



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

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

Metodiskais materiāls

MĀSAS PROFESIJAS PROFESIONĀLĀ IDENTITĀTE UN DARBA VIDE

Jeļena Kuzņecova

Rīga

2022

ANOTĀCIJA

Metodiskais materiāls “Māsas profesijas profesionālā identitāte un darba vide” ir izstrādāts Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” neformālās tālākizglītības programmas ietvaros, un tā mērķis ir pilnveidot ārstniecības personām (māsām) nepieciešamās profesionālās zināšanas un prasmes saistībā ar māsas profesijas profesionālo identitāti un darba vidi.

Metodiskajā materiālā tiek sniegta vispārēja informācija par ētikas pamatprincipiem, profesionālo ētiku un bioētiku; māszinību teoriju aktualitāti, tipoloģiju un jēdzieniem; māsas un pacienta autonomiju veselības aprūpes sistēmā; profesionālo darbību regulējošiem normatīviem aktiem; personas datu aizsardzību veicot profesionālo darbību un pacienta tiesībām; māsas darba vides īpatnībām un riska faktoriem, kā arī ergonomiskas māsas darba vides veidošanas iespējām.

Metodisko materiālu izstrādāja Mg.sc.sal. Jeļena Kuzņecova. Paldies par atbalstu metodiskā materiāla tapšanā Mg.paed., Mg.sc.sal. Lindai Alonderei.

SATURS

IEVADS	4
1. ĒTIKA, BIOĒTIKA UN PACIENTCENTRĒTA APRŪPE MĀSAS PRAