aprūpes mikrosistēmas, īstenot uz rezultātu orientētu praksi un reaģēt uz sabiedrības, ģimenes un indivīda veselības vajadzībām (Fitzpatric et al. 2008). Apkopojot iepriekš analizēto, autore pieņem, ka primārās veselības aprūpes līmenī vadība māsas praksē nozīmē mijiedarbībā ar indivīdu veicināt tā veselības kompetenci. Veselības kompetence gan indivīdam, gan sabiedrībai ir viens no sabiedrības ilgtspējas rādītājiem. Turpmāk veiksmīgas indivīdu izglītošanas rezultāti parādās jau indivīda paša prasmē vadīt savu veselību. Tas ir svarīgi arī no ekonomiskā viedokļa. Prast aprūpēt savu veselību, pašam vadīt savas veselības saglabāšanu un mācēt nesaslimt – tas ir daudz lētāk, nekā bieži uzturēties stacionāros (Stanton 1985).

Māsas ir lielākā veselības aprūpes darbinieku grupa, un viņu unikālā pozīcija ir prast “pārdot” labus veselības paradumus patērētājiem, tātad – sabiedrībai. Sabiedrības veselībā māsai būtu jābūt pieejamākai nekā ārstam, turklāt māsām pašām ir jāpieņem ideja par savu zināšanu un prasmju izmantošanu veselības izglītības vadībā. Bet pastāv arī objektīvi apgrūtinājumi. Situācija ar cilvēkresursiem veselības aprūpes sistēmā ir pasliktinājusies, strādājošās māsas ir pārslogotas ar medicīniska rakstura darbībām, veicot tieši slimu cilvēku aprūpi. Lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, LR VM 2010. gadā ir

pieņēmusi lēmumu par māsu skaita palielināšanu primārajā veselības aprūpē un brīvprātīgu primārās veselības aprūpes kvalitātes kritēriju īstenošanu. Kvalitātes kritērijos kā indikatori ietilpst māsu izglītības pilnveide (individuāli tālākizglītības plāni, apgūta tālākizglītības programma ne mazāk kā 20 stundas gadā), māsas patstāvīgi organizētas konsultācijas par veselīgu dzīvesveidu (aptverot vismaz 60% reģistrēto iedzīvotāju) un māsas patstāvīgi organizēta pieņemšana (vismaz 25% no ārsta kopējā pieņemšanas laika) (PVA kvalitātes kritēriju projekts 2012). Tas nākotnē varētu veidot situāciju, ka māsas zināšanas kļūst pieejamāks resurss sabiedrībai. Plānotajā māsu tālākizglītības saturā būtu jāiekļauj rekomendācijas, kas kalpotu kā teorētisks un praktisks pamats māsas darbībai, izglītojot pieaugušos individuus. Autore uzskata, ka ir nepieciešams izveidot metodoloģisku pamatu veselības izglītības darba vadībai primārās veselības aprūpes māsas praksē.

Kopsavilkums. Primārā veselības aprūpe un veselības veicināšana ir salīdzinoši jauni jēdzieni un jauna pieeja, domājot par sabiedrības veselību. Attīstīt un īstenojot šo jēdzienu praksē var daudz labāk, ja:

1. māsas kā *veselības izglītības darba vadītājas* lomu skaidri izprot visi veselības aprūpes procesā iesaistītie (tajā skaitā, arī sabiedrība),
2. tiek izmantots komandas darbs un ievēroti vadības principi, kas nozīmē, vienotu redzējumu par sabiedrības izglītošanu veselības saglabāšanai, kopējas stratēģijas un plānu izstrādi un īstenošanu dzīvē.
3. Individu veselības izglītības vadības teorētiskajam pamatojumam ir izmantojami klasiskie vadības principi: plāno, organizē, vadi un novērtē.
4. Savukārt, *līderība* māsas praksē ir jāsaprot kā māsas spēja, izmantojot veselības izglītību kā instrumentu, veicināt indivīda veselības kompetenci. Turklāt, māasai, organizējot un vadot veselības izglītības darbu, ir nepieciešams gan metodisks atbalsts, gan zināšanas par faktoriem, kas ietekmē indivīda veselības kompetences veidošanos, gan komandas atbalsts.

Analizējot pieaugušo veselības izglītības teorētiskos aspektus un veselības izglītību reglamentējošos stratēģiskos dokumentus, autore secināja, ka svarīgs faktors, kam jāpievērš uzmanība primārās veselības aprūpes māsas praksē, ir indivīda kompetence saglabāt veselību, kas veidojas zināšanu, prasmju un attieksmju mijiedarbības rezultātā. Autore pieņem, ka indivīda veselības kompetences veidošanos bez jau minētās veselības izglītības, ietekmē arī vairāki citi komponenti, tāpēc turpmākā nodaļa veltīta tiem biopsihosociālajiem faktoriem, kuri var ietekmēt indivīda veselības kompetences veidošanos. Šo faktoru noskaidrošana palīdzēs pva māsām precīzēt to ietekmi, vadot veselības izglītības darbu savā praksē.

2. INDIVĪDA VESELĪBAS KOMPETENCI IETEKMĒJOŠIE BIOPSIHOSOCIĀLIE FAKTORI

Šobrīd katra indivīda ikdienas dzīves izvēle kaut nedaudz aspektos, tomēr ir saistīta ar veselību. *Ilona Kickbusch* (2005) uzsver, ka veselības jēdziens Eiropas sabiedrībā jau sen nav tradicionāli saistīts tikai ar medicīnu. Tas nozīmē, ka sabiedrības ilgtspējību raksturo ne tikai dažādi sociālekonomiski rādītāji, bet arī attieksme pret veselību, tās saglabāšanas iespējām un ietekmējošo faktoru apzināšanās. Turklāt demogrāfiskās tendences norāda uz sabiedrības novecošanos un ar to saistītajām dzīves kvalitātes izmaiņām, kuras var mazināt, ja indivīdam ir kompetence veselību saglabāt un rūpēties par to dažādās dzīves situācijās. Indivīdam ir būtiski prast pašam sev atbildēt uz trīs jautājumiem: kas ir mana galvenā problēma, kas man būtu jā dara un kāpēc ir svarīgi, lai es kaut ko darītu? Autore secina, ka aizvien vairāk un vairāk veselības saglabāšanas prasmes ir saistītas ar tām dzīves prasmēm, kādas nepieciešamas šodienas straujo pārmaiņu sabiedrībā.

2.1. Jēdziena *veselības kompetence* konceptuālā analīze

Kompetence kā jēdziens tika definēta OECD projekta *DeSeCo* (1998–2002) ietvaros kā spēja veiksmīgi pamanīt individuālas vai sabiedrības vajadzības vai veikt darbību vai uzdevumu. Katra kompetence ir veidota kā kombinācija no savstarpēji saistītām kognitīvām un praktiskām prasmēm, zināšanām (ietverot arī pašsaprotamās), motivācijas, vērtīborientācijas, attieksmes, emocijām un citiem sociāliem un uzvedības komponentiem, kas kopīgi tiek mobilizēti efektīvai darbībai (*DeSeCo* 2002). Kompetence ir arī spēja pamanīt komplicētas prasības, virzīties un mobilizēt psihosocioloģiskus resursus (iekļaujot prasmes un attieksmes) specifiskā kontekstā. Kompetenci definē kā “cilvēka pamatīpatnību, kas cēloniski saistīta ar rīcības efektivitāti vai augstāku veikspēju darbā vai dzīves situācijās” (*IIME* 2002). Šajā definīcijā kompetence ietver piecas raksturīgas pazīmes: motīvs, iezīme, pašizpratne, zināšanas un iemaņas, kuras savukārt tiek attīstītas noteiktā secībā. Kompetence tiek attīstīta darbībā un mijiedarbībā gan formālās, gan neformālās izglītības kontekstā. Tādējādi kompetences attīstīšana ir saistīta ne tikai ar mācīšanos un zināšanu apguvi skolā. Līdztekus formālajai izglītības sistēmai nepieciešamo kompetenču veidošana un attīstīšana ir arī citu sociālo institūtu – ģimenes, darbavietas, masu mediju, kultūras un reliģisko organizāciju, kā arī citu sociālo institūtu – pārziņā.

Viens no kompetenču veidiem ir *veselības kompetence*. Viena no pirmajām par to plašāk ir runājusi Ilona Kikbuša (*Kickbush*), Ženēvas Starptautisko un akadēmisko studiju institūta pasaules veselības

programmas direktore. Veselības kompetences jēdzienu viņa definējusi 2000. gadā, bet jau kopš 1997. gada viņas pētījumu centrā ir *veselības izpratība (health literacy)*, kas ir būtisks veselības kompetenci ietekmējošs faktors. Veselības problēmas nevar atrisināt tikai ar medicīnisku iejaukšanos vai tikai ar indivīda uzvedības maiņu. Ir jārunā arī par katra indivīda un sabiedrības kopumā spēju pieņemt pamatotus lēmumus, kas saistās ar veselības saglabāšanu. Te nepieciešama veselības kompetence, kuras gala rezultāts ir veselība tās iespējami labākajā veidā ik dienas katram indivīdam un sabiedrībai. *Veselības kompetence* ir indivīda spēja pieņemt tādus lēmumus ikdienas dzīvē, kuri pozitīvi ietekmē veselību – mājās, sabiedrībā, darba vietā, veselības aprūpes sistēmā, darba tirgū, kopienā (*Kickbush; Silberschmidt & Buss 2007*). Kaut arī jebkuras kompetences veiksmīga apgūšana ir saistāma ar indivīda personiskajiem pūliņiem un ieguldījumiem, neapšaubāmi nozīmīga loma ir arī labvēlīgai apkārtējai sociālajai videi, materiālajai situācijai un atbilstošiem sociāli ekonomiskajiem apstākļiem (*DeSeCo 2002*). Tādējādi arī indivīda veselības kompetences veidošanos ietekmē dažādi – gan iekšējie, gan ārējie – faktori.

- Pie ārējiem faktoriem jāpieskaita sociālā un kultūras vide, izglītības sistēma, veselības aprūpes sistēma, informācijas un komunikācijas iespējas un informācijas tīkli, kā arī sadarbības iespējas. Pasaules Veselības organizācija vides faktoros ir definējusi šādi: “vides faktoros veido fizisko, sociālo un attieksmju vide, kurā cilvēks dzīvo un pavada savu mūžu. Indivīdam tie ir ārējie faktori, un tiem var būt pozitīva vai negatīva ietekme uz viņa kā sabiedrības locekļa veikspēju, viņa dotumiem veikt darbību vai uzdevumu, vai uz indivīda ķermeņa funkciju vai struktūru (*WHO Health Promotion Glossary 1986*).
- Pie iekšējiem faktoriem pieskaitāmas indivīda vērtības, motivācija, dzīvesveids un uzvedība, iepriekšējā pieredze, gūtās zināšanas, attieksme un kompetence, kā arī sociāli ekonomiskais statuss.

Jēdziens *veselības kompetence (health competency)* ir veidots, paplašinot jēdziena *veselības izpratība (health literacy)* nozīmi. *Brieskorn-Zinke (2011)* atzīmē, ka jēdziens *veselības kompetence* ir zināšanās bāzēts un fokusējas spējā lasīt, saprast un strādāt ar informāciju par veselību un būt spējīgam pieņemt lēmumus, kas saistās ar veselības uzturēšanas jautājumiem savā ikdienas dzīvē. *Ilona Kickbusch (2006)* skaidro, ka šis jēdziens ir veidots, pamatojoties PVO Otavas hartas (1984) definīcijā par veselību, kuras veidošanās notiek cilvēka ikdienas dzīvē un vidē. Mēģinājumi noteikt konkrētus, veselības kompetenci ietekmējošos faktoros, noveda pie secinājuma, ka tas ir komplicēti, jo tie ir saistīti ar indivīda prasmēm kopumā veidot savu ikdienas dzīvi. *Izglītība un izpratība (literacy)* iezīmē jaunus faktoros veselības veicināšanā līdzās tādiem faktoriem kā ienākumi, ienākumu sadale, nodarbinātība, darba apstākļi

un sociālā vide, lai gan šo faktoru kopsakarība ir smagnēja un pieprasa papildu pētījumus (Kichbush 2001). Veselības saglabāšanā kompetenta / lietpratīga sabiedrība (*health competent society*) savukārt ir jēdziens, ko izvirzījusi PVO. Jo lielāka veselības kompetence ir sabiedrībā un katram indivīdam atsevišķi, jo labāks būs sabiedrības veselības rezultāts kopumā. Veselības saglabāšanā kompetenta sabiedrība (*health competent society*) ir sabiedrība, kur katram indivīdam, kopienai un institūcijai ir zināšanas, attieksmes, prasmes un resursi, kas nepieciešami, lai uzlabotu un uzturētu veselību (Storey et al. 2006). Veselības kompetence ir daudzu savstarpējā mijiedarbībā esošu faktoru daudzdimensionāls un multideterminēts process, kas ir mainīgs līmeņos no zemāka uz augstāku (Storey; Figueroa 2012). Tas jāsaprot kā mainīgais virzībā no indivīda uz kopienas un sabiedrības līmeni, turklāt veselības kompetences līmenis no zemāka uz augstāku ir mainīgs arī katra indivīda, kopienas vai sabiedrības kā sistēmas ietvaros.

6. tabula. Veselības kompetence un radniecīgie koncepti (autores veidota)

Jēdziens / termins angļu val.	Jēdziens / termins latviešu val.	Definīcija	Sinonīmi
<i>Health competency</i>	<i>Veselības kompetence</i>	Indivīda ikdienas dzīvei nepieciešamo veselībai draudzīgo lēmumu pieņemšanas un īstenošanas nosacījums	Lietpratība, pārzināšana
<i>Health literacy</i>	1. Veselības izpratība	1. Māka saprast rakstveida informāciju par veselības saglabāšanu (terminoloģijas datu bāze)	Veselības rakstprasme
<i>Health competent society</i>	<i>Veselības saglabāšanā lietpratīga / kompetenta sabiedrība</i>	Sabiedrības lietpratība labāka sabiedrības veselības rezultāta sasniegšanai	
<i>Information literacy</i>	<i>Informācijpratība</i> (akceptēts LZA Terminoloģijas komisijas informācijas tehnoloģijas un telekomunikācijas apakškomisijā 05.11.1999.)	Spēja atrast, atlasīt, novērtēt, pārvaldīt un izmantot informāciju	
<i>Informed consent</i>	<i>Informēta piekrišana</i> medicīnā (akceptēts nozares terminoloģijas darba grupā 06.02.2008.)		
<i>Literacy</i>	Rakstpratība	Spēja lasīt un rakstīt	

Apkopojot iepriekš analizēto, autore *veselības kompetenci* definē: tā ir ārēju un iekšēju faktoru noteikta indivīda spēja pieņemt pamatotus, fizisko, emocionālo, sociālo, garīgo un intelektuālo veselību pozitīvi ietekmējošus, lēmumus ikdienas dzīvē. Turpmākajā nodaļā tiks analizēts jēdziens *veselības izpratība (health literacy)*, jo autore pieņem, ka tas nav identisks jēdzienam *veselības kompetence*.

2.1.1. Veselības izpratība (health literacy)

Lai attīstītu efektīvu iedzīvotāju veselības izglītības darbu, kura rezultātā tiktu veicināta veselības kompetence, jāņem vērā indivīda veselības izpratība. Veselības izpratība (*health literacy*) ir jauns jēdziens, kas tikai pirms divdesmit gadiem ir nonācis pētnieku redzeslokā. Tā ir indivīda izziņas un sociālās prasmes, kas nosaka indivīda nodomu un spējas iegūt, saprast un izmantot informāciju, kā labāk saglabāt un uzturēt veselību. Liela nozīme cilvēka veselības saglabāšanā ir tādai sociālajai determinantei kā nepietiekama izglītība (*Healthypeople 1999*). Cilvēki ar zemāku izglītību, mazākām sociālajām prasmēm, tajā skaitā lasītprasmi, neizprot riskus veselībai, līdz ar to arī nemāk tos novērst. Rakstiska informācija par veselības veicināšanu presē, informatīvi bukleti, ko pacienti saņem veselības aprūpes iestādēs, medikamentu anotācijas – tas ir liels daudzums literatūras, ar ko ir jātiek galā katru dienu. Noteikt, vai šie dokumenti nav pārāk grūti izlasāmi un saprotami pacientam, ir ļoti svarīgi. Tomēr veselības izpratība jāuztver kā kaut kas vairāk nekā tikai prasme izlasīt informāciju par veselību, tā ir arī prasme izmantot šo informāciju, pārvēršot to zināšanās. Tā sevī ietver zināšanas, kas attiecas uz interesējošo problēmu (*Nutbeam 2000*):

- pārlicība par sevi attiecībā uz šīm zināšanām;
- pašefektivitāte (*self- efficacy*);
- attieksme un uzvedības nodoms;
- orientācija nākotnē un līdzdalība veselības veicināšanas programmās.

Tāda interpretācija sasaucas arī ar *Health People (2010)* definēto: “veselības izpratība (*health literacy*) ir spēja *atrast, izlasīt, saprast un izmantot* informāciju par veselības saglabāšanu, te ietilpst arī prasme uzklaut, orientēties iegūtajā informācijā un piedalīties kopējās veselības veicināšanas programmās”. Veselības izpratība ir pakāpe, līdz kurai cilvēkam ir iespējams iegūt, apstrādāt un saprast pamatinformāciju par veselību un pieņemt atbilstošus lēmumus (*Ratzen, Park 2000*). Neatbilstoša funkcionāla veselības izpratība (spēja izlasīt un aptvert instrukcijas veselības aprūpē) var būt pat līdz 80% indivīdu, saskaroties ar veselības aprūpes sistēmu (*Williams et al. 1998; Wofford et al. 2001*).

2.1.2. Veselības izpratības definīcijas

Veselības izpratība ir:

- spēja iegūt, interpretēt un saprast pamata informāciju par veselību, tās aprūpi un kompetence pielietot iegūto informāciju, tādējādi uzlabojot savu veselību (*Friedman et al.* 2006, *Garbers; Chiasson* 2004; *Mongeau, Horowitz* 2004; *Rogers et al.* 2006, *United States Department of Health and Human Services* 2010);
- prasmju kopums, kas nepieciešams indivīdam, lai funkcionētu veselības aprūpes vidē (*Hahn et al.* 2003/2004);
- spēja lasīt, saprast un lietot informāciju par veselības saglabāšanu (*Guerra et al.* 2005);
- indivīda kognitīvās un sociālās prasmes, kuras determinē motivācija un spēja iegūt, saprast un lietot informāciju par veselības veicināšanu un veselības saglabāšanu (*Friedman et al.* 2004);
- veselības izpratība ir specifiska izpratības forma, kas attiecas uz veselības medicīnisko kontekstu. Veselības izpratība atspoguļo prasmi lasīt un saprast medicīniska rakstura terminoloģiju, saprast medikamentu lietošanas instrukcijas, lasīt un saprast uzrakstus uz ārstniecības līdzekļiem un veidlapām, aizpildīt ar veselību saistītu dokumentāciju, un orientēties veselības aprūpes vidē (*Davis et al.* 1996; *Sharp et al.* 2002);
- zināms, ka funkcionāla veselības izpratība ir saistīta ar kultūras, izziņas un sociālā kontekstā bāzētu piekļuvi lasīšanai, informācijas strukturēšanai, jēgas atklāšanai jeb dekodēšanai un rīcībai saskaņā ar iegūto informāciju, pieņemot veselībai vislabvēlīgākos lēmumus (*Andrus; Roth* 2002; *Zanchetta* 2004).

Analizējot jēdziena *veselības izpratība* saturu, autore pieņem, ka plašākā nozīmē tā ir: 1) indivīda kognitīvās spējas vispirms jau piekļūt informācijai, 2) valodas prasme kā spēja izlasīt un saprast, 3) kritiskā domāšana kā prasme novērtēt iegūto, to sastrukturēt un interpretēt (analizēt) tekstu, kas ir indivīda veselības veicināšanai nozīmīgs un 4) spēja sintezēto ietver savās sociālajās prasmēs.

2.1.3. Veselības izpratība indivīda saskarsmē ar veselības aprūpes sistēmu

Veselības izpratība (*health literacy*) kā jēdziens sākotnēji tika pētīts ASV un Kanādā. Tika pievērsta uzmanība situācijai, ka desmitiem miljonu pieaugušo amerikāņu ir grūtības izlasīt tekstus, kas satur informāciju par veselību, piemēram, zāļu lietošanas instrukcijas vai veselības izglītības bukletus. Pētnieki secināja, ka vairāk nekā 90 miljonu pieaugušo ASV iedzīvotāju var izjust grūtības izmantot veselības

aprūpes sistēmu, jo viņu veselības izpratība nav pietiekoša. Desmitiem miljonu pieaugušo amerikāņu ir grūtības izlasīt tekstus, kas satur informāciju par veselības veicināšanu un uzturēšanu, un vispirms tas ir saistīts ar nepietiekamu izglītības līmeni (*Kitigawa; Hauser 1973; Pappas et al. 1993; Lantz et al. 1998*). Zema izpratība veido zemāku veselības iznākumu, izpratība ir izglītība (*Gazmararian et al. 1999*). Sākotnēji tika pieņemts, ka problēma saistīta ar indivīdu valodas prasmi, bet tika secināts, ka zema veselības izpratība ir attiecināma gan uz angļiski runājošajiem, gan cilvēkiem, kam angļu valoda nav dzimtā valoda (*Nielsen-Bohlman, Panzer, Kindig 2004*).

Jāteic, ka pētījumi par veselības izpratību Latvijā pagaidām nav veikti, neraugoties uz to, ka sabiedrības sociālās struktūras (etniskā un valodu atšķirība) ziņā Latvijā ir līdzīga situācija, ja ņem vērā valsts valodas lietošanas paradumus sociālajās grupās. Arī Latvijā gandrīz pusei populācijas dzimtā valoda nav latviešu, līdz ar to ir iespējami apgrūtinājumi veselības izpratībā. Atšķirīgi no iepriekšminēto valstu situācijas ir tas, ka mūsu valsts pieder pie valstīm ar augstu rakstpratības (*literacy*) līmeni. Autore uzskata, ka indivīda veselības izpratības noteikšanai būtu jāizmanto kritēriji, kas veidojami atbilstoši katrai noteiktai sabiedrībai, jo veselības izglītotāju subjektīvais vērtējums par izglītojamā veselības izpratību bieži vien ir neprecīzs. Kā trīs galvenos indikatorus te var minēt:

- veselības izglītības statuss sabiedrībā;
- indivīda veselības statuss;
- pieejamība veselības aprūpes pakalpojumiem.

Veselības statusu savukārt ietekmē dažādi savstarpēji saistīti sociālekonomiskie faktori: ienākumu līmenis, nodarbošanās, vispārējā izglītība un dzīves apstākļi.

Problēmas var radīt arī medicīnas darbinieku žargons un “slepenā” valoda, kas nereti ir tik pašsaprotama veselības aprūpē strādājošajiem, bet nav pilnībā saprotama pārējiem indivīdiem. Problēma ar nepilnīgu veselības izpratību saasinās, ja pieaugušie, kuriem ir grūtības saprast rakstisku informāciju par veselības uzturēšanu, kautrējas jautāt un slēpj savu neizpratni no veselības aprūpes darbiniekiem. Šie indivīdi neuzdod jautājumus, baidoties izskatīties neizglītoti mediķu acīs (*Nutbeam 2000*). Viens no māsas uzdevumiem ir noskaidrot un saprast, vai indivīdam nav grūtības ar medicīniska rakstura informāciju, vai viņš to ir sapratis. Māsas uzdevums (it īpaši primārās veselības aprūpes līmenī) ir indivīda problemātiskas veselības izpratības (*health literacy*) identifikācija (*Cutilli 2005*). Ja veselības aprūpes sistēmā strādājošie nesteigtos un pajautātu indivīdam, ko viņš nesaprot, tad, neapšaubāmi, cilvēki būtu pasargātāki no

grūtībām uztvert un saprast informāciju par viņu veselību. Grūtības pastiprina arī multikulturālā vide, kāda šobrīd ir rietumu pasaulē, straujā tehnoloģiju attīstība, nepietiekama starpdisciplināra sadarbība (veselības aprūpe – izglītība – ekonomika). Sekas tam ir nepietiekami pievērsta uzmanība veselības saglabāšanai, nepietiekami operatīvi lēmumi veselības aprūpē, pazemināti veselības rādītāji, un rezultāts ir nelabvēlīgs veselības iznākums (*Schillinger et al. 2003; Davis et al. 2006; Persell et al. 2007; Khankari et al. 2007; McCaffery 2008*). Zema veselības izpratība (*health literacy*) veido zemāku veselības iznākumu (*Schillinger et al. 2002; Baker et al. 2002; Wolf et al. 2005; Baker et al. 2007*). Veselības izpratība ir attiecināma ne tikai uz indivīdiem. Var minēt, ka arī ārsti, māsas, medicīnas reģistratori, tāpat arī informatīvie bukleti, nozīmējumi un pat uzraksti uz veselības kopšanas piederumiem un zāļu pudelītēm var demonstrēt zemu veselības izpratību, piemēram:

- ārsti, kas nespēj pacientiem izskaidrot nepieciešamās rīcības instrukcijas;
- medikamentu anotācijas, kuru teksts satur medicīniska rakstura terminoloģiju un nav izprotams indivīdam bez speciālas medicīniskas izglītības;
- slimnīcu līgumu teksti, kas satur pacientiem nesaprotamus vārdus un frāzes;
- mediķi, kas sarunās ar pacientiem izmanto vārdus un frāzes (“mediķu žargonu”), kuras nesaprot cilvēki bez medicīniskās izglītības.

Pētījumi pierāda, ka veselības izpratība un veselības rezultāts ir savstarpēji saistīti. Hroniski slimiem cilvēkiem ar ierobežotu veselības izpratību ir mazāk zināšanu un prasmju sava veselības stāvokļa vadīšanai, salīdzinot ar pacientiem, kuru veselības izpratība ir plašāka (*Williams et al. 1998; S. Kalichman et al. 2000; Schillinger et al. 2002*).

2.1.4. Informācijas izpratība

Ļoti ciešā mijiedarbībā ar iepriekš analizētajiem jēdzieniem *veselības kompetence* un *veselības izpratība* ir *informācijas izpratība* (*information literacy*). Informācijas izpratība ir definēta kā cilvēku būtiskas iemaņas sasniegt personīgus, sociālus, profesionālus un izglītības mērķus (*The Alexandria Proclamation on Information Literacy and Lifelong Learning 2005*). Informācijas izpratības iemaņas ir nepieciešamas cilvēkiem mūžizglītībai un veicina *zināšanu sabiedrības* veidošanos. Ļoti būtisks elements informācijas izpratībā ir prasme iegūt un atlasīt informāciju. Veselības aprūpē ir divas atšķirīgas jomas, kurās ir svarīga informācijas izpratība.

- Vispirms tie ir *veselības aprūpes profesionāļi*. Viņiem nepārtraukti jāapgūst jauna informācija. Piemēram, par jaunākajiem pētījumiem un jaunu pieredzi veselības aprūpē, tā veidojot uz pierādījumiem balstītu praksi. Profesionāļiem ir būtiski vispirms prast šo jauno informāciju atrast.
- Otrkārt, tās ir *indivīda tiesības uz informāciju* par veselības saglabāšanu un aprūpi. Sevišķi svarīgas ir vietās, kur cilvēkiem ir sliktāki sociālie apstākļi un ierobežota pieeja informācijai (Catts; Lau 2008).

Veselības informācijas izpratības definīcija: veselības informācijas izpratība ir cilvēka spēja iegūt, interpretēt un saprast pamata informāciju par veselību, un viņa kompetence izmantot tādu informāciju un pakalpojumus, kas palīdz pozitīvi mainīt veselību. Veselības informācijas izpratība ir *spēja atšķirt* nepieciešamo informāciju no pārējās un *prasmē meklēt* to ticamos avotos (WHO 1986). Kopējā informācijas telpā ir ļoti daudz dažādas informācijas, būtiskākais – tai jābūt patiesai un vienotai. Festingers lietoja terminu *kognitīvā disonanse*, lai raksturotu cilvēka garīgo stāvokli, kad tiek piedāvāta jauna informācija, kas ir pretstatā jau esošajai. Tā mudina cilvēku vai nu noraidīt jauno informāciju (kā neuzticamu vai nepiemērotu), vai arī pieņemt attieksmes un uzvedību, kas saskanētu ar to (Naidoo, Wils 2000). Negatīvi vērtējama situācija, ka šobrīd Latvijā nav vienotu vadlīniju veselības izglītības darbam ar pieaugušajiem. Līdz ar to arī informācija par veselību ietekmējošiem paradumiem nav vienota, nereti pat pretrunīga. Individīdi nereti izmanto avotus, kuros iegūtā informācija ir stereotipiska, nav precīza un zinātniski pamatota. Tādējādi iegūtā informācija var veidot negatīvu attieksmi un kavēt pamatotas informācijas uztveršanu un izmantošanu. Kā piemēru var minēt pretrunīgo attieksmi, kāda ir izveidojusies daļai iedzīvotāju par vakcinēšanās lietderību.

2.1.5. Veselību veicinošie faktori

Veselības kompetence ir indivīda prasme pieņemt veselībai labvēlīgus lēmumus. Iepriekšējās nodaļās tika analizēta veselības izglītības nozīme, tās loma indivīda un sabiedrības veselības kompetences veidošanā un nostiprināšanā. Šajā nodaļā tiks analizēts, kādi iekšējie un ārējie faktori kopumā var ietekmēt indivīda veselību.

Analizējot un apkopojot teorētiskajos avotos aprakstīto, jāsecina, ka veselību ietekmē ne tikai veselības izglītība, bet vēl virkne citu determinantu. Līdztekus veselības izglītībai, veselības izpratībai (*health literacy*) un veselības uzvedībai ir riska uztvere, ticība pašefektivitātei (*self-efficacy*), fiziskā vide un tēriņi vai atvieglojumi (Gordon 2002). Pasaules Veselības organizācija atzīmē tādas determinantus kā

sociālā un ekonomiskā vide (ienākumi un sociālais statuss), fiziskā vide (darba vide un drošība), sociālo tīklu atbalsts un ietekme, izglītība, kā arī cilvēka personības īpatnības un uzvedība (WHO 2011). Saskaņā ar vairākām nostādnēm (*Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians* 1999; WHO 2011), plašākā nozīmē viss cilvēku dzīves konteksts (faktori) nosaka viņu veselību:

- ienākumi un sociālais statuss – augstāki ienākumi un sociālais statuss ir saistāms ar labāku veselību. Jo lielāka starpība starp bagātiem un nabadzīgiem indivīdiem, jo lielāka starpība arī veselībā;
- izglītība un izpratība (*literacy*) – zems izglītības līmenis ir saistāms ar vājāku veselību, lielāku stresa klātbūtni un zemāku pārliecību par saviem spēkiem (pašapziņu);
- fiziskā vide – tīrs dzeramais ūdens un gaiss, veselību atbalstoša darba vide, droši mājokļi, attīstītas komunikācijas un ceļi kopumā veicina labāku veselību;
- nodarbinātība un darba nosacījumi – strādājošie indivīdi ir veselīgāki, īpaši tie, kuriem ir lielākas kontroles iespējas pār viņu darba vidi;
- sociālā atbalsta tīkli – lielāks atbalsts, ko indivīds saņem no ģimenes, draugiem un kopienas, ir saistāms ar labāku veselību;
- kultūra – paradumi un tradīcijas – un pārliecība par ģimeni un sabiedrību kopumā arī ietekmē veselību;
- ģenētika – iedzimtībai ir noteikta loma indivīda dzīvildzē, kā arī varbūtībā pārmantot kādas slimības;
- personas uzvedība un prasme tikt galā ar tādiem veselību ietekmējošiem paradumiem kā nesabalansēts uzturs, smēķēšana, mazaktīvs dzīvesveids, alkohola lietošana un stresa ietekmes mazināšana arī nosaka indivīda veselību;
- veselības aprūpes sistēma – tā ir iespēja saņemt gan profilaktiskos veselības aprūpes pakalpojumus, gan ārstēšanu;
- dzimums – vīrieši un sievietes dažādos vecuma posmos ir pakļauti atšķirīgām slimībām.

Neapšaubāmi, iepriekšminētie faktori var ietekmēt arī veselības kompetences veidošanos.

Analizējot literatūras avotos aprakstītos veselību ietekmējošos faktoros, tie tika apkopoti četrās grupās, kuras līdztekus veselības izglītībai varētu veidot veselības kompetences veidošanās modeļa pamatkomponentus. Autore pieņem, ka veselības kompetenci ietekmējošo faktoru modeļa komponenti ir

veselības izglītība, veselības uzvedība, vide un vērtības. (Turpmākajās nodaļās autore pievērsīsies šo komponentu teorētiskai analīzei.)

Kopsavilkums. Katra indivīda ikdienas dzīves izvēle kaut nedaudz aspektos, bet ir saistīta un var ietekmēt veselību.

- 1) Veselība veidojas biopsihosociālu aspektu noteiktā mijiedarbībā, un ir nepieciešams zināšanu, prasmju un attieksmju kopums, kas izpaužas kā veselības kompetence un ļauj indivīdam pieņemt lēmumus, kuri pozitīvi ietekmē veselību katrā ikdienas solī.
- 2) Veselības kompetences veidošanos ietekmē dažādi iekšējie un ārējie faktori, turklāt tā ir daudzu savstarpējā mijiedarbībā esošu faktoru daudzdimensionāls un multideterminēts process, kas ir mainīgs līmeņos no zemāka uz augstāku.
- 3) Veselības kompetence var būt atšķirīga gan indivīda, gan grupas, gan sabiedrības līmenī.
- 4) Ļoti nozīmīgi visos līmeņos veselības kompetenci ietekmē veselības izpratība. Ir pierādījies, ka cilvēkiem ar ierobežotu veselības izpratību ir mazāk zināšanu un prasmju sava veselības stāvokļa vadīšanai.
- 5) Veselības izpratības pamatā ir indivīda rakstprātība. Tas ļauj pieņemt, ka indivīda veselības kompetenci būtiski determinē izglītība, kas mūsdienu globalizācijas kontekstā ir svarīgākais sabiedrības pastāvēšanas un attīstības jeb ilgtspējas priekšnoteikums.
- 6) Analizējot veselības kompetences veidošanos, jāizceļ četri galvenie determinanti: *vide, veselības izglītība, veselības uzvedība un vērtības*, kas savstarpēji mijiedarbojas un kopīgi ietekmē indivīda veselības kompetenci.

Turpmākajās nodaļās autore analizēs atsevišķi katru no šiem determinantiem, pieņemot, ka iegūtais rezultāts iniciēs veselības kompetences modeļa izveidošanu.

2.2. Veselības uzvedības nozīme indivīda veselības kompetences veidošanās procesā

Veselības uzvedība ir personas rīcība, lai sasniegtu, rūpētos vai atgūtu labu veselību un novērstu vai nepieļautu slimību. Veselības uzvedība atspoguļo personas veselības pārlicību (*Naidoo, Wils 2000*). Indivīds (cilvēks) ir būtiska vienība veselības izglītības teorijā, pētniecībā un praksē. Visas citas vienības – vai tā būtu grupa (ģimene), vai kopiena (sabiedrība) – veido indivīdi. Sīlis (2010) atzīst, ka “ar jēdzienu *veselības uzvedība* tiek apzīmēts indivīdam ikdienā raksturīgais veselību ietekmējošo prakšu klāsts”. Tādējādi jāpieņem, ka indivīda veselības uzvedība ir viens no būtiskiem, veselības kompetences veidošanos ietekmējošiem, faktoriem. Veselības izglītības procesa vadībā tiek izmantotas arī veselības uzvedības teorijas un modeļi (*Tones 2002; Noar 2005; Wills 2008*).

Veselības uzvedība ir jebkura cilvēka rīcība (neatkarīgi no faktiskā vai pieņemtā veselības stāvokļa) ar mērķi veicināt, aizsargāt vai saglabāt veselību vai arī rīcība, kas nav objektīvi efektīva, lai sasniegtu šo mērķi (*Cochercam 2000*). Veselības uzvedība (fizisko aktivitāšu daudzums, ēšanas paradumi, alkohola lietošanas paradumi, smēķēšana / nesmēķēšana un citi veselības uzvedības veidi, kas summāri veido veselības dzīvesstilu) iespaido gan veselības stāvokli, gan dzīves kvalitāti (Sīlis 2010). Lai veselības izglītības ietvaros varētu pilnvērtīgi sadarboties ar indivīdu, ir jāsaprot cilvēka veselības uzvedība un jāpārziņina to ietekmējošie faktori, jo indivīda uzvedība var vai nu palielināt, vai samazināt risku veselībai visa cilvēka mūža garumā (*Green et al. 1980*).

Veselības uzvedība ir tikpat daudzveidīgi un sarežģīti determinēta kā citi indivīda sociālās uzvedības veidi, tāpēc veselības uzvedības izpratne ne tikai paplašina zināšanas par šo jomu, bet arī palīdz saprast, kā būtu iespējams ietekmēt un veicināt veselību apdraudošu paradumu maiņu. Pastāv vairāki veselības uzvedības teorētiskie modeļi. Mūsdienu veselības uzvedības teoriju analīze parāda, ka veselības uzvedību nosaka daudzi faktori. Veselības uzvedība tiek pētīta vairākos līmeņos – personīgajā, grupas un sabiedrības līmenī. Un arī katrā no šiem līmeņiem var izdalīt virkni faktoru.

2.2.1. Veselības uzvedību ietekmējošie faktori

Veselības uzvedību ietekmējošo faktoru identifikācija ir kļuvusi par vienu no centrālajām tēmām veselības izglītībā. Veselības uzvedības izpratne gan paplašina zināšanas par šo jomu, gan arī palīdz saprast, kā iespējams ietekmēt un veicināt veselību apdraudošas uzvedības maiņu (*Sorman et al. 2000*). Savukārt veselības izglītība jāuztver kā sociālo pārmaiņu instruments, ar kuru indivīdiem, grupām un sabiedrībai kopumā tiek veidotas zināšanas un prasmes, kā arī radīta iespēja un resursi, lai saglabātu un

uzlabotu veselību pašreiz un turpmāk. Tās mērķis ir palīdzēt indivīdam mainīt veselību apdraudošos uzvedības paradumus (*Bernard, Krupot 1994*). Tādējādi veselības uzvedības teorijas un konceptuālie modeļi tiek izmantoti veselības izglītībā, jo tie pamato, izskaidro un sistematizē zināšanas, turklāt ir kā pamats tālākai rīcībai (*Redding et al. 2000; Naidoo, Voggiani 2009*).

Veselības uzvedībai ir ļoti svarīga loma indivīda veselības saglabāšanā. Piemēram, smēķēšana, nepiemērots uzturs, nepietiekama fiziskā aktivitāte un nedrošas seksuālās attiecības var novest pie saslimšanas. Pierādījumi liecina, ka dažādi cilvēka veselības uzvedības paraugi ir cieši saistīti ar indivīda un sabiedrības *izglītības līmeni*, sociālo un kultūras *vidi*. Faktori, kas līdztekus veselības izglītībai un veselības izpratībai skar veselības uzvedību, ir *riska uztvere* un *ticība paša spēkiem (self-efficacy)*.

Riska uztvere ir cieši saistīta ar attieksmi, sociālo ietekmi un pašefektivitāti (*Van Osch et al. 2008*). Organisma ģenētisko noslieci kādai saslimšanai ir grūti mainīt. Īstermiņā un vidējā termiņā ir grūti mainīt arī indivīda un sabiedrības sociālos apstākļus. (*Kosenko 2002*) Bet veselības uzvedība ir milzīgs potenciāls saslimstības paternu maiņai. Tomēr nereti mēģinājumi mainīt veselības uzvedību beidzas ar neveiksmi. Daļēji to var skaidrot ar sabiedrības veselības stratēģiju veidotāju virspusīgu attieksmi pret veselības uzvedību kā svarīgu indivīda veselības kompetenci veidojošu komponentu un neiedziļināšanos veselības uzvedības konceptuālajos modeļos, kuros apkopoti veselības uzvedību noteicošie faktori un to savstarpējās sakarības. Pētījumi apliecina, ka daudz dažādu faktoru gan tieši, gan netieši ietekmē indivīda veselības uzvedību, piemēram:

- dzimšanas vieta,
- vecāku ienākumi,
- izglītība un darba iespējas,
- sabiedrībā valdošie aizspriedumi un diskriminācija (*Kuhetal 1997; Graham, Power 2004*).

Veselības uzvedība var izmainīties, mainoties cilvēka sociālajiem un materiālajiem apstākļiem, kā arī izejot dažādus cilvēka mūža vecuma posmus. Svarīgs jēdziens ir *attieksme*, tas bieži tiek lietots, lai izprastu un prognozētu cilvēka reakciju uz objektu vai pārmaiņām, ietekmē uzvedību (*Fishbein; Ajzen 1975*). Attieksmi var definēt arī kā pieredzes un sociālu pārdzīvojumu veidotu vērtību shēmu jeb kopumu, kas nosaka cilvēku reakcijas veidu uz kādu notikumu vai citiem cilvēkiem (*Marks, Lutgendorf 1999*). Jēdzienam *attieksme* ir trīs komponenti:

- *emocijas* kā personas jūtas pret attieksmes objektu;
- *kognitīvais komponents* kā personas uzskati vai zināšanas par attieksmes objektu;
- *uzvedības komponents* kā personas tieksme rīkoties noteiktā veidā tieši attiecībā uz attieksmes objektu (*Triandis 1971*).

Ticība paša spēkiem vai *pašefektivitāte (self-efficacy)*. Tā ir sociālās izziņas teorijas konstrukts, kas plaši tiek izmantots kā noderīgs uzvedības izmaiņu procesa indikators. Pašefektivitāte ir ticība, ka veiksmīgi iespējams mainīt esošo uzvedību, un tas nepieciešams, lai sasniegtu kādu mērķi. Tā ir daļa no sarežģīta mijiedarbības procesa, kas satur personības, uzvedības un ekoloģiskus faktorus (*Bandura. 2004*). Pašefektivitātei pretēji uztverams ir jēdziens *iemācīta bezpalīdzība (learned helplessness)*. Cauri neveiksmēm cilvēks nonāk pie priekšstata, ka savā uzvedībā nevar neko mainīt, jo, lai kā cenšas, rezultāts ir viens un tas pats (*Cristophen et al. 1995; Maiers 2001; Osipova 2006*). Tas izskaidro, kāpēc cilvēks pārtrauc mainīt veselību ietekmējošos paradumus, jo nereti rezultāts (piemēram, smēķēšanas pārtraukšanā, uztura paradumu maiņā) neveidojas tāds, kā cilvēks sākotnēji iecerējis, lai gan pārmaiņas cenšas īstenot vairākkārt. Tad cilvēks piemēro sev atziņu, ka “es jau to nevaru izdarīt; paveikt; atrisināt”, jeb ir iemācījies būt bezpalīdzīgs kādās noteiktās darbībās un situācijās.

Kopsavilkums.

- 1) Veselības uzvedība ir personas rīcība, lai sasniegtu, rūpētos vai atgūtu labu veselību un novērstu vai nepieļautu slimību un tai ir ļoti svarīga loma indivīda veselības saglabāšanā.
- 2) Ir daudz dažādu faktoru, kuri gan tieši, gan netieši ietekmē indivīda veselības uzvedību, kā indivīda dzimšanas vieta, vecāku ienākumi, izglītība un darba iespējas, sabiedrībā valdošie aizspriedumi un diskriminācija.
- 3) Veselības uzvedība var izmainīties, mainoties cilvēka sociālajiem un materiālajiem apstākļiem, kā arī izejot dažādus cilvēka mūža vecuma posmus.
- 4) Veselības uzvedības teorijas un konceptuālie modeļi tiek izmantoti veselības izglītībā, jo tie pamato, izskaidro un sistematizē zināšanas, turklāt ir kā pamats tālākai rīcībai, tajā skaitā, veselības izglītības darba organizēšanai un vadībai.

2.3. Veselības uzvedības konceptuālie modeļi

Attīstoties zinātnē, arvien biežāk tiek veidoti dažādi modeļi, kas atspoguļo reālas situācijas vai likumsakarības ikdienā. Ar jēdzienu *modelis* parasti saprot materiālu vai iztēlē izveidotu objektu, kas izpētes procesā aizvieto oriģinālo objektu tā, ka modeļa izpēte dod jaunas zināšanas par oriģinālu. Konceptuālie modeļi, kas apraksta cilvēka veselības uzvedību, paredzēti, lai parādītu tos faktorus, uz kuriem mērķtiecīgi būtu jāiedarbojas, mēģinot mainīt indivīda veselību ietekmējošu uzvedību. Šie modeļi atšķiras no uzvedības teorijām, jo parasti ir vērsti uz konkrētu darbību, tās veidu. Tie bieži vien pamatojas vairākās teorijās, kā arī empīriskos secinājumos (*Earp; Ennet 1991*). Veselības uzvedības konceptuālos modeļus var sadalīt atbilstoši trīs veselības uzvedības izcelsmes līmeņiem: personības, grupas un kopienas (*Goldman, Schmalz 2001*).

2.3.1. Veselības uzvedības teorētiskie modeļi personas līmenī

Personībā bāzētie modeļi un teorijas veselības uzvedībā. Šie modeļi ir plašāk pazīstami.

Viens no labāk zināmajiem teorētiskajiem modeļiem, kas parāda apstākļus, kas iespaido varbūtību, ka indivīds mainīs uzvedību, ir **Veselības pārliecības modelis** (*The Health Belief Model; Becker 1974*). Šis modelis sākotnēji ir ASV Sabiedrības veselības psihologa Rouzenstoka (*Rosenstock 1966*) izveidots un Bekera (*Becker 1974*) daļēji pārveidots (*Naidoo, Wills 2000*). Veselības pārliecības modelis apraksta faktorus, kuri ietekmē indivīda vēlēšanos kaut ko mainīt savā uzvedībā, veidojot *pārliecību* par iznākumu. Modelis pamatots sociālās psiholoģijas teorētiķa A. Banduras sociālās mācīšanās teorijā. Sociālās mācīšanās teorija izskaidro cilvēka uzvedību kā nepārtrauktu izziņas, uzvedības un vides ietekmes mijiedarbību. Cilvēki mācās, novērojot citu uzvedību, attieksmi un uzvedības rezultātus (*Bandura 2004*). Veselības pārliecības modelī arī izziņas saturs un vides notikumi ietekmē viens otru. Vispirms ir indivīda izpratne par to, cik liela ir iespējamība saslimt ar kādu slimību un cik nopietni ir būt slimam. Šo izpratni iespaido gan demogrāfiskie nosacījumi (vecums, dzimums, tautība), gan sociālie nosacījumi – sociālā grupa, personība, sabiedrība. Izpratne ir atkarīga arī no izjustā slimības X apdraudējuma un darbības iespējamības.

Kā piemēru šā modeļa skaidrojumam var minēt profilaktisko aizsardzību pret ērcu encefalītu. Indivīds saprot, ka tā ir bīstama slimība un pastāv liela iespēja ar to saslimt, jo viņš, piemēram, dzīvo lauku apvidū, kur ir lielāka ērcu koncentrācija. Viņš ir izjutis šīs slimības draudus, jo par to informē masu plašsaziņas līdzekļi, par aizsardzības pasākumiem atgādina ģimenes ārsts un māsa, ir saslimis kāds paziņa. Viņš ir izjutis, ka profilaktiskie pasākumi sniedz reālu aizsardzību, jo iepriekš ir vakcinējies pret gripu un epidēmijas laikā nav saslimis. Tomēr, ja indivīds ir maznodrošināts, sociāli apātisks, viņam nav bijusi

nekāda saskare ar ērcu encefalīta slimnieku, tad viņš izjūt lielākas grūtības vai šķēršļus tieši iespējamajai rīcībai, tāpēc nekādas preventīvas darbības neveic. Veselības izglītības realizētāji ar savu darbību (sniedzot zināšanas un prasmes, tādējādi mazinot grūtības un šķēršļus darbības iespējamībai) var palīdzēt aktivizēt indivīda rīcību un veidot izpratni pašam pieņemt atbilstošus lēmumus.

Veselības pārliecības modelis (*Health Belief Model*) ir ticis arī plaši kritizēts. Daļa no šīs kritikas tiek veltīta tam, ka visi iesaistītie faktori tiek atzīmēti kā vienlīdz svarīgi. Steintona-Rodžersa vispār kritizē psiholoģiskos modeļus, kas mēģina izskaidrot sarežģītu uzvedību, pieņemot, ka “viss ir ne vairāk (lai gan sarežģīti) kā “daļu summa” (*Stainton-Rogers* 1993). Jāatzīst, ka veselības pārliecības modelis var nebūt sevišķi noderīgs, lai paredzētu indivīda attieksmi, kā arī netiek identificēti elementi, kas varētu ietekmēt cilvēkus mainīties, bet šis modelis izceļ iesaistīto faktoru virkni un to komplicētību.

Pamatotas rīcības teorijā (*Theory of Reasoned Action*) (*Ajzen; Fishbein* 1980) tiek pieņemts, ka uzvedība ir atkarīga no diviem mainīgajiem:

- attieksme – pārliecība par uzvedības sekām un pozitīvo un negatīvo aspektu novērtējums, veicot izmaiņas;
- subjektīvās normas – ko dara un sagaida indivīdam “nozīmīgie cilvēki” un pakāpe, līdz kurai cilvēks vēlas būt tāds kā citi.

Šīs abas ietekmes apvienojas, lai veidotu nodomu mainīt veselību ietekmējošos paradumus. *Ajzen & Fishbein* (1980) atzīst, ka cilvēki ne vienmēr uzvedas atbilstoši saviem nodomiem. Šajā modelī iespēju paredzēt uzvedību ietekmē indivīda pārliecība par savu rīcību un tās stabilitāte. Šo stabilitāti nosaka:

- cik cilvēks ir pārliecināts par savu rīcību;
- cik šī rīcība ir noturīga;
- vai to atbalsta grupa, kurai indivīds ir piederīgs;
- vai noteiktā rīcība, kas ietekmē veselību, ir skaidra pašam indivīdam.

Aizsardzības motivēšanas teorija (*Protection Motivation Theory*) (*Rogers* 1975). Daudzās veselības izglītības kampaņās ir mēģināts motivēt cilvēkus mainīt savu attieksmi, izmantojot bailes vai vainas apziņu. Kampaņas pret braukšanu dzērumā skaidro postošas ceļu negadījumu sekas; smēķēšanas novēršanas plakāti mudina vecākus “nemācīt bērniem smēķēt”; kampaņas, kas aicina nelietot intravenozi ievadāmas narkotikas un pasargāt sevi no C hepatīta, norāda uz šo slimību kā “klusu slepkavu”. Lai arī

bailes var pamudināt indivīdu nodomāt mainīt veselību apdraudošus paradumus, šīm sajūtām ar laiku un arī tad, kad indivīds nonāk saskarsmē ar reālu lēmuma pieņemšanas situāciju, ir tendence izzust. Aizsardzības motivēšanas teorija pieņem, ka bailes darbojas tikai tad, ja draudi ir uztverti nopietni un, visticamāk, apdraudējums veselībai atgadītos, ja cilvēks nesekotu līdz ieteiktajam padomam. Arī šai teorijai ir kritisks vērtējums. Lielas bailes var arī novest pie noliegšanas un līdz ar to arī pie izvairīšanās domāt par uzvedības radītu veselības apdraudējumu (*Montazeri et al.* 1998). Nereti indivīdi vēršas pēc palīdzības veselības aprūpes iestādēs novēloti, jo iepriekš baidījušies no saslimšanas diagnosticēšanas, kaut arī agrīnā stadijā.

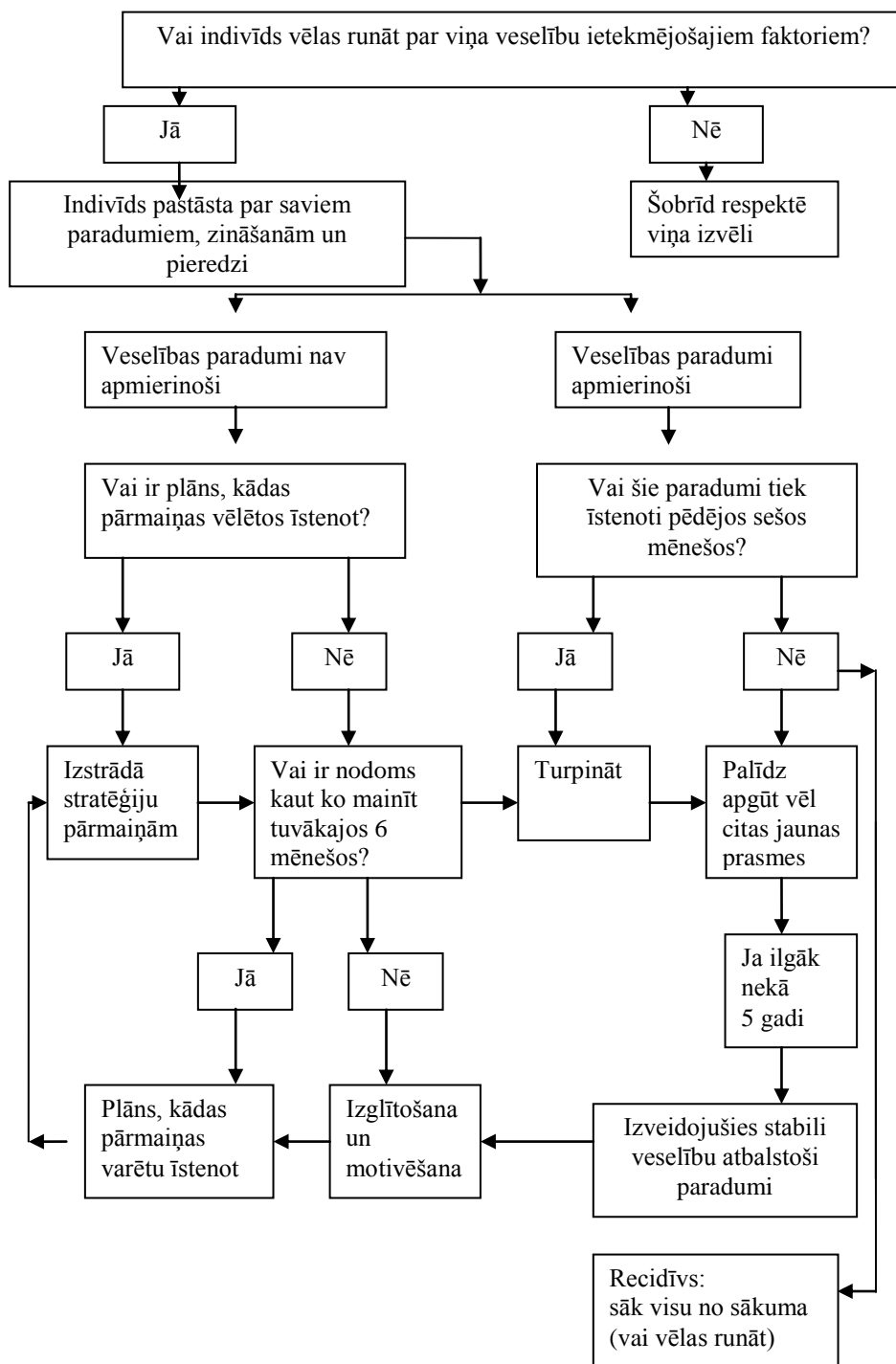
Pārmaiņu posmu modelis (*The Stages of Change Model*). Pročaska un Diklementa (*Prochaska & DiClemente* 1984; 1986; 1992) darbs pārmaiņu posmu modeļa attīstīšanā ir vērsts uz to, lai parādītu, ka jebkuras izmaiņas, ko mēs veicam, nav galējas, bet gan daļa no notiekoša pārmaiņu cikla. Šis modelis var tikt lietots, lai parādītu, ka lielākā daļa cilvēku iziet cauri daudziem posmiem, cenšoties iegūt vai mainīt attieksmi. Pārmaiņu cikls sastāv no vairākiem posmiem:

- Pirmsnodoma posms. Tie, kas atrodas šajā posmā, vēl nav apdomājuši mainīt savu dzīvesveidu vai nav nonākuši pie apziņas par jebkādiem potenciālajiem riskiem, ko var saistīt ar viņu attieksmi pret veselību. Kad problēma tiek apjausta, varētu notikt pāreja uz nākamo posmu.
- Nodoms. Lai gan indivīdi apzinās ieguvumus no iespējamajām pārmaiņām, viņi vēl nav gatavi mainīt veselību ietekmējošo uzvedību, bet varētu meklēt informāciju vai palīdzību, lai pieņemtu lēmumu par labu pārmaiņām. Šis posms varētu ilgt īsu brīdi vai vairākus gadus. Daži cilvēki visu dzīvi netiek tālāk par šo posmu.
- Gatavošanās pārmaiņām. Kad apjaustie ieguvumi pārsniedz zaudējumus un kad izmaiņas liekas iespējamā, kā arī tā vērtas, indivīds varētu būt gatavs mainīties, bet, iespējams, vēl meklē atbalstu.
- Izmaiņu posms. Pārmaiņu sākums no indivīda pieprasa pozitīvus lēmumus darīt lietas savādāk. Skaidrs mērķis, reāls plāns, atbalsts un palīdzība ir šī posma pazīmes.
- Saglabāšanas posms. Jaunizveidotā attieksme par veselībai labvēlīgu uzvedību ir ilgstoša. Tomēr dažiem cilvēkiem ir grūti to saglabāt un viņi var atgriezties atpakaļ jebkurā no iepriekšējiem posmiem.

Pročaska (*Prochaska* 1992) uzskata, ja cilvēki iziet cauri pārmaiņu posmiem secīgi un iekšēji organizēti, ka viņi iziet cauri katram posmam. Tas ir izrādījies noderīgi veselības aprūpes speciālistiem, kuri uzskata, ka atgriešanās citā posmā nav neveiksme, bet ka indivīds var virzīties gan atpakaļ, gan uz

priekšu caur neskaitāmiem šiem pārmaiņu cikliem – kā virpuļdurvīs. Tā, smēķētājs var atnest smēķēšanu daudz reižu, pirms atnest to pavisam. Jebkurā gadījumā indivīds apzinās ieguvumus, atmetot smēķēšanu, un veselības aprūpes darbinieki varētu rēķināties ar tādām pārmaiņām, kas var sniegt indivīdam apziņu par sasniegumiem un noteiktu progresu veselības uzvedībā. Autore uzskata, ka pārmaiņu posmu modeli var izmantot kā teorētisku pamatu promocijas darbā paredzēto rekomendāciju izveidošanai, jo primārās veselības aprūpes māsa var sagatavot sarunas plānu, vadoties no tā pārmaiņu posma, kurā pašreiz atrodas indivīds. Noskaidrojot indivīda gatavību turpināt pārmaiņas dzīvesveidā katrā no posmiem, māsa var labāk piemērot gan informāciju, gan mācību metodes, gan veidot mācību procesu interaktīvāku. Māsa var piesaistīt atbalsta personas (indivīdam referento grupu, ģimeni, draugus), kas var sniegt atbalstu. Lai noskaidrotu pārmaiņu posmu, kurā indivīds atrodas, var izmantot 2. attēlā veidoto sarunas plānu.

Ir svarīgi identificēt to posmu, pirms kura indivīdam rodas nodoms kaut ko mainīt savā uzvedībā. Tas atgādina veselības aprūpes darbiniekiem, ka indivīds ne vienmēr ir gatavs mainīt paradumus. Tādā situācijā veselības izglītības darbam vajadzētu būt fokusētam uz citām problēmām, iespējams, palīdzot veidot *drošāku* esošo dzīvesveidu. Piemēram, narkomānam, kurš narkotikas injicē un izvēlas turpināt tā darīt, varētu ieteikt izmantot adatu apmaiņas projektu. Pārmaiņu posmu modelis (*The Stages of Change Model*) atšķiras no citiem attieksmes maiņas modeļiem, jo tas parāda, *kā* cilvēki mainās, nevis – *kāpēc* cilvēki nemainās. Lai šo modeli verificētu, ir veikti empīriski pētījumi (*Marcus et al.* 1992; *Zimmerman* 2006; *Omar-Fauzee et al.* 2009). Pētījumos ir mēģināts noskaidrot, kādā stadijā atrodas cilvēki, kuru uzvedības paradumus var uzskatīt par nelabvēlīgiem veselībai. 1992. gadā ASV tika apsekoti smēķētāji, un pierādījās, ka tikai 20% no tiem ir gatavi pārmaiņām, resp., atrodas pārmaiņu gatavības stadijā (*Marcus et al.* 1992). Tiek uzsvērts, ka svarīgākā pārmaiņu posmos ir lēmuma pieņemšana – nodoma stadija (*Omar-Fauzee et al.* 2009). Šajā posmā ir aktīvi jāsadarbojas un jāatbalsta indivīds, lai palīdzētu secīgi iziet cauri pārmaiņu posmiem un saglabātu veselībai labvēlīgu uzvedību.



2. attēls. Modelis sarunai PVA māsas praksē (autores adaptēts pēc: “Motivējošas pārrunas” no Miller, Rolnik 2002 un Botelho 2003 “ABC modelis uzvedības pārmaiņām”)

Personības līmenī veselības uzvedības teorija, kā redzams, pievēršas galvenokārt indivīda personīgajām iezīmēm – kognitīvajām, emocionālajām un vajadzību motivācijai, tāpēc pasaulē šos modeļus nereti kritizē par vienpusīgu pievēršanos tikai personības uzvedības faktoriem.

Pārmaiņu priekšnoteikumu teorija (*Pill & Scott*) apraksta nosacījumus, kas nepieciešami, lai indivīds varētu veikt pārmaiņas (*Naidoo, Wils 2000*).

1. Pārmaiņām jābūt paša ieviestām. Daži cilvēki reaģē pretēji vai vēlas izvairīties no jebkāda mēģinājuma mainīt savus neveselīgos paradumus, ja to ierosina citi cilvēki. Ir jāpatur prātā, ka cilvēki mainīs uzvedību tikai tad, ja paši to gribēs.

2. Indivīdam viņa veselības paradumi, iekļaujot smēķēšanu, alkohola lietošanu, ēšanu un vingrošanu (vai tās trūkumu), ir tik ierasti, ka viņš nepievērš tiem daudz vērības. Lai notiktu izmaiņas, konkrētajam ieradumam jābūt saistītam ar kādām pietiekoši nozīmīgām pārmaiņām indivīda dzīvē. Piemēram, ja smēķētājs grasās dzīvot kopā ar nesmēķētāju, tas var rosināt smēķēšanas pārtraukšanu. Kādas radnieciskas nāve no krūts vēža varētu sievieti pamudināt iet pārbaudīt veselību.

3. Ierastajiem uzvedības paradumiem jāklūst viegli pārvaramiem, bet jaunajai attieksmei jāklūst par ikdienas dzīves sastāvdaļu. Piemēram, iemesls, kāpēc cilvēki, kas ietur diētas, bieži atgriežas pie iepriekšējiem ēšanas paradumiem, ir tāds, ka viņiem visu laiku ir jādomā par šīs diētas ievērošanu, un tas rada papildu piepūli, tāpēc vieglāk ir atgriezties pie vecajiem paradumiem. Cilvēkam būtu jāiesaka, kā vieglāk mainīt pastāvošos uztura paradumus, nevis jārekomendē tikai strikti noteiktus pārtikas produktus. Līdzīgi arī vingrošana bieži vien netiek turpināta, jo arī tā prasa piepūli, tādēļ jāiesaka palielināt fiziskās aktivitātes ikdienas dzīvē – iet uz darbu kājām vai skriet augšā pa kāpnēm, nevis rekomendēt tikai vingrošanu sporta zālē.

4. Cilvēkiem ir dažādi komforta un iepriecinājuma avoti, un viņi pretosies to maiņai. Dažreiz ir iespējams palīdzēt indivīdam saskatīt alternatīvus variantus. Piemēram, cilvēks, kurš ēd saldumus, kad ir nomākts, varētu mēģināt lietot žāvētus augļus vai riekstus. Varbūt šim indivīdam var palīdzēt pievērsties kādai fiziskai nodarbībai, piemēram, pastaigām dabā, kas sniegtu iepriecinājumu un būtu alternatīva pārmērīgai saldumu ēšanai.

5. Indivīda dzīvei nevajadzētu būt problemātiskai vai neskaidrai. Cilvēka spējām pielāgoties un mainīties ir noteiktas robežas. Piemēram, tiem, kam ir mazi ienākumi, ir jāsaskaras ar trūkumu un no tā izrietošajām sekām. Mainīt veselības paradumus ietekmējošu uzvedību būtu pārāk daudz prasīts no cilvēkiem, kuru dzīve jau tā ir problemātiska. Piemēram, mātei, kura viena audzina bērnus un vienīgie ienākumi ģimenē ir tā saucamā bērnu nauda, nebūs korekti uzstādīt noteikumus, ka veselīgam bērna uzturam ir nepieciešami augļi, teļa gaļa, lasis, ja viņa to nemaz nespēj nodrošināt.

6. Ir pieejams sociālais atbalsts. Citu cilvēku klātbūtne un interese iedrošina un uztur vēlēšanos mainīt veselību skarošu uzvedību. Uzvedības maiņa var būt stresa pilna, un indivīdiem ir vajadzīgs atbalsts (Naidoo, Wils 2000).

2.3.2. Veselības uzvedības teorētiskie modeļi grupas līmenī

Teorijas par sociālās grupas lomu veselības uzvedībā. Šajā līmenī tiek apskatīta grupas ietekme uz indivīda veselības uzvedību. Tā ir ģimene, draugi, kolēģi, veselības aprūpes darbinieki u. c. Tiek pieņemts, ka tieši grupas ietekme nosaka indivīda veselības uzvedību.

Sociāli kognitīvā teorija. Teorija tika izvirzīta 1941. gadā (Miller, Dollard; Bandura 1962) un turpmākajās desmitgadēs attīstīta un papildināta. Teorētiskās nostādnes:

- cilvēka uzvedība ir personības faktoru, uzvedības un apkārtējās vides mijiedarbība;
- būtiska nozīme tiek pievērsta kognitīvajiem faktoriem;
- rīcības sekas tiek kognitīvi izvērtētas, un rodas gaidas par to, kādas sekas varētu izraisīt šāda uzvedība citās situācijās;
- lielākā daļa uzvedības tiek apgūta (notiek kognitīvā izvērtēšana) netieši, novērojot citu cilvēku uzvedību.

Sociāli ekoloģiskās pieejas teorija (Green; Kreuter 1999) apskata personības un apkārtējās vides faktorus, kas ietekmē veselību. Autori pieņem, ka starp uzvedību un apkārtējo vidi pastāv dubultā saite: no vienas puses, vide nosaka cilvēka uzvedību, no otras puses – cilvēka uzvedība un rīcība maina apkārtējo vidi. Veselības uzvedību formē daudzas sociālās apakšsistēmas: ģimene, kopiena, darba vieta, pārliecība un tradīcijas, ekonomika, fiziskā vide, sociālo attiecību tīkli. Tāpēc centieni popularizēt veselību veicinošus paradumus jāvērs to sociālo apakšsistēmu virzienā, kuras ietekmēt, kādu uzvedības veidu galā izvēlēsies indivīds. Tiek pieņemts, ka izmaiņas vienā apakšsistēmā rada izmaiņas citās. Līdz ar to nepieciešama kompleksa pieeja sabiedrības veselības uzvedībai, ņemot vērā sociālās grupas īpatnības.

2.3.3. Veselības uzvedības teorētiskie modeļi sociālās kopības (sabiedrības) līmenī

Teorijās, kuras apraksta veselības uzvedības veidošanos sabiedrības līmenī, tiek pētīti uzvedības izmaiņu mehānismi sociālajās grupās, kā arī holistiska jeb visaptveroša iedarbība uz veselības uzvedību. Te var pieskaitīt modeli “**komunikācija uzvedības maiņai**” (*Communication for behavior change*,

Cabanero-Verzosa 1996). Šajā teorētiskajā modelī tiek aprakstīta iedarbība uz auditoriju ar mērķi mainīt veselības uzvedību. Te tiek apskatīts noteiktu uzvedības fāžu ilgums:

- problēmu neapzinās;
- problēma ir apzināta;
- tiek meklēta informācija, kas nepieciešama risinājumam;
- formējas pārmaiņām nepieciešamā motivācija;
- notiek jaunā uzvedības veida aprobācija;
- tiek atbalstīts jaunais uzvedības veids.

Katrai šai fāzei tiek veidotas speciālas stratēģijas, kā iedarboties uz auditoriju. Tā, piemēram, ja problēma vēl netiek apzināta, ieteikts stimulēt problēmas apzināšanos un piedāvāt tās risināšanas variantus. Problēmas apzināšanas stadijā tiek piedāvāts noteikt ieguvumus un zaudējumus, kādi būs jāpieņem, mainot uzvedību. Motivācijas stadijā autori piedāvā sniegt auditorijai loģisku informāciju un izmantot motivācijas formēšanai tās grupas, kurās ietilpst indivīds. Jaunās uzvedības aprobācijas stadijā tiek rekomendēts sniegt papildu informāciju, palielināt indivīda ieguvumus un samazināt zaudējumus, pārejot uz jauno uzvedības veidu, palīdzēt viņam apgūt prasmes pielietot jauno uzvedību un nodrošināt sociālo atbalstu. Šis uzvedības teorētiskais modelis ir validizēts Pasaules Bankas pasūtītā pētījumā Āfrikas reģionā, kur tika izstrādātas stratēģijas iedzīvotāju apmācībā bērnu un jaundzimušo veselības saglabāšanai un HIV/AIDS profilaksei (Cabanero-Verzosa, Elmendorf 2005).

Kolektīvās rīcības modelis sabiedrībā

Šī modeļa centrālais jēdziens ir *koalīcija* jeb apvienība. Tā ir sabiedrības locekļu apvienošanās veselības veicināšanai un saglabāšanai, pieņemot, ka daudzi cilvēki ir ieinteresēti veiksmīgā veselības problēmu risināšanā, piemēram, invalīdu veselības saglabāšanā. Pēdējā laikā šādu apvienību darbība sabiedrības veselības jomā kļūst aizvien aktīvāka. Te var minēt diabēta slimnieku apvienības, sieviešu apvienības cīņai pret krūts vēzi u. c. Šī modeļa centrālais aspekts ir sabiedrisko apvienību veidošanās **attīstības stadijas**, caur kurām tās iziet (šīs stadijas nav līdzīgas indivīda uzvedības izmaiņu stadijām):

1) formēšanās stadija, kurā tiek veidota apvienība un izvirzās iniciatīvas grupa, kas uzņemas apvienības veidošanas organizatoriskās funkcijas;

2) uzturēšanas stadija, kurā notiek apvienības darbības plānošana, plānu izvērtēšana un stratēģisko mērķu noteikšana. Šī stadija ir diezgan bīstama apvienības attīstībā, jo, ja plānošana un uzdevumu risināšana nav efektīva, cilvēki zaudē interesi par apvienības darbību;

3) institucionalizācijas stadija. Pāreja uz šo stadiju notiek tikai tad, ja apvienība kļūst patstāvīga un neatkarīga organizācija vai arī izveido sabiedrībā patstāvīgus institūtus (*Kreuter et al.* 2003).

Lielākais potenciāls, mainot veselības uzvedību, ir tieši sociālajās kopībās jeb sabiedrībā, tikai tam jābūt valsts sabiedrības veselības politikas līmenī efektīvi izstrādātam un atbalstītam, jo pat nelielas izmaiņas ilgstošā laika periodā var veicināt būtisku sabiedrības veselības uzlabošanu (*Rose* 1985). Kā piemēru sabiedrības veselības politikas efektīvam risinājumam var minēt situāciju ar drošības jostu un bērnu krēsliņu lietošanu automobilī, kas būtiski samazināja ceļu satiksmes negadījumos bojā gājušo vai ļoti smagi cietušo skaitu mūsu valstī.

Kopsavilkums:

1. Veselības uzvedības teorētiskie modeļi parāda mehānismus, kas izskaidro indivīda darbību, kad tas saskaras ar kādām veselības problēmām vai cenšas saglabāt veselību, mēģinot izmainīt veselību ietekmējošus paradumus. Veselības uzvedības noteicošie faktori ir bioloģiskie, sociālie un psiholoģiskie.

2. Mūsdienu veselības uzvedības teoriju analīze parāda, ka ir daudz veselības uzvedību noteicošo faktoru. Veselības uzvedība tiek pētīta vairākos līmeņos – tas ir personīgais, grupas un sabiedrības līmenis, un katrā no šiem līmeņiem arī var izdalīt virkni veselības uzvedību noteicošo faktoru:

Personas līmenī:

- kognitīvā (ar izziņu saistītā) sfēra – zināšanu līmenis, apzināšanās, ka pastāv slimības draudi, izpratība, spēja pieņemt sociālās normas un iesaistīties informācijas iegūšanā par veselības saglabāšanas iespējām;
- emocionālā sfēra: emocijas (bailes, stress), kas izraisa veselības apdraudējumu;
- uzvedības motivācijas sfēra – vajadzība pēc izjūtām, veselības vieta personīgo vērtību sistēmā, uzvedības izmaiņu motivācija.

Grupās līmenī:

- vērtības;
- aktivitātes;
- sociālās apakšsistēmas, kurās indivīds ietilpst.

Sociālās kopības līmenī veselību ietekmē:

- informācija par veselību, tās saglabāšanu, informācijas ieguves kanāli un veidi;
- zināšanu, prasmju, iemaņu un aktivitātes līmenis, kāds raksturīgs tai sociālajai kopībai, kādā indivīds ir integrēts.

Mūsu valstī veiktajos pētījumos par veselību ietekmējošajiem paradumiem (*FINBALT* 1998–2010) ir secināts, ka indivīda uzvedības paradumi ir nelabvēlīgi ne tikai indivīdam pašam, bet arī sabiedrībai kopumā. Analizējot esošos veselības uzvedības modeļus, iezīmējās daži uzvedības faktori, kurus autore izmantoja arī pētījuma instrumenta (anketas) veidošanā, ar kuras palīdzību varēja noskaidrot Latvijas iedzīvotāju veselības kompetences veidošanos ietekmējošos faktoros.

Veselības nosacītības modelī (*Ļisicins, Petļenko 1992*) tiek runāts par to, ka visvairāk (50%) veselību ietekmē dzīvesveids jeb veselības uzvedība un ārējā vide (20–25%), pārējo procentuālo daļu veido indivīda ģenētiski iekodēta nosliece un veselības aprūpes organizācija. Savukārt *McGinnis et al.* 2002 uzsver, ka ģenētiskā predispozīcija nosaka 30%, veselības aprūpes sistēma – 10%, uzvedības patēriņš – 40%, sociālie apstākļi – 15% un vides ietekme – 5% no veselības iznākuma. Jāatzīmē, ka tieši veselības uzvedība ir viens no svarīgākajiem veselības nosacījumiem. Tomēr, domājot par iespēju veidot veselības kompetenci ietekmējošo faktoru modeli, ir jāņem vērā visaptveroša pieeja, jo veselība ir definēta kā fiziskās, garīgās un sociālās dimensijas vienotība.

Visos veselības uzvedības izpētes līmeņos svarīga nozīme ir *vērtībām* kā nozīmīgam veselības kompetenci determinējošam konceptam.

2.4. Vērtību nozīme indivīda veselības kompetences pilnveidē

Iepriekšējā nodaļā tika apskatīti dažādi veselības uzvedības modeļi un autore secināja, ka gan indivīda, gan grupu un kopību veselības uzvedību ietekmē arī vērtības. Jāpiekrīt apgalvojumam, ka *vērtības*, līdzīgi kā vajadzības, virza cilvēka uzvedību (Dāvidsone 2008). Beļickis I. (2000) saka, vērtības ir objekti, kas nodrošina pastāvīgu pārliecību par rīcības vai mērķa prioritāti, salīdzinot ar citu mērķi vai rīcības veidu. Ja raugās plašāk, ne tikai veselības uzvedības kontekstā, tad vērtībās izkristalizējas grupu, tautu un visas cilvēces pieredze, sabiedrības locekļu priekšstati par labo un ļauno, skaisto un neglīto, pareizo un nepareizo, indivīdam vai grupai vēlamā vai nevēlamā (*Gidenss* 2001).

Vērtības ir jēdziens, kas attiecināms uz to, kam cilvēki tic, ko viņi uzskata par svarīgu savā dzīvē. Vērtības ietekmē kā personu, tā grupu un kopienu uzvedību un kultūru, tās kā vispārīgas idejas saistītas ar tautu gudrību, ar sabiedrības mērķiem un ideāliem. Sabiedrībā valdošās vērtības parasti atzīst un akceptē lielākā daļa tās locekļu, un tas izpaužas viņu personiskajā orientācijā un pārliecībā, kas tiek nodota paaudžu paudzēs kā sociāla atmiņa (*Bakieva* 2006). Attieksme pret vērtībām parasti ir emocionāli iekrāsota. Vērtības attīstās simbolu, mākslas un mitoloģijas iespaidā un izpaužas uzvedības un rīcības normās un principos (*Zepa, Zobena* 1996). Tādējādi vērtības ir uzskatāmas par unikāliem konstruktiem, kas nosaka gan indivīda, gan sabiedrības lēmumu pieņemšanu un uzvedību.

Modernā pasaule ir neatturamu pārmaiņu pasaule, un ne tikai sociālo pārmaiņu temps ir daudz straujāks kā jebkurā iepriekšējā sociālajā sistēmā, tas skar arī iepriekšējās sistēmās iedibinātos paradumus un uzvedību (*Gidenss* 1991). Šodienas mainīgajā pasaulē mainās arī vērtības. Mūsdienu vērtības formējas masu saziņas līdzekļos, tiek pasvītrots materiālo vērtību pārākums par ētiskajām vērtībām. Netiek atpazītas ētiskās vērtības uzvedībā, un tās pat netiek uzskatītas par vēlamām (*Zajc* 2007). Jebkuras vērtību vai pārliecības pārmaiņas nes līdzī ar sociālas pārmaiņas. Vērtību pārmaiņu laikā cilvēks tiek pakļauts dzīves pieredzes transformācijai. Vērtības ietekmē gan pārmaiņu apjomu, gan sociālo pārmaiņu virzienu (*McLean S* 2010). Tāpēc vērtības ir svarīgs faktors arī indivīda un sabiedrības veselībai. Tomēr tās ir grūti izmērīt objektīvi.

2.4.1. Indivīda un sabiedrības vērtības

Katrs cilvēks pats veido savu **vērtību sistēmu**, tādas veidojas arī katrai konkrētai cilvēku grupai un šo grupu veidotajai sabiedrībai. Vērtību līmenī fakti, koncepcijas, likumi un normas ir saistāmas ar paša indivīda attieksmi pret šīm parādībām (*Milts* 1999). Vērtības var traktēt arī kā dzīves orientācijas zīmes.

Ar vērtību palīdzību rodas iespējas pārvarēt atsvešinātību no pārējās pasaules, pārveidot un piemērot tās prasības, normas un iegūt emocionālu saiti ar sabiedrību (Milts1999). Tās tiek apgūtas socializācijas procesā, savukārt socializācijas un mācīšanās koncepti ir cieši saistīti ar izglītības konceptu. Izglītības procesa galvenā funkcija, raugoties šādā, socioloģiskā, skatījumā, ir nodot zināšanas no paaudzes paaudzē. Tas ir ļoti būtiski, lai saglabātu un attīstītu noteiktas sabiedrības kultūru (*Gidenss* 2001). Tādējādi vērtības var tikt skatītas gan kā indivīda vērtības, gan kopumā kā konkrētas sabiedrības vērtības.

Indivīda vērtības ļoti cieši sasaucas ar absolūtajām vērtībām. Tās vada indivīda iekšējās vēlmes. Vērtības ir priekšstati par ideālo, saprātīgo, īpaši nozīmīgo cilvēka dzīvē. Tās ir saistītas ar cilvēka dzīves mērķiem, dzīves jēgu un personīgi pieredzēto saistību ar sabiedrību (*Aarva et al.* 2006). Cilvēka vērtības ietekmē veselu jūtu virkni attiecībā pret ģimeni, draudzību, karjeru u. c. Piemēram, ar seksu un dzimumu saistītās vērtības veido attieksmi pret sievieti, māti, sievietu nodarbinātību, ķermeņa veidolu, barošanu ar krūti un seksualitāti. Uz indivīdu var raudzīties no trīs “es” skatu punkta, kur tie savienoti vienā veselā. Tie ir fiziskais “es”, mentālais “es” un psihiskais “es”. Katram no tiem ir gan pozitīvas, gan negatīvas vērtības. Šo vērtību būtība atkarīga no tā, kā katrs “es” reaģē uz saņemtajiem iespaidiem (*Luis* 1978).

Indivīds noteiktā secībā vispirms novērtē un sakārto tās vērtības, kuras attiecināmas uz viņa personību. Novērtējot šīs personiskās vērtības, cilvēks izjūt nepieciešamību novērtēt arī vērtības, kuras varbūt neattiecas tikai uz viņu pašu. (*Luis* 1978). Tātad sabiedrība ir kā cilvēka “es” palielinājums, un cilvēkam kā pozitīva vērtība jānosaka viss, kas derīgs sabiedrībai. Tā rīkodamies, cilvēks veicina savas personības attīstību.

Nepastāv vienota vērtību klasifikācija, tās autori ir klasificējuši dažādi, piemēram, *Rokeach* (1973) ir nosaucis 36 vērtības, kuras iedalījis instrumentālajās un terminālajās vērtībās. Terminālās vērtības attiecas uz galīgo vēlamo. Tie ir mērķi, ko indivīds vēlētos sasniegt savas dzīves laikā. Šīs vērtības indivīdiem dažādās sociālajās grupās un dažādās kultūrās var atšķirties.

Pie **terminālajām vērtībām** tiek pieskaitītas: aizraujoša dzīve, prieks, mīlestība, patiesa draudzība, iekšējā harmonija, sociālā atzinība, prieks par sasniegumiem, ģimenes drošība, valsts drošība, pašcieņa, veselība, ērta dzīve, brīvība, dvēseles glābšana, vienlīdzība, gudrība, miers un pasaules skaistums. Instrumentālās vērtības attiecas uz vēlamo uzvedības veidā. Tā ir vēlamā indivīda uzvedība vai līdzeklis, lai sasniegtu galīgās vērtības.

Instrumentālās vērtības: godkāre, vispusīga domāšana, spējīgums, tīrība, mundrums, drosmīgums, piedošana, izpalīdzīgums, godīgums, izdoma, neatkarība, intelektuālisms, loģiskums, sirsnība, paklausība, pieklājība, atbildība un paškontrolē. Švarcs (1994) ir norādījis uz 56 galvenajām vērtībām, ko var iedalīt deviņos vērtību tipos, un tie ir: vara, sasniegumi, hedonisms, personīgā brīvība, universālisms, labsirdība, tradīcijas, saskaņa un drošība (*Cheng An-Shou, Fleischmann 2010*).

2.4.2. Veselība kā vērtība

Veselība pati par sevi ir kā absolūti labais, tā pastāv kā pamatvērtība neatkarīgi no citām vērtībām un prioritātēm (*Aarva et al. 2006*). Veselības kā absolūtas vērtības pamatojums ir pati cilvēka eksistence. Jau bioloģiski cilvēkam dabiski ir būt veselam, nevis slimam, dzīvam, nevis mirušam, laimīgam, nevis nelaimīgam. Taču tas nekādi neizslēdz faktu, ka cilvēks pats var sagraut savu veselību, lai sasniegtu citas indivīda un sabiedrības apziņā esošas vērtības, piemēram, gan pārmērīgi strādājot, lai iegūtu naudu vai citus materiālus labumus, gan cenšoties sasniegt varu, prestižu, stāvokli sabiedrībā, gan lietojot alkoholu vai citas apreibinošas vielas, to pamatojot ar nepieciešamību relaksēties (kaut vai no tās pašas pārmērīgās cenšanās pēc materiālajām vērtībām). Cilvēks veselīgu dzīvesveidu pat var uztvert kā traucēkli, salīdzinot ar citām dzīves prioritātēm, piemēram, politiku, biznesu, mūziku vai izklaidēm. Lai gan virzība uz ilgāku un veselīgāku mūžu tiek gan indivīdu, gan sabiedrības akceptēta, tā nereti nonāk pretrunā ar tādām vērtībām kā pašnoteikšanās, paša pieredze, laime, integritāte un brīvība (*Häyry 2005*). Nereti aptaujās par vērtību hierarhiju veselība kā vērtība saņem procentuāli vislielāko atbalstu, bet indivīdu un sabiedrības veselības rādītāji to neatspoguļo.

Kopumā cilvēkiem veselība ir vērtība, neraugoties ne uz kādām citām dzīves prioritātēm, tomēr tā var būt svarīga tikai tad, ja ir iekšēji izjusta jeb personīgajā pieredzē balstīta. Veselība nereti ir nemanāma, kamēr cilvēks pats nav saslimis. Šādā aspektā veselība ir individuāli pieredzēta absolūtā vērtība (*Donuhe-White; Cuddeback 2002*).

Kā sociāla vērtība veselība ir cieši saistīta ar veselības uzvedību, ar patērētāja izvēles iespējām un ar sabiedrībā esošo veselības aprūpes sistēmu. Veselība kā sociālā vērtība atspoguļo sabiedrībā valdošo veselības ideoloģiju un veselības uztveri. Mūsdienu sabiedrībā (*Puuronen 2006*) katrs indivīds veido savu identitāti un dzīves attīstības plānu.

Kopsavilkums. Vērtības ir kā dzīves orientācijas zīmes. Tās atspoguļojas cilvēka uzvedībā.

- 1) Vērtības katrs indivīds savā vērtību sistēmā sakārto prioritārā secībā. Veselība kā vērtība pieder pie pamatvērtībām, tā ir kā absolūtais labais, tomēr tas neliedz indivīdam savā uzvedībā rīkoties pretēji, radot veselības apdraudējumu.
- 2) Indivīds savas vērtības cenšas iekļaut sabiedrības kopējā vērtību sistēmā, jo apgūst vērtību izpratni socializācijas procesā.
- 3) Dažādu sabiedrības sociālo pārmaiņu posmos vērtību sistēma var mainīties, mainās arī atsevišķo vērtību reitings. Autore uzskata, ka vērtību nozīme veselības kompetences veicināšanā ir neapšaubāma, tomēr ne vienmēr indivīds apzinās veselības vērtību, tās esamība ir pašsaprotama un kā kapitāls tiek tērēta neuzkrājot.
- 4) Veselības kā vērtības nozīmi ietekmē arī indivīda fiziskā, garīgā un sociālā vide.

2.5. Vides aspekts veselības kompetences attīstībā

Vide, kurā indivīdam nepieciešama kompetence veselības saglabāšanai, ir ietverta veselības kompetences definīcijā, un tā ir: mājās, darba vietā, veselības aprūpes sistēmā, darba tirgū, sabiedrībā. *Veselību ietekmējoša* ir gan fiziskā, gan garīgā, gan sociālā vide. Plašākā nozīmē veselīga vide ietver tos cilvēka veselības, slimības un traumatisma aspektus, kuri ir vides determinēti (*Jackson, Kochtitzky 2001*). Tie ir ne tikai tieša ķīmisku, bioloģisku un fizisku aģentu patoloģiska iedarbība, bet arī plaša fiziskā un sociālā vide, piemēram, mājokļi, urbanizācija, dabas resursu izmantošana, transports, rūpniecība, nodarbinātība un lauksaimniecība (*Healthy People 2010*). Mainīgās tehnoloģijas, globalizācija un iedzīvotāju novecošanās pārveido gan sabiedrību, gan vidi. Ir jāattīstīta indivīda veselības kompetence, lai pielāgotos mainīgajiem vides apstākļiem, jo vide, kurā cilvēks dzīvo, ietekmē kā cilvēka veselību, tā dzīves kvalitāti.

2.5.1. Sociālās un fiziskās vides mijiedarbība veselības kontekstā

Eiropas Komisija ir noteikusi vairākas vides pozīcijas, kas ir saistāmas ar indivīda veselību un tās veicināšanu. Tā ir vide mājās, sociālā vide un darba vide.

Vide mājās: veselība un drošība mājās. Runājot par vidi mājās, būtiskākais jautājums ir par vardarbību mājās un to, vai indivīds ir kompetents izvairīties un sevi pasargāt. Lielākoties no vardarbības mājās cieš sievietes un bērni. Bieži vardarbība iet līdztekus tādai deviancei kā alkohola lietošana. Pētījumi pierāda, ka viena no 5 sievietēm Eiropā kādā dzīves brīdī cieš no vīriešu (vīru, partneru) vardarbības, kamēr 25% no visiem ziņotajiem noziegumiem saistīti ar vīrieša uzbrukumu savai sievai vai partnerei (*Allen, Pertu 2010*). Tas ir galvenais nāves un invaliditātes cēlonis sievietēm vecumā no 16 līdz 44 gadiem, kas veido vairāk nāves un slimību gadījumu nekā vēzis un ceļu satiksmes negadījumi (*Allen; Pertu 2010*). Vardarbības izplatību ietekmē iedzīvotāju vecums (pārsvārā tā ir vecuma grupā līdz 50 gadiem), liela nozīme ir arī izglītības līmenim, jo par vardarbības upuriem lielākoties kļūst indivīdi ar zemāku izglītības līmeni. Ar pamatizglītību no vardarbības ģimenē cietuši 13%, ar nepabeigtu vidējo izglītību vai arodizglītību – 15%, ar vidējo profesionālo izglītību vai ar augstāko izglītību vardarbības upuru īpatsvars svārstās 6% robežās (*Koroļeva et al. 2008*). Pētījumi pierāda, ka aktīvāk jāizglīto iedzīvotāji, kā pasargāt sevi no vardarbības riska mājās. Savukārt primārās veselības aprūpes līmenī ārstiem, māsām, ārsta palīgiem aktīvāk jāiesaistās gan indivīdu izglītošanā, gan vardarbībā cietušo atpazīšanā (*Putniņa u.c. 2007*).

Sociālā vide ietver dzīves apstākļus, ienākumu līmeni, indivīda un sabiedrības izglītības līmeni. Neviena cilvēka darbība nevar būt atrauta no vides, kurā viņš pastāv, it īpaši no tās sociālā konteksta. Viens no pirmajiem sociālās vides ietekmes akcentētājiem bija Alberts Bandura (1960), kurš uzsvēra apkārtējās vides un indivīda mijiedarbību. Cilvēka *sociālā vide* ietver viņa dzīves un darba apstākļus, ienākumu līmeni, iegūto izglītību un vietējo sabiedrību, kurai viņš pieder. Tam visam kopā ir būtiska ietekme uz veselību. Indivīdu sociālekonomiskie apstākļi atšķiras gan grupas, gan sabiedrības ietvaros. Cilvēkiem, kuriem ir zemāki ienākumi un sociālais stāvoklis, ir lielāka iespēja dzīvot veselības saglabāšanai neatbilstošas vides apstākļos (Gidenss 2001), piemēram, šauros, mitros, slikti apkurināmos dzīvokļos. Dzīvokļi var būt rajonos ar tā saucamo kriminālo vidi vai tuvu rūpnieciskajam sektoram ar palielinātu trokšņainību, iespējamiem rūpnieciskiem atkritumiem, smakām.

Indivīda ekonomiskā situācija ir svarīgs sociālās vides aspekts. Tā nosaka cilvēka materiālās iespējas un psihosociālos apstākļus. Nabadzība ir ne tikai negatīva parādība, kas atspoguļojas cilvēka nespējā nodrošināt materiālo situāciju, tā negatīvi ietekmē arī cilvēka vispārējo vērtību (t. sk. ētisko) sistēmu. Nabadzība veicina sociāli depresīva slāņa veidošanos un nostiprināšanos. Šajā slānī maza ietekme ir sabiedrībā vispārpieņemtai personības statusa paaugstināšanas motivācijai, toties plaši izplatītas ir sociālās deviācijas – alkoholisms, citi fiziskās degradācijas veidi (Maksimova 2005). Tāpat kā bagātība rada jaunu bagātību, arī nabadzība atražo pati sevi gan materiālā, gan vērtību aspektā. Nabadzīgie iedzīvotāji ir pārāk pakļauti apkārtējiem apstākļiem, ar viņiem ir viegli manipulēt. Šī atkarība sekmē negatīvisma un nolemtības sajūtu nabadzīgajos slāņos.

Vēl viens svarīgs aspekts ir *sociālais statuss*, kādu cilvēks iegūst vai kādu tam piešķir dzīvošana vienā vai otrā reģionā. EK 2008. gadā atjauninātajā sociālajā programmā norāda, ka ir jānodrošina vairāk iespēju, jāuzlabo kvalitatīvu pakalpojumu pieejamība un jāapliecina solidaritāte tiem, kurus pārmaiņas ietekmē negatīvi. Lielās atšķirības sociālās vides jomā Eiropā rada nevienādību arī veselības rādītājos. Krasas atšķirības paredzamā dzīves ilguma ziņā ir starp bagātajiem un nabadzīgajiem, labi izglītotajiem un neizglītotajiem, fiziskā darba strādniekiem un kvalificētiem speciālistiem (Veselība Eiropas Savienībā 2007). Droša, veselīga vide ir arī viens no būtiskākajiem dzīves kvalitātes rādītājiem.

Darba vide. Slikti darba apstākļi un paaugstinātas bīstamības darbs, neveselīgas attiecības un stress organizācijas kultūrā var izraisīt nelaimes gadījumus, traumas un pasliktināt veselības aizsardzību un sekmēt veselībai kaitīgus dzīvesveida paradumus (Eiropas Komisija 2004). Savukārt iespēja strādāt un labvēlīga darba vide pozitīvi ietekmē indivīda garīgo labklājību, tajā skaitā arī novecošanās procesā

(Schwingel et al. 2009). Tas ir īpaši nozīmīgi novecojošas sabiedrības kontekstā, jo, pieaugot dzīvildzei, pakāpeniski tiek pagarināts indivīda ekonomiski aktīvais mūžs. Te ir jautājumi arī par darba drošību. Daudzās nozarēs darbinieki (celtnieki, mežstrādnieki u. c.) ir pakļauti veselību apdraudošiem riskiem (Bullard et al. 2007). Nelaiemes gadījumi darbavietās nereti ir saistīti ar cilvēku paviršu attieksmi darba drošības ievērošanā, neuztverot iespējamos riskus un apdraudot savu veselību un dzīvību.

Vides fizikālie, ķīmiskie un bioloģiskie faktori var būtiski ietekmēt dzīves kvalitāti un radīt veselības traucējumus. Iepriekš minēto faktoru ietekmi uz veselību bieži vien ir grūti viennozīmīgi izmērīt, jo to lielumi parasti ir zemi, tie iedarbojas visas dzīves laikā un tiem ir garš latentais periods, pēc kura parādās veselības traucējumi. Turklāt šo faktoru iedarbība var būt kompleksa, kopā ar dažādiem dzīvesveida paradumiem (Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011–2017). Eksistē acīmredzama saistība starp noteiktām fiziskās realitātes, kurā cilvēks dzīvo, formām un apstākļiem, un cilvēka uzvedību. Cilvēka uzvedību ietekmē gan fiziskā, gan sociālā vide (Ashford; LeCroy 2009). Ja indivīds mēģina ietvert savā uzvedībā būtiskas veselības uzvedības pārmaiņas, neapšaubāmi, daudz lielāka uzmanība ir jāpievērš arī vides faktoriem un būtiski jāpaplašina izpratne par tiem, nefokusējot uzmanību tikai, piemēram, uz bioloģisku (vīrusi, baktērijas) vai ķīmisku aģentu samazināšanu apkārtējā vidē (Jackson; Kotchitzky 2000). Pašreizējais ķīmisko vielu slogs apkārtējā vidē indivīdam ir nepieredzēti liels cilvēces vēstures kontekstā. Industrializētajā pasaulē desmitiem tūkstošu ķīmisku vielu tiek izmantotas enerģijas ražošanā, rūpnieciskās ražošanas vajadzībām un patēriņa preču ražošanā. (Louisville Charter for Safe Chemicals 2004) Tiek apgalvots, ka tikai 43% no ķīmiskajām vielām (Goldman & Kodum 2000; LCSC 2004) ir pārbaudīta ietekme uz cilvēka veselību. Cilvēka ķermenis kļūst par toksisko ķīmisko vielu rezervuāru tām vielām, kas atrodas gaisā, ūdenī, pārtikā, saimniecības precēs un pat veselības aprūpē lietotajos produktos. Zināmākās no šīm vielām: polivinilhlorīda plastmasas (PVC), dioksīns, latekss, pesticīdi, dzīvsudrabs un pretvēža medikamenti. Amerikas Māsu asociācija (2003) ir izvirzījusi tā saucamo *piesardzības principu*. Tas ir kā ētisks imperatīvs, lai novērstu jebkādus eventuālus apdraudējumus, kaut arī tie nav zinātniski pierādīti. Ja vide rada draudus cilvēka veselībai, jāveic piesardzības pasākumi, pirmkārt, izglītošana par iespējamo apdraudējumu, kaut arī varbūt vēl nav pierādītas apdraudējuma cēloņu un seku savstarpējās sakarības. Kā piemēru var minēt ģenētiski modificēto organismu izmantošanu, dažādu ķīmisko vielu lietošanu pārtikas rūpniecībā un sadzīvē. Tāpat var minēt nejonizējošo radiāciju, kuras galvenais avots ir ultravioletais starojums no saules (arī solārija lampām) un tā savstarpējā saistība ar ādas vēzi (LR VM VI 2012). Protams, bez jau minētās indivīda izglītošanas ir nepieciešama arī skaidra valsts politika vides

jautājumos, stratēģiski plānojot iespējamo vides risku mazināšanu, un dažādu institūciju starpnozaru sadarbība. Gadu gaitā EK ir izstrādājusi vairākas ilgtermiņa vides darbības programmas (sk. 7. tabulā).

21. gadsimta slimības ir tā saucamās hroniskās slimības. To novēršana patērē ievērojamus indivīda un sabiedrības finanšu un laika resursus, kā arī samazina cilvēka darbaspējas un produktivitāti. Tādu slimību kā sirds asinsvadu slimības, cukura diabēts, aptaukošanās, astma un depresija ietekme varētu tikt mazināta, ja indivīdam un sabiedrībai būtu attīstīta veselības kompetence, kas būtu arī valstu vides politikas veidotājiem, un ja lēmumi, kas saistās ar apkārtējās vides ietekmi uz cilvēka veselību, būtu videi un veselībai draudzīgi.

7. tabula. ES vadlīnijas vides jautājumiem un politikai

Pirmā vides darbības programma (1973–1976)
Eiropas reakcija uz aizvien pieaugošajiem kaitējumiem dabai: šie postījumi bija jānosaka un zinātniski jāapraksta / jāizskaidro. Pēc tam saskaņā ar ekoloģiskajām vajadzībām bija jāizstrādā tehnoloģiskais progress, vides jomā bija jāpielieto emisijas princips un kvalitātes standarti.
Otrā vides darbības programma (1977–1981)
Pirmās programmas turpinājums: direktīvas un nolikumi dažādām vides jomām (gaiss, ūdens un zeme), sākotnējie pasākumi EK mērogā, kārtības jautājumu saskaņošana.
Trešā vides darbības programma (1982–1986)
Novēršanas principa ieviešana un vides mērķu integrācija citos svarīgos sektoros: Vidusjūras aizsardzība, trokšņa samazināšana, pārrobežu emisijas regulēšana, kaitīgās vielas un to transportēšana pāri robežām. Pāreja pie emisijas principa (rūpnieciskās izplūdes): izplūžu samazināšana to rašanās vietā, obligāta vislabākās pieejamās tehnikas izmantošana (BAT).
Ceturta vides darbības programma (1987–1992)
Vides mērķu konsolidācija citu Kopienas politiku jomās (it īpaši lauksaimniecībā, rūpniecībā, transportā un enerģētikā), piemēram, ekonomiska rakstura iniciatīvu piedāvāšana ekoloģiski draudzīgas attieksmes gadījumos un standartizēta plānošanas instrumenta “Vides ietekmes novērtējums” ieviešana.
Piektā vides darbības programma (1993–2000)
Ilgspējīgas attīstības principa noteikšana ar mērķi apvienot ekonomiskos un ekoloģiskos mērķus; decentralizācija un piedalīšanās, kompetences nodošana valstu valdībām un reģionālajiem varas orgāniem (subsidiaritāte), dažādas intereses pārstāvošu darbinieku iesaistīšana institucionālo dialogu struktūrās (dalīta atbildība); pāreja no emisijas standartiem uz vides kvalitātes standartiem.
Sestā vides darbības programma (2001–2010)
Eiropas Savienības ilgtspējīgas attīstības stratēģijas ieviešana; sestā EAP (ar nosaukumu “Vide 2010: Mūsu nākotne, mūsu izvēle”) noteica piecas stratēģiskās darbības prioritāšu jomas: pastāvošās likumdošanas uzlabošana, vides problēmu integrācija citu politiku jomās, darbs saistībā ar tirgu, iedzīvotāju iedrošināšana un palīdzība viņu attieksmes mainīšanā , vides prasību ievērošana, plānojot zemes izmantošanas un vadības lēmumus.

Analizējot 7. tabulā sniegto vides darbības programmu aprakstu, var pieņemt, ka sestās vides darbības programmas mērķi **“iedzīvotāju iedrošināšana un palīdzība viņu attieksmes**

mainīšanā”(autores izcēlums) var saistīt arī ar iedzīvotāju prasmi pieņemt veselībai labvēlīgus lēmumus (jeb iemantot veselības kompetenci) savā ikdienas dzīvē.

2.5.2. Informāciju tehnoloģijas un e-vidē

Zināma mūsdienu cilvēka dzīves daļa norit arī virtuālā vidē.

Informācijas tehnoloģijas un e-vidē (*Information Technology – IT*). Pašreiz informāciju un komunikāciju tehnoloģijas ir būtiska vides sastāvdaļa gan darbā, gan mājās. Aprakstot informāciju tehnoloģiju pamatjēdzienus (Gultniece u. c. 2006), tiek lietots skaidrojums, ka tas ir zināšanu, metožu, paņēmienu un tehniskā aprīkojuma kopums, kas ar datoru un sakaru līdzekļu starpniecību nodrošina jebkuras informācijas iegūšanu, glabāšanu un izplatīšanu. Viena no nozīmīgākajām IT jomām ir datoru izmantošana gan darbā, gan arī mājās. To unikālais aspekts ir spējā veicināt aktīvu mācīšanos, informācijas meklēšanu un individualizētu mācīšanos, ļaujot lietotājiem atlasīt informāciju pēc interešu jomām, par interesējošām tēmām. Lai aprakstītu lietotāja sajūtas, tiek lietots termins “informācijas vidē”. IT lietotājs izjūt klātbūtnes efektu medijos, aktīvi meklējot un pētot informāciju (*Manning 1997*). Informāciju tehnoloģiju attīstība ir arī nozīmīgi paātrinājusi veselības izglītības iespējas. Interneta lietotāju vidū tieši informācijas meklēšana par veselības jautājumiem ir visplašāk izplatīta (*Gilbert; Sawyer; McNeill 2011*). Dažādas datu ieguves vietnes ļauj gūt informāciju “peles” klikšķa attālumā. Informāciju tehnoloģiju lietošana mūsdienās noārda ģeogrāfiskās robežas ne tikai tradicionālā izpratnē un sniedz iespēju virtuālai sociālai saziņai, bet arī ļauj indivīdam izmantot daudzveidīgus informācijas resursus – grāmatu lasīšanu e-vidē, virtuālās bibliotēkas, filmas, spēles u. c.

Nākotnes iespējas indivīdu izglītošanā ir telemedicīnai (*telehealth*). Telemedicīna ir veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana, izmantojot IST gadījumos, kad medicīnas darbinieks un pacients (vai divi medicīnas darbinieki) atrodas dažādās vietās. Tā ietver tādu medicīnisku datu un informācijas drošu pārsūtīšanu tekstu, skaņu, attēlu vai citā formātā, kas nepieciešami profilaksei, diagnostikai, ārstēšanai un pacientu novērošanai (EK 2008). Pētījumā, kas veikts no 2007.–2009. gadam Somijā, ir secināts, ka galvenais priekšnoteikums veiksmīgai telemedicīnas pakalpojuma ieviešanai ir funkcionalitāte un lietotājam draudzīgas tehnoloģijas (*Vuononvirta et al. 2010*). Protams, tā varētu būt kā papildiespēja indivīda komunikācijai ar māsu par veselības kompetences veicināšanas jautājumiem. Taču var rasties arī problēmas, jo ir jāprot lietot jaunos saziņas instrumentus dialogā ar indivīdu. Veselības izglītības darbā grūtības var radīt atšķirības IT lietošanas prasmēs, piemēram, primārās veselības aprūpes māsas prasmes meklēt informāciju apgrūtina nepietiekamas iemaņas darbā ar datoru vai valodas barjera, kas traucē

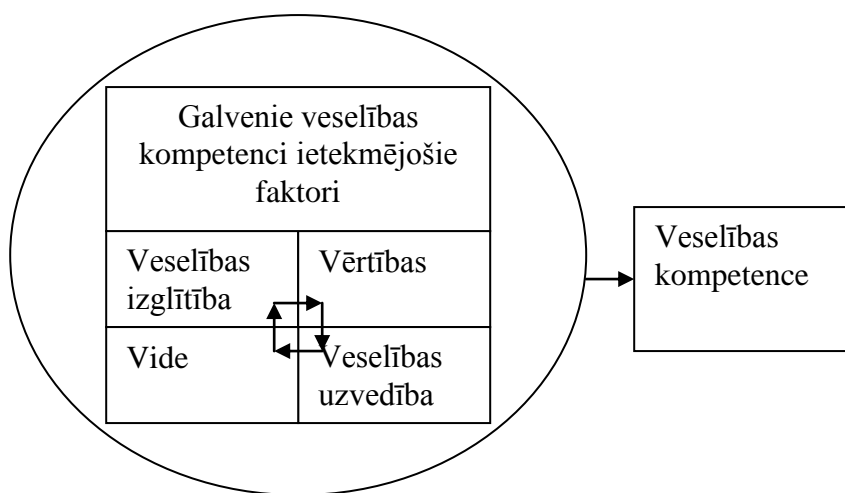
izmantot globālajā tīmeklī pieejamus resursus. Tāpat bloga jeb emuāra veidošana varētu radīt grūtības, kaut arī šāds saziņas veids ir globālā tīmekļa kā e-vides sastāvdaļa. Tālāk jāiekļaujas sociālajos tīklos, kas varētu radīt māšai papildu iespējas veselības izglītības darba veikšanai. Līdzīgi arī indivīdam nākas saskarties ar grūtībām, ko rada nelielas datora un interneta vides izmantošanas prasmes. Problēmas var radīt arī droši ticamas informācijas avotu izvēle gan māšai, gan indivīdam, jo pētījumos pamatota (*evidence based*) informācija ir pieejama datu bāzēs, kur par šīs informācijas iegūšanu ir jāmaksā. Tā rodas dažāda rakstura nepamatota informācija, kas tālāk izplatās sociālajos tīklos tajā pašā e-vidē. Raksturīgs piemērs ir sociālajos tīklos izplatītais negatīvais viedoklis par vakcināciju, kas ir radījusi nepamatotus aizspriedumus daļā indivīdu un kavējusi atbilstoši izmantot šo preventīvo veidu, lai izvairītos no bīstamām infekcijas slimībām.

Kopsavilkums.

1. Indivīda un vides mijiedarbība ir sarežģīta. Cilvēka veselība ir cieši saistīta ar vides kvalitāti, bet kvalitāte nepastāv tikai kāda viena vides komponenta kontekstā.
2. Mijiedarbības raksturu nosaka vides veids – vai tā ir fiziskā, sociālekonomiskā, attiecību (sociālā) mijiedarbība vai darba vide. Tā var būt arī virtuālā vide, kurā mūsdienu indivīds pavada lielu savas aktīvās dzīves daļu.
3. Tomēr, neraugoties uz to, ka vides ietekme bieži vien ir neizmērojama un arī neietekmējama, tikai indivīds un sabiedrība kopā var mazināt vides radītos riskus un izmantot tās iespējas (piemēram, interneta vidi informācijas ieguvei).
4. Mūsdienu sabiedrībā nebūtu pieņemamas arī sociālās vides atšķirības un sociālā taisnīguma neievērošana. Mijiedarbībai ir jābūt jēgpilnai un kompetentai, un pašreizējai paaudzei būtu jārespektē nākošās paaudzes un to tiesības uz kvalitatīvu vidi. Bet vides ilgtspējību var veicināt, tikai multidisciplinārā sadarbībā veicinot indivīda veselības kompetenci – prasmi pieņemt veselībai labvēlīgus lēmumus gan fiziskajā, gan sociālekonomiskajā un virtuālajā vidē.

3. VESELĪBAS KOMPETENCI VEIDOJOŠO DETERMINANTU MODELIS UN TĀ PIELIETOŠANAS IESPĒJAS

Apkopojot iepriekš analizētos jēdzienus *veselības izglītība, vide, veselības uzvedība un vērtības*, autore izveidoja veselības kompetenci ietekmējošo determinantu modeli. Modelis attēlo veselības kompetenci determinējošo komponentu savstarpējo mijiedarbību un to mijiedarbību ar veselības kompetenci (sk. 3. attēlā). Pētījuma praktiskajā daļā tiks izdalīti un nosaukti katrā modeļa determinantā ietilpstošie latentie mainīgie jeb *faktori* un noteikts to īpatsvars katrā determinantā.



3. attēls. Veselības kompetenci veidojošo faktoru modelis (autores izveidots pēc literatūras avotu analīzes)

Modeļa skaidrojums. Teorētiskā veselības kompetences modeļa izveides iespēju pamato veselības izglītības, veselības kompetences, uzvedības modeļu, vērtību un vides jēdzienu izpētē gūtās atziņas. Vadot pieaugušo veselības izglītības darbu, jāņem vērā pārmaiņu priekšnoteikumi, kas veicina cilvēku lēmumu pieņemšanu veselības uzvedībā, vērtības, ārējās un iekšējās vides faktori – emocionālā, fiziskā un sociālā vide, kurā indivīds dzīvo un strādā. Pieaugušo veselības izglītībā ļoti nozīmīga ir indivīda paša iesaistīšanās zināšanu konstruēšanā, problēmu aktualitāte indivīdam un mācīšanās darbībā, kā arī, informācijas un veselības izpratībā. Nosauktie modeļa komponenti ir savstarpējā mijiedarbībā un ietekmē viens otru, bet, pēc autores uzskata, nozīmīgākais komponents veselības kompetences veidošanās ceļā ir veselības izglītība. Veselības kompetenci veidojošo un ietekmējošo faktoru modelis tiks pārbaudīts pētījuma empīriskajā daļā. Autore to plāno izmantot, veidojot rekomendācijas veselības izglītības darba

organizācijai un vadībai primārās veselības aprūpes māsām, jo māsas darbības mērķis, izglītojot indivīdu, ir indivīda veselības kompetences veicināšana.

3.1. Veselības izglītības darbam primārajā veselības aprūpē paredzēto metodisko rekomendāciju veidošanas principi

Analizējot zinātniskās literatūras avotu teorētiskās nostādnes, tika iegūti dati par veselības izglītības nozīmi un pieaugušo indivīdu izglītības principiem, vadības pamatprincipiem un to izmantošanu PVA māsas praksē un indivīda veselības kompetenci ietekmējošajām faktoru kopām, kā arī, tika izveidots veselības kompetenci ietekmējošo faktoru modelis. Analīzes rezultātā iegūtās atziņas tiks izmantotas praktisku rekomendāciju izveidošanai veselības izglītības darba organizācijai un vadībai primārās veselības aprūpes māsas praksē. Metodiskajam atbalstam un rekomendācijām primārajā veselības aprūpē ir liela nozīme, ja rekomendācijas ir pamatotas pierādījumos (*Primary Health Care Reform in Australia* 2008). Pētījumi liecina, ka vadlīniju un metodisku rekomendāciju veidošana māsām ir jāveic māsām pašām (*Degeling et al.* 2003, *Sheridan* 2005), jo ārstu izveidotās rekomendācijas un vadlīnijas mazāk orientētas uz sistematizētu māsas darbību. Māsām jāapvieno savas akadēmiskās un klīniskās zināšanas un prasmes, lai veidotu māsas praksei atbilstošas vadlīnijas un rekomendācijas, kas atbilstu pierādījumos balstītai praksei (Mārtinsone 2011). Autore uzskata, ka pētījuma ietvaros plānotā veselības izglītības darba sistematizēšana rekomendācijās sniegs pierādījumos balstītu metodisku atbalstu māsām primārajā veselības aprūpē.

Lai varētu sakārtot rekomendācijas atbilstoši pasaules pieredzei, vispirms tika izpētīti teorētiskie avoti un analizētas gūtās atziņas un citu valstu veidotās vadlīnijas veselības izglītības darbam sabiedrībā. Vairāk šādu vadlīniju ir Ziemeļamerikā (ASV, Kanādā), kur veselības izglītības darbs sabiedrībā ir ar senākām tradīcijām. Kā piemēru var minēt Kanādas izglītības departamenta (*HECS* 2008): noteiktos pamatprincipus veselības izglītības darba organizācijai:

- 1) nodrošināt laiku (noteiktu stundu skaitu) iedzīvotāju izglītošanai;
- 2) palīdzēt attīstīt personīgās un sociālās prasmes, piemēram, komunikācijas un lēmumu pieņemšanas prasmes, lai indivīds efektīvi varētu risināt ar veselību saistītus jautājumus riska situācijās;
- 3) palīdzēt atrast veselīgas alternatīvas augsta riska uzvedības situācijās;
- 4) akcentēt kritisko domāšanu, lai indivīds varētu saņemt, saprast un izmantot pamata veselības informāciju un pakalpojumus, kas palīdzētu uzlabot veselību un veicinātu veselīgu dzīvesveidu;

- 5) koncentrēt vislielāko uzmanību uzvedības jautājumiem, kas saistīti ar fizisko aktivitāti, uzturu, vardarbības profilaksi, alkohola, narkotiku un tabakas lietošanu, riskantu seksuālo uzvedību;
- 6) precizēt un atjaunināt informāciju, kas atbilstu indivīda pieredzei un attīstības līmenim, kultūras pieredzei, uzvedības veidam un vērtību sistēmai.

Līdzīgi principi ievēroti arī vadlīnijās, ko izdevusi Amerikas Sabiedrības veselības asociācijas darba grupa (AD HOC 1987). Tajās rekomendēts, ka:

- 1) jānosaka viena vai vairākas mērķa grupas un veselības riska faktori, kas prevalē šajās grupās;
- 2) jānorāda mērķa grupas vajadzības veselības uzturēšanā;
- 3) jāveido teorētisks mehānisms, kā iejaukties, lai iespējami samazinātu konkrētajai grupai identificētos riska faktorus;
- 4) lai uzsāktu darbu, ir jāatspoguļo, kā veidot motivāciju atbilstošajai mērķa grupai iesaistīties savas veselības veicināšanā;
- 5) jārada noteikts darbības plāns, kā īstenot veselības izglītības uzdevumus un sasniegt rezultātu konkrētajā mērķa grupā.

Vairākos pētījumos (*Myra et al.* 2004; *MacGregor et al.* 2005; *Krist et al.* 2005) secināts, ka, izmantojot vadlīnijas veselības izglītības darba organizēšanā, indivīda veselību ietekmējošo paradumu maiņa ir iespējama ātrāk un lētāk, tomēr ar nosacījumu, ka šādas rekomendācijas ir akceptējuši primārajā veselības aprūpē strādājošie ārsti un māsas savā ikdienas darbā. Viens no priekšnoteikumiem, lai rekomendācijas akceptētu, ir precīzi aprakstītas, konkrētas un pamatotas darbības, tajā skaitā arī mācību procesā nepieciešamos posmus un komponentus.

Albrehta (2001) norāda, ka mācību procesu veido vairāki posmi: mācību mērķa izvirzīšana, mācību saturs, mācību metodes, organizācijas formas un līdzekļi, sasniegtie mācību rezultāti un to analīze. Praksē tiek lietoti dažādi mācību procesa plānošanas veidi, bet katrā situācijā, veidojot izglītības plānu indivīdam vai konkrētai mērķa grupai, būtu vēlams ievērot, ka:

- jānoskaidro, kādas zināšanas un iemaņas šajā grupā jau ir;
- jāformulē izglītošanas mērķi;

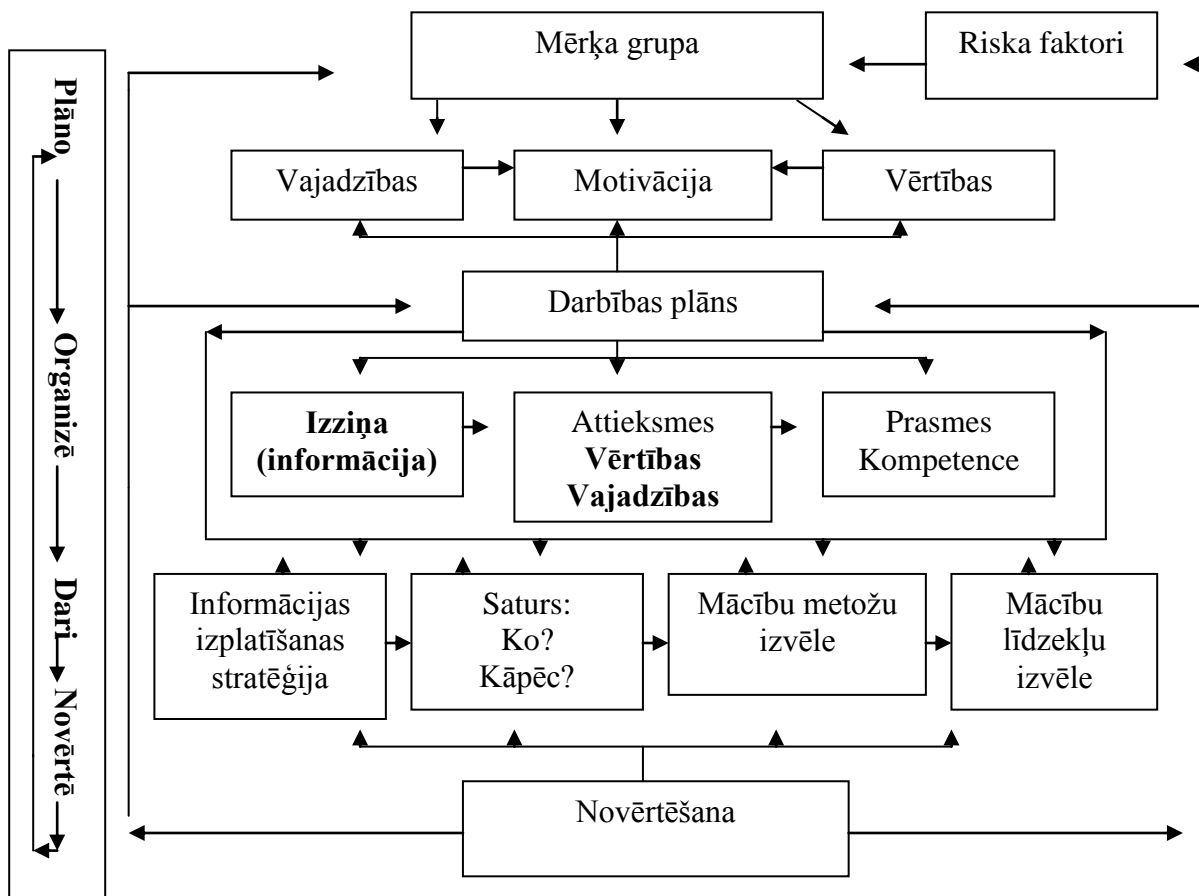
- jāsystematizē mācību saturs;
- jāizvēlas efektīvākas mācīšanas metodes izvirzīto mērķu sasniegšanai;
- jāizvēlas piemēroti mācību līdzekļi;
- jāparedz ierobežojošie faktori (piemērotas telpas, indivīdu fiziskā pašsajūta, uztveres spējas konkrētāja brīdī u. c.);
- jāizvērtē sasniegtie mērķi, līdz ar to gūstot informāciju par mācību procesa kvalitāti un efektivitāti.

Kopsavilkums. Analizējot iepriekš aprakstītos rekomendāciju un vadlīniju veidošanas principus un analizējot pētījumus, kas veikti, ieviešot vadlīnijas, jāsecina, ka, izmantojot vadlīnijas veselības izglītības darba organizēšanā, indivīda veselību ietekmējošo paradumu maiņa ir iespējama ātrāk un lētāk. Bet ir nosacījumi:

- 1) rekomendācijas ir akceptējusi PVA strādājošie ārsti un māsas savā ikdienas darbā
- 2) lai rekomendācijas akceptētu, ir jābūt precīzi aprakstītām, konkrētām un pamatotām darbībā, tajā skaitā, iekļaujot mācību procesā nepieciešamos posmus un komponentus.

3.2. Veselības izglītības mācību procesa struktūra un komponenti

Pamatojoties uz iepriekš minētajiem rekomendāciju veidošanas principiem un mācību procesa posmiem, tapusi autores izveidota veselības izglītības mācību procesa struktūras un tās komponentu shēma (sk. 4. attēlā), kas aprakstīta turpmāk tekstā.



4. attēls. Veselības izglītības darba vadības pamatprincipi (autores izveidota shēma)

Mērķa grupa

Mērķa grupa ir specifiska, noteikti definēta dalībnieku grupa, kas tiek iesaistīta veselības veicināšanas pasākumos un programmās (Lis K et al. 2008). Mērķa grupas var veidot gan pēc sociodemogrāfiskiem parametriem (vecums, dzimums, darba vide u. c.), gan ņemot vērā māsas aprūpes teritorijā esošo indivīdu veselības problēmas. Analizējot pētījumus par mērķa grupas izvēli (Lis et al.

2008; *Drieskens et al.* 2010), izkristalizējās daži elementi, kuriem jāpievērš būtiska uzmanība, un tie ir: sociāli ekonomiskais faktors mērķa grupā un veselību ietekmējošie uzvedības paradumi, kādi vērojami grupā. Izvēloties mērķa grupu, jāatzīmē, ka, koncentrējot uzmanību uz visvairāk sociālekonomiski apdraudētajām un marginalizētajām iedzīvotāju grupām un tās apdraudošajiem riska faktoriem, var panākt visievērojamākos rezultātus veselības uzlabošanā, īpaši, raugoties no ekonomiskās rentabilitātes viedokļa. Veselības veicināšanas programmas jākoncentrē uz iedzīvotājiem ar zemāku sociāli ekonomisko situāciju un vienlaicīgi veselību apdraudošu uzvedību.

Mūžizglītība veselības jomā var dot ievērojamu ieguldījumu sabiedrības veselības veicināšanā un slimību novēršanā, jo veselības izglītībā mācību process arī norit visa cilvēka mūža garumā. Tas attiecīgi tiek piemērots zīdainim, bērnam, jauniešiem, vidēja un vecāka gadagājuma cilvēkiem:

- 1) zīdaiņa periods: jāizskaidro vecākiem prenatālās (grūtniecības laika) aprūpes nozīme, zīdaiņa kopšanas pamatnoteikumi, jāmaņa par barošanu ar krūti, uzturvielām un zīdaiņa drošību;
- 2) bērnam: runājot ar vecākiem jāakcentē imunizācijas nozīme, uzturvielu nozīme bērna augšanā un attīstībā, jāstāsta par drošības pasākumiem, piemēram, par ugunsgrēku profilaksi, indīgo vielu un medikamentu glabāšanu bērnam nepieejamās vietās, bērnu drošu pārvadāšanu automobilī u. tml.;
- 3) jauniešiem: jāskaidro par iespējamajiem kontracepcijas līdzekļiem un drošām seksuālajām attiecībām, par garīgās veselības uzturēšanu (pašnāvību profilakse, savstarpējās attiecības), atkarībām, te domājot par alkohola, narkotiku un nikotīna kaitīgo ietekmi, atkarību no azartspēlēm;
- 4) pieaugušajiem: par uzturvielu nozīmi un veselīgu uzturu, fizisko aktivitāti, stresa pārvarēšanas iespējām (par visu, kas palīdz uzlabot pašsajūtu), par vēža profilakses nozīmi (piemēram, krūšu pašpārbaudes paņēmieniem);
- 5) vecāka gadagājuma cilvēkiem: jāuzsver uzturvielu un fizisko aktivitāšu nozīme mūža paildzināšanā un fiziskās formas saglabāšanā, jāinformē par drošības pasākumiem, kas jāapgūst pazeminātas kustības spējas un maņu orgānu vājināšanās dēļ, kā arī par iespējamajiem veidiem, kā saglabāt aktīvu un neatkarīgu dzīvesveidu.

Mācīšanas stili. Plānojot mācīšanos, jāparedz, ka pastāv dažādi mācīšanās stili. Jāatceras, ka mācīšanās stilu ietekmē indivīda personība, vide un arī iedzimtība (ģenētika).

8. tabula. Mācīšanās stili (pēc Honey, Mumford 2000)

Mācīšanās cikla posmi	Mācīšanās stils
Eksperimentēšana	Aktīvists: es gribu pamēģināt vēlreiz
Reflektēšana / refleksija	Reflektētājs: man nepieciešams laiks, lai par to padomātu
Teoretizēšana	Teorētīķis: kā tas varētu noderēt vēl citur?
Pārbaudīšana	Pragmatīķis: kā es to pielietošu praksē?

Pieaugušie mācās tad, ja uztver nepieciešamību to darīt. Mācai ir jāpārliecinās, ka indivīds saprot pamatproblēmas, kas apdraud veselību, un to, ka tās jācenšas novērst vai ierobežot. Pieaugušo mācīšanās virzība ir no zināmā uz nezināmo (Raiskums 2005). Mācai ir jānovērtē tas, ko indivīds jau zina, pirms uzsāk veselības izglītības darbu. Nav nepieciešams no jauna izglītot par jautājumiem, kas indivīdam jau ir zināmi un saprotami, bet jāpapildina un jāpaplašina esošās zināšanas. Pieaugušo mācīšanās arī veselības izglītības ietvaros notiek veiksmīgāk, ja indivīds aktīvi iesaistās un ir līdzestīgs šajā procesā. Veiksmīgāk ir izmantot interaktīvās mācību metodes. Pieaugušajiem ir jādod iespēja praktiski apgūt jaunās prasmes. Tieša atgriezeniskā saite palielina mācīšanās un veselības uzvedības maiņas iespējamību (Comerford, Freda 2004).

Riska faktori grupā. Tie ir neietekmējamie un ietekmējamie riska faktori. Neietekmējamie riska faktori ir *indivīda dzimums, vecums un ģenētiskā predispozīcija*.

Ietekmējamie riska faktori ir:

- 1) nesabalansēts uzturs (tāds, kas satur pār daudz sāls, cukura un tauku);
- 2) nepietiekama fiziskā aktivitāte;
- 3) smēķēšana;
- 4) alkohola un apreibinošo vielu, tajā skaitā narkotisko, lietošana;
- 5) pastāvīga stresa klātbūtne;
- 6) fiziska un emocionāla vardarbība;

7) paaugstināts risks un sociāli bezatbildīga uzvedība kā ārējo nāves cēloņu izraisītāja;

8) aroda riska faktori (*Calle et al.* 2003; Ērglis u.c. 2007; *Huxley, Woodwart* 2011).

Motivācija. Individus motivē izmantot jau esošās zināšanas un izpratni, lai izvairītos no reducētiem riska faktoriem, kas apdraud veselību (*Kanādas vadlīnijas* 2007).

Vērtības. Individā, grupas, sabiedrības vērtības, veselība kā vērtība.

Darbības plāns:

- 1) sniegt informāciju par cilvēku kā par būtni, kas sevī ietver fizioloģiskus, psiholoģiskus, sociokulturālus, garīgus un attīstības aspektus;
- 2) mijiedarbībā ar individu, veidot attieksmes, vērtības un vajadzības veselības saglabāšanai;
- 3) palīdzēt apgūt prasmes, kā pielietot zināšanas, jeb mācīties darot.

Darbības plāns sevī ietver: informācijas izplatīšanas stratēģijas izveidi, mācību satura izstrādāšanu, mācību metožu izvēli un mācību līdzekļu izvēli.

Informācijas izplatīšanas stratēģija. Informāciju var izplatīt, izmantojot:

- 1) oficiālos avotus (masu plašsaziņas līdzekļus – arī vietējo presi, kas šobrīd ir gandrīz katrā pašvaldībā; valsts institūciju rīkojumus (dažādu bukletu, plakātu un videoklipu veidā);
- 2) neoficiālos avotus, kad māsa informatīvu darbību veic dažādos vietējos pasākumos (informācijas sniegšana sieviešu klubos, draudžu pasākumos, bibliotēkās, pašvaldību sarīkojumos u. c.). Šis informācijas izplatīšanas ceļš ir ļoti veiksmīgi izmantojams, īpaši lauku apvidos;
- 3) tiešas pārrunas ar grupām vai atsevišķām ģimenēm, vai indivīdiem;
- 4) e-vides lietošana, īpaši komunikācijā ar jaunāka gadagājuma indivīdiem (e-pasts, *skype* programma, primārās veselības aprūpes prakses mājaslapās esošās informācijas aktualizēšana, papildinot ar informatīviem materiāliem veselības izglītībā).

Saturs. Mācību saturam jābūt zinātniskam, bet tajā pašā laikā arī saprotamam, tam jābūt saistītam ar dzīvi, sistemātiskam un secīgam (*Albrehta* 2001). Lai ievērotu šos principus, organizējot veselības izglītības darbu, mācai ir jāveido **mācību plāns**. Tajā māsa paredz, **ko** viņa stāstīs teorētiski un **ko** rādīs praktiski, jāpamato – **kāpēc** tieši tas būtu jāzina, un **kādā secībā** noritēs mācības. Te jāparedz:

- cik ilgs laiks tiks atvēlēts katrai izglītošanas reizei un cik tikšanās reizes būs nepieciešamas;
- teorētiskās un praktiskās mācīšanās daļu attiecības;
- mācīšanās vieta un laiks;
- vai izglītošana paredzēta vienam indivīdam vai vairākiem, vienai ģimenei vai vairākām;
- cik liela pieredze ir katram indivīdam veselības aprūpes jautājumos. Mācību plānam ir jābūt pārdomātam, ar sasniedzamiem mērķiem. To jāveido kopā ar indivīdiem, kas iesaistīsies mācību procesā, ņemot vērā, kāds ir viņu priekšzināšanu līmenis un ko viņi sagaida un vēlas iegūt šajā procesā. Mācīšanos realizē, izmantojot atbilstošas **mācību metodes**. Veselības izglītībā mācīšanās ir rezultatīvāka, ja notiek darbībā (*Rubana 2004*), tāpēc jāizmanto interaktīvas mācību metodes;
- teorētiskajai daļai izmanto īsu lekciju;
- var izmantot arī vienas lapas instrukciju, kur hronoloģiskā secībā sarakstīta indivīdam nepieciešamā informācija;
- lai saņemtu atgriezenisko saiti, izmanto dialogu;
- ja tiek izglītoti vairāki indivīdi vienlaicīgi, var izmantot diskusijas metodi, kuras gaitā tiek noskaidroti jautājumi, kas grupai ir svarīgi;
- lai veiksmīgi varētu apgūt, kā rīkoties dažādās situācijās, var izmantot lomu spēles;
- teorētiskā informācija, lai tā tiktu padarīta saprotamāka, tiek papildināta ar demonstrējumu. Tiek izmantoti dažādi uzskates līdzekļi, kas var būt gan māsas sagatavoti palīglīdzekļi un materiāli, gan katra indivīda veselības aprūpei iegādātie priekšmeti.

Mācību un uzskates līdzekļi:

- grāmatas, brošūras, bukleti, kuros skarta veselības aprūpe, izvairīšanās no traumatiskām situācijām, neatliekamā palīdzība, kāda jāapgūst katram indivīdam;
- audiovizuālie ieraksti;
- plakāti;
- interneta resursi.

Izvērtēšana. Tā notiek, pamatojoties uz indivīdu jautājumiem par pārrunās skartajām tēmām.

Latvija ir iesaistījies Baltijas reģiona projektā *InPrim* (2007–2013), kas paredzēts primārās veselības aprūpes sistēmas uzlabošanai un darba kvalitātes indikatoru noteikšanai. Viens no projekta mērķiem (*Jurgutis, Vainiomaki 2011*) ir arī primārās veselības aprūpes ārstu izglītošana, ārstu un māsu

praktiskās mācības darba grupās par sadarbības principiem un lomu sadali, lai veiksmīgāk īstenotu primārās veselības aprūpes uzdevumus komandā, līderību pacientu aprūpes vadībā, pacientu motivāciju un, cita starpā, arī veselības veicināšanas un iedzīvotāju izglītošanas jautājumos.

Kopsavilkums. Ir jāņem vērā, ka primārās veselības aprūpē strādājošās māsas un ārsti ne vienmēr ir gatavi akceptēt veselības izglītības nozīmīgo lomu un aktīvāk iesaistīties indivīdu veselības kompetences veicināšanā, turklāt viņiem ne vienmēr ir pietiekoši kompetences mācību procesa organizēšanā. Tāpēc būtiska nozīme ir arī PVA strādājošo ārstu, māsu un ārsta palīgu izglītošanai kā organizēt un vadīt veselības izglītības procesu.

Veselības izglītības darbs māsas praksē ir jāorganizē un jāvada, balstoties racionālos, skaidros un pamatojamus pierādījumos, kas iegūti pētījumos un literatūras analizē. Jāievēro mācību procesa vadības principi:

- 1) vadot pieaugušo veselības izglītības darbu, jāizprot indivīda vajadzības, vērtību sistēma un mācīšanās stils;
- 2) izveidot plānu, kā organizēt un vadīt veselības izglītības darbu. Plānā jāiekļauj informācijas izplatīšanas stratēģija, mācību saturs, pieaugušo izglītības darbam atbilstoša mācību metožu un mācību līdzekļu izvēle.
- 3) organizēt pieaugušo izglītošanas un mācīšanās vajadzībām atbilstošu mācību vidi.

4. PĒTĪJUMA PRAKTISKĀ DAĻA

4.1. Pētījuma metodoloģija

Pētījuma veida raksturojums

Pētījums pēc izmantojamības veidots kā lietišķais pētījums, jo tas paredz pētīt šobrīd aktuālu problēmu – kā uzlabot veselības izglītības darba organizāciju un vadību primārās veselības aprūpes māsu praksē. Klasificējot pēc pētniecības jautājuma, pētījums ir aprakstošs. Izmantojot dalījumu pēc izmantotās metodes, pētījumā lietota gan kvalitatīvā pētniecības metode – aprakstošā jeb naratīvā metode, gan kvantitatīvā pētniecības metode, kā instrumentu izmantojot aptaujas anketu.

Pētījuma dalībnieku izvēles pamatojums un izlases veidošanas principi

Veidojot izlases iedzīvotāju kopu, pētījuma praktiskajā daļā tika izvēlēta kvotas metode, kas ietilpst nevarbūtīgo metožu grupā. Noteiktos apstākļos (ko nosaka ierobežoti resursi) ir noderīga nevarbūtīgo izlašu veidošanas metodika (Kristapsone 2008). Metode tika izraudzīta, jo bija ierobežota iespēja piekļūt iedzīvotāju reģistram. Metodes ietvaros tika izraudzīti pētījuma dalībnieki, kas atbilda atsevišķu sabiedrības slāņu lielumam populācijā. Atbilstoši proporcionāli tika izraudzīts vīriešu un sieviešu skaits, kā arī izlases dalībnieku sadalījums vecuma grupās un pēc dzīvesvietas (atbilstoši teritorijas administratīvajam sadalījumam Latvijā). Pētījumā tika iesaistīti respondenti no visiem Latvijas novadiem. Sadalot vecuma grupās, proporcionāli vairāk tika aptaujāti pieaugušie 18–30 gadu vecumā, jo pētījuma mērķis bija noskaidrot veselības kompetenci veidojošos faktoros, īpaši ekonomiski aktīvajās vecuma grupās, uz kurām ir attiecināms *OECD* noteiktais indikators *potenciāli zaudētie dzīves gadi*.

Praktiskā pētījuma norises plāns

Pētījuma praktiskā daļa noritēja vairākos posmos:

1. **Pilotpētījums pētniecības instrumenta kvalitātes pārbaudei** tika veikts 2008. gada novembrī. Ziņojums par iegūtajiem rezultātiem Latvijas Universitātes 67. zinātniskajā konferencē, plakātprezentācija 2. Latvijas Māsu un vecmāšu kongresā.

2. **PVA māsu aptauja** tika veikta 2009. gada maijā. Pētījumā tika izdalītas 120 aptaujas anketas. Atpakaļ tika saņemtas 106 anketas. Par iegūtajiem rezultātiem tika ziņots Sabiedrības veselības māsu un ārstu konferencē 2010. gada martā. Iegūto datu plakātprezentācija notika Starptautiskajā Eiropas māsziņbu doktorantu konferencē Berlīnē 2010. gada septembrī un konferences tēžu krājumā.
3. **Iedzīvotāju aptauja** datu ieguvei un teorētiskā veselības kompetences modeļa pārbaudei tika veikta 2009. gada novembrī. Pētījuma laikā tika izdalītas 1000 aptaujas anketas, no kurām atpakaļ tika saņemtas 827. Iegūto datu prezentācija notika Latvijas Universitātes 68. konferencē, RSU starptautiskajā konferencē “Sabiedrība. Veselība. Labklājība”, 13. Starptautiskajā izglītības pētniecības konferencē Atēnās 2011. gada maijā (arī konferences tēžu krājumā), kā arī plakātprezentācijā Lundas Universitātē (*European Academy of Nursing Studies*) doktorantu vasaras nometnē 2011. gada jūlijā.
4. **Ekspertu aptauja** veselības kompetences modeļa novērtēšanai.
5. **Rekomendāciju izstrāde** veselības izglītības darba organizācijai un vadībai PVA māsas praksē, par ko tika ziņots Latvijas Universitātes 69. konferencē.

Datu apstrādes un analīzes metodes

Datu analīze veikta, izmantojot statistisko datu apstrādes programmu *SPSS*, tika izmantotas secinošās statistikas metodes: Stjūdenta t tests, dispersiju analīze (*ANOVA*), *Kruskal-Wallis* tests. Dispersiju analīze nosaka pētāmā faktora vai arī vairāku faktoru summārās iedarbības īpatsvaru (Arhipova I., Bāliņa S. 2006). Izmantota arī korelāciju analīze un faktoru analīze.

Lietoto pētījuma instrumentu izveide

Pamatojoties literatūras avotos gūtajā informācija un atziņās, tika izstrādāti datu vākšanas mērinstrumenti – divas anketas:

1. **Aptaujas anketa iedzīvotājiem**, lai noskaidrotu veselības kompetenci veidojošos faktoros un izveidotu veselības kompetenci veidojošo faktoru modeli. Anketa tika paredzēta Latvijas iedzīvotāju aptaujai. Tajā ietvertas 47 jautājumu kopas, kas satur 131 jautājumu (sk. 1. pielikumā). Atbilžu varianti veidoti Likerta skalas veidā. Likerta skala palīdz izvairīties no respondentu atbilžu dažādas interpretācijas. Likerta skalas gadījumā ir ērti veidot indeksus pētāmo parametru ietekmējošo faktoru noskaidrošanai (Geske, Grīnfelds 2006). Pēc pētījuma instrumentārija izstrādāšanas tika veikts

pilotpētījums (N=100), kas ļāva novērtēt izveidotās anketas kvalitāti. Pilotpētījuma ietvaros novērtēta uzdoto jautājumu saprotamība, kā arī novērsta iespējamās satura neskaidrības un kļūdas.

2. **Aptaujas anketa primārajā veselības aprūpē strādājošām māsām.** Anketu veidoja 32 jautājumu kopas, kopā 111 jautājumi (sk. 2. pielikumā). Arī šajā anketā atbilžu varianti ir Likerta skalas veidā.

Lai novērtētu izveidotā veselības kompetences modeļa atbilstību, veikta **ekspertu aptauja**. Aptauja tika veikta, izmantojot strukturētas intervijas palīdzību. Intervijā iekļauti trīs jautājumi, kas tika uzdoti par veselības kompetences modeļa atbilstību un iespēju to izmantot pierādījumos balstītu rekomendāciju veidošanai veselības izglītības darba organizācijai un vadībai. Datu ieguvei pielietota triangulācija – datu savākšanai izmantoti statistikas dati, kvantitatīvās pētniecības instrumenti aptaujas anketas iedzīvotājiem un primārās veselības aprūpes māsām un kvalitatīvās pētniecības instruments – intervija, veicot ekspertu aptauju.

Pētījuma ētika

Pētījuma dalībniekus informēja par pētījumu un tā mērķiem, viņiem tika sniegta informācija par respondentu aizsardzības un konfidencialitātes principiem. Visiem pētījumā iesaistītajiem dalībniekiem ir saglabāta anonimitāte un dati izmantoti tikai apkopotā veidā. Iegūtie dati ir fiksēti un netika izlaisti vai izmainīti. Rūpīgi ievērota pētījuma metodika, līdz ar to ievērots arī pētījuma atkārtojamības princips. Uz visām citu autoru teorētiskajām atziņām, kā arī iepriekš veikto pētījumu datiem, kas izmantoti salīdzināšanai, pētījumā ir norādītas atsauces.

4.2. Sākotnējais veselības kompetences modelis – pilotpētījuma rezultāti

Tika izpētīti teorētiskās literatūras avoti un izveidots teorētisks veselības kompetences modelis. Sākotnēji tika pieņemts, ka veselības kompetenci veido šādas determinantes – veselības kompetence, veselības izglītība, veselības uzvedība, kurā iekļauti arī jautājumi par vērtībām un vidi, savstarpēji mijiedarbojoties.

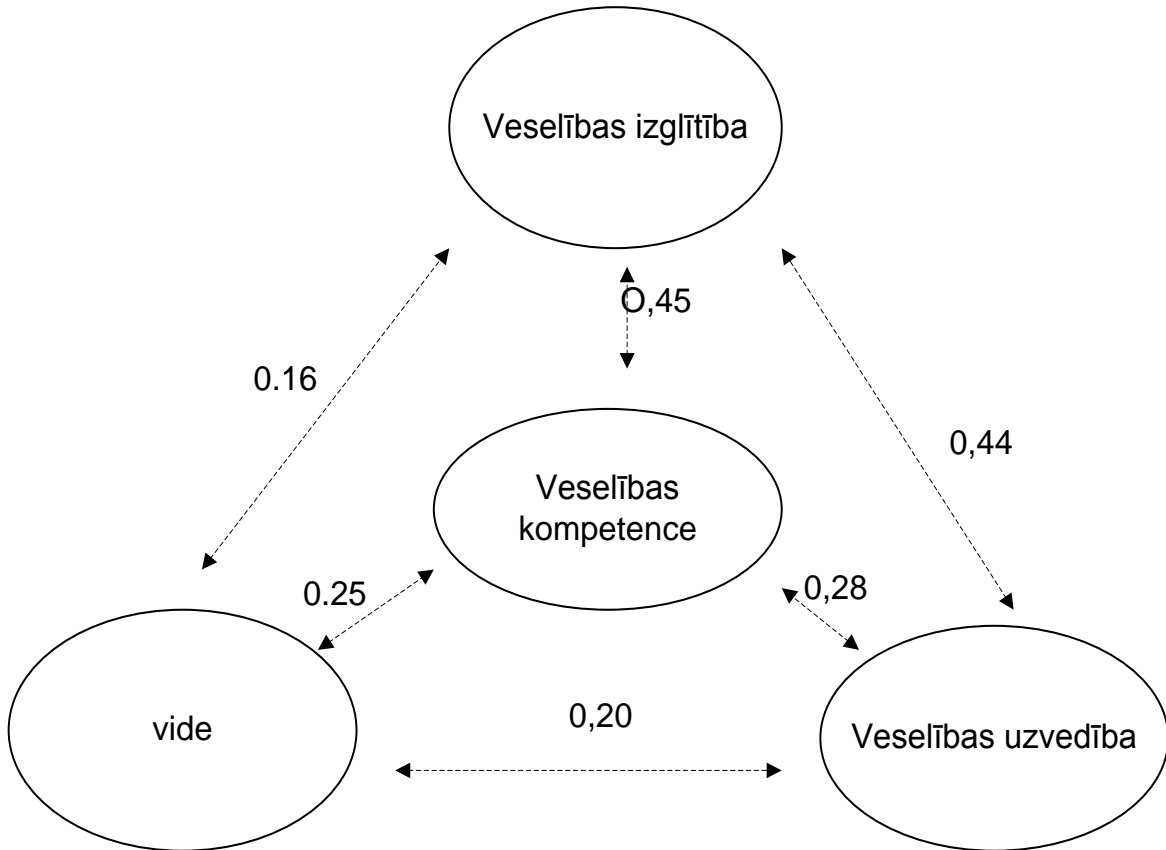
Pamatojoties autores teorētisko literatūras avotu izpētē iegūtajos rezultātos, tika izveidots datu vākšanas mērinstruments – anketa, kurā ietvertas 47 jautājumu kopas. Atbilžu varianti tika veidoti Likerta skalas veidā. 2008. gada novembrī tika veikts pilotpētījums, un tā mērķis bija apstiprināt pieauguša indivīda veselības kompetenci veidojošās determinantes, kā tās atbilst autores izveidotajam teorētiskajam veselības kompetences modelim, kā arī tika pārbaudīta pētniecības instrumenta validitāte un drošums. Pilotpētījumā iesaistīti 100 respondenti vecumā no 18 gadiem, tika izmantota kvantitatīvā pētniecības metode, dati apstrādāti ar statistikas programmas *SPSS 14* palīdzību.

Anketas jautājumi tika sagrupēti atbilstoši iepriekš izveidotajam teorētiskajam modelim un izveidotas četras attieksmes skalas. Iekšējā saskaņotība skalām tika mērīta ar Kronbaha alfa koeficientu. Tālāk analīzei tika izpētītas sakarības starp skalām un noteikts Pīrsona korelācijas koeficients.

Iegūtie rezultāti bija statistiski nozīmīgi ar 99% ticamību, un pieļāva, ka veselības kompetencei visciešākā korelācija ir ar veselības izglītību (sk. 5. attēlā). Tādējādi apstiprinājās autores teorētiski izstrādātais modelis par pieaugušo veselības kompetenci, ko veido šādas determinantes – *veselības izglītība, vide un veselības uzvedība* (sk. 5.attēlu).

Pēc pilotpētījuma neviens no jautājumiem netika izņemts, jo to saturs plaši aptvēra pētāmo objektu (veselības kompetences veidošanos ietekmējošās determinantes) un atbilda mērķim. Arī mērinstrumenta formāts bija atbilstošs un neradīja respondentiem šķēršļus, lai varētu sniegt atbildes uz visiem uzdotajiem jautājumiem.

5. attēls. Pilotpētījumā apstiprinātais veselības kompetences modelis



Kopsavilkums:

- 1) Pilotpētījumā apstiprināts autores teorētiski izveidotais modelis, kurā tiek pieņemts, ka pieaugušo veselības kompetenci veido šādu faktoru kopas– veselības izglītība, vide, veselības uzvedība.
- 2) *Veselības izglītība* ir nozīmīgākā faktoru kopa veselības kompetences veidošanā. Veselības kompetence veidojas, mijiedarbojoties veselības izglītībai, veselības uzvedībai un videi.

4.3. Veselības kompetences modelis pēc iedzīvotāju aptaujas datu analīzes

4.3.1. Demogrāfiskā situācija Latvijā aptaujas laikā

Nākošajā pētījuma posmā tika izplatītas 1000 anketas, no kurām atgūtas 827 aizpildītas anketas. Visas bija derīgas datu apstrādei, t. i., bez tehniskiem bojājumiem. Tika izmantota kvotas izlases metode, aptaujas dalībnieki tika izraudzīti atbilstīgi atsevišķu slāņu lielumam populācijā. Aptauja notika 2010. gadā, laikā no 1. līdz 31. janvārim. Pēc Centrālā statistikas biroja datiem, 2009. gadā Latvijas patstāvīgo iedzīvotāju skaits bija 2 261 294. Pilsētās dzīvoja 1 532 653 iedzīvotāju, lauku apvidos 728 641 iedzīvotāju. Iedzīvotāju skaits, sadalot pēc dzimuma, Latvijā bija: 1 043 120 vīrieši un 1 218 174 sievietes (CSB 2009). Rīgas reģionā bija 713 016 iedzīvotāju, Pierīgas reģionā – 385 507 iedzīvotāju, Vidzemes reģionā – 235 576, Kurzemes – 301 621, Zemgales – 281 928 un Latgales reģionā – 343 646 iedzīvotāju (CSB 2009).

Pētījuma dalībnieki: kopskaitā 827 vai, 358 jeb 43% respondentu bija vīrieši un 469 jeb 57% sievietes, kas kopumā atbilst Latvijas iedzīvotāju demogrāfiskajai situācijai. Vecuma grupas bija sadalītas, ņemot vērā pētījuma mērķi – noskaidrot pieaugušo iedzīvotāju veselības kompetenci ietekmējošos faktoros, kā viens no mainīgajiem bija vecumposmu fiziskās veselības atšķirības, cilvēkam izejot pieauguša indivīda dzīves posmus. Aptaujāti tika indivīdi no 18 gadu vecuma. Vecuma grupu sadalījumā ietilpa arī grupa “61 un vairāk gadu”. Vecākajiem respondentiem šajā grupā bija 75 gadi.

Ekonomiski aktīvo un nodarbināto īpatsvars pieaug līdz ar vecuma palielināšanos, vecuma grupā no 30 līdz 34 gadiem sasniedzot maksimumu, kas tālāk pakāpeniski samazinās, sevišķi, sasniedzot pensijas vecumu (Zvidriņš P. 2003). Aptaujā, sadalot respondentus vecuma grupās, lielākais skaits respondentu bija vecuma grupā no 18 līdz 30 gadu vecumam. Aptauju organizējot, tika ņemts vērā arī tāds *OECD* indikators, kā “potenciāli zaudētie dzīves gadi” (turpmāk PZDG). Tie ir gadi, kurus cilvēks būtu nodzīvojis līdz kādam noteiktam vecumam, ja nebūtu miris nelaimes gadījumā, kādas slimības vai cita iemesla dēļ. Darbspējas vecuma iedzīvotāji visvairāk potenciālo dzīves gadu zaudē ārējo nāves cēloņu dēļ, kas ir novēršami priekšlaicīgas nāves iemesli. Bieži vien tie ir saistīti ar indivīda dzīvesveidu, veselības paradumiem un tādējādi arī ar indivīda veselības kompetenci. PZDG salīdzināšanai dinamikā tika izmantots relatīvais rādītājs, t. i., uz 100 000 attiecīgā dzimuma un vecuma iedzīvotājiem (VNC 2010).

PZDG rādītājam ļaundabīgo audzēju dēļ pēdējos divus gadus vērojama pieauguma tendence, jo īpaši sievietēm (tas skaidrojams ar mirstības pieaugumu krūts ļaundabīgā audzēja dēļ sievietēm salīdzinoši agrā vecumā: 2008. gadā – vecuma grupā 30–34 gadi, 2009. gadā – vecuma grupā 35–44 gadi) (VNC 2010). Vecuma grupās bija respondenti gan pirmsriskā (no 18 līdz 30 gadu vecumam), gan riska periodā (no 31 gada vecuma). Respondentu sadalījums vecuma grupās (skaits un procentuālais daudzums) skatāms 4.1. tabulā.

4.1. tabula. Respondentu demogrāfiskais sadalījums (vecuma grupās)

Vecuma grupa, gadi	Skaitis, n	Skaitis, %
18–30	352	42
31–40	164	20
41–50	155	19
51–60	98	12
61 un vairāk	58	7
Kopā	827	100

Svarīga loma veselības resursu uzturēšanas pieejamībai un tādējādi arī indivīda veselības kompetences veidošanai ir sociālekonomiskajiem apstākļiem. Tas atzīmēts arī vairākos pētījumos (*Power et al. 2007; Davey 2003; Kuh and Ben-Shlomo 2004, Maksimova 2005*), ka visos cilvēka dzīves posmos sociālekonomiskā situācija var ietekmēt veselības rezultātus. Pētījumā tika ietverti šādi sociālekonomiskie nosacījumi: izglītība, ienākumi, nodarbinātības statuss un respondenta dzīvesvietas ģeogrāfiskais novietojums. Respondentu izglītība: 56 aptaujātajiem ir pamata izglītība, 267 aptaujātajiem – vidējā izglītība, 78 respondentiem – arodizglītība, 221 – vidējā speciālā un 194 aptaujātajiem – augstākā izglītība. 11 respondenti nebija norādījuši savu izglītību. 29% pētījumā iesaistīto respondentu dzīvo Rīgā, 8% – citā lielajā pilsētā, 40% dzīvo pilsētā un 23% – lauku apvidū. Aptaujā iesaistīti iedzīvotāji darbspējas vecumā, tomēr indivīda rīcībā esošais ienākumu līmenis ir atšķirīgs. Aplūkojot respondentu profilu pēc nodarbinātības, 413 (50%) ir strādājošie, 178 aptaujātie – studenti, 78 (10%) – bezdarbnieki. Tas atbilst vidējam bezdarba līmenim pētījuma veikšanas laikā valstī. 29 no respondentiem (3,5%) bija māsaimnieki un 60 (7%) – pensionāri. Strādājošie un studenti bija 67 (8%).

Kopsavilkums. Analizējot respondentu kopējo sociāldemogrāfisko raksturojumu, var secināt, ka tas atbilda Latvijas iedzīvotāju profilam aptaujas veikšanas laikā. Tādējādi var uzskatīt, ka pētījuma paraugkopa ir tuvināta Latvijas iedzīvotāju sastāvam pēc dzimuma, vecuma, izglītības, nodarbošanās un dzīvesvietas kritērijiem.

4.3.2. Skalu veidošana un iekšējās saskaņotības noteikšana starp skalām

Izmantojot literatūras avotos iegūtās teorētiskās atziņas, sākotnēji tika pieņemts, ka veselības kompetences modeli veido tādi komponenti kā veselības izglītība, veselības uzvedība un vide. Protams, būtiski bija noskaidrot, cik cieša ir mijiedarbība starp šiem mainīgajiem, bet svarīgāk ir saprast, kādi faktori veselības kompetences veidošanos ietekmē vairāk un kuri no tiem katrā konkrētajā modeļa komponentā ir galvenie. Uzsākot datu apstrādi, vispirms tika izveidotas četras attieksmes skalas, kuras pētījuma gaitā tika papildinātas ar vēl vienu skalu, ko autore apzīmēja ar nosaukumu *vērtības*. Skalas ir ordināli indeksi, kas domāti latentu mainīgo mērīšanai. Lai pārbaudītu iekšējo saskaņotības pakāpi starp faktoru veidojošiem manifestējošiem mainīgajiem, skalas pārbaudīja ar Kronbaha alfa koeficientu. Šo koeficientu lieto, lai aprēķinātu tādu skalu drošumu, kur ir jautājumi ar vairāk nekā divām iespējamām atbildēm (Geske, Grinfelds 2006). Kronbaha alfa koeficienta robežkritērijs sociālajās zinātnēs ir 0,7 (David de Vaus 2002). Skalu veidošana notika, apkopojot anketas jautājumus.

1. Apkopojot jautājumus par indivīda fiziskajām aktivitātēm, uztura paradumiem, veselību ietekmējošajiem kaitīgajiem ieradumiem un zināšanām par dažādiem veselības aspektiem, vispirms tika izveidota **veselības kompetences skala**. Iekšējās saskaņotības pakāpe – Kronbaha alfa koeficients – šajā skalā bija **0,784**.
2. **Veselības izglītības** skalā tika ietverti jautājumi par indivīda izziņas un sociālajām prasmēm, kas nosaka indivīda nodomu un spējas iegūt, saprast un izmantot informāciju par to, kā labāk saglabāt un uzturēt veselību. Iekšējās saskaņotības pakāpe – Kronbaha alfa koeficients – bija **0,769**.
3. Jautājumi, par indivīda uzvedības nodomiem un veselības pārliecību, kā arī riska uztveri tika apkopoti **veselības uzvedības** skalā, un iekšējās saskaņotības pakāpe – Kronbaha alfa koeficients – bija **0,764**.
4. Sākotnēji, analizējot pilotpētījuma datus, jautājumi par vērtībām tika iekļauti veselības uzvedības skalā, tomēr, veicot pētījumu ar lielāku dalībnieku skaitu, pierādījās, ka jautājumi par vērtībām ir jāizdala atsevišķi, tāpēc sākotnējais veselības kompetences modelis tika papildināts ar vēl vienu komponentu – *vērtībām*. Vērtību novērtēšanai izmantota viena no populārākajām pieejām (Cheng,

Fleischmann 2010), tā ir vērtību sakārtošana pēc ranga. Respondentiem tika lūgts sakārtot pēc svarīguma gan indivīda, gan sabiedrības vērtības. Jautājumos par vērtībām ietilpa gan terminālās, gan instrumentālās vērtības. **Vērtību** skalas iekšējās saskaņotības pakāpe bija **0,765**.

- Jautājumi, kas tika apkopoti skalā par **vidi**, bija par informācijas un komunikācijas iespējām un informācijas tīkliem, sadarbības iespējām, kā arī par sociālo un kultūras vidi. Iekšējās saskaņotības pakāpe – Kronbaha alfa koeficients – bija **0,745**. Izveidotās skalas un to iekšējās saskaņotības pakāpe skatāma 4.2. tabulā.

4.2. tabula. Skalu iekšējā saskaņotības pakāpe

Skala	Kronbaha alfa koeficients
Veselības uzvedība	0,76
Veselības izglītība	0,77
Vide	0,75
Veselības kompetence	0,78
Vērtības	0,77

Kopsavilkums. Apkopojot anketas jautājumus, tika izveidotas piecas skalas, kuras atbilda autores veidotā veselības kompetences modeļa veidojošajiem komponentiem. Skalu iekšēja saskaņotība tika pārbaudīta ar Kronbaha alfa koeficientu. Tas atbilda sociālajās zinātnēs pieņemtajam koeficienta lielumam. Tādējādi var uzskatīt, ka modeļa komponenti ir valīdi. Tālākai analīzei tika veikta sakarību pētīšana starp skalām un noteikts Pīrsona korelācijas koeficients, jo mainīgie mērīti intervālu skalā.

4.3.3. Korelācijas starp veselības kompetences modeli veidojošajiem komponentiem

Korelācijas pētījumos tiek meklētas savstarpējas saistības starp dažādiem lielumiem vai pazīmēm. Ar to tiek raksturots sakarību ciešums (Geske A., Grīnfelds A. 2006; Arhipova I., Bāliņa S. 2006). Iegūtie rezultāti bija statistiski nozīmīgi, jo starp visām pazīmēm pastāvēja statistiski nozīmīga korelācija: visciešākā tā ir veselības kompetenci veidojošā modeļa komponentiem *veselības izglītība* un *veselības kompetence* ($r = 0,65$) (sk. 4.3. tabulā). Tas ir skaidrojams ar to, ka veselības izglītība ir jebkura mācīšanās pieredzes kombinācija ar mērķi sekmēt indivīda zināšanas par veselības saglabāšanu, attieksmi pret savu un pārējo indivīdu veselību un prasmi izmantot zināšanas jeb veselības kompetenci.

4.3. tabula. Korelācija starp veselības kompetences modeļa komponentiem

	Vērtības	Veselības izglītība	Veselības kompetence	Vide	Veselības uzvedība
Vērtības	1	0,37**	0,31**	0,27**	0,54**
Veselības izglītība	0,37**	1	0,65**	0,36**	0,59**
Veselības kompetence	0,31**	0,65**	1	0,33**	0,48**
Vide	0,27**	0,36**	0,33**	1	0,39**
Veselības uzvedība	0,54**	0,59**	0,48**	0,39**	1

** statistiski nozīmīgs ar 99% ticamību

4.3.4. Modeļa komponentu faktoranalīze

Iegūtie dati tika apstrādāti ar faktoru analīzes palīdzību, izmantojot *SPSS*. Faktoru analīze, modelējot procesus, palīdz samazināt lielu mainīgo skaitu uz nelielu faktoru skaitu (Geske A., Grinfelds A. 2006). Datu analīzes gaitā tika noteikti faktoru svāri. Mainīgā faktora svāris ir korelācijas koeficients starp šo mainīgo un faktoru (Lasmanis, Kangro 2004; Geske, Grinfelds 2006). Faktora svāris liecina par mēru, kāds nepieciešams kādam spēju kopumam (Lasmanis, Kangro 2004). Katru faktoru izveidoja no matricas, izvēloties tikai tos mainīgos, kuru svāri bija nozīmīgi. Faktoru svāris norāda, kādu ieguldījumu katrā faktorā dod katrs manifistējošais mainīgais (Geske A., Grinfelds A. 2006). Veicot faktoru rotāciju (varimax) tika atlasīti tie jautājumi, kuru faktoru svāris bija nozīmīgi, jeb tie nebija mazāki par 0,4 pēc absolūtās vērtības. Datu apstrāde noslēdzās ar faktoru saturiskās saistības atklāšanu un nosaukšanu (sk. 4.4. tabulā). Katru faktoru veidojošie jautājumi tika apvienoti skalā un skalai pielietota iekšējās saskaņotības noteikšanas metode – Kronbaha alfa koeficients. Nevienam faktoram tas nebija zemāks par 0,7 (sk. 4.4. tabulā).

4.4. tabula. Veselības kompetences modeli veidojošie galvenie faktori pēc nosaukšanas (atbilstoši faktora skalas Kronbaha alfa koeficientam)

Faktora Nr.	Veselības izglītība	Veselības uzvedība	Vide	Vērtības
F1	Indivīda iesaistīšanās zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem (0,82)	Riska uztvere (0,76)	Veselību atbalstoša darba vide (0,70)	Indivīda vērtības (0,70)

F2	Veselības izpratība (0,81)	Sociālā ietekme (0,71)	Veselību atbalstoša sociālā vide (0,71)	Sabiedrības vērtības (0,70)
F3	Indivīda vecuma posmam aktuālas tēmas (0,66)	Emocionālo kairinājumu uztvere (stress) (0,71)	Informāciju tehnoloģiju pieejamība (0,84)	
F4		Atbalsta gaidas (0,70)		

Dispersiju analīze

Lai noskaidrotu neatkarīgo mainīgo (dzimums, vecums, dzīvesvieta, izglītības līmenis, grāmatu skaits mājās, ienākumu līmenis) summārās iedarbības īpatsvaru uz faktoru analīzes rezultātā izdalītajiem faktoriem katrā modeļa komponentā, tika izmantota dispersiju analīze. Dažādu faktoru ietekme uz pētāmo pazīmi parasti nav vienāda. Dispersiju analīzi izmanto, lai noskaidrotu, vai faktors ir būtisks vai nav (Arhipova I., Bāliņa S. 2006). Pētījumā izmantota vienfaktora dispersiju analīze (*ANOVA*), pētāmo faktoru ietekmes būtiskumu noskaidroja, pārbaudot statistiskās hipotēzes, kur tika veikta kopīgās dispersijas sadalīšana sastāvdaļās un šo daļu salīdzināšana, izmantojot F kritēriju. Dažu faktoru analīzei tika izmantots *Kruskal-Wallis* tests. Tas tika izmantots kā *ANOVA* alternatīva variants, kur katrai izlasei bija atšķirīgs apjoms (Rašcevska M., Kristapsone S. 2000).

Kopsavilkums.Uzsākot datu apstrādi, anketas jautājumus apvienoja skalās pēc atbilstības veselības kompetences modeļa determinantēm. Sākotnējā modeli veidojošo determinantu kopa tika papildināta ar vēl vienu, kas apzīmēta ar nosaukumu *vērtības*. Skalu iekšējo saskaņotību autore mērīja ar Kronbaha alfa koeficientu, un visās skalās tas bija virs 0,7. Skalu savstarpējo sakarību mērīšanai izmantojot Pīrsona korelācijas koeficientu, atklājās, ka pastāv statistiski nozīmīgas korelācijas starp tām. Visciešāk savstarpēji korelēja veselības izglītība un veselības kompetence. Katra modeļa komponenta analīzei izmantoja faktoranalīzes metodi un izdalīja faktorus ar lielāko faktora svaru. Faktori tika nosaukti. Lai noskaidrotu neatkarīgo mainīgo (dzimums, vecums, dzīvesvieta, izglītības līmenis, grāmatu skaits mājās, ienākumu līmenis) summārās iedarbības īpatsvaru uz faktoru, tika lietota dispersijas analīze.

5. VESELĪBAS KOMPETENCES MODEĻA KOMPONENTOS IZDALĪTIE GALVENIE FAKTORI UN TO ANALĪZE

5.1. Faktoru kopa *Veselības izglītība*

Veselības izglītība ietver sevī apzināti veidotas izglītības iespējas, iesaista dažāda veida informāciju ar nolūku uzlabot veselības izpratību, uzlabojot zināšanas un attīstot dzīvesprasmes, kas sekmē indivīda un sabiedrības veselību. Tā ir jebkura mācīšanās pieredze, kas izstrādāta, lai atvieglotu labprātīgu rīcību, kas atbalsta (veicina) optimālu veselības stāvokli indivīdam vai sabiedrībai kopumā (WHO 2006). Ņemot vērā iepriekš minēto, veselības izglītība pieaugušajiem ir pēc būtības sociāls un politisks process, kas vērsts uz dzīvesprasmju attīstīšanu un ir ļoti nozīmīgs komponents cilvēka attīstībā, kā arī sekmē indivīda un sabiedrības veselību kopumā. Modeļa komponentā *veselības izglītība* tika izdalīti trīs faktori (sk. 5.1. tabulā).

5.1. tabula. Faktoru svāri pēc rotācijas

Jautājumi	VI_F1	VI_F2	VI_F3
Informācija par veselīgu dzīvesveidu, ko gūst avīzēs, žurnālos	0,69		
Informācija par veselīgu dzīvesveidu, ko gūst TV, radio	0,68		
Informācija par veselīgu dzīvesveidu, ko gūst veselības mācības stundās	0,61		
Informācija par veselīgu dzīvesveidu, ko gūst no draugiem, paziņām	0,59		
Ģimenes ārsta prakses mediķi varētu pamudināt	0,58		
Valsts organizēti veselības veicināšanas pasākumi varētu pamudināt	0,56		
Informācija par veselīgu dzīvesveidu, ko gūst internetā	0,46		
Cik bieži ārsti izmanto respondentam nesaprotamus vārdus		0,85	
Cik bieži māsas izmanto respondentam nesaprotamus vārdus		0,81	
Cik bieži ir grūtības izlasīt medicīniska rakstura informāciju		0,73	
Cik bieži veselīga dzīvesveida popularizējošie materiāli uzrakstīti saprotami		0,32	
Vēlas zināt par ģimenes plānošanu			0,59
Vēlas zināt par fiziskajām aktivitātēm			0,51

Vēlas zināt par drošu dzimumdzīvi			0,49
Labprāt saņemtu praktiskus padomus DVD un CD veidā			0,46
Vēlas zināt par infekcijas slimību profilaksi			0,42
Cik laika var atvēlēt, lai mācītos saglabāt veselību			0,41
Vēlas zināt par veselīgu uzturu			0,41
Vēlas zināt par emocionālās spriedzes samazināšanu			0,39
Labprāt iesaistītos telemācībās			0,34
Labprāt piedalītos ģimenes ārsta praksē organizētās lekcijās			0,33
Vēlas zināt par kaitīgo ieradumu profilaksi			0,30

Veicot korelācijas analīzi, var secināt, ka pastāv statistiski nozīmīga korelācija starp modeļa komponentā *veselības izglītība* izdalītajiem un nosauktajiem faktoriem (sk. 5.2. tabulā).

5.2. tabula. Korelācija starp komponenta *veselības izglītība* faktoriem

	VI_F1 Indivīda iesaistīšanās zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem	VI_F2 Veselības izpratība	VI_F3 Indivīda vecuma posmam aktuālas tēmas
VI_F1 Indivīda iesaistīšanās zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem	1	0,5**	0,11**
VI_F2 Veselības izpratība	0,5**	1	0,17**
VI_F3 Indivīda vecuma posmam aktuālas tēmas	0,11**	0,17**	1

** statistiski nozīmīgs ar 99% ticamību

Tātad, ja indivīds aktīvāk iesaistās zināšanu ieguvē, jāpieņem, ka pieaug arī veselības izpratība ($r=0,5$). Pozitīvas korelācijas novērojamas arī pārējos pāros. Jāpieņem, ka indivīds aktīvāk iesaistās zināšanu ieguvē par veselības saglabāšanu, ja tēmas ir aktuālas tieši viņam ($r=0,11$). Arī veselības izpratība pieaug, ja tēmas ir aktuālas indivīda vecuma posmam ($r=0,17$).

Lai noskaidrotu, vai izdalītos faktoros ietekmē neatkarīgie mainīgie – respondentu dzimums, izglītība, dzīvesvieta, ienākumu līmenis un grāmatu skaits mājās (kā mājas izglītības resurss) –, vai starp šīm pazīmēm ir sakarības un kāds ir šo sakarību raksturs, tika izmantota dispersijas analīzes metode – viena virziena ANOVA un t tests, veicot no modeļa komponenta “Veselības izglītība” izdalīto faktoru dispersiju analīzi.

5.1.1. VI_F1 Indivīda iesaistīšanās zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem

Indivīdam aktīvi iesaistoties zināšanu ieguves procesā, atklājās, ka viņš vairāk nav tikai pasīvs informācijas uztvērējs. Mācīšanās ir gan emocionāls, gan intelektuāls process. Šajā procesā pieaugušie ienes ne tikai savu pieredzi, bet arī vērtību sistēmu un mācās darot; viņi vēlas būt iesaistīti. Mācoties darot, pati dzīve kļūst kā nepārtraukta mācību pieredze (*Keregero K. 1989*). Pašvirzīta mācīšanās ir ļoti individuāla un atkarīga arī no indivīda veselības stāvokļa (*5th Annual Health Literacy Conference 2006*). Neapšaubāmi, saistībā ar zināšanu ieguvu ir jāņem vērā arī vēsturiski izveidojusies sabiedrības un indivīda sociālā pieredze. Aizvien plašāk indivīdi gūst dažāda veida informāciju tieši sociālajos tīklos. Šajā vidē notiek komunikācija, viedokļu apmaiņa, tiek izspēlētas dažādas situācijas un saņemts līdzcilvēku vērtējums. Sociālie mediji var aizsniegt jaunas mērķauditorijas, kuras neinteresē tradicionālie plašsaziņas kanāli. “Šīs auditorijas vēlas ne tikai pieeju plašsaziņas līdzekļiem, bet arī iespēju veidot atgriezenisko saiti, dalīties ar informāciju un to izmantot. Lai šīs mērķauditorijas aizsniegtu, ir jāatrodas tur, kur notiek sarunas, t. i., *Facebook, Twitter* un citos sociālajos tīklos” (*Lokegard M. 2010*).

Dispersiju analīze un t tests

Dzimums un iesaistīšanās zināšanu apguvē

Lai analizētu dzimuma ietekmi uz VI_F1, tika izmantots t tests, kas ir visbiežāk lietotā statistiskā metode, lai noteiktu, vai starp divu izlašu aritmētiskajiem vidējiem pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības. Sākotnēji tika pieņemta nulles hipotēze, ka, iesaistoties zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem, nepastāv atšķirības dzimumu starpā. *Levene* tests norāda, ka ir jāņem vērā sadaļa *Equal*

variances not assumed ($p = 0,000$). Vīrieši ($M = 23,9053$, $s = 5,91407$), sievietes ($M = 19,3134$, $s = 4,71384$) $t(632,4715) = 11,6757$, $p = 0,000$, $\alpha = 0,05$. Nulles hipotēze ir jānoraida un ar 95% varbūtību jāpieņem, ka pastāv atšķirības dzimumu starpā, iesaistoties zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem, un ka sievietes mazāk iesaistās zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem. Jāpieņem, ka vīriešiem Latvijā vairāk raksturīga pašvadītā mācīšanās. Tas būtu vērā ņemami primārās veselības aprūpes māsām, organizējot indivīdu veselības izglītības darbu. Pašvadīta mācīšanās kā pieaugušo mācīšanās princips ir definēts androgogijas teorijā (Knowles 1970) un norāda, ka pieaugušais ir brīvs savā izvēlē mācīties, savukārt izglītotājs ir kā starpnieks starp indivīda vajadzībām un izglītības mērķiem.

Zināšanas indivīds iegūst formāli, neformāli vai informāli (kā ikdienas mācīšanos) (OECD). 2010. gadā veiktā pētījumā “Neformālā izglītība un tās iedzīvināšanas procesi Latvijā” secināts, ka Latvijā vīriešiem pievilcīgāka ir neformāla izglītība. Veselības izglītība šajā kontekstā arī tiek realizēta neformāli, jo mācīšanās ir adaptēta indivīda vajadzībām.

Izglītība un iesaistīšanās zināšanu ieguvē

Turpinot VI_F1 analīzi, vispirms tika pieņemta nulles hipotēze, ka indivīda iegūtā izglītība neietekmē viņa iesaistīšanos zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem. *Levene* tests parāda ($p=0,208$), ka dispersija ir homogēna un atbilst normālam sadalījumam.

ANOVA uzrāda, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības ($p=0,000$, $\alpha=0,005$), un nulles hipotēze ir jānoraida. Ar 95% ticamību, indivīda iegūtā izglītība ietekmē viņa iesaistīšanos zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem. *Scheffe* testā parādās grupas, kurās ir noteiktās atšķirības veselības izglītības VI_F1. Ir statistiski nozīmīgas atšķirības zināšanu ieguvē sociālajos tīklos un no masu medijiem indivīdiem ar pamata, vidējo speciālo un augstāko izglītību: $F(4,756)=7,253$, $p=0,000$; $p<0,005$. Uzrādās, ka starp cilvēkiem ar pamatizglītību un augstāko izglītību ir vislielākās atšķirības zināšanu ieguvē sociālajos tīklos un no masu medijiem. Faktora (izglītība), kurš nosaka dalījumu grupās, ietekmes īpatsvars $\eta^2 = 920,011/24893,238=0,037$ jeb 3,7%. Izglītotāki cilvēki iegūst vairāk informācijas, jo viņi vairāk lasa (Cutler and LLeras-Muney 2007; Avitabile et al. 2008), var labāk analizēt iegūto informāciju un izvēlēties atbilstošāko.

Papildus izglītībai autore izmantoja vēl vienu neatkarīgo mainīgo, un tas bija *grāmatu skaits mājās*. Grāmatu skaits mājās ir uzskatāms par indivīda kultūrkapitāla līmeni raksturojošo faktoru (Ozola 2012).

Tika pieņemta nulles hipotēze, ka grāmatu skaits mājās neietekmē indivīda iesaistīšanos zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem. *Levene* tests parādīja ($p=0,43$), ka grupu dispersija ir homogēna un var veikt analīzi ar *ANOVA*. Tā kā p -vērtība ir $0,000 < 0,05$, var noraidīt hipotēzi, ka grāmatu skaits mājās neietekmē indivīda iesaistīšanos zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem: $F(5,766) = 5,766$, $p=0,000$, $\alpha=0,05$. Jāatzīmē, ka visvairāk zināšanu ieguvē ietekmē grāmatu neesamība mājās. Jādomā, ka šiem indivīdiem arī zināšanu ieguve ir sarežģītāka nekā tiem indivīdiem, kuriem grāmatas mājās ir. *Scheffe* testā redzams, ka atšķirības zināšanu ieguvē parādās starp tiem indivīdiem, kam mājās nav grāmatu un tiem, kam ir, sākot jau no 25 grāmatām un vairāk. Nav atšķirību grupai, kurai nav nevienas grāmatas, no grupas ar grāmatu skaitu līdz 25. Faktors ir nozīmīgs, tā ietekmes īpatsvars ir 3,6%. Vairākos pētījumos noskaidrots (*Rimal 2003; Fonseca-Becker et al. 2007*), ka mājsaimniecībās, kur vecāki vairāk interesējas, tajā skaitā lasa, par veselības saglabāšanu, arī bērniem ir pieejams vairāk informācijas avotu. Tāpēc svarīgas ir informācijas ieguves prasmes, kas apgūtas socializācijas procesā ģimenē. Arī labāka izglītība palielina indivīda zināšanas par pastāvošajām barjerām, kas var traucēt piekļūt gan informācijai par veselības aprūpi, gan pašiem veselības aprūpes pakalpojumiem (*Fonseca-Becker 2007*).

Vecums un iesaistīšanās zināšanu ieguvē

Tika pieņemta nulles hipotēze, ka dažādās vecuma grupās nepastāv atšķirības, iesaistoties zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem. Dispersiju analīzē *Levene* tests parādīja, ka izkliede ir homogēna ($p=0,316$) un atbilst normālsadalījumam, un analīzi var turpināt ar *ANOVA*. Ar 95% ticamību nulles hipotēze ir jānoraida, jo indivīda iesaistīšanās zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem statistiski nozīmīgi atšķiras dažādās vecuma grupās: $F(4,767) = 3,913$, $p=0,004$ $\alpha = 0,05$. Analīze tiek turpināta ar *Scheffe* testu, un var apgalvot, ka visaktīvāk zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem iesaistās jaunāki cilvēki, kuri ietilpst vecuma grupā no 18 līdz 30 gadu vecumam, savukārt pirmspensijas vecuma grupā (no 51 līdz 60 gadiem) iesaistīšanās ir viszemākā. Mainīgā *vecums* ietekmes īpatsvars $\eta^2 = 508,320/25415,041 = 0,2$ jeb 2%.

Mainīgo ienākumu līmenis un nodarbinātība ietekme uz iesaistīšanos zināšanu ieguvē

Tika pieņemta nulles hipotēze, ka iesaistīšanās zināšanu ieguvē nav saistāma ar indivīda ienākumu līmeni. Dispersiju analīzē *Levene* tests parādīja, ka dispersija nav homogēna ($p=0,061$) un neatbilst normālsadalījumam, tāpēc datu analīzei kā alternatīva *ANOVA* tika izmantots *Kruskal-Wallis* tests:

$H(4)=7,810$, $p=0,099$. Iegūtais rezultāts neļauj noraidīt nulles hipotēzi, un ar 95% ticamību jāpieņem, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības indivīda zināšanu ieguvei saistībā ar ienākumu līmeni. Netika atrasta arī mainīgā nodarbinātība ietekme uz V_i_F1 ($p=0,133$)

Dzīvesvieta un iesaistīšanās zināšanu ieguvē

Tika izvirzīts pieņēmums, ka nav atšķirību zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem starp indivīdiem, kas dzīvo dažādos Latvijas reģionos.

Tā kā *Levene* testā $p = 0,306$, tad ar 95% varbūtību nevar noraidīt hipotēzi, ka dispersijas ir vienādas, un datus turpināja analizēt ar *ANOVA*. Analīzes rezultātā ar 95% ticamību nulles hipotēzi nevar noraidīt, jo $p > 0,05$, resp., $F(3,752)=0,513$, $p=0,673$, $\alpha=0,05$. Līdz ar to jāpieņem, ka nav statistiski nozīmīgu atšķirību zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem starp dažādos reģionos dzīvojošiem indivīdiem.

5.3. tabula. Dispersiju analīzes rezultāti faktoram V_i_F1 “zināšanu ieguve no sociālajiem tīkliem un masu medijiem”

Mainīgie	F	p vērtība
Respondentu izglītība	(4,766)=7,253	0,005
Grāmatu skaits mājās	(5,766)=5,766	0,000
Respondentu vecums	(4,767)=3,913	0,004
Respondentu dzīvesvieta	(4,752)=0,513	0,673

Kopsavilkums. Analizējot iepriekš izvirzīto neatkarīgo mainīgo ietekmi uz izdalīto faktoru $F1$ “zināšanu ieguve no sociālajiem tīkliem un masu medijiem”, tika atrasta neatkarīgo mainīgo *dzimums*, *vecums*, *izglītība un grāmatu skaits mājās* ietekme uz pētāmās pazīmes izmaiņām. Ar 95% ticamību pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības zināšanu ieguvē starp dzimumiem un parādās, ka aktīvāki zināšanu ieguvē no sociālajiem tīkliem un masu medijiem ir tieši vīrieši. Tāpat aktīvāk ir gatavi iesaistīties gados jaunāki cilvēki (vecuma grupā no 18 līdz 30 gadiem), ko varētu arī izskaidrot ar faktu, ka tieši jaunāki cilvēki vairāk izmanto informācijas ieguvei un apmaiņai dažādas sociālās saziņas vietas: *Draugi.lv*, *Twitter*, *Facebook* u. c. Salīdzinoši visneaktīvākie ir cilvēki 51–60 gadu vecuma-grupā, kā arī vērojamas atšķirības

zināšanu ieguvē starp indivīdiem ar pamata izglītību un augstāko izglītību. To var izskaidrot kā kognitīvo spēju rezultātu, kas iegūts izglītības ceļā. Izglītība ir būtisks veselību determinējošs faktors. Pētījumi liecina, ka labāk izglītotiem cilvēkiem samazinās hronisku saslimšanu risks un mazāks stacionārā pavadīto gultasdienu skaits (Cutler; Lleras-Muney 2006). Netika atrasta statistiski nozīmīga indivīda dzīvesvietas ietekme, kā arī ienākumu līmeņa un nodarbinātības ietekme uz VI_F1 zināšanu ieguvi. Jāatzīmē, ka pētījuma aptauja tika veikta 2009. gada decembrī, kad Latvijā sociāli ekonomiskā situācija bija cietusi no globālās finanšu krīzes un 82% respondentu vidējie ienākumi mēnesī nepārsniedza 350 latus (CSB). Kopumā jāsecina, ka būtiski indivīda zināšanu iegūvi no sociālajiem tīkliem un masu medijiem ietekmē *dzimums, vecums un izglītība*.

5.1.2. VI_F2 Veselības izpratība (health literacy)

Veselības izpratība ir kas vairāk nekā tikai spēja izlasīt tekstu, kurā ir ar veselību saistīta informācija. Tā ir spēja atrast, saprast un izmantot informāciju par veselības saglabāšanu, te ietilpst arī prasme uzklaut, orientēties iegūtajā informācijā un piedalīties kopējās veselības veicināšanas programmās (Nutbeam 2000). Lai pārbaudītu, vai veselības izpratību Latvijā ietekmē tādi neatkarīgie mainīgie kā respondentu *izglītība, dzimums, ienākumu līmenis, dzīvesvieta un grāmatu skaits mājās*, vai starp šīm pazīmēm ir sakarības, un kāds ir šo sakarību raksturs, tika izmantota dispersijas analīzes metode – viena virziena ANOVA.

Izglītība un veselības izpratība (health literacy)

Pieņemot nulles hipotēzi, ka nav atšķirības veselības izpratībā starp indivīdiem ar dažādu izglītības līmeni, tika veikta dispersiju analīze, vispirms ar *Levene* testu nosakot, vai dispersija ir homogēna. Tā kā grupu nozīmīguma vērtība *Levene* testā bija $p < 0,005$, jāpieņem, ka grupu dispersijas ir atšķirīgas. Ja *Levene* testā iegūtā p vērtība ir mazāka nekā 0,05, tad nevar izmantot parametriskās pārbaudes, jo ir ievērojamas atšķirības (Kristanovski 2007). Var izmantot neparametriskās metodes, piemēram, ANOVA, kam alternatīva ir *Kruskal-Wallis* tests, kas arī tika izmantots. Tā kā p vērtība ir ļoti nedaudz $< 0,05$ ($p=0,059$), jāpieņem, ka atšķirības starp grupām nebija ievērojamas, bet tās tuvojās nozīmīgām, tāpēc nevar ar 95% ticamību pilnībā noraidīt, ka respondentu izglītība neietekmē *veselības izpratību*, resp., $H(4)=9,092$, $p=0,059$. Vairāki autori (Kichbush 2001, Greenberg et al. 2006) pieņem, ka izglītība un veselības izpratība (*health literacy*) ir galvenie indivīda veselību ietekmējošo faktoru vidū.

Dzimums, vecums un veselības izpratība (health literacy)

Lai noskaidrotu, vai veselības izpratība ir atšķirīga atkarībā no respondentu dzimuma, tika veikts t tests, ar kura palīdzību var novērtēt, vai ir statistiskas atšķirības starp divām grupām. Tika analizēts, vai ir statistiski nozīmīgas atšķirības starp vīriešiem un sievietēm, pieņemot, ka $p=0,005$. Tika pieņemta nulles hipotēze, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības veselības izpratībā starp sievietēm un vīriešiem.

No *Levene* testa redzams, ka p vērtība = 0,637, $p < 0,005$. T testa analīze pierādīja, ka ar 95% ticamību ir atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības veselības izpratībā starp divām grupām – vīriešiem un sievietēm, resp., vīrieši ($M=11,8807$, $s=3,78066$), sievietes ($M=12,9694$, $s=3,81352$), $t(807) = -4.041$, $p=0,00$, $\alpha=0,05$ un jāpieņem, ka sievietēm veselības izpratība ir augstāka nekā vīriešiem. Dzimuma faktora ietekmes īpatsvars ir 2%.

Tika pieņemta nulles hipotēze, ka indivīda vecums neietekmē veselības izpratību. *Levene* testā redzams, ka gupu sadalījums ir viendabīgs ($p=0,262$), tāpēc var turpināt analīzi ar *ANOVA*, resp., $F(4,782)=2,968$; $p=0,19$. Tātad ar 95% ticamību jāpieņem, ka nulles hipotēze ir jānoraida un pastāv atšķirības veselības izpratībā, kas saistāmas ar indivīda vecumu. *Scheffe* testā var redzēt, ka atšķirības pastāv starp cilvēkiem 18 līdz 30 gadu vecuma grupā un pēc 61 gada vecuma ($p=0,037$).

Ienākumu līmenis un veselības izpratība (health literacy)

Nākošā nulles hipotēze bija pieņēmums, ka nav statistiski nozīmīgu atšķirību veselības izpratībā starp cilvēkiem ar dažādu ieņēmumu līmeni. Datu analīzei tika izmantota *ANOVA*. Sākotnēji ar *Levene* testa palīdzību tika pārbaudīts, vai grupās dispersijas ir homogēnas. Nozīmīguma līmenis ir lielāks par 0,05 ($p=0,529$), līdz ar to nulles hipotēzi nevar noraidīt un jāpieņem, ka sadalījumi atbilst normālsadalījumiem. Atšķirības nebija ievērojamas, bet tās tuvojās nozīmīgām, resp., $p=0,057$ ($p < 0,005$), un būtu pamats uzskatīt, ka nulles hipotēze jānoraida. Izmantojot *Scheffe* testu, neparādījās atšķirības starp grupām, tāpēc tika veikts *Tukey* tests un *Höcherberg GT2* tests, kā rezultātā uzrādījās atšķirības veselības izpratības saistībai ar cilvēku ienākumu līmeni. Atšķirības veselības izpratībā parādās starp cilvēkiem ar nelieliem ienākumiem (50–160 latu) un cilvēkiem ar vidējiem ienākumiem (351–500 latu), resp., $F(4,794)=2,303$, $p < 0,005$. Jāpieņem, ka veselības izpratība ir augstāka cilvēkiem ar ienākumu līmeni no 351 līdz 500 latiem, bet cilvēkiem ar ienākumu līmeni no 50 līdz 160 latu veselības izpratība ir zemāka. Autore piekrīt *Nutbeam* (2000), ka mazāki ieņēmumi un zemāks izglītības līmenis ietekmē indivīda

iespējas, tajā skaitā piekļuvi informācijas resursiem. Mainīgā *ienākumi* īpatsvars ir 10%, $\eta^2 = 135,629/11827,747 = 0,01$ vai 10%. Netika atrasta mainīgā *nodarbinātība* ietekme uz Vi_F1 ($p = 0,256$)

Dzīvesvieta un veselības izpratība (health literacy)

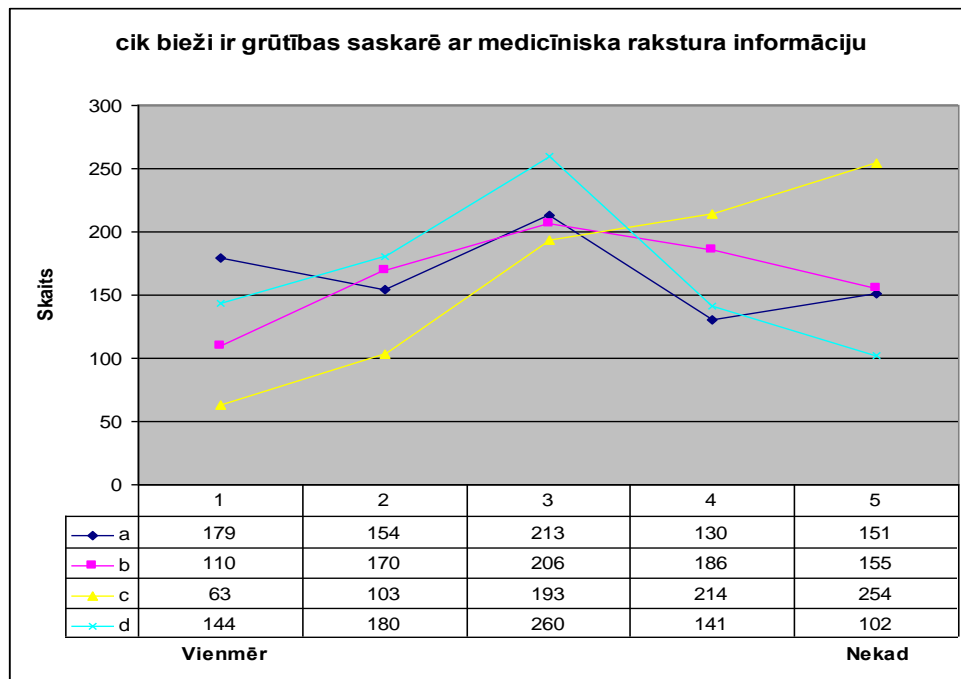
Tika pārbaudīta arī nulles hipotēze, ka nav statistiski nozīmīgu atšķirību veselības izpratībā, cilvēkiem dzīvojot dažādās administratīvajās teritorijās. Analīzei izmantoja *ANOVA*. Ar *Levene* testu tika pārbaudīts, vai grupās dispersijas ir homogēnas, un, tā kā $p = 0,264$, jāpieņem, ka dispersijas ir vienādas un var turpināt analīzi. $F(3,763) = 2,834$, $p = 0,037$, $\alpha = 0,05$, nulles hipotēze neapstiprinājās, tādējādi ar 95% ticamību ir atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības veselības izpratības saistībā ar indivīda dzīvesvietu. Jāpieņem, ka indivīdiem pilsētās ($M = 12,3684$, $s = 3,05715$) (pētījumā tās bija mazpilsētas) un lauku apvidos ($M = 12,5424$, $s = 3,25605$) ir mazāka veselības izpratība nekā Rīgas iedzīvotājiem ($M = 13,1046$, $s = 2,77018$). Dzīvesvietas faktors, pēc kura tika sadalītas grupas, ir būtisks.

Grāmatu skaits mājās un veselības izpratība

Tika pieņemta nulles hipotēze, ka grāmatu skaits mājās neietekmē indivīda veselības izpratību. *Levene* testā redzams, ka dispersija grupās ir homogēna, un var turpināt analīzi. *ANOVA*. $F(5,776) = 1,536$, $p = 0,176$, $\alpha = 0,05$. Izvirzītā nulles hipotēze ir apstiprinājusies, un ar 95% statistisko varbūtību var teikt, ka grāmatu skaits mājās ietekmē indivīda veselības izpratību.

Lai noskaidrotu, cik lielā mērā respondenti izprot informāciju, kuru iegūst no veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem mutvārdos un rakstiski, aptaujas anketā bija iekļauta jautājumu kopa: “Lūdzu, novērtējiet, cik bieži jums ir grūtības saskarē ar medicīniska rakstura informāciju?” Tajā iekļauti 4 jautājuma varianti: (sk. 5. attēlā). Jautājuma atbilžu varianti veidoti skalā 1–5, kur atbildes variants “grūtības ir vienmēr” = 1 un atbildes variants “grūtības nav nekad” = 5.

- a. cik bieži jums ir grūtības izlasīt rakstisku informāciju, ko ārsts vai māsa jums izsniedz?
- b. cik bieži jums nācies saskarties ar to, ka ārsti izmanto daudz nesaprotamu vārdu, runājot par jūsu veselību?
- c. cik bieži jums nācies saskarties ar to, ka māsas izmanto daudz nesaprotamu vārdu, runājot par jūsu veselību?
- d. cik bieži veselīga dzīvesveida popularizēšanas materiāli ir uzrakstīti tā, lai tos būtu viegli lasīt un saprast? (sk. 5. attēlā)



5. attēls. Cik bieži respondentiem ir grūtības saskarē ar medicīniska rakstura informāciju?

Atbildēs redzams, ka salīdzinoši vieglāk indivīdiem ir saprast māsas sniegtu informāciju. Vislielākās grūtības sagādā rakstiska informācija, ko izsniedz ārsti un māsas, kā arī rakstiskā informācija veselīga dzīvesveida popularizēšanas materiālos.

Kopsavilkums: analizējot iegūtos datus, tika atrasta statistiski nozīmīga neatkarīgo mainīgo – *dzimums, ienākumu līmenis* un indivīda *dzīvesvieta* – ietekme uz modeļa komponenta *veselības izglītība* faktoru VI_F2 *veselības izpratība*. Neatkarīgā mainīgā *izglītība* ietekme nebija ievērojama, tomēr atšķirības tuvojās nozīmīgām. Sievietēm *veselības izpratība* bija augstāka nekā vīriešiem, tāpat Rīgas iedzīvotāju *veselības izpratība* bija augstāka nekā lauku apvidos un pilsētās (mazpilsētās) dzīvojošajiem. Lielāka *veselības izpratība* vērojama arī indivīdiem ar augstāku ienākumu līmeni mēnesī. Arī citos pētījumos (Kichbush 2001; Rimal 2003; Fonseca-Becker et al. 2007) ir pierādījies, ka labāk izglītoti un turīgāki cilvēki ir ar augstāku *veselības izpratību*, viņi vairāk iesaistās diskusijās par *veselības saglabāšanu* un viņiem ir pozitīvāka attieksme pret veselīga dzīvesveida ievērošanu. Netika atrasta mainīgā nodarbinātība ietekme uz Vi_F2.

5.1.3. VI_F3 Tēmas, kas aktuālas dažādiem vecuma posmiem

Mācīšanās ir efektīva, ja mācību priekšmets ir cilvēkam aktuāls. Pieaugušie visvairāk ieinteresēti mācību priekšmetos, kas tieši ietekmē viņu darbu vai personīgo dzīvi (*Knowles*). Tēmu aktualitāte par veselības saglabāšanu atšķiras noteiktos cilvēka dzīves cikla posmos:

- jauniešiem tā ir interese par iespējamajiem kontracepcijas līdzekļiem un drošām seksuālām attiecībām, par garīgās veselības uzturēšanu (pašnāvību profilakse, savstarpējās attiecības), atkarībām, tie domājot alkohola, narkotiku un nikotīna kaitīgo ietekmi, atkarību no azartspēlēm;
- vidēja gadagājuma pieaugušajiem ir interese par uzturvielu nozīmi un veselīgu uzturu, fiziskām aktivitātēm, stresa pārvarēšanas iespējām (par visu, kas palīdz uzlabot pašsajūtu), vēža profilakses nozīmi (piemēram, krūšu pašpārbaudes paņēmieni);
- vecāka gadagājuma cilvēkiem ir aktuāla uzturvielu un fizisko aktivitāšu nozīme mūža paildzināšanā un fiziskās formas saglabāšanā, drošības pasākumi, kas jāapgūst pazeminātas kustību spējas un maņu orgānu vājināšanās dēļ, kā arī interese par iespējamajiem veidiem, kā saglabāt aktīvu un neatkarīgu dzīvesveidu.

Turpinot analizēt iegūtos datus, tika izvirzītas vairākas statistiskās hipotēzes, vai pastāv atšķirības starp faktoru VI_F3 Tēmas, kas aktuālas vecuma posmam un mainīgajiem: *dzimums, izglītība un vecums*.

Dzimums un tēmas, kas aktuālas indivīda vecuma posmam

Kā pirmā tika testēta nulles hipotēze: *Tēmas, kas aktuālas vecumposmam (VI_F3)*, ir vienādas abiem dzimumiem. Tika izmantots t tests. *Levene* tests parāda, ka nav atšķirības izkliedē $p=0,313$. Tālākajā analizē netika iegūtas statistiski nozīmīgas atšķirības starp dzimumiem par tēmām, kas aktuālas kādam noteiktam cilvēka dzīves vecuma posmam. Nulles hipotēze ar 95% ticamību tika apstiprināta. Vīrieši ($M=8,43296$, $s=1,27669$), sievietes ($M=8,46695$, $s=1,34668$), $t(825)=-0,36778$, $p=0,713$, $\alpha=0,05$.

Izglītība un tēmas, kas aktuālas indivīda vecuma posmam

Nākošā nulles hipotēze: nav atšķirību tēmās, kas aktuālas vecuma posmam saistībā ar respondentu izglītību. Tika izmantota ANOVA. *Levene* tests parāda, ka grupu dispersijas nav vienādas $p=0,011$ ($\alpha=0,005$), tāpēc tālāk analīzei tika izmantots *Kruskal-Wallis* tests, $H(4)=19,833$, $p=0,001$. Tā kā p vērtība

ir mazāka nekā 0,05 un $p=0,001$, jāpieņem, ka atšķirības starp grupām ir statistiski nozīmīgas, un ar 95% ticamību nulles hipotēzi var noraidīt. Ir vērojamas atšķirības starp indivīdiem ar dažādu izglītību par tēmām, kas aktuālas vecuma posmam. Jāpieņem, ka faktors, pēc kura tika sadalītas grupas (izglītība), ir būtisks, un tā ietekmes īpatsvars ir 2,7%; $\eta^2 = 38,836/1420,23=0,027$. Izglītība var ietekmēt veselību cilvēka dzīvescikla posmos. Jaunāku cilvēku grupās izglītības līmenis atspoguļo iespējamās problēmas mentālajā veselībā, savukārt vecāka gadagājuma cilvēki vairāk pakļauti fiziskām veselības problēmām (*Health Impacts of Education* 2008). Tas izskaidro iegūtās izglītības ietekmi uz noteiktām tēmām cilvēka dzīves konkrētajā posmā.

Vecums un tēmas, kas aktuālas indivīda vecuma posmam

Kā nākošā tika izvirzīta nulles hipotēze, ka nav atšķirību *veselības izglītības* F3 dažādās respondentu vecuma grupās. Izmantojot ANOVA, tika veikta analīze.

Levene tests parāda, ka grupu dispersijas ir vienādas – $p=0,307$ ($\alpha=0,05$) – un grupu sadalījumi atbilst normālsadalījumiem. Tālāk varēja lietot ANOVA. $F(4,822)=15,933$, $p=0,000$; $p<0,05$, tāpēc ar 95% ticamību ir jānoraida nulles hipotēze un jāpieņem, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības tēmām, kas aktuālas vecuma posmam saistībā ar respondentu vecuma grupu. Lietojot *Šefes* testu ($p<0,05$), noskaidrojās, ka vislielākās atšķirības F3 *vecumposmam aktuālajās tēmās* ir starp jauniešiem vecumā no 18 līdz 30 gadiem ($M=8,0625$) no vienas puses un 41–50 gadus ($M= 8,9097$) un 51–60 gadus veciem indivīdiem ($M=8,8061$) no otras puses. Tas tikai apliecina, ka ir nopietni jāņem vērā šis faktors, veidojot veselības izglītības programmas, un jāsaprot, ka tēmas par veselības saglabāšanu, kas interesē jaunus cilvēkus, nav tādas pašas kā vecāka gadagājuma cilvēkiem. Faktors, pēc kura ir sadalītas grupas, ir būtisks, tā ietekmes īpatsvars $\eta^2 = 102,957/1430,863=0,072$, jeb 7,2%.

Ienākumi un interesējošās tēmas par veselības saglabāšanu.

Pieņemot nulles hipotēzi, ka ienākumu līmenis mēnesī neietekmē indivīdu interesējošās tēmas izvēli, *Levene* tests parāda, ka grupu dispersijas nav homogēnas, $p=0,030$. Turpmākai analīzei tika izmantots *Kruskal-Wallis* tests. ($H(4)=27,506$, $p=0,000$), tāpēc, ar 95% varbūtību jāpieņem, ka indivīda rīcībā esošie ienākumi ietekmē to, kādas tēmas indivīdam ir aktuālākas, vairāk interesējošas. Nereti cilvēka veselību ietekmējošo paradumu maiņa ir saistīta arī ar materiāliem izdevumiem, un jādomā, ka indivīdiem ar mazākiem ienākumiem tēmu izvēle varētu atšķirties no tiem indivīdiem, kuru ienākumi neierobežo viņus

papildus rūpēties par savu veselību, arī iegūstot informāciju. Piemēram, tēmās par uztura nozīmi bieži tiek rekomendēta kaut arī veselīgu, tomēr dārgu produktu izmantošana (lasis, labas olīveļļas, augļi ziemā u. c.), kurus indivīds ar mazākiem ienākumiem nereti nevar atļauties iekļaut savā ēdienkartē.

Dzīvesvieta un interesējošās tēmas

Pieņemot nulles hipotēzi, ka, indivīdiem dzīvojot dažādās teritorijās, nav atšķirību veselību interesējošo tēmu izvēlē, tika veikts *Levene* tests (0,474). Tātad grupu dispersija ir vienāda, un var turpināt analīzi ar *ANOVA*; $F(3,805)=6,435$, $p=0,000$. Tādējādi nulles hipotēze ir jānoraida un jāpieņem, ka ar 95% ticamību ir atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības interesējošās tēmas izvēlē starp cilvēkiem, kas dzīvo dažādās teritorijās. *Scheffe* testā parādās atšķirības starp Rīgu un mazpilsētām ($p=0,010$) un starp citām lielajām pilsētām un mazpilsētām ($p=0,005$).

Grāmatu skaits mājās un indivīdu interesējošās tēmas

Pieņemot nulles hipotēzi, ka grāmatu skaits mājās neietekmē indivīda interesi par kādām noteiktām ar veselību saistītām tēmām, *Levene* tests parāda, ka grupu izkliede ir viendabīga, un analīzi var turpināt ar *ANOVA* ($p=0,297$); $F(5,823)=0,72$; $p=0,499$. Līdz ar to nulles hipotēze ir apstiprinājusies un jāpieņem, ka grāmatu skaits mājās neietekmē indivīda interesi par vecuma posmam aktuālajām tēmām.

Nodarbinātība un indivīdu interesējošās tēmas

Pieņemot nulles hipotēzi, ka mainīgais nodarbinātība neietekmē indivīda interesi par veselības veicināšanas tēmām, *Levene* tests parāda, ka grupu izkliede ir viendabīga, un analīzi var turpināt ar *ANOVA*. Jāsecina, ka nulles hipotēze ir apstiprinājusies ($p=1,27$)

Kopsavilkums: Analizējot, netika atrasta statistiski nozīmīga mainīgo *dzimums*, *vecums*, *izglītība* un *dzimums* ietekme uz faktoru VI_F3. Kā statistiski nozīmīgs parādījās mainīgais *ienākumi*, tātad, indivīda materiālā situācija ietekmē tēmu izvēli par veselības saglabāšanas jautājumiem. Arī neatkarīgais mainīgais *indivīda vecums* ir ar statistiski nozīmīgu ietekmi, jo katrā dzīves posmā indivīdam ir atšķirīgas aktualitātes kas saistītas ar veselības saglabāšanu.

5.2. Faktoru kopa *Veselības uzvedība*

Veselības uzvedība, pēc PVO nostādnēm, ir jebkura cilvēka rīcība neatkarīgi no faktiskā vai pieņemtā veselības stāvokļa, kuras mērķis ir veicināt, aizsargāt vai saglabāt veselību, vai arī rīcība, kas nav objektīvi efektīva, lai sasniegtu šo mērķi. Lai veselības izglītības ietvaros varētu ietekmēt indivīdu, ir jāsaprot cilvēka uzvedība un jāpārzina to ietekmējošie faktori, jo indivīda uzvedība var vai nu palielināt, vai samazināt risku veselībai visa cilvēka mūža garumā. Veselības uzvedība ir tikpat daudzveidīgi un sarežģīti determinēta kā citi indivīda sociālās uzvedības veidi, tāpēc veselības uzvedības izpratne ne tikai paplašina mūsu zināšanas par šo jomu, bet arī palīdz saprast, kā būtu iespējams ietekmēt un veicināt veselību apdraudošu paradumu maiņu.

Veicot faktoru analīzi, vispirms tika noteikta pirmējā statistika, tad, veicot rotāciju, tika iegūti faktoru svāri. Analizējot atbildes modeļa komponentā *veselības uzvedība*, tika izdalīti četri faktori, kuru īpašvērtības bija lielākas par 1. Ar īpašvērtības palīdzību iespējams noteikt katra atsevišķa faktora relatīvo nozīmīgumu pārējo faktoru vidū (*Lasmanis, Kangro 2004*). Izdalītie faktori: VU_F1 Riska uztvere (0,76); VU_F2 Sociālā ietekme (0,71); VU_F3 Emocionālo kairinājumu uztvere (stress, bailes) (0,71); VU_F4 Atbalsta gaidas (0,70). Iekavās aiz nosauktajiem faktoriem norādīts Kronbaha alfa koeficients, jo katrā faktorā ietilpstošie jautājumi tika apkopoti skalā un noteikta skalas validitāte. (sk. 5.4. tabulā).

5.4. tabula. Faktoru svāri pēc rotācijas

Jautājumi	VU_F1	VU_F2	VU_F3	VU_F4
Vai staigāšana tumsā bez atstarotāja ietekmē cilvēka veselību?	0,659			
Vai ģimenes ārsta prakses mediķi varētu pamudināt rūpēties par savu veselību?		0,623		
Vai veselības problēmas varētu pamudināt rūpēties par savu veselību?	0,517			
Vai sliktu pašsajūtu rada veselības problēmas?			0,599	
Vai alkohola lietošana ir vairāk par 5 absolūtā alkohola devām?	0,681			
Vai valsts organizēti veselības veicināšanas pasākumi varētu pamudināt rūpēties par savu veselību?		0,642		
Vai cenšos iegūt visu jaunāko informāciju par veselības saglabāšanu?				

Vai ģimene un draugi varētu pamudināt rūpēties par veselību?		0,412		
Vai agresīva auto vadīšana ietekmē cilvēka veselību?	0,671			
Cik lielā mērā smēķēšana ietekmē cilvēka veselību?	0,635			
Kāda gadījuma rakstura seksuālie sakari ietekme veselību?	0,678			
Vai sliktu pašsajūtu rada negatīvisms sabiedrībā?			0,571	
Vaipievienojaties draugu veselīga dzīvesveida piemēram?		0,598		
Vai tikāt pievērsis uzmanību veselības veicināšanas kampaņām pēdējā gada laikā?		0,581		
Vai šādas kampaņas ietekmē cilvēkus rūpēties par veselību?		0,585		
Vai ir piejams draugu materiālais atbalsts?		0,413		
Vai ir pieejams draugu emocionālais atbalsts?				0,494
Vai ir pieejams ģimenes materiālais atbalsts?				0,492
Vai sliktu pašsajūtu rada saspīlētas attiecības ģimenē?			0,641	
Vai sliktu pašsajūtu rada slikts materiālais nodrošinājums?			0,620	
Vai ir pieejams ģimenes emocionālais atbalsts?				0,462
Par veselību jā rūpējas pašam, bet valstij ir jāatbalsta cilvēks				0,452
Cik lielā mērā narkotiku lietošana ietekmē cilvēka veselību?	0,516			
Vai sliktu pašsajūtu rada nesakārtota darba vide?			0,668	
Veselība ir dabas dota, par to nav īpaši jā rūpējas	0,428			
Vai izjūtu emocionālu izsīkumu?			0,401	

Iegūto faktoru analīzei tika noteikts Pīrsona korelācijas koeficients, kurš parādīja, ka starp izdalītajiem faktoriem *veselības uzvedības* modeļa komponentā pastāv statistiski nozīmīga korelācija (sk. 5.5. tabulā). Konstatēts, ka riska uztvere mainās gan sociālās ietekmes ($r=0,316$), gan emocionālo kairinājumu ietekmes ($r=0,348$), gan atbalsta gaidu ($r=0,265$) ietekmes rezultātā. Goulmens (2001) atzīmē, ka cilvēka veselību visvairāk ietekmē tās attiecības, kas viņu dzīvē ir vissvarīgākās, un tie ļaudis, ar ko cilvēks satiekas ikdienā. Cilvēkam ir nepieciešams kādam uzticēt savas raizes, un viņš cer uz atbalstu. Analizējot iegūtos rezultātus, ir redzams, ka pastāv statistiski nozīmīga korelācija starp faktoriem *sociālā ietekme* ($r=0,331$), *emocionālo kairinājumu uztvere* ($r=0,271$) un *atbalsta gaidas*.

5.5. tabula. Korelācija starp faktoriem

	VU_F1 Riska uztvere	VU_F2 Sociālā ietekme	VU_F3 Emocionālo kairinājumu uztvere	VU_F4 Atbalsta gaidas
VU_F1 Riska uztvere	1	0,316**	0,348**	0,265**
VU_F2 Sociālā ietekme	0,316**	1	0,243**	0,331**
VU_F3 Emocionālo kairinājumu uztvere	0,348**	0,243**	1	0,271**
VU_F4 Atbalsta gaidas	0,265**	0,331**	0,271**	1

** statistiski nozīmīgs rādītājs ar 99% ticamību

Tā kā pētījums ir saistīts ar izglītības organizāciju un vadību, bija būtiski noskaidrot izglītības kā neatkarīgā mainīgā ietekmi uz modeļa komponentiem kopumā un izdalītajiem faktoriem atsevišķi. Lai noskaidrotu, vai indivīda izglītība ietekmē viņa veselības uzvedību, autore izvirzīja nulles hipotēzi, ka nepastāv atšķirības veselības uzvedībā starp indivīdiem ar dažādu izglītību. Izmantojot *ANOVA* un *Levene* testu, noskaidrojās, ka grupu dispersijas nav vienādas ($p=0,021$), tāpēc turpmāk tika izmantots *Kruskal-Wallis* tests. Tā kā $p = 0,002$, tad ar 95% varbūtību ir jānoraida nulles hipotēze, ka nepastāv atšķirības veselības uzvedībā cilvēkiem ar dažādu izglītību. Ar 95% ticamību jāpieņem, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības veselības uzvedībā starp indivīdiem ar dažādu izglītības līmeni. Vislielākās atšķirības ir vērojamas starp indivīdiem ar pamata izglītību ($M=424,15$) un augstāko izglītību ($M=331,67$). Turpmāk tika analizēti izdalītie faktori.

5.2.1. VU_F1 Riska uztvere

Riska uztvere ir vispārīgs viedoklis par risku, kas piemīt konkrētajam cilvēkam vai grupai un kas ietver gan izjūtas, gan spriedumus. Tā ir cieši saistīta ar attieksmi, sociālo ietekmi un pašefektivitāti (*L. Van Osch et al. 2008*). *Riska uztvere* ir būtisks jēdziens veselības uzvedības teorijās, jo atspoguļo indivīda izpratni par to, kā rīkoties veselību apdraudošās situācijās. *Riska uztvere* ir saistīta arī ar vērtību sistēmu sabiedrībā. Tika pārbaudītas vairākas statistiskās hipotēzes par *riska uztveres* faktora saistību ar

respondentu dzimumu, vecumu, izglītību, ienākumu līmeni un dzīvesvietu. Iepriekš pētījuma aprakstā, analizējot veselības izglītības faktoros, autore ir detalizēti aprakstījusi statistisko hipotēžu analīzes gaitu, tāpēc turpmāk tabulās tiks atspoguļoti tikai iegūtie rezultāti bez detalizēta nulles hipotēžu apraksta.

5.6. tabula. Faktora *VU_FI Riska uztvere* saistība ar mainīgajiem *dzimums* un *ģimenes statuss*

Mainīgie	M	s	t	p vērtība
<i>Dzimums</i> Vīrieši Sievietes	10,8754 454	2,87056 2,70699	(805)= 6,939	0,000
<i>Ģimenes statuss</i> Dzīvo viens Dzīvo ģimenē	10,0838, 10,1115	2,84402 2,86657	(805)= -0,114	p=0,909

Riska uztvere ($\alpha=0,05$)

Ar 95% ticamību pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības riska uztverē starp vīriešiem un sievietēm (sk. 5.6. tabulā). Tas sasaucas arī ar “Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2011–2017 gadam” secināto. Ārējo cēloņu nāves grupā ļoti ievērojami atšķiras sieviešu mirstība (42,5 gadījumu uz 100 000 iedzīvotājiem) un vīriešu mirstība (157,8 gadījumu uz 100 000). Standartizētie mirstības rādītāji liecina, ka Latvijā 48% vīriešu nomirst vecumā līdz 65 gadiem (sievietes 28%), savukārt Eiropas Savienībā vecumā līdz 65 gadiem nomirst tikai 29% vīriešu. Jāatzīmē arī vidējā jaundzimušo paredzamā mūža ilguma būtiskās atšķirības starp dzimumiem. 2009. gadā jaundzimušo paredzamais mūža ilgums vīriešiem bija 9,8 gadus īsāks nekā sievietēm (ES – 6 gadus īsāks). Dati norāda arī uz pārlieku augstajiem Latvijas vīriešu mirstības rādītājiem no novēršamajiem jeb ar riskantu veselības uzvedību saistāmiem, cēloņiem. Pie novēršamajiem cēloņiem pieskaita saindēšanos, t. sk. ar etilspirtu, traumas satiksmes negadījumos un darba traumas. Nāves gadījumi ārējo cēloņu dēļ ir vieni no tiem, kurus iespējams novērst, veicinot apkārtējās vides drošību (ceļu satiksme, mājokļa drošība u. tml.), gan izglītojot sabiedrību par dzīvesveida, paradumu un uzvedības ietekmi uz personas veselību. Pieņemot, ka risks ir visur un profilakse ir nepieciešama (Ewal 2003), tiek pamatoti profilaktiskie pasākumi, tajā skaitā indivīda un sabiedrības izglītošana par iespējami riskantu uzvedību. Analizējot neatkarīgā mainīgā indivīda *ģimenes stāvoklis* ietekmi, ar 95% ticamību jāpieņem, ka riska uztvere nav saistāma ar indivīda dzīvošanu ģimenē vai vienam.

5.7. tabula. Faktora *VU_F1 Riska uztvere* saistība ar mainīgajiem *vecums, izglītība, grāmatu skaits mājās*

Mainīgie	F(df)	p
<i>Vecums</i>	F(4,802)=3,388	p=0,009
<i>Izglītības līmenis</i>	F(4,791)=2,839	p=0,023
<i>Grāmatu skaits mājās</i>	F(95,800)=3,569	p=0,005
<i>Ienākumu līmenis</i>	F(4,792)=1,151	p=0,331
<i>Dzīvesvieta</i>	F(3,785)=1,452	p=0,576

Riska uztvere ($\alpha=0,05$)

Analizējot *riska uztveres* faktora saistību ar mainīgo *vecums*, vislielākās atšķirības *riska uztverē* ir vērojamas starp divām vecuma grupām, t. i., starp 31–40 gadu veciem indivīdiem ($M=10,3742$) un 61 gadu un vecākiem indivīdiem ($M=8,9216$). Ar 95% statistisko ticamību jāpieņem, ka mazāk riskē indivīdi pēc 61 gada vecuma. Faktors, pēc kura ir sadalītas grupas, ir būtisks (sk. 5.7. tabulā).

Tāpat ar 95% ticamību jāpieņem, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības veselībai riskantas uzvedības uztverē starp indivīdiem ar dažādu izglītības līmeni. Izteiktāka veselībai riskanta uzvedība ir cilvēkiem ar pamatizglītību, mazāk izteikta – cilvēkiem ar augstāko izglītību. Arī kaitīgie paradumi, kas ietekmē veselību, biežāk konstatēti vīriešiem un iedzīvotājiem ar zemāku izglītības līmeni (*FINBALT* 2010). Pētījumi citās valstīs arī apliecina izglītības faktora ietekmi uz *riska uztveri*. Vīrieši ar zemāku izglītību ir pakļauti lielākam veselību apdraudošu uzvedības paradumu riskam (*Drieskens et al.* 2010). Tas sasaucas ar autores pētījuma rezultātiem. Atklājās arī statistiski nozīmīgas atšķirības veselībai riskantas uzvedības uztverē starp indivīdiem, kuriem mājās ir līdz 25 grāmatām, un indivīdiem, kuriem mājās ir vairāk nekā 200 grāmatu. To var saistīt arī ar kopējo izglītības līmeni un grāmatas kā indivīda kultūrkapitāla līmeni raksturojošo faktoru. Netika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības *riska uztverē* indivīdiem ar dažādu ieņēmumu līmeni un dzīvesvietu Rīgā, kādā citā pilsētā vai lauku apvidū, un nodarbinātību.

Kopsavilkums. Analizējot modeļa komponentā *veselības uzvedība* izdalīto faktoru *VU_F1 Riska uztvere*, noskaidrojās, ka *indivīda dzīvesvieta* vai *ienākumu līmenis* neietekmē *riska uztveri*. Tāpat nav atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības *indivīda ģimenes stāvokļa* ietekmei uz *riska uztveri*. Savukārt ir statistiski nozīmīga mainīgo *dzimums, vecums, izglītība* un *grāmatu skaits mājās* ietekme uz *riska uztveres* faktoru.

5.2.2. VU_F2 Sociālā ietekme

Sociālo ietekmi var iedalīt:

- 1) informatīvā ietekme: informācijas pieņemšana no citiem kā īstenības pierādījums par īstenību, patiesību (realitāti). Tā noved pie personiskas saskaņas (sevis pieņemšanas);
- 2) normatīvā ietekme – lai atbilstu citu cilvēku pozitīvām ekspektācijām (gaidām). Pastāv būtiska cilvēka vajadzība piederēt kādai viņam svarīgai sociālajai grupai, tāpēc var būt ļoti spēcīga normatīvā ietekme. Pētījumi (*Emmons, Barbeau, Gutheil, Stryker, Stodard* 2007) pierāda, ka sociālās normas, standarti vai uzvedības modeļi ir indivīda sociālās kontroles instrumenti.

Tika analizēta neatkarīgo mainīgo *dzimums, vecums, ienākumi* un *dzīvesvieta* saistība ar faktoru *VU_F2 Sociālā ietekme*.

5.8. tabula. Faktora *VU_F2 Sociālā ietekme* saistība ar mainīgo *dzimums*

Dzimums	M	s	t t(771,836)=4,745	P vērtība p=0,000
Vīrietis	343	2,3185		
Sieviete	437	2,1775		

Sociālā ietekme, dzimums ($\alpha=0,05$)

Ar 95% ticamību ir atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības sociālajai ietekmei starp dzimumiem, un jāsecina, ka sievietes vairāk ir pakļautas sociālajai ietekmei.

5.9. tabula. Faktora *VU_F2 Sociālā ietekme* saistība ar mainīgajiem *vecums* un *izglītība*

Mainīgie	H(df)	P vērtība
<i>Vecums</i>	H(4)=1,791	p=0,774
<i>Izglītība</i>	H(4)=13,661	p=0,008

Vecums, izglītība ($\alpha=0,05$)

Analīzei izmantots *Kruskal-Wallis* tests. Statistiski nozīmīgi ar 95% ticamību ir jāpieņem, ka dažādās vecuma grupās sociālā ietekme neatšķiras, turpretī indivīda iegūtā izglītība nosaka, cik liela ir

sociālā ietekme indivīda veselības uzvedībā. Sociālā ietekme izteiktāka ir indivīdiem ar zemāku (pamata) izglītību, mazāk izteikta sociālā ietekme ir indivīdiem ar augstāku izglītību.

5.10. tabula. Faktora *VU_F2 Sociālā ietekme* saistība ar mainīgajiem *dzīvesvieta* un *ienākumi*

Mainīgie rādītāji	F(df)	P vērtība
<i>Dzīvesvieta</i>	F(3,1,860)	P=0,537
<i>Rīcībā esošie ienākumi</i>	F(4,769)=1,505,	P=0,199

Dzīvesvieta, ienākumi ($\alpha=0,05$)

Ar 95% varbūtību jāpieņem, ka nav statistiski nozīmīgu atšķirību sociālajai ietekmei saistībā ar indivīda ienākumu līmeni, un nodarbinātību ($p=0,946$), savukārt dzīvesvietai nav statistiski nozīmīgas ietekmes uz *VU_F2 Sociālā ietekme*, bet tā ir tuvu nozīmīgai.

Kopsavilkums. Sievietes vairāk ir pakļautas sociālajai ietekmei, arī indivīda iegūtā izglītība nosaka, cik liela ir sociālā ietekme uz indivīda veselības uzvedību. Pārējie mainīgie nav statistiski nozīmīgi.

5.2.3. *VU_F3 Emocionālo kairinājumu uztvere (stress)*

Psihoemocionālo faktoru ietekme indivīda dzīvē ir nenoliedzama. Tādi stāvokļi kā stress, bailes un negatīvas emocijas bieži tiek piedzīvoti cilvēka ikdienas dzīvē, nereti tās tiek uztvertas jau kā mūsdienu dzīves neatņemama sastāvdaļa (*Ewald 1993*). Tomēr pārlietu liela to klātbūtne var radīt apgrūtinājumu dzīves emocionālajai kvalitātei un var radīt apdraudējumu cilvēka fiziskajai veselībai (*Ērglis un autoru kolektīvs 2007*). Indivīds var uztvert draudīgus vai nepatīkamus faktorus, un tas var radīt aizsardzības reakcijas (*Reņģe 2007*), bet lielas bailes arī var novest pie noliegšanas, pie izvairīšanās domāt par uzvedības radītu veselības apdraudējumu (*Montazeri et al. 1998*).

5.11. tabula. Faktora *VU_F3 Emocionālo kairinājumu uztvere* saistība ar mainīgo *dzimums*

	M	s	t	p vērtība
Dzimums			(786)=2,636	p=0,009
Vīrieši	8,2399	2,31760		
Sievietes	7,8348	1,99145		

Izmantojot t testu, ar 95% varbūtību ir atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības emocionālo kairinājumu uztveres saistībā ar dzimumu. Jāpieņem, ka emocionālo kairinājumu uztvere kā faktors lielākā mērā ietekmē vīriešus. Pārmērīgi emocionālie kairinājumi, piemēram, stress, ir viens no sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem (Ērglis un autoru kolektīvs 2007). Latvijā sieviešu mirstība no sirds asinsvadu saslimšanām vecuma grupā no 0 līdz 64 gadiem ir 78 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, savukārt vīriešu mirstība sasniedz 243 gadījumus uz 100 000 (LR VM 2011). Neapšaubāmi, pārmērīgi emocionālie kairinājumi nav vienīgais faktors, kas veicina šo saslimstību, bet ir būtiski apzināties, ka tas ir viens no faktoriem, kas veido un ietekmē arī indivīda veselības kompetenci.

5.12. tabula. Faktora *VU_F3 Emocionālo kairinājumu uztvere* analīze

Mainīgais	H(df)	P vērtība
<i>Vecums</i>	H(4)=7,115	p =0,13
<i>Dzīvesvieta</i>	H(3)=8,150	p=0,43
<i>Ienākumu līmenis</i>	H(4)=15,451	p=0,04
<i>Grāmatu skaits mājās</i>	H(5)=13,002	p=0,023
<i>Izglītība</i>	H(4)=8,511	p=0,075

Ar *Kruskal-Wallis* testu noskaidrots, ka nav statistiski nozīmīgu atšķirību emocionālo kairinājumu uztverē indivīdiem dažādās vecuma grupās. Stress, bailes un negatīvas emocijas tiek vienādi uztvertas visās vecuma grupās.

Ar 95% ticamību jāpieņem, ka arī ienākumu līmenis ietekmē emocionālo kairinājumu uztveri. Statistiski nozīmīgāk tam ir pakļauti indivīdi ar ienākumiem, kas mazāki par 50 latiem mēnesī (M=443,36), savukārt vismazāk emocionālo kairinājumu uztverei pakļaujas cilvēki ar 360–500 latu ienākumiem mēnesī (M=399,02). Savukārt jautājumā par grāmatu skaitu mājās ar 95% ticamību var apgalvot, ka visvairāk emocionālo kairinājumu ietekmei pakļauti indivīdi, kas atzīmē, ka mājās grāmatu nav (M=518,00), bet vismazāk – indivīdi ar vairāk nekā 200 grāmatām (M=360,81). Neatkarīgais mainīgais *izglītība* nav ar statistiski nozīmīgu ietekmi, bet tuvojas tai (p=0,075). *FINBALT* 2010 pētījumā secināts, ka sasprindzinājumu, stresu un nomāktību pēdējā mēneša laikā vairāk izjutuši indivīdi ar augstāko izglītību.

Kopsavilkums. Tika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības neatkarīgo mainīgo *dzimums, vecums, izglītība* un *grāmatu skaits mājās* ietekmē uz modeļa komponentā *veselības uzvedība* izdalīto faktoru VU_F3. Jau tika noskaidrots, ka ar savu veselību vairāk riskē (VU_F1) jauni vīrieši ar zemāku izglītību un mazu grāmatu skaitu mājās, vīrieši vairāk pakļauti arī emocionālo kairinājumu uztverei. Statistiski nozīmīgi veselības uzvedības faktoru VU_F3 ietekmē arī cilvēka ienākumu līmenis un tāds sociālkulturāls indekss kā grāmatu skaits mājās.

5.2.4. VU_F4 Atbalsta gaidas

Indivīda uzskatus, izjūtas un rīcību veido ne tikai paša īpašības, bet arī tas, kāda veida attiecībās viņš ir iesaistījies. Citu cilvēku klātbūtne un interese iedrošina un uztur vēlēšanos mainīt veselību ietekmējošu uzvedību, jo uzvedības maiņa var būt stresa pilna, tāpēc indivīdiem vajadzīgs atbalsts (Naidoo J., Wils J. 2000). Sociāls atbalsts pastāv vairākos līmeņos, sākot ar ģimeni un beidzot ar valsts līmeni. Tam ir liela nozīme, nosakot veidus, kā tiek risinātas problēmas un cik lielā mērā indivīdiem izdodas sasniegt mērķus.

5.13. tabula. Faktors VU_F4 Atbalsta gaidas un dzimums

	M	s	t(df)	p vērtība
Dzimums			t(782)=4,528	0,00
Vīrieši	8,0118	2,10068		
Sievietes	7,3784	1,71070		

Ar 95% ticamību jāpieņem, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dzimumiem saistībā ar faktoru *atbalsta gaidas*. Jāpieņem, ka vīrieši izteiktāk izjūt nepieciešamību pēc atbalsta.

5.14. tabula. Faktora VU_F4 Atbalsta gaidas analīze

Mainīgais	H(df)	p vērtība
<i>Izglītība</i>		0,000
<i>Nodarbinātība</i>	H(3)=15,304	0,003
<i>Vecums</i>	H(4)=12,346	0,15
<i>Grāmatu skaits mājās</i>	H(50)=18,735	0,002

Analīzei tika izmantots *Kruskal-Wallis* tests, jo grupu dispersijas nebija viendabīgas. Ar 95% ticamību ir atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības indivīda atbalsta gaidās indivīdiem ar atšķirīgu iegūto izglītību. Vislielākās atšķirības vērojamas starp indivīdiem ar pamata (M=489,77) un augstāko izglītību (M=351,70), un jāpieņem, ka indivīdiem ar augstāko izglītību mazāk ir nepieciešams citu cilvēku iedrošinājums mainīt veselību ietekmējošo uzvedību. Arī pašreizējais nodarbinātības statuss ietekmē indivīda atbalsta gaidas. Lielākās atšķirības vērojamas starp studentiem (M=287,16) un bezdarbniekiem (M=357,16) – studentu vidū atbalsta gaidas ir mazākas, nekā tas ir vērojams bezdarbnieku grupā. Tas ir saprotams, jo nedrošība, ko izjūt cilvēks, kas zaudē darbu, ir lielāka nekā visu citu sociālo grupu indivīdiem. Tika pieņemta nulles hipotēze, ka nepastāv atšķirības atbalsta gaidās indivīdiem, kas atrodas dažādās vecuma grupās, tomēr ar 95% ticamību nulles hipotēze bija jānoraida, jo ir atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības indivīdiem dažādās vecuma grupās. Vislielākās atšķirības atbalsta gaidās ir starp indivīdiem 18–30 gadu vecuma grupā (M=363,50) un indivīdiem 51–60 gadu vecuma grupā (M=439,10), ko varētu arī apzīmēt kā pirmspensijas vecumu. Arī mainīgais *grāmatu skaits mājās* parādīja statistiski nozīmīgas atšķirības. Visvairāk atbalsta gaidas izjūt indivīdi, kuriem mājās nav grāmatu (M=523,35), vismazāk (M=371,09) indivīdi, kuriem ir vairāk nekā 200 grāmatu. Turpretī, analizējot neatkarīgo mainīgo *ienākumi mēnesī* un *dzīvesvieta* saistību ar faktoru *atbalsta gaidas*, netika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības. *Emmons et al.* (2007) norāda, ka veikts daudz pētījumu, kuros atklāta dažāda rakstura mijiedarbība starp indivīda veselības uzvedību ietekmējošajiem paradumiem un tā atšķirīgajām un dažreiz pat pretrunīgajām lomām, arī sociālo tīklu ietekme, bet maz ir to pētījumu, kuros atklātos sociāldemogrāfisko faktoru ietekme uz veselības uzvedību. Tas būtu nepieciešams, lai varētu veiksmīgāk plānot veselības izglītības darbu un izstrādāt rekomendācijas veselībai nelabvēlīgas uzvedības maiņai.

Kopsavilkums. Faktoru analīzes rezultātā tika izdalīti četri faktori modeļa komponentā *veselības uzvedība*. Analizējot indivīda izglītības ietekmi uz veselības uzvedību, tika noskaidrots, ka veselības uzvedība indivīdiem ar dažādu iegūto izglītību atšķirās. Vislielākās atšķirības pastāv starp indivīdiem ar pamata un augstāko izglītību. Analizējot katru izdalīto faktoru, izmantojot dispersiju analīzi un t testu, kā neatkarīgie mainīgie katra faktora analīzē tika izmantoti sociālekonomiskie neatkarīgie mainīgie: *dzimums*, *vecums*, *izglītība*, *ienākumi mēnesī*, *dzīvesvieta* un *grāmatu skaits mājās*. Dzimums ietekmē visus faktorus, izņemot VU_F3, ietekme ir arī izglītībai. VU_F1 *Riska uztvere* ir visvairāk ietekmējošo mainīgo – bez jau iepriekš minētajiem ir jāatzīmē arī grāmatu skaits mājās un indivīda vecums.

5.3. Vides faktoru kopa

Pasaules Veselības organizācija vides faktoros ir definējusi šādi: “vides faktoros veido fizisko, sociālo un attieksmju vide, kurā cilvēks dzīvo un pavada savu mūžu”. Individīdam tie ir ārējie faktori, un tiem var būt pozitīva vai negatīva ietekme uz indivīda kā sabiedrības locekļa veiktspēju, uz indivīda dotumiem veikt darbību vai uzdevumu vai uz indivīda ķermeņa funkciju vai struktūru (*Health Promotion Glossary*). Pēc faktoru rotācijas *Varimax* metodē tika minimizēts mainīgo skaits, kuriem ir lieli, faktoram atbilstoši skaitļi. Analizējot atbildes vides faktoru kopā, tika izdalīti trīs faktori, kuru īpašvērtība bija lielāka par 1. Faktori ir: **Vi_F1** Veselību atbalstoša darba vide; **Vi_F2** Pieejamība sociālajiem pakalpojumiem un **Vi_F3** Pieejamība informāciju tehnoloģijām.

Tika noteikts arī Pīrsona korelācijas koeficients starp modeļa vides komponenta faktoriem. Faktoru korelācija ir vāja, bet statistiski nozīmīga (sk. 5.15. tabulā). Var secināt, ka, mainoties kādam no faktoriem, mainīsies arī pārējie. Piemēram, labāka pieejamība informāciju tehnoloģijām var radīt labāku pieejamību sociālajiem pakalpojumiem; ja mainās cilvēka darba vides apstākļi un tie vairs nav veselībai labvēlīgi, jāpieņem, ka mainīsies gan informāciju tehnoloģiju pieejamība, gan pieejamība sociālajiem pakalpojumiem. Tā, pagarinoties darba laikam, cilvēks nevar piekļūt noteiktiem sociālajiem pakalpojumiem (sociālais dienests, bibliotēka, pasts, veselības aprūpes iestādes u. c.), kuri arī ir pieejami tikai noteiktās darba dienās. Uzņēmuma apmaksāta veselības apdrošināšanas polise, piemēram, sniedz iespēju lētāk saņemt veselības aprūpes pakalpojumus.

5.15. tabula. Korelācija starp *vides* determinanta faktoriem

	Vi_F1 Veselību atbalstoša darba vide	Vi_F2 Pieejamība sociālajiem pakalpojumiem	Vi_F3 Pieejamība informāciju tehnoloģijām
Vi_F1 Veselību atbalstoša darba vide	1	0,124**	0,137**
Vi_F2 pieejamība sociālajiem pakalpojumiem	0,124**	1	0,17**
Vi_F3 Pieejamība informāciju tehnoloģijām	0,137**	0,17**	1

** statistiski nozīmīgs ar 99% ticamību

Vides komponentā izdalīto faktoru analīze

Lai noskaidrotu, vai vides modeļa komponentā izdalītos trīs faktoros ietekmē pētījumā iekļautie neatkarīgie sociālekonomiskie mainīgie – *dzīvesvieta, ieņēmumi mēnesī, nodarbinātības statuss*, tika izvirzītas vairākas nulles hipotēzes, kuru analīzei izmantota dispersiju analīze ANOVA vai tās alternatīva *Kruskal-Wallis* tests, ja grupas sadalījums neatbilda normālsadalījumam.

5.3.1. Vi_F1 Veselību atbalstoša darba vide

Ikviena cilvēka dzīves pamatā ir darbs, kas dod iztikas līdzekļus un ļauj apzināties savu nozīmību, kā arī veicina sabiedrības kopīgo humāno vērtību attīstību un īstenošanu. Darba vide ir mainīgu apstākļu kopums, kuri var ietekmēt attiecību *darbs-veselība* (Bite L. 2009).

5.16. tabula. Faktors *VI_F1 Veselību atbalstoša darba vide*

Jautājumi (<i>Cronbachs alpha 0,7</i>)	Svari
Vai ir pieejama uzņēmuma apmaksāta sporta zāle?	0,706
Vai ir uzņēmuma apmaksāta veselības polise?	0,688
Vai ir pieejami ēdināšanas pakalpojumi darba vietā?	0,627
Cik stundas diennaktī atvēlētas atpūtai?	0,422
Kāds ir darba dienas ilgums?	0,412

Lai analizētu modeļa komponenta *Vide* faktora *Vi_F1 Veselību atbalstoša darba vide* saistību ar neatkarīgajiem mainīgajiem *dzimums, vecums, izglītība* un *dzīvesvieta*, tika veikts t tests un dispersiju analīze ar ANOVA.

8.17. tabula. Faktors *VI_F1 Veselību atbalstoša darba vide* un *dzimums*

	M	s	t(df)	P vērtība
Dzimums			t(615)= -3,099	0,002
Vīrieši	10,9610	2,48452		
Sievietes	11,5522	2,20427		

Tika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības starp dzimumiem faktora *veselību atbalstoša darba vide* nozīmīguma uztverē. Jāpieņem, ka veselību atbalstoša darba vide nozīmīgāka ir sievietēm.

Tālāk datu analīzei tika izmantota dispersijas metode (sk. 5.18. tabulā). Vērtējot ANOVA rezultātus, tika secināts, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības dažādās vecuma grupās uzskatā par to, cik nozīmīga ir veselīga darba vide. Analizējot *Scheffe* testu, redzams, ka vislielākās atšķirības ir starp vecuma grupām 18–30 un 61 un vairāk gadu. Veselīgas darba vides nozīmi visvairāk akcentē indivīdi 18 līdz 30 gadu vecuma grupā, bet maznozīmīgāka tā ir indivīdiem vecuma grupā pēc 61 gadu vecuma, ko var skaidrot ar cilvēka gatavošanos aiziešanai no aktīvas ekonomiskās darbības pensijā.

5.18. tabula. Faktora *VI_F1 Veselību atbalstoša darba vide* analīze

Mainīgie	F(df)	P	η^2
<i>Vecums</i>	(4,612)=14,174	0,000	8,5%
<i>Izglītības līmenis</i>	(4,603)=0,870	0,481	
<i>Nodarbinātība</i>	(4,560)=17,288	0,000	
<i>Ienākumu līmenis</i>	(4,616)=7,368	0,000	
<i>Dzīvesvieta</i>	(3,597)=6,045	0,000	2,9%

Mainīgie $\alpha < 0,05$

Tāpat tika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības indivīda dzīvesvietas ietekmei uz *Vi_F1 Veselību atbalstoša darba vide*. Indivīdiem lauku apvidos ir nozīmīgāka veselību atbalstoša darba vide, bet vismazāk nozīmīga veselību atbalstoša darba vide ir indivīdiem, kas dzīvo *citā lielā pilsētā*. To var skaidrot ar pieejamajām iespējām pilsētā. Cilvēkiem ir pieejamas gan sporta zāles, gan darba dienas ilgums atšķiras, jo nereti lauku iedzīvotājiem ir piemājas saimniecība, kurā “norit otra darba diena”. Statistiski nozīmīgi pierādījās, ka veselību atbalstoša darba vide vairāk ir pieejama strādājošajiem salīdzinājumā ar studentiem.

Veselīga darba vide un ienākumu līmenis mēnesī

Ar 95% statistisko ticamību var pieņemt, ka indivīda ienākumu līmenis mēnesī ir saistāms ar veselību atbalstošu darba vidi. Atšķirības tika atrastas starp indivīdiem, kuru ienākumi ir mazāki par 50 latiem –mēnesī ($M=10,153$), un indivīdiem, kuru ienākumi ir no 161 līdz 350 latiem mēnesī. Visvairāk veselību atbalstoša darba vide ir pieejama cilvēkiem, kuru ienākumi mēnesī ir no 161 līdz 350 latiem mēnesī ($M=11,777$).

Kopsavilkums. Noskaidrojās, ka veselību atbalstoša darba vide nozīmīgāka ir sievietēm, jaunāka gadagājuma indivīdiem (vecuma grupā no 18 līdz 30 gadiem), indivīdiem ar vidējiem ienākumiem, tiem indivīdiem, kas dzīvo lauku apvidos. Mazāk pieejama veselību atbalstoša darba vide ir studentiem.

5.3.2. Vi_F2 Pieejami sociālie pakalpojumi

Veselību atbalstoša sociālā vide neļauj veidoties situācijai, kad indivīds tiek sociāli atsvešināts. Īpaši aktuāli tas ir reģionos, kur nav sabiedrisko objektu (kultūras objektu, kultūras centru, sporta laukumu, stadionu, teātru u. c.). Tā veidojas vāja sociālā aktivitāte, jo cilvēki maz kontaktējas savā starpā, kas savukārt liedz cilvēkam aktivizēt savas spējas apjēgt, apzināties notiekošo, tuvoties situāciju un notikumu izpratnei. Šāda sociāla apātija ietekmē arī indivīda veselības kompetences veidošanos. Pieejamību sociālajiem pakalpojumiem var iedalīt vairākos līmeņos, sākot ar vietējo sociālo kopienu. Tai ir liela nozīme, nosakot veidus, kā tiek risinātas problēmas un cik lielā mērā indivīdiem izdodas sasniegt mērķus.

5.19. tabula. Faktora Vi_F2 Pieejami sociālie pakalpojumi svāri

Jautājumi (<i>Cronbachs alpha 0,71</i>)	Faktora svāri
Vai ir pieejami bibliotēkas pakalpojumi?	0,683
Vai ir pieejami veselības aprūpes pakalpojumi?	0,682
Vai ir pieejami pasta pakalpojumi?	0,634
Vai ir pieejami kultūras iestāžu apmeklējumi?	0,571
Vai ir pieejami sociālo dienestu pakalpojumi?	0,490

Dispersiju analīze

5.20. tabula. Faktors VI_F2 Pieejamība sociālajiem pakalpojumiem un dzimums

	M	s	t	p vērtība
Dzimums			t(567,78008)=3,405	0,000
Vīrieši	7,8947	2,95222		
Sievietes	7,2308	2,17578		

Dzimums $\alpha < 0,05$

Sociālo pakalpojumu pieejamība nav vienlīdz svarīga abiem dzimumiem; jāpieņem, ka vīriešiem tā ir svarīgāka (sk. 5.20. tabulā).

5.21. tabula. Faktora *Vi_F2 Pieejamība sociālajiem pakalpojumiem* analīze

Mainīgais	F(df)	p vērtība	η^2
<i>Vecums</i>	F(4,751)=2,287	0,059	
<i>Ienākumu līmenis</i>	(4,744)=0,633	0,639	
<i>Dzīvesvieta</i>	(3,731)=9,093	0,000	3,6%

Tika pieņemta nulles hipotēze, ka sociālie pakalpojumi ir vienlīdz pieejami visās vecuma grupās. Atšķirības nebija lielas, tomēr tuvojās nozīmīgām. Savukārt ar 95% ticamību jāpieņem, ka *ienākumu līmenis* netraucē pieejamību sociālajiem pakalpojumiem. Tomēr pastāv atšķirības sociālo pakalpojumu pieejamībā dažādos reģionos dzīvojošajiem indivīdiem. Vislielākās atšķirības pastāv starp Rīgā un mazpilsētās dzīvojošajiem. Rīgas iedzīvotājiem ir lielāka pieejamība sociālajiem pakalpojumiem (sk. 5.21. tabulā).

5.22. tabula. Faktors *VI_F2 Pieejamība sociālajiem pakalpojumiem un izglītība*

Mainīgais	H(df)	p vērtība
<i>Izglītība</i>	H(40)=12,195	0,016
<i>Nodarbinātība</i>	H(4)=16,364	0,03

Izglītība, nodarbinātība $\alpha < 0,05$

Analīzei izmantots *Kruskal-Wallis* tests. Rezultātu ranžējot, atklājās, ka vislielāko nepieciešamību pēc sociālo pakalpojumu pieejamības izjūt cilvēki ar pamatzglītību, vismazāk – cilvēki ar augstāko izglītību. Jāpieņem, ka visvairāk pieejamība sociālajiem pakalpojumiem ir nepieciešama tieši cilvēkiem ar zemāku izglītības līmeni. Ir arī statistiski nozīmīgas atšķirības pieejamībā sociālajiem pakalpojumiem indivīdiem ar dažādu nodarbinātības statusu. Vismazāk pieejamības trūkumu sociālajiem pakalpojumiem izjūt studenti (M=314,66), visvairāk – pensionāri (M=407,96).

Kopsavilkums. *Izglītība, nodarbinātība un dzimums* ir tie mainīgie, kuri ietekmē faktoru *VI_F2 Pieejamība sociālajiem pakalpojumiem*. Savukārt mainīgais *ienākumu līmenis* neietekmē faktoru *VI_F2 Pieejamība sociālajiem pakalpojumiem*.

5.3.3. *VI_F3 Informāciju tehnoloģiju pieejamība*

Informāciju tehnoloģiju pieejamība ļauj indivīdam iesaistīties elektroniskajā pakalpojumu sistēmā, ko apzīmē ar “e-veselība”. E-veselība kā būtisks atbalsts primārajā veselības aprūpē tiek akcentēta valstu primārās veselības aprūpes koncepcijās. Tā sniedz iespēju indivīdam piekļūt informācijai, tajā skaitā arī par veselības izglītības jautājumiem, kā arī ļauj samazināt izmaksas gan indivīdam, gan veselības aprūpes sistēmai. Elektroniskās informācijas apmaiņa, ieskaitot elektronisko veselības uzskaiti, atbalsta multidisciplināru primārās veselības aprūpes sadarbību un nodrošina efektīvu informācijas apmaiņu starp primārājā veselības aprūpē strādājošajiem (tajā skaitā arī māsām), indivīdu, sabiedrību un speciālistiem veselības aprūpes iestādēs (LR VM). Savukārt, ja raugās indivīda vajadzību virzienā, tad e-veselības mērķis ir paaugstināt tā informētību par savu veselības stāvokli, tādējādi veicinot pacientu profilaktiski rūpēties par savu veselību, kā arī samazināt laiku, kas jāpatērē, gaidot rindā pie speciālista vai saņemot izmeklējumu rezultātus (LR VM 2012). Faktora svāri pēc rotācijas atspoguļoti 5.23. tabulā.

5.23. tabula. *Vi_F3 Informācijas tehnoloģiju pieejamība* faktora svāri

Jautājumi (<i>Cronbachs alpha</i> 0,84)	Faktora svāri
Vai ir brīvi pieejams internets?	0,893
Vai ir dators darba vietā vai mājās?	0,888
Cik labi mākat strādāt ar datoru?	0,681

Izmantojot *t* testu, tika noskaidrots, ka neatkarīgais mainīgais *dzimums* neietekmē faktoru *VI_F3 Informāciju tehnoloģiju pieejamība* (sk. 5.24. tabulā).

5.24. tabula. Faktors *VI_F3 Informācijas tehnoloģiju pieejamība* un *dzimums*

	M	s	t	p vērtība
Dzimums			t(735,714)= 0,690	p= 0,490
Vīrieši	M=4,7273	1,86115		
Sievietes	4,6378	1,77081		

Dzimums $\alpha < 0,05$

Veicot dispersiju analīzi, tika izmantots *Kruskal-Wallis* tests (sk. 8.25. tabulā), jo *Levene* testā redzams, ka dispersija grupās nav homogēna ($p=0,000$) un ir jāizmanto neparametriskā dispersiju analīze.

5.25. tabula Faktors *VI_F3 Informācijas tehnoloģiju pieejamība* analīze

Mainīgais	H(df)	p vērtība
<i>Vecums</i>	H(4)=163,601	p=0,000
<i>Izglītība</i>	H(4)=80,815	p=0,000
<i>Ienākumi</i>	H(4)=38,355	p=0,000
<i>Dzīvesvieta</i>	H(3)=40,690	p=0,000
<i>Nodarbinātība</i>	H(4)=122,735	p=0,000

Mainīgais $\alpha < 0,05$

Tika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības *VI_F3 Informāciju tehnoloģiju pieejamība* saistībā ar mainīgo *indivīda vecums*. Pēc ranga visvairāk informāciju tehnoloģiju pieejamību ietekmē indivīda vecums, kas lielāks par 61 gadu, un, jo indivīds jaunāks, jo mazāk informāciju tehnoloģiju pieejamību ietekmē neatkarīgais mainīgais *vecums*. Autore to skaidro ar informatīvo tehnoloģiju lietošanas prasmēm un piekļuvi datoram un internetam, kas iespējamāka ir studentiem un biroju darbiniekiem, savukārt vājākas datora prasmes ir vecāka gadagājuma cilvēkiem. Arī mainīgais *izglītība* ietekmē *informācijas tehnoloģiju pieejamību*, pieejamākas tās ir cilvēkiem ar augstāko izglītību ($M=287,92$), vismazāk – ar pamata izglītību ($M=494,74$).

Analizējot mainīgā *dzīvesvieta* un faktora *informāciju tehnoloģiju pieejamība* saistību, pierādījās statistiski nozīmīgas atšķirības starp Rīgā un lauku apvidos dzīvojošajiem. Ar lielākām grūtībām informāciju tehnoloģiju pieejamībā saskaras iedzīvotāji lauku apvidos ($M=475,05$), vismazāk Rīgā ($M=341,21$).

Līdzīgi rezultāti ir mainīgā *ienākumi* saistībai ar faktoru *informāciju tehnoloģiju pieejamība*. Iedzīvotājiem ar ienākumu līmeni virs 500 latiem mēnesī un vairāk ir mazāk grūtību pieejamībā informāciju tehnoloģijām ($M=300,57$); grūtības pieaug, samazinoties ienākumu līmenim (50–160 latiem; $M=440,41$). Arī *nodarbinātība* ietekmē faktoru *informāciju tehnoloģiju pieejamība*. Piemēram,

studentiem ($M=288,15$) ir daudz mazāk grūtību pieejamībā informāciju tehnoloģijām, salīdzinot ar pensionāriem ($M=615,59$). To, savukārt var skaidrot ar studiju vidi, kur informāciju tehnoloģijas ir plaši pieejamas un izmantojamas, un studentiem ir prasmes tās izmantot; pensijas vecuma iedzīvotājiem pieejamība informāciju tehnoloģijām ir saistāma arī ar prasmi tās izmantot.

Kopsavilkums. *Informāciju tehnoloģiju pieejamība* sniedz iespēju indivīdam piekļūt informācijai, tajā skaitā arī par veselības izglītības jautājumiem. Analizējot mainīgo *vecums, izglītība, ienākumi, dzīvesvieta* un *nodarbinātība* saistību ar *VI_F3 Informāciju tehnoloģiju pieejamība*, var secināt, ka tie visi statistiski nozīmīgi ietekmē izdalīto faktoru.

Analizējot modeļa vides komponentā izdalīto faktoru mijiedarbību un neatkarīgo mainīgo ietekmi uz šiem faktoriem, tika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības indivīda *dzīvesvietas ietekmē* uz indivīda vidi. Statistiski nozīmīgākās atšķirības vērojamas starp indivīdiem Rīgā un lauku apvidū. Visticamāk, tās rada arī esošā sociāli ekonomiskā situācija. Tāpat arī *ienākumi mēnesī* un *indivīda nodarbinātības statuss* būtiski ietekmē indivīda fizisko, sociālo un attieksmju vidi.

5.4. Faktoru kopa Vērtības

Pētījuma gaitā atklājās, ka veselības kompetences modelī ir nepieciešams vēl viens komponents – *vērtības*, kurš sākotnēji netika iekļauts pēc pilotpētījuma datiem veidotajā modelī. Autore pieņem, ka tas radies tāpēc, ka sākotnēji *vērtības* kā faktors tika plānots komponenta *veselības uzvedība* ietvaros. Bet, veicot aptauju ar lielāku respondentu skaitu nekā pilotpētījumā, atklājās, ka šis komponents jāizdala atsevišķi. Cilvēka ķermeni un arī veselību dziļi ietekmē gan sociālā pieredze, gan to sociālo grupu vērtības un normas, kurām indivīds pieder (*Giddens* 2001). Vērtību hierarhija veidojas pakāpeniski cilvēka dzīves pieredzē (*Karpova*).

Veicot faktorizāciju un griešanu, tika iegūti 5.26. tabulā redzami svāri. Nav iekļauti jautājumi ar svaru vērtības moduli zem 0,4 (absolūtā vērtība).

5.26. tabula. Faktora vērtības svāri

Jautājumi	VE_F1	VE_F2
Rūpēšanās par sevi	0,690	
Kultūra	0,656	
Līdzjūtība	0,642	
Veselība	0,590	
Izglītība	0,583	
Ticība	0,573	
Interesants darbs	0,550	
Ģimene	0,542	
Daba	0,534	
Augstāk vērtē līdzjūtību		0,706
Augstāk vērtē kultūru		0,684
Augstāk vērtē ticību		0,648
Augstāk vērtē dabu		0,639

Turpinot faktoru analīzi, tika izdalīti un pēc tam nosaukti divi faktori: *VE_F1* *Indivīda vērtības* un *VE_F2* *Sabiedrības vērtības*. Faktoranalīzē modeļa komponenta vērtības ir izskaidrotas par 34%.

Faktoru starpā noteikts Pīrsona korelācijas koeficients, kas ir statistiski nozīmīgs (sk. 5.27. tabulā).

5.27. tabula. Korelācija starp vērtību faktoriem

	VE_F2	VE_F1
VE_F2	1	,133(**)
VE_F1	,133(**)	1

** statistiski nozīmīgs, ar 99% ticamību

VI_F3 Tēmas, kas aktuālas dažādiem vecuma posmiem

Veicot izdalītā faktora *VE_F1 Individā vērtības* un neatkarīgā mainīgā *dzimums* savstarpējo sakarību analīzi ar t testa palīdzību, tika iegūtas statistiski nozīmīgas atšķirības. Statistiski nozīmīgas atšķirības parādās arī mainīgo *izglītība* un *grāmatu skaits mājās* ietekmē uz VE_F1, te analīzei tika izmantots *Kruskal-Wallis* tests (sk. 5.28. tabulā). Statistiski nozīmīgas atšķirības netika atrastas, analizējot neatkarīgo mainīgo *vecums* ($p=0,643$), *ģimenes stāvoklis* ($p=0,093$), *nodarbinātība* ($p=0,923$), *ienākumi* ($p=0,106$), *dzīvesvieta* ($p=0,121$) ietekmi.

5.28. tabula. *VE_F1 Individā vērtības*

<i>Dzimums:</i>		p=0,000
Sieviete (M=55,746), vīrietis (M=48,682)		
<i>Izglītība:</i>	H(4)=32,641	p=0,000
Pamata (M=294,95), augstākā (M=408,17)		
<i>Grāmatu skaits mājās</i>	H(5)=31,882	P=0,000
Nevienas (M=291,15)		
Vairāk nekā 200 (M=438,86)		

$\alpha < 0,05$

Autore arī vēlējās noskaidrot, kuras no anketā piedāvātajām vērtībām respondenti atzīmēja ar atzīmi *ļoti nozīmīga* tieši indivīdam. Procentuāli visvairāk (83%) šo vērtējumu skalā saņēmusi *ģimene* kā vērtība, tālāk seko *veselība* (77%), *labi draugi* (55%) un *izglītība* (50%).

VE_F2 Sabiedrības vērtības

Ar t testu analizējot neatkarīgo mainīgo *dzimums* ($p=0,52$) un *ģimenes stāvoklis* ($p=0,56$) ietekmi uz faktoru *VE_F2 Sabiedrības vērtības*, netika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības. Netika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības arī mainīgo *dzīvesvieta* ($p=0,287$), *izglītība* ($p=0,792$) un *ienākumi* ($p=0,892$) ietekmē uz faktoru. Arī mainīgais *grāmatu skaits mājās* ir statistiski nozīmīgs, mainīgais *VE_F1 Individā vērtības* statistiski nozīmīgi neietekmē ($p=0,321$) faktoru *VE_F2 Sabiedrības vērtības*. Par statistiski nozīmīgām jāuzskata atšķirības, kas vērojamas izpratnē par sabiedrības vērtībām starp dažāda vecuma grupām ($p=0,05$). Vislielākās atšķirības izpratnē par sabiedrībā esošajām vērtībām ir vērojamas starp 18–30 gadus vecu indivīdu grupu ($M=431,82$) un vairāk nekā 61 gadu veci indivīdu grupu ($M=373,52$); $H(4)=9,459$. Autore piekrīt A. Gidensa (2001) secinātajam, ka paaudžu atšķirīgā pieredze un vērtību maiņa sabiedrībā ietekmē vērtību uztveri. Atšķirības tika konstatētas arī neatkarīgā mainīgā *nodarbinātība* ($p=0,009$) ietekmē uz faktoru *sabiedrības vērtības*; $H(4)=13,603$. Ranžējot rezultātu, lielākās atšķirības bija vērojamas starp studentu grupu ($M=407,11$) un pensionāru grupu ($M=312,05$). Autore pieņem, ka atšķirības ir saistītas ar iepriekš minēto paaudžu atšķirīgo pieredzi.

Kopsavilkums. Ir atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības indivīda vērtību izpratnē cilvēkiem ar dažādu izglītību, vērtību veidošanos un izpratni ietekmē arī indivīda *dzimums* un tāds sociokulturāls indikators kā *grāmatu skaits mājās*. Savukārt statistiski nozīmīgas atšķirības *VE_F2 Sabiedrības vērtības* uztverē parādās starp indivīdiem dažādās paaudzēs jeb vecuma grupās, un mainīgo *nodarbinātība*, kur arī atšķirības starp studentiem un pensionāriem var skaidrot kā sabiedrībā esošo paaudžu atšķirību vērtību uztverē.

5.5. Veselības kompetences faktors

Veidojot modeli, kā viens no tā komponentiem tika pieņemta *veselības kompetence*. Te tika apkopoti jautājumi par indivīda personiskajiem pūliņiem un ieguldījumiem, lai veicinātu savu veselību. Faktoru analīzes rezultātā tika izdalīts tikai viens faktors, kurš tika nosaukts tieši tāpat kā modeļa komponents – *veselības kompetence*. Faktorā ietilpstošie jautājumi un to svari attēloti 5.29. tabulā.

5.29. tabula. *Veselības kompetences* faktora svari

Jautājumi	Faktora svari
Vai lasāt avīzēs rakstus par veselīgu dzīvesveidu?	,739
Cik bieži vērojat TV pārraides par veselīgu dzīvesveidu?	,680
Vai ir piejami populārzinātniski žurnāli par veselības saglabāšanu?	,666
Cik bieži klausāties informāciju radio par veselīgu dzīvesveidu?	,658
Vai cenšaties iegūt visu jaunāko informāciju par veselības saglabāšanu?	,650
Vai lasāt sieviešu un vīriešu žurnālos par veselību?	,586
Vai lietojat uzturā zivis?	,514
Vai lietojat uzturā augļus?	,513
Vai lietojat uzturā dārzeņus?	,468
Vai profilaktiski 1 reizi gadā apmeklē stomatologu	,427
Profilakses nolūkā 1 reizi gada apmeklējat ģimenes ārstu?	,414
Vai esat vakcinējies pret gripu?	,410
Cik bieži nodarbojaties ar fiziskajām aktivitātēm?	,398

Tālāk tika veikta dispersiju analīze, lai noskaidrotu, vai neatkarīgie mainīgie *dzimums, vecums, izglītība, dzīvesvieta, ienākumi* mēnesī tieši ietekmē faktoru *veselības kompetence*.

Veselības kompetence un dzimums

Izmantojot t testu, tika analizēta veselības kompetences saistība ar dzimumu. Sākotnēji tika pieņemta nulles hipotēze, ka nav nozīmīgu atšķirību veselības kompetencē starp dzimumiem. *Levene* tests parāda, ka grupu dispersija ir homogēna, līdz ar to notiek tālāka analīze. T tests atklāja statistiski ticamas atšķirības veselības kompetencē starp abiem dzimumiem. Vīrieši ($M=22,8$, $s=4,3$) sievietes ($M=23,5$, $s=4,0$); $t(790)=2,1387$ **$p=0,03$** ; $\alpha=0,05$; $F=1,281$. Ar 95% ticamību nulles hipotēze jānoraida, jo pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp dzimumiem un sievietēm veselības kompetence parādās augstāka. Gidens (2011) uzsver, ka atšķirības starp dzimumiem veselības saglabāšanas iespējās visplašākajā nozīmē ir saistītas ar atšķirībām sociālajās lomās un uzdevumos, ko veic sievietes un vīrieši.

5.30. tabula. *Veselības kompetences faktora analīze ar ANOVA*

Mainīgais	F(df)	P vērtība
<i>Vecums</i>	F(4,791)=2,239	p=0,063
<i>Izglītība</i>	F(4,776)=0,6815	p=0,60
<i>Dzīvesvieta</i>	F(3,769)=3,887	p=0,01
<i>Ienākumu līmenis</i>	F(4,781)=10,780	p=0,654
<i>Nodarbinātība</i>	F(4,723)=0,739	p=0,566

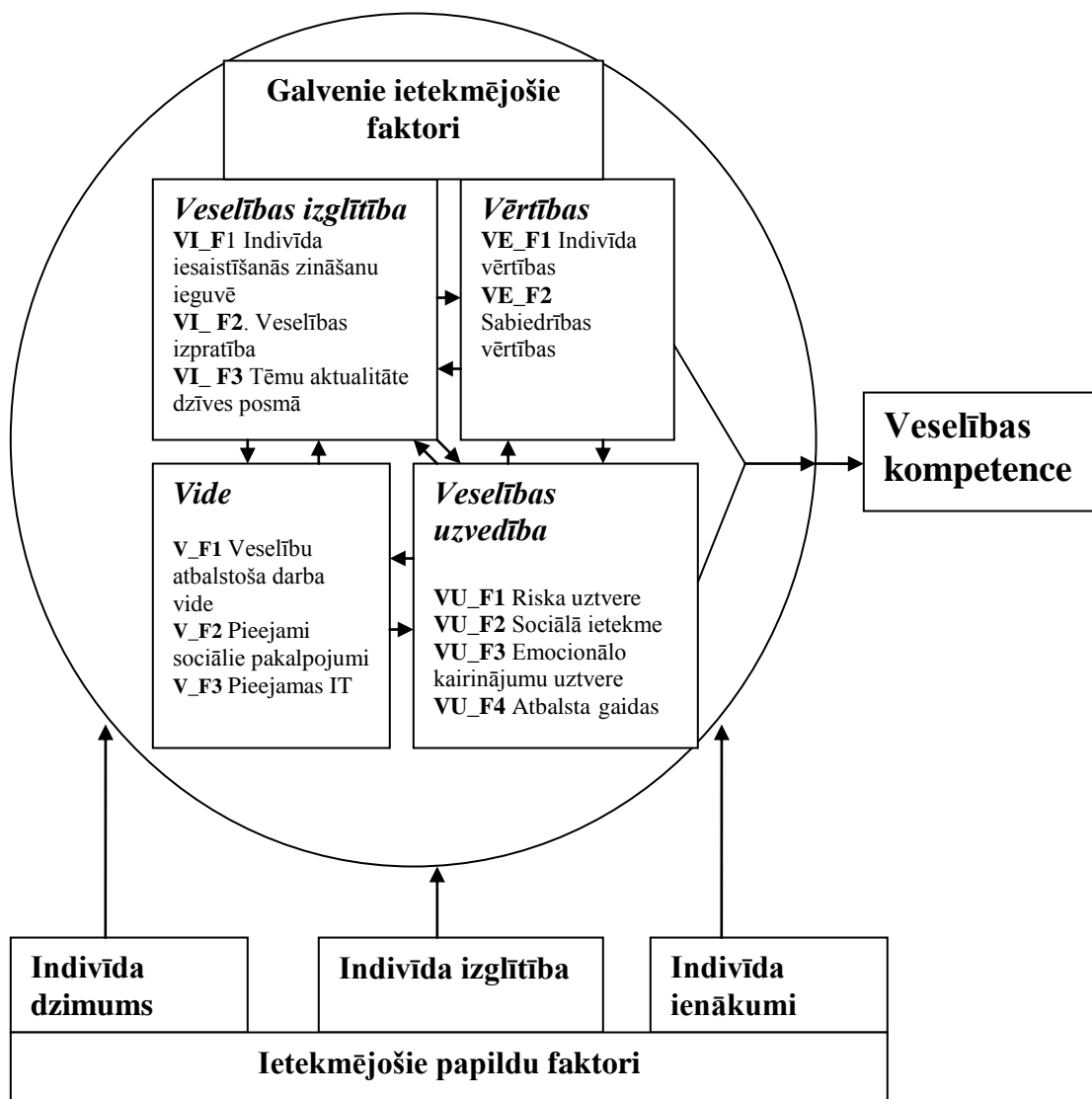
Veselības kompetence un izglītība

Pieņemot nulles hipotēzi, ka nav atšķirības veselības kompetencē cilvēkiem ar dažādu izglītības līmeni, tika veikta dispersiju analīze. Nosakot *Levene* testu, vispirms tika pārbaudīts, vai dispersijas ir homogēnas. Nozīmīguma līmenis ir lielāks par 0,05 ($p=0,162$), līdz ar to nulles hipotēzi nevar noraidīt un jāpieņem, ka sadalījumi atbilst normālsadalījumiem. Tika pieņemta nulles hipotēze, ka nav statistiski nozīmīgu atšķirību veselības kompetencē cilvēkiem ar dažādu izglītības līmeni. Turpmākajā dispersiju analīzē ar 95% ticamību netiek pierādītas statistiski nozīmīgas atšķirības veselības kompetencē indivīdiem no dažādām izglītības grupām. Jāatzīmē, ka arī citi pētnieki (*Woolf et al.* 2007) norāda, ka labāka izglītība var radīt labākas iespējas piekļūt informācijai par veselīga dzīvesveida priekšrocībām, labāk izglītoti cilvēki ir labākās pozīcijās darba tirgū, tādējādi arī ienākumu līmenis ir augstāks, un tas var cilvēkam paplašināt iespējas labāk rūpēties par veselību, tomēr *nevar likt vienlīdzības zīmi* starp labu izglītību un labu veselību vai kompetenci tās saglabāšanā.

Veselības kompetence un dzīvesvieta

Kā nākošā nulles hipotēze tika izvirzīta *veselības kompetence*, kas Rīgā, lauku apvidos un citās pilsētās dzīvojošajiem indivīdiem neatšķiras. *Levene* tests parāda, ka izkliede ir homogēna, un var turpināt analīzi ar *ANOVA* ($p=0,954$). *ANOVA* var redzēt, ka grupu vidējie rādītāji ir statistiski nozīmīgi atšķirīgi ($\alpha=0,005$). Līdz ar to ar 95% ticamību ir jānoraida nulles hipotēze, ka veselības kompetence neatšķiras Rīgas, citu pilsētu un lauku apvidu iedzīvotājiem. *Sheffe* testā parādās statistiski nozīmīgas atšķirības veselības kompetencē Rīgas, citu pilsētu un lauku apvidu iedzīvotāju vidū. Iegūtais rezultāts sasaucas ar sabiedrības veselības pētījuma *FINBALT* datiem, kur arī konstatētas atšķirības veselību ietekmējošajos paradumos lauku apvidu un pilsētas iedzīvotāju vidū (*FINBALT* 1996–2010). Analizējot mainīgo *vecums*, *ienākumi* un *nodarbinātība* ietekmi uz *veselības kompetences* faktoru, netika atrastas statistiski nozīmīgas **Kopsavilkums.** Mainīgo *vecums*, *ienākumi*, *nodarbinātība*, *izglītība*, *ienākumu līmenis* ietekmē uz *veselības kompetences* faktoru netika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības. Statistiski nozīmīgas atšķirības parādās mainīgo *dzimums* un *dzīvesvieta* ietekmē uz modeļa *veselības kompetences* komponentu.

5.6. Autores izveidotais veselības kompetenci veidojošo un ietekmējošo galveno faktoru modelis pēc datu analīzes



6. attēls. Autores izveidotais veselības kompetenci ietekmējošo galveno faktoru modelis pēc datu analīzes

Modeļa interpretācija

Indivīda veselības kompetences veidošanos ietekmē dažādi iekšējie un ārējie faktori, kuru savstarpējā mijiedarbība ir aprakstīta modelī (sk. 5. attēlā). Modelis palīdz veidot izpratni par veselības kompetences veicināšanas virzieniem, kuriem jāpievēršas, veidojot pierādījumus balstītas rekomendācijas veselības izglītības darba organizācijai un vadībai primārās veselības aprūpes māsas praksē. Veselības

kompetences modelis ir konstrukcija, kas izgaismo tos faktorus, kas ietekmē (vai nu ļauj, vai darbojas kā šķēršļi) indivīda spēju pieņemt veselību atbalstošus lēmumus savā ikdienas dzīvē. Katrs no faktoriem vienlaicīgi var būt gan kompetenci veicinošs, gan apgrūtināošs.

Veselības kompetences modelis konstruēts no četriem komponentiem, kuru iekļaušana modelī ir pamatota teorētiskajos avotos iegūtajās atziņās. Tie ir: *veselības uzglītība*, *veselības uzvedība*, *vērtības* un *vide*. Nosauktie komponenti ir pastāvīgā savstarpējā mijiedarbībā. Korelāciju analīzē ciešāka tā bija starp komponentiem *veselības izglītība* un *veselības uzvedība*, tāpēc autore to parāda modeļa shematiskajā attēlojumā, akcentējot mijiedarbību tieši šo abu komponentu starpā. Katrā modeļa komponentā ir izdalīti latentie mainīgie jeb faktori. Tos var sadalīt ārējos un iekšējos faktoros.

- Faktori, kuri jāuzskata par ārējiem, ir vides komponentā izdalītie Vi_F1 *Veselību atbalstoša darba vide*; Vi_F2 *Pieejami sociālie pakalpojumi*; Vi_F3 *Pieejamas IT*. Pie ārējiem faktoriem no indivīda pozīcijām ir jāpieskaita arī komponentā *vērtības* izdalīto faktoru VE_1 *Sabiedrības vērtības*.
- Pie iekšējiem faktoriem savukārt jāpieskaita komponentā *veselības izglītība* izdalītie VI_F1 *Indivīda iesaistīšanās zināšanu ieguvē*; VI_F2 *Veselības izpratība*; VI_F3 *Tēmu aktualitāte dzīves posmā*. Pie iekšējiem faktoriem pieskaitāmi ir arī komponentā *veselības uzvedība* izdalītie faktori: VU_F1 *Riska uztvere*, VU_F2 *Sociālā ietekme*, VU_F3 *Emocionālo kairinājumu uztvere*, VU_F4 *Atbalsta gaidas*.

Iepriekšminētie ārējie un iekšējie faktori uzskatāmi par galvenajiem noteicošajiem faktoriem, kas ietekmē veselības kompetences veidošanos. Šos faktoros papildus ietekmē arī sociāli ekonomiskie manifestējošie mainīgie, no kuriem statistiski nozīmīgākie ir *indivīda dzimums*, *izglītība* un *ienākumi*.

- *Dzimuma* (Gidens 2001) ietekme ir saistāma ar tām sociālajām lomām un uzdevumiem, kas paredzēti katram indivīdam.
- Savukārt *izglītība* kā mainīgais būtiska ir tieši savā nemateriālajā ietekmē, jo, paplašinot redzesloku, ļauj indivīdam labāk saskatīt iespējas, kādi faktori ietekmē veselību (Woolf et al. 2007).
- Indivīda *ienākumi* ir nozīmīgs sociāli ekonomisks faktors, kas nosaka materiālās iespējas, lai indivīds varētu labāk rūpēties par savu veselību (Maksimova 2005; Power et al. 2007).

5.7. Ekspertu aptauja

Lai pārbaudītu veselības kompetenci veidojošo un ietekmējošo faktoru modeļa atbilstību, tika veikta ekspertu aptauja. Autore vēlējās noskaidrot, vai izveidoto veselības kompetenci ietekmējošo faktoru modeli var uzskatīt kā pierādījumos balstītas prakses daļu un tādējādi izmantot to tālāku lēmumu pieņemšanā, veidojot rekomendācijas primārās veselības aprūpes māsām, veselības izglītības darba organizācijai un vadībai. Uz pierādījumiem balstīta prakse (*evidence-based practice*) ir vislabāko pierādījumu izmantošana, lai pieņemtu izsvērtus un pamatotus lēmumus (Martinsone 2011). Tika izvēlēta kvalitatīvā pētniecības metode un kā instruments – strukturēta intervija. Ekspertu aptaujas plānošanā sākotnēji pietiek ar pieciem ekspertiem (Kristapsone 2008). Ekspertu atlasei kā kritērijs bija: ekspertu kompetences līmenis (akadēmiskais un zinātniskais grāds), orientēšanās pētāmajā jomā, kā arī praktiskā darba pieredze primārās veselības aprūpes līmenī un pedagoģiskā darba pieredze. Kopumā autore intervēja piecus ekspertus, un tie bija:

- Inga Odiņa, pedagoģijas zinātņu doktore, RSU SK medicīnas koledžas docente, Māszinību programmas direktore;
- Margarita Puķīte, pedagoģijas zinātņu doktore, ārste, RSU SK medicīnas koledžas docente;
- Lilita Taimija Rika, primārās veselības aprūpes līmenī strādājoša ģimenes ārste;
- Linda Turkova, primārās veselības aprūpes līmenī strādājoša māsa;
- Dana Misiņa, sabiedrības veselības maģistre, medicīnas zinātņu doktorante, ģimenes ārste.

Ekspertiem tika uzdoti trīs jautājumi, kuru saturs atbilda modeļa veidošanas gaitai: cik lielā mērā eksperti piekrīt modeļa teorētiskajai struktūrai, cik atbilstoši ekspertu empīriskajai pieredzei ir nosauktie faktori un neatkarīgo mainīgo nozīme indivīda veselības kompetences veidošanās procesā un kāda varētu būt izveidotā modeļa praktiskā nozīme.

Intervijas laikā visi aptaujātie eksperti atzīmēja, ka autores izdalītie un nosauktie faktori ir atbilstoši, un to atspoguļo arī zināmie statistikas dati par sabiedrības veselību. Eksperti norāda, ka izdalītie faktori ir uzskatāmi par galvenajiem faktoriem, kas ietekmē indivīda veselības kompetences veidošanos.

Darba gaitā, analizējot neatkarīgo mainīgo *indivīda dzimums, ienākumi, izglītība, dzīvesvieta, nodarbošanās* un *vecums* ietekmi uz izdalītajiem faktoriem, statistiski nozīmīgi izrādījās *indivīda*

dzimums, iegūtā izglītība un ienākumi. Lūgti raksturot iegūto rezultātu, ekspertu izteikumi atšķīrās, bet kopumā tika uzsvērts, ka autore pareizi novērtējusi šo mainīgo ietekmi. Daži ekspertu viedokļi:

- *Indivīda dzimums – tas noteikti ir saistāms ar to, ka viens vai otrs dzimums vairāk vai mazāk domā un rūpējas par savu veselību gan kopumā, gan akcentējot kādu no orgānu sistēmām. Iegūtā izglītība – protams, jo izglītotāks iedzīvotājs, jo rūpes par savu veselību izvirzās priekšplānā viņa dzīvē (taču ir vērojams arī pretējs efekts).*
- *Varbūt nevis rūpes, bet interese par tās saglabāšanu, uzturēšanu un veicināšanu. Ienākumi – tā kā šobrīd pastāv uzskats, ka veselības aprūpes nozarē labākie speciālisti ir tikai maksas pakalpojumus sniedzoši speciālisti, iedzīvotāji izvērtē rūpes par veselības saglabāšanu, uzturēšanu un veicināšanu, balstoties uz saviem ienākumiem.*
- *Šie mainīgie ir nozīmīgi. Tie noteikti iespaido indivīda rīcību. Piemēram, izglītība paver plašāku redzesloku un veicina jaunu zināšanu, prasmju un kompetences veidošanos; savukārt ienākumi vai nu ierobežo, vai paver iespējas “iegādāties” veselības pakalpojumus un tādējādi atbalsta kompetences veidošanos.*
- *Manuprāt, tie ir kā veicinošie vai kavējošie faktori, kas var iespaidot cilvēku. Droši vien, ka pareizi tos būtu ņemt vērā. Man patīk arī tas, ka tie modelī ir it kā no ārpuses, tas ir – tie nav galvenie.*

Apkopojot ekspertu viedokli par veselības kompetenci veidojošo faktoru modeli, var secināt, ka kopumā eksperti to novērtē kā atbilstošu, norādot, ka ir jāakcentē tieši *veselības izglītības* kā modeļa komponenta (un tajā ietilpstošo faktoru) statistiski nozīmīgā mijiedarbība ar *veselības kompetenci* un pārējiem modeļa komponentiem.

- *Veselības kompetenci veidojošo faktoru modelis ir ietvēris visus nepieciešamos faktoros, kas spēj ietekmēt indivīdu veselību.*
- *Izstrādātais modelis ir spējīgs darboties, veicinot indivīdu veselības kompetences veidošanos, ja tiks ievēroti tā darbības nosacījumi – veselības izglītība, kas veicinās iedzīvotāju un sabiedrības vērtību maiņu, izvēloties veselības uzvedības pamatprincipus, neizslēdzot vides ietekmi šajā procesā.*

Analizējot atbildes uz jautājumu par to, kāda varētu būt izveidotā modeļa praktiskā nozīme, eksperti atzīst, ka izveidotais modelis perspektīvā var kalpot kā pamats pierādījumos balstītu rekomendāciju veidošanai.

- *Pamatojoties uz modeli, varēs izstrādāt dažādas veselības izglītības programmas, dažādas rekomendācijas gan veselības aprūpes darbiniekiem, gan, iespējams, arī pacientiem, kur, ņemot vērā modeli veidojošos faktoros, varētu veicināt cilvēku veselības kompetences veidošanos.*

Kopsavilkums. Ekspertu aptaujā autore vēlējās noskaidrot, kā eksperti vērtē izveidotā veselības kompetenci veidojošo un ietekmējošo faktoru modeļa teorētisko un praktisko nozīmīgumu. Apkopojot un analizējot interviju saturu, var secināt, ka izveidotais modelis ir uzskatāms kā teorētiski un praktiski nozīmīgs un to var izmantot tālāk lēmumu pieņemšanas procesā, veidojot rekomendācijas gan māsu tālākizglītībā, gan iekļaujot to māszinību studiju programmās.

6. PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES MĀSAS DARBĪBU VESELĪBAS IZGLĪTĪBĀ IETEKMĒJOŠO FAKTORU ANALĪZE

Veselības izglītības darbs ir viens no primārās veselības aprūpes līmenī strādājošo māsu uzdevumiem. Tomēr šī uzdevuma izpilde atšķiras dažādās valstīs, kur PVA ir viena no veselības aprūpes sastāvdaļām. Piemēram, Lielbritānijā veiktā aptaujā par indivīda informētību kā mainīt veselību ietekmējošos paradumus, 85% respondentu atbildēja, ka informāciju, kā mainīt veselību ietekmējošos paradumus, saņēmuši no māsas, tajā skaitā, 82% respondentu atbildēja, ka tieši no PVA māsas (McIaver; Ellins 2008). Lai gan sabiedrības izglītošana kā viens no māsas darba uzdevumiem ir paredzēta dažādos mūsu valsts normatīvajos aktos, kas regulē māsas praksi, jau sākot ar Ārstniecības likumu, Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu monitoringos laikā no 1998. līdz 2006. gadam secināts, ka māsas ieteikušas mainīt veselību ietekmējošos paradumus tikai 3,2% aptaujāto (FINBALT 2006). Tāpēc bija nepieciešams noskaidrot, kādi faktori ietekmē Latvijā PVA līmenī strādājošas māsas darbību veselības veicināšanā un sabiedrības izglītošanā. Lai to noskaidrotu, autore pētniecības jautājumu “kādi faktori ietekmē veselības izglītības darba organizāciju un vadību mūsu valstī” sadalīja divās daļās, kuru analīze sniegta turpmākajās nodaļās:

- Kādi faktori nosaka pieaugušo veselības izglītības darba organizācijas iespējas primārās veselības aprūpes māsas praksē mūsu valstī?
- Kādi šķēršļi pastāv veselības izglītības darba organizācijai primārās veselības aprūpes māsas praksē mūsu valstī?

6.1. Respondentu demogrāfiskie dati

Lai noskaidrotu iepriekšminēto, tika veikta primārās veselības aprūpes līmenī strādājošo māsu aptauja. Lai noskaidrotu autori interesējošos jautājumus, tika izveidots pētniecības instruments – māsu aptaujas anketa. Aptaujas anketa satur 32 jautājumu grupas (kopā 110 jautājumi), kas veidoti Likerta skalas veidā, un četrus jautājumus, ar kuru palīdzību tika noskaidroti respondentu demogrāfiskie dati: vecums, izglītība, darbavieta un cik ilgi strādā veselības aprūpes sistēmā. Anketa tika veidota, ievērojot visas noformēšanas prasības, tās jautājumu saturs tika nodots ekspertu vērtēšanai. Aptauja notika 2009. gada maijā, kā aptaujas vieta tika izvēlēta ikgadējā PVA māsu konference, jo tas sniedza iespēju aptaujāt māsas, kas PVA līmenī strādā visā Latvijā. Respondentu skaits bija 106 māsas. Kopējais māsu skaits Latvijā pēc 2008. gada veselības aprūpē strādājošo personu reģistra datiem bija 11055, tajā skaitā PVA

strādāja 1599 māsas (VM veselības ekonomikas centrs 2008). Veicot pētījumu, nācās saskarties ar zināmām grūtībām noskaidrot PVA strādājošo māsu skaitu, jo kvantitatīvā informācija, par māsu skaitu pēc specializācijas, dažādos avotos parādās atšķirīga. Latvijā māsas netiek dalītas šādā šķērsgrīzumā, ir pieejams tikai kopējais veselības aprūpē nodarbināto māsu skaits. Tādējādi nebija pieejami vienoti dati par to māsu skaitu, kas strādā PVA līmenī. Šī problēma ir aktualizēta jau 2006. gadā veiktajā Pilsonības un migrācijas pārvaldes veiktajā pētījumā “Migrācija un darba tirgus veselības nozarē”.

6.1. tabula. Respondentu sadalījums vecuma grupās

Vecums	% respondentu sadalījums
20–30	5
31–40	32
41–50	38
51–60	21
61 un vairāk	4
Kopā	100

Māsu profesijā strādājošajiem ir tendence novecoties. Tā 2009. gadā 16,1% no pamatdarbā strādājošo māsu skaita bija vecuma grupā no 60 gadiem un vecākas, tas ir, māsas, kuras sasniegušas pensijas vecumu vai tuvākajos gados dosies pensijā. 2005. gadā šādu māsu bija 12,1%, bet 2000. gadā – 7,5%. Vecumā līdz 30 gadiem 2009. gadā reģistrētas tikai 747 māsas jeb 5,9% no strādājošo māsu skaita. Kopumā respondentu vecums atbilst māsu profesijā strādājošo demogrāfiskajam profilam.

Izglītība

Daudzas Rietumeiropas valstis ir īstenojušas reformas māsu izglītības sistēmā atbilstoši Boloņas deklarācijai par Eiropas Augstākās izglītības telpu. Arī Latvijā turpina pieaugt to māsu skaits, kuras ir ieguvušas augstāko izglītību. Ja 2001. gadā tādas bija tikai 102 māsas, tad 2008 gadā (tā kā pētījuma praktiskā daļa veikta 2009. gadā, tika izmantoti 2008. gada statistikas dati) bija jau 692 māsas, kuras ieguvušas augstāko izglītību (LR VM Vec 2008).

6.2. tabula. Respondentu izglītība

Respondentu izglītība	Skaitis	%
Vidējā speciālā	69	65
1. līmeņa augstākā	11	10
Bakaulara grāds	18	17
Maģistra grāds	8	8
Kopā	106	100

6.2. Veselības kompetences modeļa determinantu atbilstība mūsu vērtējumā

Veidojot aptaujas jautājumus primārās veselības aprūpes māsām, autorei bija divi uzdevumi. Pirmkārt, daļa no jautājumiem bija plānota kā autores pieņēmuma par teorētiskā veselības kompetenci veidojošo faktoru modeļa komponentu apstiprinājums. Jautājumi tika veidoti Likerta skalas jeb attieksmes skalas veidā. Attieksmes skalā mēģina noteikt, kā indivīds uzskata, uztver vai jūtas. Attieksmi var mērīt gan pret sevi, gan citiem, gan citām situācijām, aktivitātēm, institūcijām (Gay 1996; Jadovs 2003). Jautājumi tādējādi tika veidoti ar to pašu saturu kā iedzīvotāju aptaujai, tikai noskaidrojot primārās veselības aprūpes māsu viedokli par indivīdu attieksmi veselības veicināšanas kontekstā. Tieši tāpat kā iedzīvotāju aptaujā, anketas jautājumi tika sagrupēti skalās, lai tie pēc satura atbilstu veselības kompetences modeļa komponentiem.

Skalu iekšēja saskaņotība tika mērīta ar Kronbaha-alfa koeficientu:

1. **Vides** saistība ar veselības kompetences veidošanos (fizisko, sociālo un attieksmju vide). Jautājumi bija par māsu klientu komunikācijas iespējām un informācijas tīkliem, sadarbības un sociālā atbalsta iespējām, kā arī par sociālo un kultūras vidi. Kopumā bija 26 jautājumi. Iekšējās saskaņotības pakāpe – Kronbaha-alfa koeficients bija 0,68.
2. **Veselības izglītības** skalā jautājumi bija par māsu klientu izziņas un sociālajām prasmēm, kas nosaka indivīda nodomu un spējas iegūt, saprast un izmantot informāciju par to, kā labāk saglabāt un uzturēt veselību. Kopumā bija 28 jautājumi. Iekšējās saskaņotības pakāpe – Kronbaha-alfa koeficients – bija 0,94.

3. **Veselības uzvedības** skalā jautājumi bija par māsu klientu veselību ietekmējošo paradumu klātbūtni. Tika uzdoti 7 jautājumi, Kronbaha alfa bija 0,73.

6.3. tabula. Māsu aptaujā apstiprinātā veselības kompetences modeļa komponentu korelācijas

	Veselības izglītība	vide	Veselības uzvedība
Veselības izglītība	1	0,31**	0,8**
vide	0,31**	1	0,11
Veselības uzvedība	0,8**	0,11	1

** nozīmīgs ar 99% ticamību

Veicot korelācijas analīzi starp skalām, ar 99% ticamību pastāv statistiski nozīmīga korelācija starp veselības izglītību un veselības uzvedību ($r=0,8$), kā arī starp veselības izglītību un vidi ($r=0,31$) (sk. 6.3. tabulā). Pozitīvā korelācija norāda, ka veselības izglītība ietekmē gan indivīda veselības uzvedību, gan vidi. Veicinot veselības izglītību, var iegūt pozitīvas pārmaiņas gan indivīda veselības uzvedībā, gan vides pārmaiņas. Autore uzskata, ka māsu aptaujā iegūtais rezultāts apstiprina iepriekš pieņemto, ka komponenti – *veselības izglītība*, *veselības uzvedība* un *vide* – ir iekļaujami veselības kompetenci veidojošo faktoru modelī.

Otrkārt, nākošais uzdevums māsu aptaujā bija noskaidrot, kādi faktori ietekmē primārās veselības aprūpes māsas darbu iedzīvotāju veselības izglītības organizēšanā un vadībā un kādi šķēršļi pastāv.

6.3. Faktori, kas ietekmē māsas darbību veselības izglītībā

Sākotnēji autore pieņēma, ka māsas darbību veselības izglītībā veido divi faktori – *māsas iespējas* un *māsas zināšanas*. Izmantojot faktoru analīzes palīdzību, tika atlasītas savstarpēji saistītas mainīgo apakškopas. Tika izdalīti četri faktori, kas ietekmē māsas darbību. Datus analizējot ar faktoranalīzes palīdzību, tika atrasti faktoru svāri, kuri norāda, kāds ieguldījums katrā faktorā ir no katra manifestējošā mainīgā. Mainīgā faktora svāris ir korelācijas koeficients starp šo mainīgo un faktoru (Lasmanis, Kangro 2004; Geske, Grinfelds 2006). Faktora svāris liecina par mēru, kāds nepieciešams kādam spēju kopumam (Lasmanis, Kangro 2004).

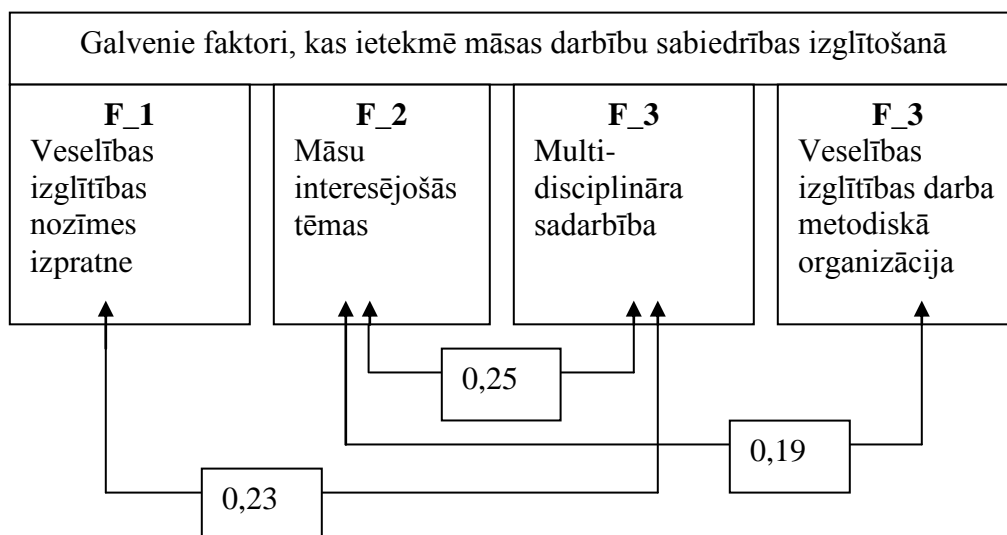
Izdalītie faktori tika nosaukti kā “F_1 *Veselības izglītības nozīmes izpratne māsas praksē* (0,83), “F_2 *Māsu interesējošās tēmas* (0,84)”, “F_3 *Multidisciplināra sadarbība* (0,87)”, F_4 *Veselības izglītības darba metodiskā organizācija*” (turpmāk tekstā “metodiskā organizācija”) (0,734). Lai pārbaudītu iekšējo saskaņotības pakāpi starp faktoru veidojošajiem manifestējošajiem mainīgajiem, tika veidotas skalas un tās pārbaudītas ar Kronbaha alfa koeficientu (skaitlis iekavās aiz nosauktā faktora). Kronbaha alfa koeficients visās skalās nebija zemāks par vispārpieņemto attieksmes skalu drošuma vērtējuma apakšējo robežu, kas ir $\alpha=0,70$ (Geske, Grinfelds 2006). Veicot korelāciju analīzi, tika atrastas vidējas korelācijas starp šīm skalām (statistiski nozīmīgas ar 99% ticamību). Korelāciju starp F_3 *Multidisciplināra sadarbība* un F_2 *Māsu interesējošās tēmas* ($r=0,25$) varētu skaidrot – pieaugot māsu interesei par kādu veselības izglītības tēmu, viņas aktīvāk iesaistās sadarbības iespēju meklēšanā, lai varētu labāk veikt veselības izglītības darbu (sk. 6.4. tabulā).

6.4. tabula. Māsas darbību ietekmējošo faktoru korelācija

	Interesējošās tēmas	Veselības izglītības nozīme	Multidisciplināra sadarbība	Metodiskā organizācija
Interesējošās tēmas	1	0,007	0,25*	0,19*
Veselības izglītības nozīmes izpratne	0,007	1	0,23*	-0,037
Multidisciplināra sadarbība	0,25*	0,23*	1	0,006
Metodiskā organizācija	0,19*	-0,037	0,006	1

*statistiski nozīmīgs ar 95% ticamību

Tika atrasta statistiski nozīmīga vidēja korelācija ($r=0,23$) starp faktoriem F_3 *Multidisciplināra sadarbība* un F_1 *veselības izglītības darba nozīme*, kā arī starp faktoriem F_2 *māsu interesējošās tēmas* un F_4 *metodiskā darba organizācija* ($r=0,19$). Jāpieņem, ka pieaugot māsu interesei par veselības izglītības tēmām, pieaug arī māsu sadarbības iespējas un metodiskās organizācijas nozīme. Tāpat, pieaugot sabiedrības izglītības nozīmei māsu praksē, pieaug māsu sadarbības iespējas veselības izglītības darba organizēšanā. Faktoru savstarpējā mijiedarbība un statistiski nozīmīgās korelācijas sk. attēlā.



7. attēls. PVA māsu darbību veselības izglītībā ietekmējošie faktori

6.3.1. Izdalīto faktoru analīze

Šajā nodaļā tabulu veidā ir atspoguļoti katru faktoru veidojošie jautājumi, to svars faktorā pēc rotācijas. Tika iekļauti tikai tie jautājumi, kuru svars pēc rotācijas nebija mazāks par 0,4. Savukārt, izmantojot dispersiju analīzes palīdzību, autore tālāk noskaidroja un analizēja, kā katru faktoru ietekmē tādi neatkarīgie mainīgie kā *māsu izglītība, veselības aprūpē nostrādāto gadu skaits, māsas prakses atrašanās vieta* (pilsēta, lauku apvidus).

F_1. Sabiedrības veselības izglītības nozīme māsu izglītībā un praksē

Šajā faktorā ietilpst jautājumi, ar kuru palīdzību iespējams noskaidrot, kā māsas novērtē, cik lielā mērā veselības izglītības jautājumiem ir pievērsta uzmanība gan valsts veselības veicināšanas politikā, gan māsu izglītībā un praksē.

6.5. tabula. F_1 Veselības izglītības nozīmes izpratne

Jautājumi (Kronbahs-alfa 0,83)	Faktora svari
Cik lielā mērā veselības izglītības jautājumiem pievērsta uzmanība māsu tālākizglītībā?	,771
Cik lielā mērā veselības izglītības jautājumiem pievērsta uzmanība ģimenes ārsta praksēs?	,748
Cik lielā mērā veselības izglītības jautājumiem pievērsta uzmanība darbavietās?	,706
Cik lielā mērā veselības izglītības jautājumiem pievērsta uzmanība māsām organizētajās konferencēs un semināros?	,661
Cik lielā mērā veselības izglītības jautājumiem pievērsta uzmanība valsts veselības aprūpes politikā?	,646
Cik lielā mērā veselības izglītības jautājumiem pievērsta uzmanība masu plašsaziņas līdzekļos?	,632
Cik lielā mērā veselības izglītības jautājumiem pievērsta uzmanība skolās?	,629
Cik noderīgas cilvēku izglītošanai par veselīgu dzīvesveidu ir zināšanas, ko ieguvāt sertifikācijas / resertifikācijasursos?	,505
Cik bieži papildu informācijas iegūšanai izmantojat mācību literatūru par veselības veicināšanas jautājumiem?	,458

Veselības izglītības nozīme māsas praksē ir akcentēta arī citos pētījumos (Wilson, Pearson, Hassey 2002; Cameron, Christie 2007), kuros norādīts, ka gan māsu izglītībā, gan tālākizglītībā sabiedrības veselības izglītības jautājumiem nav pievērsta pietiekoši liela uzmanība. Galvenokārt tiek akcentēta PVA māsas iesaistīšanās indivīdu informēšanā par agrīnas slimību diagnostikas (skrīninga) nepieciešamību (piemēram, informācija par krūšu dziedzeru pārbaudi) vai nepieciešamību mazināt saslimšanas risku, ar infekcijas slimībām, vakcinējoties. Tas, cik veselības izglītības jautājumiem PVA māsas pievērš lielu nozīmi, ir saistāms arī ar viņu *iegūto izglītību* ($p=0,005$; $p<0,05$) un māsas *darbavietas lokalizāciju* (pilsēta vai lauku apvidus) ($p=0,035$; $p<0,05$). Statistiski nozīmīgas atšķirības māsas izglītības un **F_1 Veselības izglītības nozīmes izpratne māsas praksē** savstarpējā ietekmē parādās starp māsām ar vidējo speciālo izglītību un māsām ar maģistra grādu ($p=0,012$; $p<0,05$), kā arī starp māsām Rīgā un lauku apvidos ($M=19,2143$) ($p=0,049$; $p<0,05$). Analizējot iegūtos rezultātus, noskaidrojās, ka māsas ar maģistra grādu piešķir lielāku nozīmi veselības izglītības jautājumiem savā praksē, salīdzinot ar tām PVA māsām, kurām ir vidējā speciālā izglītība. Autore piekrīt *Löfmark* un *Mamhidir* (2010), ka jautājums, kuram ir jāpievērš vairāk uzmanības gan izglītības, gan veselības aprūpes politikas veidotājiem, ir augstākā izglītība visām primārajā veselības aprūpē strādājošajām māsām. Autores iegūtie PVA māsu aptaujas dati liecina, ka augstākā izglītība ir tikai 35% aptaujāto, tajā skaitā 13% no lauku teritorijā strādājošajām māsām (aptauja veikta 2009.gadā).

F2. Māsu interesējošas veselības izglītības tēmas

Respondentiem tika uzdoti jautājumi par veselības izglītības tēmām, kurās vēlētos saņemt plašāku informāciju, lai varētu veiksmīgāk organizēt veselības izglītības darbu savā praksē.

6.6 Tabula. F_2 Māsu interesējošas veselības veicināšanas tēmas

Jautājumi (Kronbaha-alfa 0,84)	Faktora svāri
Cik lielā mērā vēlētos saņemt plašāku informāciju par kaitīgo ieradumu profilaksi?	,733
Cik lielā mērā vēlētos saņemt plašāku informāciju par ģimenes plānošanu?	,716
Cik lielā mērā vēlētos saņemt plašāku informāciju par fiziskajām aktivitātēm?	,691
Cik lielā mērā vēlētos saņemt plašāku informāciju par sirds asinsvadu slimību profilaksi?	,655
Cik lielā mērā vēlētos saņemt plašāku informāciju par sabalansētu un veselīgu uzturu?	,616
Cik lielā mērā vēlētos saņemt plašāku informācijas par infekciju slimību profilaksi?	,596
Cik lielā mērā vēlētos saņemt plašāku informāciju par ļaundabīgo audzēju slimību profilaksi?	,592
Cik lielā mērā vēlētos saņemt plašāku informāciju par emocionālas spriedzes samazināšanu?	,495

Veicot analīzi, apstiprinājās pieņēmums, ka *māsu nostrādātie gadi veselības aprūpē* ($p=0,139$; $p<0,005$) un *darbavieta* ($0,496$; $p<0,005$) neietekmē to, kādas tēmas par indivīda veselības veicināšanas jautājumiem māsas interesē. Jāsecina, ka šie mainīgie būtiski neietekmē faktoru *māsu interesējošas veselības izglītības tēmas*.

Jautājums par veselības veicināšanas tēmām ir nozīmīgs ne tikai no PVA māsu intereses un zināšanu viedokļa. Lai varētu veikt salīdzināšanu, kādas veselības izglītības tēmas interesē iedzīvotājus un kādas PVA māsas, jautājumi abās aptaujas anketās (iedzīvotājiem un PVA māsām) bija vienādi. Tāpēc autore vēlējās noskaidrot:

- kādas veselības veicināšanas tēmas interesē primārās veselības aprūpes māsas;
- kādas veselības veicināšanas tēmas, pēc PVA māsu domām, interesē indivīdus;
- vai tēmas, kas interesē arī iedzīvotājus (pēc iedzīvotāju aptaujas datiem).

Tas ir būtisks jautājums pieaugušo izglītošanā, jo pieaugušie mācās, ja viņu interesē tēma vai iegūtās zināšanas varētu palīdzēt risināt viņam aktuālu problēmu. Savukārt, ja tēma indivīdam nav aktuāla, viņš neiesaistīsies māsas organizētajā veselības izglītības darbā.

6.7. tabula. Veselības izglītības tēmas

Tēmas	Iedzīvotāji vēlas zināt, %	Māsa pieņem, ka iedzīvotāji vēlas zināt, %	Māsas vēlas zināt, %
Sirds asinsvadu slimību profilakse	53	91	60
Veselīgs uzturs	48	71	49
Fiziskas aktivitātes	46	40	54
Ļaundabīgo audzēju profilakse	46	87	53
Emocionālas spriedzes samazināšana	45	62	8
Infekcijas slimību profilakse	37	73	56
Droša dzimumdzīve	31	54	46
Kaitīgo ieradumu profilakse	25	45	56
Ģimenes plānošana	22	40	43

6.7. tabulā redzams, ka māsas pietiekami nenovērtē nepieciešamību papildināt savas zināšanas par veselības emocionālo dimensiju, kas, analizējot iedzīvotāju aptaujas datus, savukārt ir būtiska tēma indivīdam. Autore pieņēma, ka tēma nav aktuāla visām māsām, neraugoties uz iegūto izglītību. Tomēr jautājumā ir vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības ($p=0,000$; $p<0,5$) starp māsām. Jāpieņem, ka māsām ar vidējo speciālo izglītību šī tēma nav tik aktuāla ($M=2,81$), salīdzinot ar māsām, kurām ir maģistra grāds ($M=1,63$). Ar 95% ticamību jāpieņem, ka tēma “Emocionālas spriedzes samazināšana” vairāk interesē māsas, kurām ir maģistra grāds. Autore atšķirības skaidro ar plašākām zināšanām, tajā skaitā cilvēka psiholoģijā, kādas māsām sniedz akadēmiskā izglītība, tāpēc māsām ar vidējo speciālo izglītību ir grūtāk novērtēt savas zināšanas par doto tēmu un nepieciešamību tās pilnveidot.

Savukārt tās veselības veicināšanas tēmas, kuras pēdējos gados ļoti plaši akcentētas dažādās veselības politikas kampaņās (un, neapšaubāmi, ir būtiskas sabiedrības veselībai kopumā), ne vienmēr interesē un ir aktuālas arī indivīdam. Piemēram, sirds-asinsvadu slimību profilakse, par kuru daudz runāts, un problēmas aktualitāte atspoguļojas sabiedrības veselības rādītājos. Māsu pieņēmums par indivīdus interesējošajām veselības veicināšanas tēmām atspoguļo pastāvošās problēmas sabiedrības veselībā, tomēr tas nesakrīt ar indivīdu interesi par tām. Māsas pieņem, ka tēma iedzīvotājus ļoti interesē, tomēr māsu pieņēmums (kas izriet no profesionālajām zināšanām par situāciju sabiedrības veselībā) diezgan ievērojami atšķiras no iedzīvotāju aptaujā iegūtajiem rezultātiem. To var saistīt ar diviem faktoriem –

indivīda veselības izpratību un riska uztveri. Lai risks veselībai tiktu novērtēts atbilstoši, informācijai, ko sniedz par iespējamiem veselības apdraudējumiem, ir jābūt precīzai, pamatotai un atbilstošai indivīda veselības izpratībai. Bet lielās, veselības politikas ietvaros veidotās, informatīvās veselības veicināšanas kampaņas ir vispārinātas, tādejādi indivīds var neattiecināt šo informāciju uz sevi. Tāpēc jo svarīgāk māsām ir sadarboties ar indivīdu tieši viņu interesējošas tēmas ietvaros. Tā māsa var palīdzēt attīstīt veselības izpratību, kā arī, noskaidrojot indivīda veselības uzvedībā pastāvošos riska faktorus, piedāvāt tēmas konkrētā indivīda vajadzībām.

F3. Multidisciplināra sadarbība veselības izglītības darbā

Faktorā ietilpstošie jautājumi ir par PVA māsas sadarbības iespējām ar citu nozaru profesionāliem veselības izglītības darba organizēšanā (sk. 6.8. tabulā). ICN (2008) veiktā pētījumā uzsvērts, ka ir jāveicina sadarbības iespējas primārās veselības aprūpes māsas praksē.

6.8. tabula. F_3 *Multidisciplināra sadarbība veselības izglītības darbā*

Jautājumi (Kronbaha-alfa 0,87)	Faktora svāri
Cik bieži māasai ir iespējams sadarboties ar presi veselības izglītības darba veikšanā?	,844
Cik bieži māasai ir iespējams sadarboties ar radio veselības izglītības darba veikšanā?	,827
Cik bieži māasai ir iespējams sadarboties ar izglītības iestādēm veselības izglītības darba? Veikšanā?	,810
Cik bieži māasai ir iespējams sadarboties ar sabiedriskajām organizācijām veselības izglītības darba veikšanā?	,777
Cik bieži māasai ir iespējams sadarboties ar televīziju veselības izglītības darba veikšanā?	,769
Cik bieži māasai ir iespējams sadarboties ar psiholoģiskajiem dienestiem veselības izglītības darba veikšanā?	,708
Cik bieži māasai ir iespējams sadarboties ar sociālajiem dienestiem veselības izglītības darba veikšanā?	,683

Autore analizēja, kādi mainīgie ietekmē sadarbības iespējas veselības izglītības darbā. Izvirzot nulles hipotēzes, ar 95% ticamību jāpieņem, ka iegūtā izglītība neietekmē sadarbības iespējas veselības izglītības darba organizācijā ($p=0,878$), savukārt veselības aprūpē nostrādāto gadu skaits ietekmē māsas sadarbības iespējas ($p=0,00$), veicot veselības izglītības darbu.

Autore vēlējās noskaidrot, vai tas, cik daudz no 8 stundu darba dienas respondentes vidēji var veltīt cilvēku izglītošanai par veselības saglabāšanas jautājumiem, var ietekmēt sadarbības iespējas veselības

izglītības darbā. Tika izvirzīta nulles hipotēze: sadarbības iespējas nav atkarīgas no stundu skaita, ko PVA māšas var veltīt cilvēku izglītošanai. Tika izmantota Kolmogorova-Smirnova metode, kas balstās uz divu izlases klašu relatīvo kumulatīvo frekvenču starpības maksimālo absolūto vērtību (Arhipova I., Bāliņa S. 2006). To var lietot gan neatkarīgu, gan atkarīgu izlašu salīdzināšanai. Tā kā $p = 0,000 < 0,05$, tad ar 95% varbūtību nulles hipotēze ir jānoraida un var pieņemt, ka sadarbības iespējas ir atkarīgas no māšas atvēlēta laika veselības izglītības darbam.

Šī nulles hipotēze tika pārbaudīta arī ar dispersiju analīzi *Anova*, un ar 95% varbūtību var pieņemt, ka pastāv būtiskas atšķirības sadarbības iespējās saistībā ar PVA māšas atvēlēto laiku veselības izglītības darbam. Ar *Scheffe* testa palīdzību tika analizēti rezultāti atsevišķās gradācijas klasēs. Tā kā, salīdzinot atvēlēto laiku “praktiski nemaz” un 2 stundas ($M=21,11765$) dienā, $p = 0,034 < 0,05$, un 4 stundas dienā ($M=27,0000$) $p = 0,000 < 0,05$, tad ar 95% varbūtību pastāv būtiskas atšķirības sadarbības iespējās tām māšām, kuras var atvēlēt veselības izglītības darbam, sākot no 2 stundām ($M=21,11765$) 8 stundu darba dienā. Nepietiekoši atvēlētais laiks kā apgrūtinājums māšas darbībai parādās arī citos pētījumos (*Jacson et al.* 2009). Tādējādi indivīdam mazinās arī pieejamība primārās veselības aprūpei, kas ir būtisks tās principu apdraudējums (*Hogg et al.* 2007). Kopš 2010. gada primārās veselības aprūpes ģimenes ārstu praksēs papildus tiek piesaistītas māšas, un viens no priekšnoteikumiem praksēm ir māšas patstāvīga pieņemšana divas stundas darba dienā (LR MK noteikumi Nr. 1046). Autore uzskata, ka tas ir laiks, ko māsa var atvēlēt indivīdu veselības izglītības darbam.

F4. Veselības izglītības darba metodiskā organizācija

Nākošais faktors ietver jautājumus par māšas iespējām veselības izglītības darbam izmantot dažādus resursus, kas kopumā attiecināmi uz veselības veicināšanas sistēmu valstī, tajā skaitā uz vadlīniju un dažādu resursu (informatīvu, sociālu, atbalsta) pieejamību. Uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas un elektroniskie medicīniskie ieraksti (EMR) sniedz lielas iespējas uzlabot aprūpes kvalitāti (*Lynne S., Nemeth* 2006). Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem jābūt iespējai atzīt vajadzību pēc informācijas un jāspēj efektīvi to atrast – piekļūt elektroniski, iegūt un izmantot informāciju par lēmumu pieņemšanu praksē. Atsevišķos pētījumos (*Pierce, 2000; Tanner, 2000; Pravikoff, Tanner, Pierce, 2005*) norādīts, ka mūsdienu māšām nav šīs nepieciešamās informācijas izpratības zināšanas un prasmes. Lai sagatavotu nākamās paaudzes māsu un lai apmierinātu informācijas prasmju izaicinājumu, informācijas izpratība jāveido, jau sākot studēt māsu izglītības programmās, un tā jāturpina visu programmas laiku, lai tās absolventiem būtu informācijas izpratības zināšanas un prasmes, kas nepieciešamas praksē (*Taff, Nana*

2008). Ar Eiropas struktūrfonda atbalstu Latvijā ir organizētas praktizējošo māsu tālākizglītības iespējas 11 māsu pamatspecialitātēs, tajā skaitā arī pamatspecialitātē “ambulatorā māsa”, kas nodrošina veselības aprūpi primārās veselības aprūpes līmenī. ESF līdzfinansētais projekts ir pats apjomīgākais no Latvijā līdz šim realizētajiem medicīnas darbinieku tālākizglītības projektiem – gan izglītojamo personu skaita, gan investētā finanšu apjoma ziņā. Tas paredzēts, lai māsu izglītību veidotu atbilstoši 4. profesionālās kvalifikācijas līmenim (VM 2010).

6.8. tabula. F_4 Sakārtota veselības izglītības darba metodiskā organizācija

Jautājumi (Kronbaha-alfa 0,734)	Faktora svāri
Cik brīvi jums ir pieejams internets?	,737
Cik brīvi jums ir pieejams dators?	,714
Cik lielā mērā māsu darbību veselības izglītībā apgrūtina neskaidri formulētās funkcijas?	,578
Cik lielā mērā māsu darbību veselības izglītībā apgrūtina kolēģu ārstu neizpratne par māsas lomu tajā?	,566
Cik lielā mērā māsu darbību veselības izglītībā apgrūtina nepietiekami atvēlētie līdzekļi veselības veicināšanai?	,525
Cik lielā mērā māsu darbību veselības izglītībā apgrūtina laika trūkums?	,424
Vai ir skaidri noteiktas rekomendācijas, kā organizēt veselības izglītības darbu to atvieglot?	,423

Neraugoties uz stratēģiskajos dokumentos deklarēto veselības veicināšanas un sabiedrības izglītošanas nozīmi primārajā veselības aprūpē, pietrūkst metodisko norādījumu, kā organizēt iedzīvotāju izglītošanu veselības veicināšanai, nav noteiktu vienotu principu mācību materiālu izstrādei un nav izstrādāti vienoti mācību materiāli veselības veicināšanai un iedzīvotāju veselības izglītībai, kas būtu izmantojami PVA māsu izglītošanā gan koledžas, gan tālākizglītības līmenī. Aptaujā uz jautājumu “Vai skaidri noteiktas rekomendācijas atvieglotu jūsu darbu veselības izglītībā” lielākā daļa aptaujāto māsu (55%) atbildēja, ka noteikti atvieglotu, 27% māsu atzina, ka atvieglotu, 18% aptaujāto atzīmēja, ka atvieglotu daļēji. Neviena no aptaujātajām māsām nebija atzīmējusi, ka skaidri noteiktas rekomendācijas, kā organizēt veselības izglītības darbu, neatvieglotu viņu darbību šajā jomā.

2011. gadā pēc VM pasūtījuma uzsākts realizēt projektu ESF fonda aktivitātē: 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” ietvaros Rīgas Stradiņa universitāte realizēja pasūtījumu, izveidojot mācību materiālu un organizējot mācību kursu 80 kredītstundu apjomā “Ģimenes ārsta praksē iesaistīto māsu un ārsta palīgu apmācība veselības veicināšanas un sabiedrības veselības jautājumos”. Izglītošanā tika iesaistītas 600 primārajā veselības aprūpē (ģimenes ārsta praksēs) strādājošas māsas no visas Latvijas. Autore piedalījās projekta realizētāju darba grupā gan mācību materiāla izveidošanā, gan lekciju un semināru vadīšanā. Projekta ietvaros veidoto mācību materiālu var izmantot arī kā resursu vienotai izpratnei par veselības veicināšanu un iedzīvotāju izglītošanu, kā arī kā daļējas vadlīnijas māsām sabiedrības izglītošanai veselības veicināšanas jautājumos. Tomēr tās ir nepieciešams papildināt un precizēt tieši veselības izglītības organizācijas un vadības funkciju sadaļā.

Lai noskaidrotu, vai mainīgos – *māsas darba stāžs, māsas darba vietas lokalizācija un veselības izglītības darbam atvēlētais laiks* – ietekmē *F_4 Veselības izglītības darba metodiskā organizācija*, tika veikta analīze, izmantojot *Kruskal-Wallis* testu, un var secināt, ka šie mainīgie neatstāj statistiski nozīmīgu ietekmi uz minēto faktoru.

Savukārt ir atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības starp veselības izglītības metodiskās organizēšanas nepieciešamību māsām ar dažādu izglītības līmeni ($p=0,00$). Jautājums par māsu līdzdalību veselības politikā ir aktualizējies pēdējos 15–20 gados, jo māszinību pētniecībā un teorijā ir veidojusies jauna izpratne par māszinību lomu un mijiedarbību ar veselības politiku. Te jāmin arī atziņa, ka uz zināšanām vērstai veselības politikai ir nepieciešamas māsas ar augstāko izglītību (*Taff; Nana 2008*).

9.9. tabula. Primārās veselības aprūpes māsas darbu sabiedrības izglītošanā ietekmējošo faktoru analīze

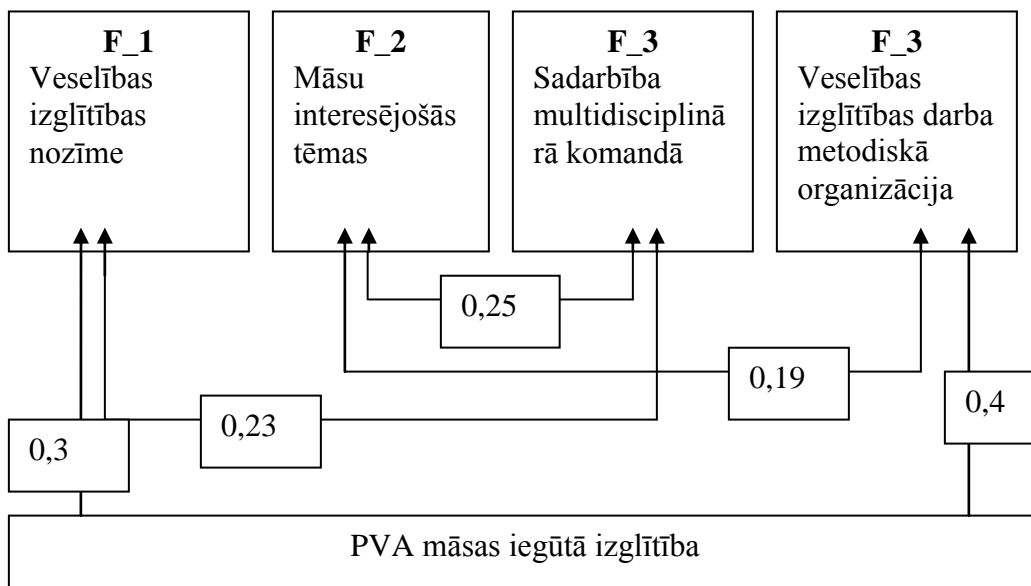
Mainīgie	F1 Veselības izglītības nozīme			F2 Māsu interesējošas tēmas			F3 Multidisciplināra sadarbība			F4 Metodiskā organizācija		
	F(df) H(df)	p	η^2	F(df) H(df)	p	η^2	F(df) H(df)	p	η^2 %	F(df) H(df)	p	η^2 %
<i>Izglītība</i>	F(3,102)= 4.490	0,005	11,7	F(3,101)= ,362	0,781		F(3,102)= 0,226	0,878		F(3,102)= 6.725	0,00	16,5
<i>Māsas darba stāžs</i>	H(7)8,169	0,318		H(7)10,997	0,139		F(7,98)= 3,059	0,006	17	F(7,98)=1.180	0,321	
<i>Māsas darba vietas lokalizācija (atrašanās)</i>	F(3,105)= 2.986	0,035	8	H(3)2,390	0,496		H(3)4,292	0,232		H(3,1.501)	0,682	
<i>Veselības izglītības darbam atvēlētais laiks</i>	H(3)3,517	0,319		H(3)4,473	0,215		F(3,105)= 9,799	0,000	22,4	H(3,462)	0,927	
<i>Kolēģu neizpratne par māsas lomu</i>	H(3)=5,725	0,126		H(3)= 1,779	0,620		H(3)=3,824	0,281		H(3, 12.265)	0,007	44

Kolēģu ārstu neizpratne par māsas lomu veselības izglītības darbā

Tālāk analizējot apgrūtinājumus veselības izglītības darba veikšanai PVA māsas praksē, tika pieņemta nulles hipotēzi, ka kolēģu ārstu neizpratne par māsas lomu sabiedrības izglītošanā nav saistāma ar nepilnīgi izstrādātu veselības izglītības darba metodisko organizāciju jeb vadlīniju trūkumu. *Levene* tests parāda, ka grupu dispersija ir vienāda un analīzi var turpināt ($p=0,200$). *ANOVA* redzams, ka nulles hipotēze ir jānoraida un iegūtais rezultāts ir statistiski nozīmīgs ar 95% ticamību. Ir jāpieņem, ka kolēģu ārstu neizpratne par māsas lomu sabiedrības izglītošanā ir jāsaiesta ar skaidri noteiktu vadlīniju trūkumu veselības izglītības darba organizācijai PVA māsu praksē. Faktors ir būtisks un nosaka 44%. Analizējot datus, tika atrastas statistiski nozīmīgas atšķirības attieksmē, ko pauž māsas ar dažādu izglītības līmeni par apgalvojumu, ka kolēģi neizprot māsas kā sabiedrības izglītošanas lomu; $H(3,12.265)$, $p=0,007$. Pieņēmums, ka kolēģi ārsti pilnībā neizprot māsas lomu veselības izglītības darba vadīšanā, plašāk ir izplatīts starp māsām ar augstāko izglītību. Pētījumi (*Tetley 2007*) norāda, ka paternāls attiecību modelis apgrūtina sadarbību un liedz māasai īstenot potenciālu indivīdu izglītošanā (īpaši, ja māasai ir pienākums saskaņot katru darbību jeb “lūgt atļauju” rīcībai), tas traucē arī komandas darbā. Šādu situāciju rada arī ārstu bažas attiecībā uz atbildību, kas savukārt sakņojas novecojušajos priekšstatos par pacientu aprūpi un atbilstošu rekomendāciju trūkumā.

Kopsavilkums. Pēc izdalīto faktoru analīzes noskaidrojās, ka statistiski būtiskāk primārās veselības aprūpes māsas darbu noteicošos faktoros ietekmē mainīgais *māsas izglītība*. Mazāka ietekme ir mainīgajiem *māsas darba stāžs*, *māsas darba vietas loklizācija* un *veselības izglītības darbam atvēlētais laiks*. Savukārt F_2 statistiski nozīmīgi neietekmē neviens no dotajiem mainīgajiem.

Apkopojot iegūtos rezultātus, autore papildināja primārās veselības aprūpes māsas darbu veselības izglītībā ietekmējošo faktoru grafisku attēlu, tajā iekļaujot arī korelācijas starp faktoriem (sk. 8. attēlā).



8. attēls. Māsu darbību ietekmējošie faktori un to mijiedarbība (autores veidots)

8. attēlā redzami PVA māsas darbību veselības izglītībā ietekmējošie faktori ir dinamiskā mijiedarbībā. Papildus šos faktorus statistiski nozīmīgi ietekmē neatkarīgais mainīgais *māsas iegūtā izglītība*. Visciešākā korelācija ir starp neatkarīgo mainīgo *māsas iegūtā izglītība* un faktoriem *F_4 Veselības izglītības darba metodiskā organizācija* ($r=0,4$) un *F_1 Veselības izglītības nozīmes izpratne māsas praksē* ($r=0,3$). Jāpieņem, ka, jo augstāka izglītība ir māsai, jo lielāka nozīme viņas praksē ir jautājumiem par veselības izglītību.

Kopsavilkums

Māsu aptaujas mērķis bija:

1. Apstiprināt veselības kompetences veidojošo faktoru modeļa konstruktīvu validitāti. Māsu aptaujā iegūtais rezultāts apstiprina, ka komponenti – veselības izglītība, veselības uzvedība un vide – ir iekļaujami veselības kompetenci veidojošo faktoru modelī.
2. Iegūt atbildi uz promocijas darbā uzdoto jautājumu “Kādi faktori ietekmē un apgrūtina pieaugušo veselības izglītības darba organizāciju primārās veselības aprūpes māsas praksē”. Tika veikta māsu aptaujā iegūto datu analīze ar faktoru analīzes palīdzību un

izdalīti četri faktori: “veselības izglītības nozīme”, “māsu intersējošas veselības veicināšanas tēmas”, “sadarbība multidisciplinārā komandā”, “metodiskā organizācija”.

Katra pētāmā pazīme tika analizēta ar dispersiju analīzes palīdzību un atrasti statistiski nozīmīgākie, PVA māsu darbību veselības izglītībā ietekmējošie neatkarīgie mainīgie:

- Māsu iegūtā izglītība. Māsu iegūtā izglītība ietekmē viņu izpratni par sabiedrības veselības izglītības nozīmi un tās metodiskās organizācijas nepieciešamību māsu izglītībā un praksē. Tika atrastas atšķirības izpratnē par veselības izglītības nozīmi primārās veselības aprūpes māsas praksē starp māsām, kas ieguvušas vidējo speciālo izglītību un māsām ar maģistra grādu. Lielākajā daļā Eiropas valstu primārajā veselības aprūpē un sabiedrības veselībā strādājošajām māsām ir nepieciešama akadēmiskā izglītība.
- Māsu darbavietas lokalizācija. Otrs nozīmīgākais ietekmējošais komponents bija māsu darbavietas atrašanās pilsētā vai lauku apvidū, kas ietekmē izpratni par sabiedrības veselības izglītības nozīmi.
- Veselības aprūpē nostrādāto gadu skaits ietekmē sadarbības iespējas veselības izglītības darba organizācijā un vadībā.
- Atvēlētais laiks veselības izglītībai. Jo vairāk laika no 8 stundu darba dienas māsa atvēl veselības izglītības darbam, jo vairāk pieaug viņas sadarbības iespējas ar citām institūcijām veselības izglītības darba organizēšanā un vadīšanā.
- Kolēģu ārstu neizpratni par primārās veselības aprūpes māsas lomu veselības izglītības darba organizācijā ir radījis tas, ka trūkst vienotas stratēģijas un konkrētu normatīvajos aktos apstiprinātu rekomendāciju, kas diferencētu māsu un ārsta darbību sabiedrības izglītošanā.

7. PRAKTISKĀS REKOMENDĀCIJAS PVA MĀSU PRAKSĒM VESELĪBAS IZGLĪTĪBAS DARBA ORGANIZĒŠANAI UN VADĪŠANAI

Rekomendācijas veselības izglītības darba organizācijai un vadībai tika veidotas, lai konkretizētu primārās veselības aprūpes māsas darbības stratēģiju veselības izglītības darba organizācijā un vadībā un padarītu to pārskatāmu. Rekomendāciju veidošanu primārās veselības aprūpes māsas darbībai tika veikta vairākos posmos, un tie bija:

- teorētiskajos avotos apkopoto datu analīze;
- faktoru, kas ietekmē indivīda veselības kompetenci, noskaidrošana;
- praktiska rekomendāciju izveidošana, apkopojot teorētiskajā un empīriskajā pētījuma daļā iegūtos rezultātus.

Rekomendācijas sastrukturētas, izmantojot kvalitātes vadības principu “plāno – organizē – dari – pārbaudi”. Rekomendāciju saturā integrēti autores izdalītie faktori, kas ietekmē indivīda veselības kompetences veidošanos.

Paredzami rekomendāciju lietotāji:

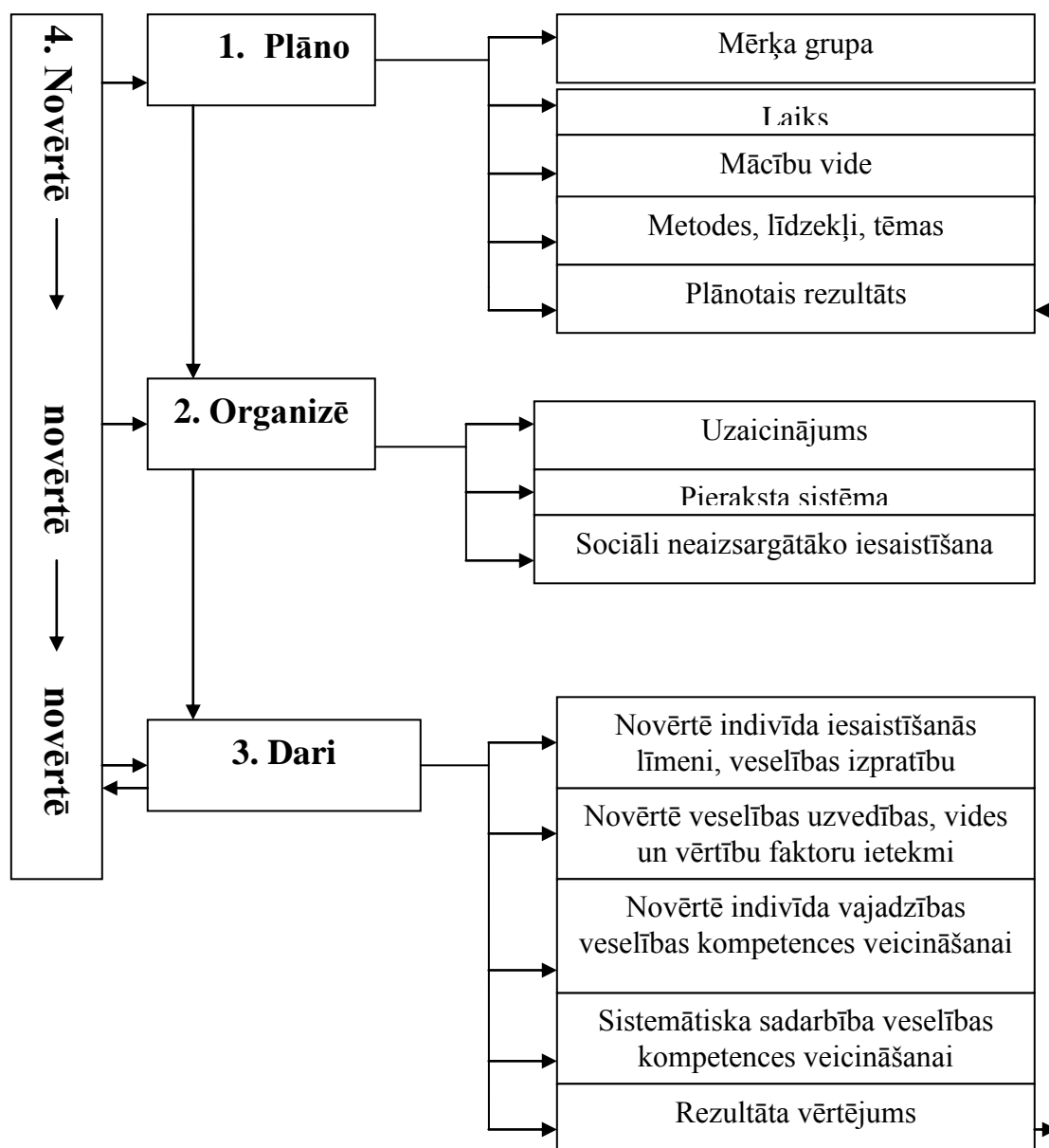
- Primārās veselības aprūpes komanda: māsas, ārsta palīgi.
- Māszinību studiju programmu studenti.

Ieguvumi, kādi var rasties, ievērojot piedāvātās rekomendācijas:

- Vienota pieeja veselības izglītības darba organizācijai un vadībai primārajā veselības aprūpē.
- Ir iespējama efektīvāka sadarbība un rīcības plānošana primārās veselības aprūpes komandas locekļu starpā veselības veicināšanas jautājumos.
- Rekomendācijas sniedz veselības izglītības darba organizācijas un vadības pārskatāmību.

Rekomendāciju mērķis: pierādījumos balstīta primārās veselības aprūpes māsas darbība indivīda izglītošanā un veselības kompetences veicināšanā.

Rekomendāciju, kā organizēt un vadīt veselības izglītības darbu primārās veselības aprūpes māsas praksē, četri posmi (9.attēls) un to apraksts (7.1tabulā):



9. attēls. Rekomendāciju algoritms veselības izglītības darba organizācijai un vadībai primārās veselības aprūpes māsas praksē (autores izveidots)

7.1. tabula. Rekomendācijas pieaugušo veselības izglītības darba vadībai un organizācijai primārās veselības aprūpes māsas praksē (autores veidotas)

Pozīcijas	Rekomendētā darbība
Mērķa grupa	<p><i>I. Plāno: indivīdi un grupas, kam nepieciešama veselības kompetences veicināšana</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tie var būt primārās veselības aprūpes praksē reģistrētie indivīdi vai indivīdu grupas. Grupa var būt gan ģimene, gan indivīdu kopums, kur novēro līdzīgus veselību ietekmējošos paradumus (mazkustīgs dzīvesveids, smēķēšana, neveselīgi ēšanas paradumi). Grupas lielums ieteicams no 8 līdz 10 cilvēkiem. 2. Jāakcentē sociālekonomiski apdraudēto un marginalizēto vai sociāli atstumto iedzīvotāju grupu izglītošana. Nepieciešamības gadījumā paredzēt vietējās pašvaldības sociālā dienesta iesaistīšanu (piemēram, vai ir pieejams transports, lai iedzīvotāji varētu nokļūt pie primārās veselības aprūpes speciālista). 3. Indivīdi un iedzīvotāji, par kuriem jau zināms, ka to veselību apdraud <i>ietekmējamie</i> riska faktori (risku faktoru klātbūtne fiksēta iepriekšējos apmeklējumos): <ul style="list-style-type: none"> • nesabalansēts uzturs (satur par daudz sāls, cukura un tauku); • nepietiekama fiziskā aktivitāte; • smēķēšana; • alkohola un apreibinošo vielu, tajā skaitā narkotisko, lietošana; • aroda riska faktori. 4. Vienu reizi gadā tiek iesaistīti visi pieaugušie iedzīvotāji, kas reģistrēti primārās veselības aprūpes praksē (māsas

darba vietā), kā to paredz LR VM noteikumi Nr. 1046.

II. Organizē: iesaista katru pieaugušo, kas reģistrēts primārās veselības aprūpes praksē

1. Uzaicina telefoniski vai e-pastā, vai ievietojot informāciju primārās aprūpes prakses mājas lapā. Atgādina.
2. Organizē sociāli neaizsargāto indivīdu iespējas nokļūt primārās veselības aprūpes praksē.

III. Dara: novērtē indivīdu vajadzības un veic izglītošanu

1. Komunikācijā ar indivīdu novērtē :
 - pārmaiņu posma stadiju, kurā atrodas indivīds. Novērtējums ļauj māšai tālāk izvēlēties komunikācijas taktiku;
 - indivīda paša iesaistīšanos informācijas ieguvē par veselīgu dzīvesveidu, informācijas deficītu par veselības veicināšanas tēmām, veselības tekstizpratību un indivīda izglītības līmeni;
 - indivīda riska uztveri, sociālo ietekmi, emocionālos kairinājumus (stress, bailes) un atbalsta gaidas;
 - indivīdam pieejamo atbalsta sistēmu (ģimene, darba vide, sociālo pakalpojumu pieejamība) un pieejamos materiālos resursus;
 - noskaidro turpmākās sadarbības formas un sazināšanās kanālus (vai ir iespējams izmantot saziņai, piemēram, e-resursus) un indivīdu interesējošās tēmas.
2. Izmantojot plānotos mācību līdzekļus un metodes, izglīto indivīdu vai grupu.

	<p>IV. Sagaidāmais rezultāts</p> <p>Indivīda un grupu <i>iesaistīšanās</i> primārās veselības aprūpes māsas organizētā veselības izglītības darbā.</p>
<p>Laiks</p>	<p>I. Plāno: <i>cik daudz laika var atvēlēt iedzīvotāju izglītošanai.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cik daudz laika katru darba dienu var atvēlēt iedzīvotāju izglītošanai kopā. • Cik daudz laika katru darba dienu var atvēlēt jau katra indivīda, indivīdu grupas, ģimenes izglītošanai. <p>II. Organizē: <i>Veido pieraksta sistēmu.</i></p> <p>Katram uzaicinātajam jāparedz noteikts vizītes ilgums vienā reizē (vidēji 20 minūtes), vizīšu skaits mēnesī vai gadā, lai nodrošinātu izglītošanas darbību loģisku secību un rezultāta pārraudzību vai atgriezeniskās saites veidošanu.</p> <p>Plānojot lekciju grupā, lekcijai paredzētais laiks var būt viena mācību stunda (45 minūtes), bet informatīvam semināram atvēl 60 minūtes. Semināra laiku sadala māsas minilekcijai līdz 10–15 minūtēm un grupas darbam.</p> <p>III. Dara: <i>veic veselības izglītībai paredzētā laika uzskaiti, to dokumentējot.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Katru darba dienu PVA māsa paredz veselības izglītības darbam 2 stundas (tas paredzēts arī LR MK noteikumu Nr. 1046 sadaļā “kvalitātes kritēriji”). • Izveidotajā pieraksta sistēmā laiku apmeklējumam sadala, katram paredzot 20 minūtes.

	<p>IV. Novērtē: sagaidāmais rezultāts.</p> <p>Saplānots veselības izglītībai atvēlamai laiks katrā primārās veselības aprūpes māsas darba dienā.</p>
<p>Mācību vide</p>	<p>I. Plāno: telpas, kur īstenot mācību procesu.</p> <p>Tā var būt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • telpa prakses vietā, kur notiks lekcija vai seminārs, paredzot iespēju ievērot konfidencialitāti, labvēlīgu fizisko vidi (siltums, pietiekams apgaismojums, telpas vēdināšanas iespējas); • telpa ārpus prakses vietas – indivīda mājoklī (piemēram, izglītojot jaunos vecākus zīdaiņa aprūpes jautājumos); • telpa ārpus prakses vietas, bet primārās veselības aprūpes māsas aprūpes teritorijā. Piemēram, indivīdu izglītošana par veselības veicināšanas jautājumiem interešu klubos, teritorijā esošās pašvaldības iestādēs, darba vietās, skolās; • telpa var būt arī virtuāla, izmantojot <i>Skype</i> programmu, virtuālos sociālos tīklus (<i>Draugiem.lv</i>, <i>facebook</i> u.c) un plānoto resursu “e-veselība”. <p>II. Organizē: telpu piemērošana mācību procesam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prakses vietā – no primārās veselības aprūpes ārsta pieņemšanas nodalīta telpa. Māsa organizē fiziskās vides atbilstību: nodrošinot siltumu, gaismu, vēdināšanas iespējas, klusumu, tīrību un konfidencialitāti. • Ārpus prakses telpām – organizē atbilstoši mācīšanās vajadzībām aprīkotu telpu, ievēro iepriekšminētos

	<p>nosacījumus, papildus izraugoties telpu atbilstoši cilvēku skaitam plānotajā mērķa grupā. Iesaista atbalsta personas, kas palīdzēs risināt tehniskos jautājumus.</p> <p>III. Dara: sagatavo telpas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prakses vietā māsa pati iekārto un sagatavo telpu atbilstoši mācību vajadzībām. • Ārpus prakses telpām – vada iesaistīto atbalsta personu darbību mācību vides sagatavošanā. <p>IV. Novērtē: sagaidāmais rezultāts.</p> <p>Sagatavota iespējami labāka mācību vide</p>
<p>Mācību metodes un forma</p>	<p>I. Plāno: kādas metodes izmantos.</p> <p>Plānojot izmantojamās mācību metodes un mācību organizēšanas formu, māsa ņem vērā:</p> <ul style="list-style-type: none"> • savas zināšanas didaktikā; • mērķa grupas lielumu; • izglītojamo indivīdu vecumposmu un metodes interaktivitāti; • indivīda fiziskās veselības ierobežojumus (piemēram, redzes, dzirdes traucējumi). <p>II. Organizē: mācīšanās ir problēmbalstīta.</p> <p>Mācību metodes izvēlas, lai varētu risināt reālas indivīda problēmas. Priekšroka tiek dota interaktīvajām mācību metodēm. Sagatavo sarunas plānu. Noskaidro, vai indivīds piekrīt māsas izraudzītajai mācību formai.</p> <p>III. Dara: mācību forma un pielietojamās metodes.</p>

	<p>Primārās veselības aprūpes māsa var izmantot:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dialogu; • diskusiju; • situāciju analīzi; • lomu spēles; • lekciju (parasti minilekcija); • informatīvu semināru. <p>Māsai jāņem vērā:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sarunā jāizvairās no profesionālā žargona, izmantojot indivīdam saprotamus vārdus un terminus; 2) ar jautājumiem pārbaudot atgriezenisko saiti, neizmanto slēgtā tipa jautājumus, uz kuriem var atbildēt ar jā/nē, vai – ir/nav; 3) beidzot sarunu, jautā: “Ko jūs vēlētos pajautāt par iepriekš runāto?” <p>IV. Novērtē: Sagaidāmais rezultāts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuāli pielāgotas, atbilstošas mācību metodes. • Indivīds ir piekritis metodes un mācību formas izvēlei.
<p>Mācību līdzekļi</p>	<p>I. Plāno: <i>pieejamo mācību līdzekļu apzināšana.</i></p> <p>Mācību līdzekļu izvēle ir saistīta ar materiālajām un tehniskajām iespējām, kādas ir katrā primārās veselības aprūpes praksē. Māsa kritiski izvērtē esošos resursus un izmanto pieejamos.</p> <p>II. Organizē:</p> <p>Izmantojot rakstveida materiālus (bukletus, vienas lapas instrukcijas), pārliecinās, vai to saturs atbilst indivīda izpratībai,</p>

vai indivīds māc:

- izlasīt un saprast veselības veicināšanas bukletus;
- izlasīt un saprast instrukciju, kā rīkoties ar diagnostikas testiem;
- izlasīt un saprast norādes indivīdam paredzētajās medikamentu (arī bezrecepšu, piemēram, vitamīnu un pārtikas piedevu) un kopšanas līdzekļu anotācijās;
- saprast veselības apdrošināšanas līgumos un piedāvājumu paketēs ietverto informāciju.

Ja māsa izmanto e-resursus, pārliecinās:

- vai indivīdam tie ir pieejami;
- ja ir pieejami, vai indivīds māc tos izmantot.

III. Dara: izmanto sagatavotos mācību līdzekļus.

Mācību līdzekļi var būt:

1. Bukleti, vienas lapas instrukcija, anotāciju lapas.
2. Interneta resursi, filmas, vizuālas lietošanas instrukcijas (zīmējumi), plakāti, dažādi piederumi, ko izmanto veselības uzturēšanai (piemēram, sporta inventārs).

Izmantojot jebkuru mācību līdzekli, kas satur rakstisku informāciju, pārliecinās, vai tajā nav indivīdam nesaprotamu terminu, svešvārdu un kāda ir indivīda izpratība.

IV. Novērtē: Sagaidāmais rezultāts

Mācību līdzekļi atbilst:

- indivīda vajadzībām, iespējām un veselības izpratībai;

	<ul style="list-style-type: none"> • primārās veselības aprūpes māsas pieejamajiem resursiem.
<p>Mācību tēmas</p>	<p><i>I. Plāno:</i> <i>atbilstoši izvēlēta mācību tēma.</i></p> <p>Mācību tēmas izvēli nosaka:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indivīda vajadzības; • indivīda iesaistīšanās informācijas iegūšanā; • indivīda veselības izpratība; • vecuma posms, kādā ir indivīds; • indivīda veselību apdraudošie ietekmējamie riska faktori; • indivīda izglītības līmenis. <p><i>II. Organizē:</i></p> <p>Palīdz indivīdam papildināt jau esošās un apgūt jaunas zināšanas un prasmes veselības saglabāšanā vai rosina un palīdz atrast veselību atbalstošas alternatīvas, it īpaši situācijās, ja indivīda veselības uzvedība ir riskanta.</p> <p><i>III. Dara:</i></p> <p>Pārrunā ar indivīdu viņu interesējošo tēmu, par prioritāti izvirzot indivīda izvēlēto tēmu. Māsa mācīšanās procesa laikā var piedāvāt radniecīgas tēmas, tā veicinot indivīda kritisko domāšanu.</p> <p><u>Piemērs:</u> sirds asinsvadu slimības kā pamattēma. Pievieno informāciju un diskusiju par sirds-asinsvadu slimību veicinošajiem riska faktoriem: pārmērīgu sāls daudzumu uzturā, smēķēšanu, stresa ietekmi un iepriekšminēto faktoru</p>

	<p>mazināšanas iespējas.</p> <p>Vienojoties ar individu, sakārto mācību tēmas prioritārā secībā arī nākošajām plānotajām tikšanās reizēm.</p> <p>IV. Novērtē: Sagaidāmais rezultāts</p> <p>Indivīdam vai grupai izvēlētās mācību tēmas atbilst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indivīda vecumposmam; • izglītības līmenim; • veselības izpratībai; • indivīda veselību apdraudošajiem ietekmējamajiem riska faktoriem.
<p>Rezultāta vērtējums un dokumentēšana</p>	<p>I. Plāno: Kvalitātes vadības principiem atbilstoša <i>māsas darbība</i>, organizējot un vadot pieaugušo veselības izglītības darbu, un pilnveidota <i>indivīda veselības kompetence</i> kā gala produkts.</p> <p>II. Dara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. veic novērtējumu (pēc katras nodarbības); sk. 7.2.tabulu; 2. rezultātu fiksē māsas dokumentācijā, atzīmējot: <ul style="list-style-type: none"> • pārmaiņu posmu (pēc Pročaskas), kurā atrodas indivīds, • iegūtos rezultātus, • rezultātu dinamiku, • papildus nepieciešamo profesionālo atbalstu (piemēram, ģimenes ārsta, dietologa, fizioterapeita, psihologa).

7.2.tabula. Veselības izglītības darba pašvērtējums (*Botello* 2005; autores adaptēts)

1. Kāda ir indivīda gatavība pārmaiņām

Nav ieinteresēts	Šaubās	Pilnīgi gatavs pārmaiņām
1	2	3

2. Kādi ir indivīda ieguvumi no pārmaiņām

Nav	Vidēji	Ieguvumi ir pārliecinoši
1	2	3

3. Cik efektīvs bija izveidotais veselības izglītības darba organizēšanas un vadības plāns?

Neefektīvs	Vidējs	Ļoti efektīvs
1	2	3

4. Vai Jums nepieciešams pilnveidot savas zināšanas un prasmes pieaugušo veselības izglītības darbam?

Nē, tās ir pilnīgi pietiekošas	Iespējams, ka jāpilnveido	Jā, tās ir noteikti jāpilnveido
1	2	3

8. GALVENIE SECINĀJUMI

Promocijas darbā tika izvirzīts mērķis: izpētīt faktorus, kas ietekmē veselības izglītības darba organizāciju un vadību primārās veselības aprūpes māsas praksē. Atbildot uz promocijas darbā izvirzītajiem jautājumiem, autore izsaka galvenos secinājumus:

Analizējot veselības izglītības nozīmi primārajā veselības aprūpē, tās vadības teorētiskās nostādnes un primārās veselības aprūpes māsas kā veselības izglītības vadītājas lomu primārajā veselības aprūpē, var secināt, ka **aktīvāk jāiesaista māsas indivīda un sabiedrības izglītošanā**. Lai gan primārā veselības aprūpe tiek veikta multidisciplinārā komandā, tomēr pasaulē veiktie pētījumi liecina, ka veselības izglītības darbs ir jāorganizē un jāvada tieši māsām.

Pieaugot to māsu skaitam, kuras ieguvušas augstāko izglītību, pasaules pieredze liecina, ka **māsas darbība** veselības veicināšanas (ieskaitot **iedzīvotāju izglītošanu**) un hroniski slimu pacientu aprūpes **vadībā, kvalitatīvi neatšķiras no ārstu zināšanām un prasmēm**, ir tikpat rezultatīva kā ārsta darbība, turklāt ir izmaksu ziņā efektīvāka.

Teorētiskās literatūras izpēte un datu analīze ļauj apgalvot, ka **tēze “ Māsām ir zināšanu potenciāls, kuru izmantojot var uzlabot pieaugušo veselības izglītības darba vadību primārajā veselības aprūpē.” ir pierādīta.**

Katra indivīda ikdienas dzīves izvēle kaut nedaudz aspektos, bet ir saistīta ar veselību. Veselības kompetences veidošanos ietekmē dažādi – gan iekšējie, gan ārējie – faktori, turklāt tā ir daudzu savstarpējā mijiedarbībā esošu faktoru daudzdimensionāls un multideterminēts process, kurš ir mainīgs līmeņos no zemāka uz augstāku.

Analizējot **veselības kompetences** definīcijas, izceļami **četri galvenie determinanti: vide, veselības izglītība, veselības uzvedība un vērtības**, kas savstarpēji mijiedarbojas un kopīgi ietekmē indivīda veselības kompetences veidošanos. Indivīda veselības kompetences veidošanās ir aprakstīta modelī. **Veselības kompetences modelis** ir konstrukcija, kas izgaismo tos faktorus, kas ietekmē (vai nu ļauj, vai darbojas kā šķēršļi) indivīda spēju pieņemt veselību atbalstošus lēmumus savā ikdienas dzīvē. Katrs no faktoriem vienlaicīgi var būt gan kompetenci veicinošs, gan apgrūtināošs.

Katrā modeļa komponentā ir izdalīti latentie mainīgie jeb faktori. Tos var sadalīt ārējos un iekšējos faktoros:

- Faktori, kurus jāuzskata par ārējiem, ir vides komponentā izdalītie: *Veselību atbalstoša darba vide; Pieejami sociālie pakalpojumi; Pieejamas IT*. Pie ārējiem faktoriem no indivīda pozīcijām ir jāpieskaita arī komponentā *vērtības* izdalītais faktors *sabiedrības vērtības*.
- Pie iekšējiem faktoriem savukārt pieder komponentā *veselības izglītība* izdalītie faktori: *Indivīda iesaistīšanās zināšanu ieguvē; Veselības izpratība; Tēmu aktualitāte dzīves posmā*. Ļoti nozīmīgi visos līmeņos veselības kompetenci ietekmē *veselības izpratība*. Ir pierādījies, ka cilvēkiem ar ierobežotu veselības izpratību ir mazāk zināšanu un prasmju sava veselības stāvokļa vadīšanai. Veselības izpratības pamatā ir indivīda prasme izlasīt un saprast ar viņa veselības aprūpes jautājumiem saistītu tekstu. Tas ļauj pieņemt, ka indivīda veselības kompetenci būtiski determinē izglītība, kura mūsdienu globalizācijas kontekstā ir svarīgākais sabiedrības pastāvēšanas un attīstības jeb ilgtspējas priekšnoteikums.
- Pie iekšējiem faktoriem pieskaitāmi ir arī komponentā *veselības uzvedība* izdalītie faktori: *Riska uztvere, Sociālā ietekme, Emocionālo kairinājumu uztvere, Atbalsta gaidas*.

Iepriekšminētie ārējie un iekšējie faktori uzskatāmi par galvenajiem noteicošajiem faktoriem, kas ietekmē veselības kompetences veidošanos. Šos faktoros papildus ietekmē arī sociāli ekonomiskie manifestējošie mainīgie, no kuriem statistiski nozīmīgākie ir *indivīda dzimums, izglītība un ienākumi*.

Modelis palīdz veidot izpratni par veselības kompetences veicināšanas virzieniem, kuriem jāpievēršas, veidojot pierādījumos balstītas rekomendācijas veselības izglītības darba organizācijai un vadībai primārās veselības aprūpes māsas praksē. Ekspertu intervijas rezultāti apliecina, ka izveidotais modelis ir uzskatāms kā teorētiski un praktiski nozīmīgs un to var izmantot turpmāk – lēmumu pieņemšanas procesā, veidojot rekomendācijas gan māsu tālākizglītībai, gan iekļaujot to māszinību studiju programmās.

Izvirzīto tēzi “*Indivīda veselības kompetences veidošanos ietekmē veselības izglītība, veselības uzvedība, vērtības un vide. Šajos komponentos ietilpstošie faktori uzskatāmi par*

galvenajiem veselības kompetenci noteicošajiem faktoriem, un tie atrodas savstarpējā mijiedarbībā” autore uzskata par pierādītu.

Analizējot situāciju pieaugušo iedzīvotāju veselības izglītības darba organizācijā Latvijā, noskaidrots, ka **māsas darbībību nosaka četri galvenie faktori: veselības izglītības nozīmes izpratne; māsu interesējošas veselības veicināšanas tēmas, sadarbība multidisciplinārā komandā un skaidras rekomendācijas veselības izglītības darba organizācijai un vadībai.** Papildus tos ietekmē arī šādi neatkarīgie mainīgie:

- Māsu iegūtā izglītība. Iegūtā izglītība ietekmē viņu izpratni par sabiedrības veselības izglītības nozīmi māsas praksē. Tika atrastas atšķirības izpratnē par veselības izglītības nozīmi primārās veselības aprūpes māsas praksē starp māsām, kas ieguvušas vidējo speciālo izglītību, un māsām ar maģistra grādu. Autore uzskata, ka primārajā veselības aprūpē strādājošajām māsām ir nepieciešama augstākā izglītība.
- Veselības izglītībai atvēlētais laiks darba dienā un pārējo multidisciplinārās komandas locekļu neizpratne par māsas uzdevumiem un lomu veselības izglītības darba organizācijā. Var secināt, ka situāciju ir radījis vienotas stratēģijas un konkrētu, pētījumos pamatotu un normatīvajos aktos apstiprinātu, rekomendāciju trūkums par tiem uzdevumiem, kas būtu jāveic primārās veselības aprūpes māasai un kāda ir māsa sabiedrības izglītošanā.

Izvirzīto tēzi “**Veselības izglītības darba vadību un organizāciju primārās veselības aprūpes māsas praksē ietekmē četri faktori: veselības izglītības nozīmes izpratne māsas praksē, māsu interesējošas veselības veicināšanas tēmas, multidisciplināra sadarbība veselības izglītības darbā un skaidras rekomendācijas veselības izglītības darba organizācijai un vadībai**” autore uzskata par pierādītu.

Apkopojot un analizējot veiktos pētījumus par citu valstu pieredzi primārajā veselības aprūpē, var secināt, ka **aktīvāku māsas zināšanu potenciāla izmantošanu veselības izglītības darba vadībai apgrūtina vairāki iemesli**, un kā galvenie tiek minēti: nepietiekams pētījumu skaits primārajā veselības aprūpē, kas savukārt ir radījis situāciju, ka trūkst *pierādījumos bāzētu vadlīniju* vai rekomendāciju. Pētījumu dati liecina, ka tādējādi var rasties nepilnības māsu izglītībai paredzētajos mācību materiālos. Tie var būt pretrunīgi, tādējādi veidojas situācija, ka

primārās veselības aprūpes māsām trūkst nepieciešamo zināšanu veselības izglītības darba vadības un organizācijas principos.

Analizējot Latvijas sabiedrības veselības stratēģijas, jāsecina, ka arī mūsu **valstī trūkst pierādījumos balstītu rekomendāciju**, kā primārajā veselības aprūpē organizēt un vadīt veselības izglītības darbu un kāda loma tajā ir paredzēta māsām. Tas ir nozīmīgākais šķērslis, kas traucē māsai pilnvērtīgi iesaistīties iedzīvotāju izglītošanā.

Pamatojoties teorētisko literatūras avotu analizē iegūtajos datos, precizētajā veselības kompetenci ietekmējošo faktoru modelī autore izveidoja **rekomendācijas veselības izglītības darba vadībai un organizācijai primārās veselības aprūpes māsas praksē**. Rekomendācijas ir veidotas kā algoritms, –konkrētas, pārskatāmas un izmantojamas primārās veselības aprūpes māsām ikdienas darbā, kā arī tās var izmantot Māszinību studiju programmās. Autore secina, ka rekomendācijas sniedz vienotu pieeju, pārskatāmību un efektīvāku rīcības plānošanu veselības izglītības darba organizācijai un vadībai primārajā veselības aprūpē. Tās palīdzēs precizēt māsas darbības mērķus un virzienus un sistematizēt uzdevumus.

Izvirzītā tēze “ *Pierādījumos balstītas rekomendācijas pieaugušo veselības izglītības darba organizēšanai un vadībai sistematizē un padara pārskatāmu primārās veselības aprūpes māsas darbību.*” ir uzskatāma par pierādītu.

NOBEIGUMS

Analizējot statistikas datus par sabiedrības veselību, jāsecina, ka mūsu valstī indivīdiem un sabiedrībai kopumā ir nepietiekama prasme pieņemt veselībai labvēlīgus lēmumus savā ikdienas dzīvē jeb nepietiekama veselības kompetence. Viens no iemesliem ir aktualizēts “Latvijas nacionālās attīstības plānā 2007–2013” – veselības izglītība nav pietiekami efektīva. Pieaugušo veselības izglītības process tiek organizēts un vadīts primārās veselības aprūpes līmenī. Bet konkrētu rekomendāciju, kā to organizēt un vadīt, nebija. Tāpēc autore kā sava promocijas darba mērķi noteica noskaidrot gan tos faktorus, kas ietekmē pieaugušo veselības izglītības darba organizēšanu un vadību primārās veselības aprūpes māsas praksē, gan tos faktorus, kas ietekmē indivīda veselības kompetences veidošanos, un paredzēja izveidot rekomendācijas. Promocijas darba mērķi autore ir sasniegusi. Pamatojoties zinātniskās literatūras analizē iegūtajos datos un veicot iedzīvotāju aptauju, ir noskaidroti galvenie veselības kompetenci ietekmējošie faktori. Veicot aptauju, ir noskaidroti faktori, kas ietekmē veselības izglītības darba vadību un organizāciju primārās veselības aprūpes māsas praksē. Iegūtos rezultātus autore izmantoja, lai sagatavotu rekomendācijas māsām, kas strādā primārajā veselības aprūpē, kā organizēt un vadīt pieaugušo veselības izglītības darbu. Autore uzskata, ka pētījuma rezultāti veicinās pierādījumos balstītas māsas prakses (*evidence-based practice*) attīstību primārajā veselības aprūpē.

Autore uzskata, ka veselības izglītībā ir jāaktivizē starpnozaru un multidisciplināra sadarbība, sākot ar bērnu un pusaudžu un turpinot ar pieaugušo indivīdu veselības kompetences veicināšanu un sekmējot tādas politikas īstenošanu, kas valstī ļautu iedzīvotājiem pieņemt principu *vesels cilvēks veselā sabiedrībā*.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. 52008DC0689. EK(2008). Komisijas paziņojums Eiropas Parlamentam, PADOMEI, Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejai un Reģionu Komitejai par telemedicīnu, pacientu, veselības aprūpes sistēmu un sabiedrības labā /* COM/2008/0689 galīgā redakcija */ Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0689:FIN:LV:HTML> (skatīts 30.11.2010)
2. EU EK., MIGRAPOL.,EUROPEAN MIGRATION NETWORK., DOC. 106.(2006). Managed Migration and the Labour Market – The Health Sector Synthesis Report: Small-Scale Study II. FINAL Version. Pieejams: <http://www.temaasyl.se/Documents/EU-dokument/EMN/Small%20Scale%20Study%20The%20Health%20Sector.pdf> (skatīts 18.04.2009)
3. KEY COMPETENCES FOR LIFELONG LEARNING. (2007). European Reference Framework. European Framework for key Competences.-Luxembourg: European Communities. Pieejams: http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/publ/pdf/l-learning/keycomp_en.pdf (10.04.2009)
4. LR Izglītības likums. -Rīgā 1998.gada 17.novembrī. Pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=50759> (skatīts 10.08.2010)
5. LR Likums. Ārstniecības likums.(12.06.1997). Pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=44108> (skatīts 04.01.2007)
6. LR Ministru kabineta noteikumi Nr.268. Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu.-Rīgā 2009.gada 24.martā (prot. Nr.21 61.§). pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=190610&from=off> (skatīts 11.02.2010)
7. LR Ministru kabineta noteikumi Nr.1049. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība.-Rīgā 19.12.2006. (prot. Nr.68 60.§). Pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766&from=off> (skatīts 11.01.2010)
8. LR Ministru kabineta rīkojums Nr. 504.Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011-2017 gadam.(2011).- Rīgā 05.10.2011. Pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=237269> (skatīts 03.02.2012)
9. Scrinig and prevention of disease. 16 th edition Harrison`s Principles of Internal Medicine. -McGraw-Hill, medical Publishy Division. (2005). p. 2607, (26 – 32 p).
10. Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) (2004). The “Short List” Network of Competent Authorities on Health Information.- Luxembourg. Pieejams:

- http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rd09_en.pdf (skatīts 12.05.2008).
11. Veselības aprūpes resursi 2008 gadā.(2008) LR VM VEC. Pieejams:
<http://vec.gov.lv/uploads/files/4d00e7055054d.pdf> (skatīts 09.04.2010)
 12. Alkohola lietošanas ietekme uz nelaiemes gadījumiem darba vidēs un ceļu satiksmes negadījumiem, LR VM, SVA, Rīga 2008, 86 lpp www.sva.gov.lv
 13. [Aarva, P.\(1999\). Health values, media publicity and citizens. Pieejams:
<http://www.uta.fi/laitokset/tsph/health/society/societal.html>, \(skatīts 30.05.2010\)](#)
 14. Abel, T., Fuhr, D., Bisseger, C.C., Ackermann, R.S & THE EUROPEAN KIDSCREEN GROUP.(2011). Money is not enough: Exploring the impact of social and cultural resources on youth health // *Scandinavian Journal of Public Health. Vol. 39, No.6, p57–61*. Pieejams:http://datubazes.lanet.lv:2641/content/39/6_suppl/57.full.pdf+html (skatīts 01.03.2008)
 15. Daines,J.(2006). *Adult Learning, Adult Teaching (4th ed.)*.- UK Cardiff. Adult Education Quarterly: Patricia Thompson Press, 214p.
 16. [Aiken,L. Outcomes of Nursing Care: An International Perspective. Pieejams:
\[http://www.icn.ch/geneva/Aiken_presentation.htm\]\(http://www.icn.ch/geneva/Aiken_presentation.htm\) \(skatīts 01.12.2008\)](#)
 17. Albrehta, D. (2001). *Didaktika*.- Rīga: RaKa, 168 lpp.
 18. Allen,M.,Perttu,S.(2010).*Sociālās un veselības aprūpes pasniedzēji pret cardarbību..Rokasgrāmata*.-Helsinki Universitāte: Tālākizglītības centrs Palmenia.42.lpp
 19. ANA’s Principles of Environmental Health for Nursing Practice with Implementation Strategies (2007). American nurses Assosiation 1h eddition. Pieejams:
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Nurse/ANAsPrinciplesofEnvironmentalHealthforNursingPractice.pdf> (skatīts 12.05.2011)
 20. Arhipova. I, Bāliņa. S.(2006). *Statistika ekonomikā un biznesā*.-Rīga: Datorzinību centrs, 359lpp.
 21. Aroraa N.K, Johnsonb P, Gustafson D.H., McTavishb F.,Hawkins R.P, Pingree S. (2002). Barriers to information public, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: test of a mediation a breast cancer sample// *Patient Education and Counseling. Vol. 47, No.1, p. 37–46*. Pieejams:
www.linkinohub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399101001707,(skatīts 03.05.09)
 22. Art, B., Deroo. L, De Maeseneer, J.(2007). *Towards Unity for Health Utilising Community Oriented Primary Care in Education and Practice//Education for Health. Vol.20,No.2*. Pieejams:

- http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article_print_74.pdf (skatīts 08.04.2008)
23. Bakieva, G.A.(2007). Social memory and contemporaneity.- Washington, 163 lpp.
 24. Baltiņš, M.(2003). Lietišķā epidemioloģija.- Rīga: Zinātne, 354 lpp.
 25. Bandura, A. (2002). Social Cognitive Theory in Cultural Context.//Applied Psychology: An International Reviv. Vol.51,No.2, p 69-290. Pieejams:
<http://www.defenseculture.org/researchfile/Bandura%20%282002%29.pdf> (skatīts 12.05.2009)
 26. Bandura, A.(2004). Health Promotion by Social Cognitive Means.//*Health Education & Behavior*, Vol. 31 No.2, p. 143-164. Pieejams:
<http://www.cs.rochester.edu/u/kautz/Courses/290Bspring2008/Games/143.pdf> (skatīts 16.11.2007)
 27. Barets, R.(2008) Vērtīborientētas organizācijas izveide.-Rīga: Biedrība ‘‘Domas spēks’’, 2008, 227 lpp.
 28. Barr,R., Tagg,J.(1995). From teaching to learning: A new paradigm for undergraduate education.// *Change*,Vol.6, No.6, p 12-25. Pieejams: <http://ilte.ius.edu/pdf/BarrTagg.pdf> (skatīts 09.09.2009)
 29. Bastoble,S. B., Braungart, M., Braungart, G.(2007). Nurse as Educator. Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice.-USA: Jones and Bartlett, 667 lpp.
 30. De Barr, K. A.(2004) A review of current health education theories // *California Journal of health promotion*. Vol 2,No.1, p.74 – 84.
 31. Bartholomew,L.K., Parcel,G.,S.,Kok,G. Intervention Mapping:AProcess for Developing Theory-and Evidence Based Health Education Programs.//*Health Educations&Behavior*. Vol.25, No.5 p.545-563. Pieejams:
<http://heb.sagepub.com/content/25/5/545.full.pdf+html> (skatīts 26.11.07)
 32. Bennet, S. L., Gilson, A., M. (2005).Health, Economic Development Understanding to Action,- Taylor&Francais, 304 lpp.
 33. Bellemy,R.(2004). An Introduction to patient education: Theory and practice// *Medical Teacher*. Vol.26,No.4, p359-365. Pieejams:
<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/01421590410001679398> (skatīts 1.10.2009)
 34. Bernard, L.,C., Krupot., E. (1994). Health psihology. Harcourt Brace College Publishers. Biopsychological factors in health and illness.-USA: Harcourt Brace College publishers, p.773.

35. Bringsén, Å., Andersson, H. ,I. , Ejlertsson, G. Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). // *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol.37. No.13, p 13-19. Pieejams: <http://sjp.sagepub.com/content/37/1/13.full.pdf> (skatīts 11.12.2009)
36. Bonsall, K., Cheater F.M. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review // *International Journal of Nursing Studies*. Vol.45 No.7, p.1090-1102.
37. Bullard, R., D., Mohai, P. Saha, D.,R., Wright, B.(2007).Toxic Wastes and Race at Twenty 1987—2007 . Pieejams: <http://www.ucc.org/justice/pdfs/toxic20.pdf> (skatīts 04.12. 2008).
38. Bush, T.(2006).Theories of Educational leadership and Management, 3rd edition.- SAGE Publications, p.209.
39. Cabañero-Verzosa C, Elmendorf B E. (2005).Change Communication for Better Health Outcomes in Africa. Experience and Lessons. Learned from World Bank- Financed Health, Nutrition and Population Projects. Human Development Sector.- Africa Region and The World Bank Publication. Pieejams: http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/wp92_behavior_change.pdf (skatīt 02.12.2007)
40. Cabanero–Verzosa, C. (1996).Communication for behavior change. The world Bank
41. Caraher, M.(2008). Food and health promotion: Lessons from the field // *Health Education Journal*. Vol. 67, No.1, p 3-8. Pieejams: http://hej.sagepub.com/content/67/1/3.full.pdf+html?ikey=1fe9e71f5980bbd2f846fd1b6dbfd5fbb60bb3b&keytype2=tf_ipsecsha (skatīts 27.06.2010)
42. Calle, E. E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. // *New England Journal of Medicine*. Vol.348, p. 1625–1638. Pieejams: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa021423> (skatīts 30.05.2010)
43. Catts ,R., Lau, J. (2008). Towards Information Literacy Indicators Conceptual framework: paper prepared by UNESCO.- Paris. Pieejams: http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/wp08_InfoLit_en.pdf (skatīts 01.06.2009).
44. Cutilli,C.,C.(2005). Health Literacy: What You Need to Know // *Orthopaedic Nursing Pitman*. Vol. 24, No. 3, p.227-231. Pieejams: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=56&did=1280010311&SrchMode=1&si=5&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=125003204&clientI=70894> (skatīts 31.10.2009).

45. Chang, Gwang-Chol. (2008) Strategic Planning in Education: Some Concepts and Methods. Working document .-UNESCO, International Institute for Educational Planning. Pieejams:
http://www.iiep.unesco.org/fileadmin/user_upload/Research_Challenges_and_Trends/pdf/symposium/ChangGwangChol.pdf
46. Chang, M., Kelly, A.,E.(2007). Patient Education: Addressing Cultural Diversity and Health Literacy Issues// Medscape General Medicine. Urologic nursing. Vol 27. No.5, p.411-418. Pieejams: www.medscape.com/viewarticle/564667 (12.08, 2009)
47. Cheng An-Shou, Fleischmann, K.,R.(2010). Developing a meta-inventory of human values; //Proceedings of the American Society for Information Science and Technology; Vol.47, No.1, p.1-10. Pieejams:
http://www.asis.org/asist2010/proceedings/proceedings/ASIST_AM10/submissions/232_Final_Submission.pdf (skatīts 11.10.2011)
48. Cipriano, P.,F.(2011). The Future of Nursing and Health IT: The Quality Elixir// Nursing Economic\$. Vol.29, No.5, p.286-291. Pieejams:
http://www.nursingeconomics.net/necfiles/news/SO_11_Cipriano. (skatīts 02.02.2012).
49. Clark, M.,J. (1999). Nursing in the community.- Stamford, Conneticut: Appleton & Lange, p.1103.
50. Crawford, M., A, Harrington, M., Russell, T., V, Franklin, F., A., Lorish, C., D, Turner, T., J., Baumann, B., K. (2005) Practice Extenders and PDA-Based Counseling for Smoking and Unhealthy Diet // *Annals of Family Medicine*. Vol.3, No.2, p41-43. Pieejams: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466962/> (skatīts 28.02.2010).
51. De Vaus D. (2002). Analyzing social science data.- SAGE Publishers, 400 lpp
52. Loewenberg Ball, D., Forzani ,F., M. (2007). Wallace Foundation Distinguished Lecture What Makes Education Research „Educational „//*Educational Researcher*. Vol. 36, No.9, p 529-540. Pieejams: http://www-personal.umich.edu/~dball/articles/ball-forzani_ER2007.pdf (skatīts 13.04.09).
53. Definition and Selection of Competencies (DeSeCo). (2002). OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) programme on education indicators (INES) 1998-2002. Pieejams:
<http://mt.educarchile.cl/MT/jjbrunner/archives/libros/Competencias/Estrategia.pdf> (skatīts 03.02.2008)
54. Drieskens, S., Van Oyen, H., Demarest, S., Van der Heyden, J., GisleL,Tafforeau, J. (2010). Multiple risk behaviour: increasing socio-economic gap over time?// *European Journal of Public Health*. Vol.20, No. 6, p. 634-639.

55. Goepel, E.(2007). Development of Healthy Cities networks in Europe Community Health Promotion: Creating the necessary conditions for health through community empowerment and participation. // *Promotion&Education. Vol.14, No.2, p.103-105*. Pieejams: http://www.iuhpe.org/upload/File/PE_2_07a.pdf (skatīts 08.11.2010)
56. Greenberg, E.,C., Paulsen, S., White,Y., JinThe, Kutner, M. (2006). Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. P.37. Pieejams: http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/29/e0/00.pdf (skatīts 11.04.2008)
57. Earp ,A., Ennet, S.,T.(1991). Conceptual models for health education research and practice// *Health Education Research. Vol.6, No.2 p. 163-171*. Pieejams: www.her.oxfordjournals.org/cgi/content/short/6/2/163 (skatīts 02.11.2008).
58. Fifth International Conference on Adult Education. Final report.(1997).-Hamburg, UNESCO. p.198. Pieejams: <http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/finrepeng.pdf> (skatīts 16.08.2009)
59. Emmons, K., Barbeau, E., Gutheil, C., Stryker, J. E., Stoddard, A. (2007). Social Influences, Social Context, and Health Behaviors Among Working-Class, Multi-Ethnic Adults// *Health Education & Behavior. Vol. 34, No.2, p.315-334*.
60. Eraut , M.(2006). Learning contexts.// *Learning in Health and Social Care. Vol.5, No. 1, p.1-8*
61. European Health Forum Badgastein. (2005). Partnerships for Health Enabling healthy choices in modern health societies. Pieejams: www.ilonakickbusch.com/health-literacy/Gastein_2005.pdf (skatīts 11.12.2007)
62. EUROPREV (2005). Healthy Diet. Promoting a healthy diet through counselling in primary care.- SEMFYC: Barcelona. Pieejams: <http://www.europrev.org/meetings/healthy-diet.pdf> (skatīts 11.09.2011)
63. Models of primary care nursing: an evaluation. Evolving models of Primary Health Care nursing practice.(2006).- The University of Auckland:NewZealand. Pieejams: http://hpm.org/en/Surveys/The_University_of_Auckland_-_New_Zealand/11/Models_of_primary_care_nursing_an_evaluation.html (skatīts 26.04.2009)
64. Ewald, F. Two infinities of risk. (1993). *The Politics of Everyday Fear*. Massumi B (Ed.).-Minneapolis, University of Minnesota Press. p. 221-228.
65. Fairman, J., A., Rowe, J., W., Hassmiller, S., Shalala ,D., E. (2011) .Broadening the Scope of Nursing Practice. // *New England Journal of Medicine; Vol.,364,p.193-*

196. Pieejams: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1012121> (skatīts 03.-2.2012)
66. Fenwick, T. J. (2001). Expanding conceptions of experiential learning: A review of the five contemporary perspectives in cognition// *Adult Education Quarterly*. Vol.50, No.4, p.243-272. Pieejams: <http://www.ualberta.ca/~tfenwick/ext/pubs/print/ERIC-new2.htm> (skatīts 12.04.2010)
67. Fenwick, T., J. (2000). Experiential Learning in Adult Education: A Comparative Framework. Pieejams: <http://www.ualberta.ca/~tfenwick/ext/pubs/print/aeq.htm> (skatīts 23.10.07)
68. Fitzpatrick, J., Wallace, J. M. (2008). Doctor of Nursing Practice and Clinical Nurse Leader; Essentials of program development and Implementation for Clinical Practice.- Springer Publish Company . p. 302.
69. Forands, I. (2010). Biznesa vadības tehnoloģijas.- Rīga: Latvijas izglītības fonds. 304 lpp.
70. Forands I. (2007). Palīgs personāla speciālistam;- Rīga: Latvijas izglītības fonds. 251 lpp.
71. Galobardes, B., Lynch, J., W., Davey Smith, G. (2004). Childhood Socioeconomic Circumstances and Cause-specific Mortality in Adulthood: Systematic Review and Interpretation.// *Epidemiologic Reviews*. Vol.26, p.7-21. Pieejams: <http://epirev.oxfordjournals.org/content/26/1/7.full.pdf> (skatīts 12.04.2010).
72. Gay, L., R. (1996). Educational Research: Competencies for Analysis and Application.- New Jersey: Prentice Hall,. P. 662.
73. Gazmararian, J., A., Baker, D., W., Williams, M., V., Parker, R., M., Scott, T., L., Green, D., C; Fehrenbach, N., Ren, J., Koplan, J., P. (1999). Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization// *JAMA*. Vol.28, No.6, p.545-551. Pieejams: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=188764> (skatīts 11.10.2010)
74. Geidžs, N., L., Berliners, D., C. (1998). Pedagoģiskā psiholoģija.- Rīga: Zvaigzne ABC. 662 lpp.
75. Geske, A., Grīnfelds, A. (2006). Izglītības pētniecība – Rīga: LU Akadēmiskais apgāds. 261 lpp.
76. Gilbert, G., G., Sawyer, R., G., McNeill, E., B. (2011) *Health education: Creating strategies for school and community health* (3rd ed.). -Sudbury, MA: Jones and Bartlett. p.431.
77. Gillespie, P., G., McFetridge, B. (2006). Nurse education – the role of the nurse teacher// *Journal of Clinical Nursing*. Vol.15, No. 5, P. 639-644. Pieejams:

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01344.x/full> (skatīts 27.04.2009)
78. Glanz, K., Lewis F. ,M., Rimer, B., K. (1990).Health behavior and health education.- San Francisko: Jossey- Bass Publishers. p.480 .
79. Global status report on noncommunicable diseases (2010). WHO. Pieejams: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/index.html (skatīts 09.09.2011)
80. Golubeva, A., Puškarevs, I.(2008). Veselības veicināšana skolā.-Rīga: LU Akadēmiskais apgāds. 63 lpp.
81. Goulmens, D. (2001).Tava emocionālā inteliģence.-Rīga: Jumava. 461 lpp.
82. Graham, H., Power., C. (2004). Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework// Child: Care, Health and Development. Vol.30,No.6, p. 671–678. Pieejams: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2004.00457.x/full> (skatīts 20.07.2009)
83. Graham, A . (1982) Public and Private Management; Are They Fundamentaly Alike in all Uninportant Respects? .-Frederic S.Lane (ed). Current Issues in Public Administration :NewYork; St Martin^s Press. P.17
84. Grant, S.(2003) Information Literacy and Consumer Health, White Paper for use at the Information Literacy Meeting of Experts, Prague, The Czech Republic. Pieejams: www.nclis.gov/libinter/infolitconf&meet/papers/grant-fullpaper.pdf (skatīts 02.03.2007)
85. Green, L.,W., Kreuter, M.,W.(1999) Health promotion planning: an educational and ecological approach.- California: Mayfield Publishing. P. 611.
86. Haber J.(2005).Nursing research:Methods and Critical appraisal for evidence based practice: mosby, 624 p.
87. Hanna, D.,L. (2000).The primary care nurse practitioner. Advanced nursing practice: An integrative approach.-Philadelphia: In Hamric AB,Spross, IA,Hanson CM,editors. PA: WB.Sander. p.407-424.
88. Hohn, M.,D. Empowerment Health Education in Adult Literacy: A Guide for Public Health and Adult Literacy Practitioners, Policy Makers and Funders. (1998).Literacy Leaders Fellowship Program Reports, Vol. 3, No. 4, Part 1. Pieejams: <http://www.nifl.gov/nifl/fellowship/reports/hohn/HOHN.HTM#low> (skatīts 11.01.2008).
89. Hawks, S.,R, Smith, T.,S,. Thomas, H.,G, Christley, H.,S., Meinzer, N., Pyne ,A .(2008). The forgotten dimensions in health education research//*Health Education Research*. Vol.23. No.2.p.319-324. Pieejams: <http://her.oxfordjournals.org/content/23/2/319.full> (skatīts 31.08.2009).
90. Häyry, M. (2006). Public health and human values// *Journal of Medical Ethics*. Vol.32, No.9, p 519-521. Pieejams: jme.bmj.com/content/32/9/519.full (skatīts 12.09.2010).

91. Health Impacts of Education: a review. (2008).Institute of Public Health in Ireland. Pieejams: <http://www.publichealth.ie/files/file/Health%20Impacts%20of%20Education.pdf> (skatīts 06.05.2010).
92. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. A foundation document to guide capacity development of health educators. (2012).WHO.- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo. P.82. Pieejams: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf (skatīts 11.06.2012).
93. THE HAMBURG DECLARATION. THE AGENDA FOR THE FUTURE. (1997). Health promotion and health education for adults. A series of 29 booklets documenting workshop sheld at the Fifth International Conference on Adult Education, Hamburg, 1997. Pieejams: <http://www.education.unesco.org/uie> (skatīts 11.11.2007).
94. Health Systems and Their Evidence Based Development (2004).- Belgrade: Editors: Bjegović V., Donev, D.-. P.576.Pieejams:http://www.snz.unizg.hr/ph-see/Documents/Publications/PH-SEE_Book1_Full_HealthSystemsAndTheirEvidenceBasedDevelopment.pdf (skatīts 12.02.10).
95. Hilson, M. (2004). Advocacy for a new global health development paradigm: building alliancesfor global public health. Integrating health promotion and prevention in health systems: Proceedings from the 2nd International conference on local and regional health programmes. Quebec, Canada//*Global Health Promotions*.Vol.12, No.3, p.65-67. Pieejams: http://ped.sagepub.com/content/12/3_suppl/65.full.pdf+html (skatīts 30.02.2008).
96. Hoge, D.,R., Bender, I. (1974). Factors influencing value change among college graduates in adult life.//*Journal of Peronality and Social Psychology*.Vol 29,No. 4 p. 672-585.
97. Hogg, W., Rowan, M., Russell, G., Geneau, R., Muldoon, L. (2008). Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain// *International Journal for Quality in Health Care* . Vol. 20, No. 5, p. 308–313. Pieejams: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/20/5/308.full> (skatīts 21.03.2010).
98. Honey, P.,Mumford ,A.(2006).The Learning Styles Helpers guide.-Peter Honey Publications Limited. P.9. Pieejams: http://peterhoney.com/documents/Learning-Styles-Helpers-Guide_QuickPeek.pdf (skatīts 15.07.2008).
99. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health> (skatīts 21.01.2008).
100. Huxley, R.,Woodwart, M .(2011). Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Pieejams:

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960346-8/fulltext> (skatīts 08.09.2011).

101. Improving Primary Health Care for All Australians (2011).- Australian Government: National Health reform. Pieejams:
[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourHealth/publishing.nsf/Content/improving-primary-health-care-for-all-australians-toc/\\$FILE/Improving%20Primary%20Health%20Care%20for%20all%20Australians.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourHealth/publishing.nsf/Content/improving-primary-health-care-for-all-australians-toc/$FILE/Improving%20Primary%20Health%20Care%20for%20all%20Australians.pdf) (skatīts 12.11.2011).
102. Guidelines on the Nurse Entrepreneur Providing Nursing Service .(2004).- International Council of Nurses: Geneva, Switzerland. p.20. Pieejams:
http://www.icn.ch/matters_trade.htm (skatīts 09.11.2008)
103. Jackson, R., J., Kochtitzky, C. (2001). Creating A Healthy Environment: The Impact of the Built Environment on Public Health, -Sprawl Watch Clearinghouse: Monograph Series. P.20. Pieejams:
<http://www.cabq.gov/airquality/pdf/creatingahealthyenvironment.pdf> (skatīts 14.02.2009).
104. Jackson C, Bell L, Zabalegui A, Palese A, Sigurðardóttir Á K, Owen S.(2009). A review of nurse educator career pathways; a European perspective // *Journal of Research in Nursing*. Vol. 14, No.2, p.111-122. Pieejams:
<http://jrn.sagepub.com/content/14/2/111.full.pdf+html> (skatīts 28.12.2009).
105. Jarvis, P. (1986). Nurse education and adult education: a question of the person. // *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 11, No.4 p.465-469. Pieejams:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1986.tb01274.x/abstract> (skatīts 11.10.2007).
106. Henderson, V.(2006). The concept of nursing// *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 53, No.1, p.21–34.
107. Jarvis, P.(2004). Adult Education and Lifelong Learning. Theory and Practice. 3.edition,- London, New York, p.392
108. Jurgutis, A., Vainiomaki, P.(2011). Operational system of evidence based and widely recognised quality indicators for primary health care performance.-Baltic Sea Region programme 2007-2013; Klaipeda University; ImPrim. P.50
109. Kalniņa, I.(1999). Rokasgrāmata sabiedrības veselības māsām.- Rīga: MPIC. 141 lpp.
110. Kardiovaskulāro slimību profilakses vadlīnijas.(2007).Autoru kolektīvs.-Rīga. 17 lpp
111. Keregero, K.(1989) Facilitating learning for adults through participation: Some observations from Tanzania. In S. Weil & I. McGill (Eds.). Making sense of experiential

- learning: Diversity in theory and practice. –Buckingham, UK: Open University Press: p. 193-205.
112. Kerka, S.(2004) Teaching adults: Is it different? Myths and realities (Report No. 21).Columbus, OH: ERIC Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational Education. Pieejams: <http://www.calpro-online.org/eric/docgen.asp?tbl=mr&ID=111> (skatīts 17.09.2008).
113. Kickbusch, I.,S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide // *Health Promotion International*. Vol.16, Nr. 3, p.289-297. Pieejams: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/3/289.long> (skatīts 25.07.08)
114. Kickbush, I., Silberschmidt,G., Buss P.(2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health// *Bull. of the WHO*. Vol 85, No.3, p.230-232. Pieejams: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636243/> (skatīts 29.03.2008).
115. Kilpatrick ,S., Le Q, Johns, S., Millar,P., Routley, G. (2007). Responding to Health Skills Shortages: Innovative Directions from Vocational Education and Training. Support Document.-University of Tasmania. Pieejams: <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Prosjekter/Making%20it%20Work/Sue%20Kilpatrick%20-%20Innovative%20Solutions%20to%20Skill%20Shortages%20in%20Health.pdf> (skatīts 15.07.2008).
116. Knowles, M S (1984). *Andragogy in Action: Applying Modern Principles of Adult Learning*.- San Francisco: Jossey-Bass. P.444. Reviewd by: Tom Carney// *Canadian Journal of communication*. Vol.12, No.1, p.77-80. Pieejams: <http://www.cjc-online.ca/index.php/journal/article/viewFile/376/282> (skatīts 02.02.2008).
117. Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008.-2013. gadam (2008/2115(INI)). Pieejams: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2008-0350&language=LV&mode=XML> (skatīts 11.10.2009).
118. Koroļeva, I., Rungule, R., Kārklīņa, I., Sniķere,S., Aleksandrovs, A. (2008).Pētījums par alkohola lietošanu saistībā ar traumatismu un vardarbību.-Rīga: SIA *Socioloģisko pētījumu institūts*. 56.lpp. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4d00de509dd56.pdf> (skatīts 15.02.2011).
119. Krist, A., H., Woolf, S., H., Rothemich, S., F., Johnson, R., E., Wilson, D., B. (2005). It Takes a Partnership: The Value of Collaboration in Developing and Promoting a Web Site for Primary Care Patients.// *Annals of Family Medicine* . Vol 3, No.2, p.47-49
120. Kwa, S.,K.(2007). How do adults learn? // *Malaysian Family Physician*. Vol.2,No.1, p.25-26.

- <http://ejournal.afpm.org.my/2007v2n1/pdf/How%20do%20adults%20learn.pdf> (skatīts 08.04.2009).
121. Lasmanis ,A.,Kangro, I.(2004). Faktoru analīze.-Rīga: SIA Izglītības soļi. 53 lpp
122. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu monitorings 1998 – 2002.(2004).- Rīga: LR LM Veselības Veicināšanas Centrs. 37 lpp.
123. Pudule,I., Villeruša, A., Grīnberga, D., Velika, B., Tilgale, N.,
124. Dzērve,V., Zīle,S., Konttinen, H., Prättälä, R.(2007) Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2006. Valsts aģentūra Sabiedrības veselības aģentūra, National Public Health Institute: Latvija, Rīga, KTL., Finland. Helsinki. Pieejams: http://sabves.vec.gov.lv/ZinojumuDokumenti/Z_141/latvia_finbaltreport2006.pdf (skatīts 15.08.2007)
125. Pudule, I., Villeruša, A., Grīnberga, D., Velika, B., Taube M., Behmane,D., Dzērve,V., Prättälä, R.(2011) Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2010. Valsts aģentūra Sabiedrības veselības aģentūra, National Public Health Institute: Latvija, Rīga, KTL., Finland. Helsinki. Pieejams: <http://vec.gov.lv/uploads/files/4e672991e40ef.pdf> (skatīts 15.08.2011)
126. Social Determinants of Health Behaviors. FINBALT Health Monitor 1998-2008.Report.(2011).- National Institute for Health and Welfare: Tampere.Finland. p.116. Pieejams: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f316c417-cc1d-48e6-a2e2-7389fde28630> (skatīts 17.04.2009)
127. Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2007). Substitution of doctors by nurses in primary care (Review).- The Cochrane Collaboration: The Cochrane Library No.3. Pieejams: http://hss.state.ak.us/hspc/files/Primary_Care_Substitution.pdf (skatīts 12.12.2011).
128. Levy, M. ,R., Digne,r M., Shirrefs, J., M. (1988). Essentials of life and health.- NewYork Random House. P.510
129. Lieģeniece, D. (2002).Ievads androgģijā.- Rīga: RAKA. 183 lpp.
130. Lis, K., Reichert ,M., Cosack, A., Billings, J., Brown, P. (2008). Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People: Funded by Fund for a Healthy Austria; Funded by the European Commission. p.47.Pieejams: www.healthproelderly.com (skatīts 04.05.2009).
131. Lonstrupa, B. (1994). Mācīt pieaugušos ar atklātību. –Rīga: RaKa, 124 lpp.
132. Ludwick, R., Silva, M.,C. (2000).Ethics: Nursing Around the World: Cultural Values and Ethical Conflicts//*Online Journal of Issues in Nursing* Vol.5,Nr.3. Pieejams:

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Ethics/CulturalValuesandEthicalConflicts.html> (skatīts 09.08.2007)

133. Nemeth, L.,S., Feifer, C.,Stuart,G.,W.,Ornstein,S.,M.(2008). Implementing change in primary care practices using electronic medical records//*Implementation Science. Vol.3*, Open Access. Pieejams:
<http://www.implementationscience.com/content/3/1/3/> (skatīts 16.08.2009)
134. Löfmark, A., Mamhidir, A.,G (2010). Master's level in primary health care education - students' and preceptors' perceptions and experiences of the alteration in the clinicalareas//*BMC Nursing Vol.9*, No.11, p.1-10.Pieejams:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-9-11.pdf> (skatīts 19.05.2011)
135. Koelewijn-van Loon, M., S., van Steenkiste, B., Ronda, G., Wensing,M., Stoffers, H., E., Elwyn, G., Grol, R., van der Weijden, T.(2008). Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol) //*BMC Health Serv. Res. Vol.8*, No.9. p.1-15. Pieejams:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2267187/pdf/1472-6963-8-9.pdf> (skatīts 09.09.2009).
136. MacGregor, K., Wong, S., Sharifi, C., Handley, M., Bodenheimer, T.(2005). The Action Plan Project: Discussing Behavior Change in the Primary Care Visit; //*Annals of Family Medicine. Vol. 3*, No.2,p. 39-40.
137. Marks, G., R., Lutgendorf, S., K.(1999).Perceived Health Competence and Personality Factors Differentially Predict Health Behaviors in Older Adults//*Journal of Aging Health. Vol.11 No. 2*,p. 221-239
138. Marrelli, A.,F., Tondora,J., Hoge M.,A.(2005). Strategies for Developing Competency Models //*Administration and Policy in Mental Health. Vol. 32*, No. 5/6, p.533-561. Pieejams:
http://www.bbs.ca.gov/pdf/mhsa/resource/workforce/how_establish_mh_competencies.pdf (skatīts 29.01.2008).
139. Maslo, I.(2006). No zināšanām uz kompetentu darbību.- LU Akadēmiskais apgāds: Rīga. 186 lpp.
140. McGinnis, J.,M., Williams-Russo, P., Knickman, J.,R. (2002).The case for more active policy attention to health promotion//*Health Affairs. Vol. 21*No.2p.78-93.
141. McIver, S., Ellins, J. (2008). Systematic provision of information on quality of primary care services.-University of Birmingham. 24 lpp

142. McLean, S.(2010).Business communication for success.-Flatword Knowledge. p.419. pieejams: <http://catalog.flatworldknowledge.com/catalog/editions/74> (skatīts 25.11.2011).
143. Mellanby, J., Rees B. , Tripp, J., H. (2000).Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. // *Health Education Research*. Vol. 15, No. 5, p.533-545. Pieejams: <http://her.oxfordjournals.org/content/15/5/533.full> (skatīts 15.09.2007).
144. Mirer, J .,B. (2005). Organization and Behavior From Theory to Practice.- ArmannNY, USA: ME.Shape Inc.p. 99
145. Montazeri C.A, GillisC.R, McEwen (1998) J. Quality of Life in Patients With Lung Cancer: A Review of Literature From 1970 to 1995. Pieejams: <http://chestjournal.org/cgi/content/abstract/113/2/467> (skatīts 24.04.08).
146. Informatīvais ziņojums par Sabiedrības veselības stratēģijas rīcības programmas ieviešanu 2007.-2008.gadā.(2009). Multisektorālā sadarbība sabiedrības veselības jomā.- Valsts aģentūra Sabiedrības veselības aģentūra. 57-58 lpp. Pieejams: http://sabves.vec.gov.lv/ZinojumuDokumenti/Z_133/Zinojums_2007_2008.pdf (skatīts 28.09.2009).
147. Naidoo, J., Wils, J. (2007). Health Promotion Foundations for Practice.- Edinburg, London, New York: Bailliere Tindall. 400 lpp.
148. Swann, C., Carmona, C., Ryan, M., Raynor, M., Baris, E., Dunsdon, S., Huntley ,J., Kelly, M., P.(2007) Behaviour change at population, community and individual levels. NICE public health guidance.- National Institute for Health and Clinical Excellence. p.250 .
149. Nejad,L.,M., Wertheim, E.,H., Greenwood, K.,M. (2005) Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behavior in the Prediction of Dieting and Fasting Behavior.// *E-Journal of Applied Psychology;social section* Vol.1, p.63-74. Pieejams: <http://people.umass.edu/aizen/abstracts/nejad2004.html> (skatīts 11.12.2007).
150. White, L.,A.(2005).Making Sense of Adult Learning: Experiential Learning.-New Horizons in Adult Education. Vol. 19, No. 4,p. Pieejams: <http://education.fiu.edu/newhorizons/journals/volume19no4fall2005.pdf> (skatīts 07.05.2008).
151. Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., M, Kindig, D., A.(2004) Health Literacy. A Prescription to End Confusion.- Committee on Health Literacy Board on Neuroscience and Behavioral Health Editors: Institute of Medicine of The National Academies Press; Washington D C. p.346.
152. Nodarbinātība un bezdarbs. (2007).Nodarbināto iedzīvotāju skaits un īpatsvars.- LR Centrālās statistikas pārvalde. Pieejams: www.csb.gov.lv (skatīts 15.08.2008).
153. Noar, S.,M.,Zimmerman, R.,S.(2005) Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction?// *Health Education Research*, vol.20, no.3, p.275-290.
154. Nutbeam, D.(2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.

- //Health Promotion International*. Vol.15, No.3,p.259-267. Pieejams:
<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/15/3/259> (skatīts 27.11.2007).
155. OECD(2008) Environmental Outlook to 2030: Summary in English.- OECD: Paris. Pieejams:
<http://www.oecd.org/environment/environmentalindicatorsmodellandoutlooks/40200582.pdf> (skatīts 17.09.2010).
156. Owen, S., Jackson, C., Bell, L., Zabalegui, A., Palese, A., Sigurðardóttir, Á., K. (2009).A review of nurse educator career pathways; a European perspective *//Journal of Research in Nursing*. Vol.14, no.2,p. 111. Pieejams:
<http://jrn.sagepub.com/content/14/2/111.full.pdf+html> (skatīts 11.12.2009)
157. Omar-Fauzee,M.,S., Lian, T.,S., Loon, A.,H.,Nazaruddin, M.,N.,Rashid, S., A. (2009).Application of Transtheoretical Theory Model to Understand the Physical Activity Behaviour Among Women in Klang Valley, Malaysia *//European Journal of Social Sciences* .Volume 9, No 1. Pieejams: http://www.eurojournals.com/ejss_9_1_08.pdf (skatīts13.08.2011)
158. Persell, S.,D., Heiman, H.,L., Weingart, S.,N., Burdick, E., Borus, J.,S., Murff, H.,J., Bates, D.,W., Gandhi, T.,K.(2004). Understanding of drug indications by ambulatory care patients *//American Journal of Health-System Pharmacy*. Vol. 61. No. 23, p.2523-2527. Pieejams: <http://www.ajhp.org/cgi/content/abstract/61/23/2523> (skatīts 14.05.2008).
159. Ozola A.(2011). Zēnu tekstizpratības uzlabošanas iespējas izglītības vadības kontekstā. Promocijas darba kopsavilkums.-Rīga: Latvijas Universitāte. 81 lpp.
160. Pieaugušo izglītība. (2012).Rakstu krājums.-Rīga: RaKa. 216 lpp
161. Paone , D.(2000). Primary Care for People With Chronic Conditions: Issues and Models. -Bloomington, Minn: National Chronic Care Consortium. Pieejams:
<http://www.nccconline.org/pdf/PrimaryCarePaper.pdf> (skatīts 04.10.2007)
162. Skrule, J., Štāle, M., Rozentāle, G., Rutks A. (2009).Potenciāli zaudētie dzīves gadi Latvijā 2008.gadā.-Rīga:Veselības ekonomikas centrs. 35.lpp. Pieejams:
<http://vec.gov.lv/uploads/files/4d00e0e0810c5.pdf> (skatīts 24.10.2009)
163. Rozentāle,G., Zvaigznīte,I.(2010). Potenciāli zaudētie dzīves gadi Latvijā 2009.gadā. -Rīga:Veselības ekonomikas centrs. 29.lpp.Pieejams:
<http://vec.gov.lv/uploads/files/4dd676429e084.pdf> (skatīts 24.02 2011)
164. Power, C., Atherton, K., Strachan, D., P., Shepherd, P. ,Fuller, E., Davis, A., Gibb, I., Kumari, M.,Lowe, G., Macfarlane, G., J., Rahi, J., Rodgers B.,, Stansfeld, S. (2007). Life-course influences on health in British adults: effects of socioeconomic position in childhood and adulthood.*// International Journal of Epidemiology*. Vol.36, No.3, p.532-539. Pieejams: <http://ije.oxfordjournals.org/content/36/3/532.long> (skatīts 29.05.2008 un 14.10.2012)

165. Priede Kalniņa, Z. Māsas prakse, pamatota teorijā. - Heritage Printing/Graphic: Milwaukee, WI USA. 210 lpp.
166. Primary Health Care Reform in Australia. (2009). Report to Support Australia's First National Primary Health Care Strategy.—Australian Government. Department of Health and Ageing. p.184. Pieejams:
[http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nphc-draftreportsupp-toc/\\$FILE/NPHC-supp.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nphc-draftreportsupp-toc/$FILE/NPHC-supp.pdf) (skatīts 17.03.2011).
167. Prochaska, J., O, DiClemente, C., C. (1992). In search of how people changes.// American Psychologist . Vol.47, No.9, p. 1102-11140.
168. Pullen, M., L. (2003). Developing clinical leadership skills in student nurses //Nurse Education Today .Vol.23, No.1 p.34 -39.lpp.
169. Prochaska, J., J., Nigg, C., R., Spring, B., Velicer, W., F., Prochaska, J., O. (2010). The Benefits and Challenges of Multiple Health Behavior Change in Research and in Practice//Preventive Medicine. Vol.50, No.1-2, p. 26-29. Pieejams:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813890/> (skatīts 29.11.2011)
170. Raiskums, B., W. (2005) .Analytic philosophy and adult education: Trend or tradition?// .-New Horizons in Adult Education. Vol. 19, No. 4., p. Pieejams:
<http://education.fiu.edu/newhorizons/journals/volume19no4fall2005.pdf> (skatīts 07.05.2008 un 11.10.2012).
171. Rankin, H. ,S., Stallings., K., D. (1996). Patient Education Issues, Principles, Practices. – Philadelphia: Lippincot.p.373.
172. Raševska, K., Kristapsone, S. (2000) Statistika psiholoģijas pētījumos – Rīga: Izglītības Soļi. 355 lpp
173. Riemsma, R., P., Pattenden J., Bridle., C., Sowden, A., J., Mather, L., Watt, I., S., Walker, A. (2002). A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. Monography.// Health Technology Assessment. Vol. 6: No. 24, p.251. Pieejams:
<http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon624.pdf> (skatīts 30.11.2007 un 12.10.2012).
174. Rollnick, S., Miller, W., R., Butler, C., C. (2008). Motivational interviewing in health care. New York: Guilford Press. Pieejams:
<http://www.guilford.com/excerpts/rollnick.pdf> (skatīts 07.11.2011).
175. Rosenstock, I., M., Strecher, V., J., Becker, M., H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model //Health Education & Behavior. Vol.15, No.2, p.175-183.
176. Rozentāle, G., Zvaigznīte, I., Štāle, M. Sabiedrības veselības stratēģisko mērķu sasniegšanas izvērtējums. (2010). Analītisks ziņojums. -Rīga; Veselības ekonomikas

- centrs, Latvija. 135 lpp. Pieejams: <http://vec.gov.lv/uploads/files/4ecfdd8ae6732.pdf> (skatīts 26.07.2012).
177. Rubana, I., M. (2004). Mācīties darot.- Rīga: RaKa. 262 lpp.
178. Ruperte I. (2010). Uzņēmuma vadīšana.-Rīga: Jumava. 197 lpp.
179. Schwingel, A., Niti, M., M., Tangi, C., Tze, Pin, Ngi. (2009). Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies // Age and Ageing; Oxford University Press. Vol.38, No.5, p.531–537. Pieejams: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/38/5/531.long> (skatīts 23.04.2012).
180. Sherman, Rose.(2010). Growing Future Nurse Leaders to Build and Sustain Healthy Work Environments at the Unit Level.// Online Journal of Issues in Nursing. 01. 2010. Pieejams: <http://www.readperiodicals.com/201001/2092240431.html> (skatīts 28.09.2011)
181. Sheridan, N.,F.(2005). Mapping a new future: Primary Health Care Nursing in New Zealand; University of Auckland. P.21. Pieejams: <https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/507/01Front.pdf?sequence=1> (skatīts 03.12.2011).
182. Slovic P. Weber E. U (2002). Conference.Risk Management strategies in an Uncertain World.- Palisades, NewYork. Pieejams: http://myweb.facstaff.wvu.edu/~harperr3/slovic_wp.pdf (skatīts 26.04.2012).
183. Smith, S., M. , Wallston, K., A, Smith, C., A. (1995).The development and validation of the Perceived Health Competence Scale//Health Education Research., Vol.10, No.1, p.51-64
184. Sorman, P., Abraham, C., Conner, M.(2000). Understanding and changing health behavior.-Psychology press. p. 374.
185. Stantion, M. (1985).Patient and Health education: Lessons from the Marketplace.// Nursing Management, Vol.16, No. 4, p. 30
186. Strategies in Health Education.(2006).Practice notes. //Health Education and Behavior. Vol. 33, No. 6. P.725-730.
187. Street, R ., Gold,W., R., Manning, T.(1997). Health Promotion and Interactive Technology.- Lawence Erlbaum Associates: Inc.Publisher. p.251
188. Taft, S. ,H., Nanna ,K.(2008).What Are the Sources of Health Policy That Influence Nursing Practice? // Policy, Politicss & Nursing Practice. Vol.9, No.4, p. 274-287.

189. Teixeira, C.(2007) Health educators Working for wellness. Pieejams: <http://www.bls.gov/opub/ooq/2007/summer/art03.pdf> (skatīts 27.01.2009)
190. The Alexandria Proclamation on Information Literacy and Lifelong Learning.(2005). IFLA. Pieejams: <http://www.ifla.org/III/wsis/BeaconInfSoc.html> (skatīts 15.09.2008)
191. The European Health Report 2009.(2009). WHO Europe. P.191. Pieejams: www.euro.who.int/Document/E93103.pdf (skatīts 12.02.2010)
192. Timmreck, T., C.(2003). Planning, program development, and evaluation: a handbook for health promotion aging, and health services .-Jones&Bartlett Publishers. p.238.
193. Tones, K.(2002) Reveille for Radicals! The paramount purpose of health education?// Health Education. Research. Vol.17,No1.,p.1-5. Pieejams: <http://her.oxfordjournals.org/content/17/1/1.full> (skatīts 09.07.2012)
194. Tosh,K.(2007).Nineteenth century handmaids or twenty-first century partners?//Health organization management; Vol 21,No 1, pp 68-78
195. Utināns, A. (2005). Cilvēka psihe. Tās darbība, funkcionēšanas traucējumi un ārstēšanas iespējas.- Rīga: Nacionālais apgāds. 568 lpp.
196. Utināns, A.(2008). DNS, matrice un cilvēka uzvedība,- Rīga: Medicīnas Apgāds. 423 lpp.
197. Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana.(2011). Pieejams:<http://www.talakizglitiba.lv/par-projektu> (skatīts 16.08.2011)
198. Walker, J., C. (2005).Self-determination as an Educational aim. The aims of education.-Edited by Roger Marple; Routledge. p.213.
199. Wallin, L.(2009) Knowledge translation and implementation research in nursing. // *International Journal of Nursing Studies*. Vol.46. no.3.p.576-587.
200. Wills, J.(2008). Health studies: an introduction.- Palgrave Macmillan. p.416.
201. Wise, M.,Owens, B.,(2004). At the Margins of the Research Enterprise: Learning from an Interdisciplinary eHealth Research Programm.// *New Directions for Adult and Continuing Education*,. Vol.104, P. 77-86. Pieejams: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=5&hid=5&sid=65b22094-1237-42bc-b7bc-01793412b7f5%40sessionmgr11> (skatīts 14.06.12).
202. Witte, K.(2007). Theory-Based Interventions and Evaluations of Outreach Efforts.- National Network of Libraries of Medicine. Pieejams: <http://nmlm.gov/evaluation/pub/witte/> (skatīts 11.09.2012).
203. Wright, A., McGorry, D., Harris, M., G., Jorm, A., F., Pennell, K.(2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign – The Compass Strategy.// *BMC Public Health*.Vol.21.,No.6, p.1-13. Pieejams:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1564138/pdf/1471-2458-6-215.pdf>
(skatīts 12.06.2012).

204. Yannacci, J., Roberts, K., Ganju, V.(2006). Principles from Adult Learning Theory, Evidence-Based Teaching, and Visual Marketing: What are the Implications for Toolkit Development? Pieejams: http://ebp.networkofcare.org/uploads/Adult_Learning_Theory_2497281.pdf (skatīts 30.09.2012).
205. Woolf, S., H., Krist, A., H., Johnson, R., E., Wilson, D.,B., Rothemich, S., F., Norman ,G., J., Devers, K.,J. (2006).A Practice-Sponsored Web Site to Help Patients Pursue Healthy Behaviors: An ACORN Study.// *Annals of Family Medicine*. 2006 vol. 4 No. 2 p.148-152.
206. Woolf ,S., H., Johnson, R., E., Phillips.,R., L., Philipsen, Jr., M. (2007). Giving Everyone the Health of the Educated: An Examination of Whether Social Change Would Save More Lives Than Medical Advances// *American Journal of Public Health*. Vol 97, No 4,p. 679-683.
207. Zajc, M. (2007).Coordination on ethical values:yes or no.//*Gov.Nete Journal*. Vol 1 No.1.p.1-9.
208. Zimmerman, G.,L., Olsen, C.,G., Bosworth, M.,F.(2006) .A Stages of Change approach to helping patients change behavior. //*American Family Physican*.Vo.61.No.5. p.1-6.
209. Базарова, Г.(2007). Особенности обучения взрослых.// *Менеджер по персоналу*.No 2. Pieejams: www.ipkgos.ru/up/text/Bazarova.pdf (skatīts 18.05.2012)
210. Майерс , Д. (2001).Психология.- Минск: Попурри. 847. Стр.
211. Косенко, В.,Г., Смоленко, Л.,Ф., Чебуракова, Т.,А. (2002). Медицинская психология.- Ростов на Дону: Феникс. 413стр.
212. Крыштановский, А.,О. (2007). Анализ социологических данных. - Издательской дом ГУ ВШЭ:Москва. 280. стр.
213. Максимова, Т.,М.(2005).Социальный градиент в формировании здоровья населения, Per Se: Москва.238 стр.
214. Осипова В(2003).Навыки необходимые сестре для консультирования и обучения пациентов // *Сестринское дело*№.6, 44 стр.
215. Ядов, В.,А.(2003). Стратегия социологического исследования.- РАН Добросвет. 595 стр.

PIELIKUMI

1.PIELIKUMS



Anketa



2.PIELIKUMS



Anketa

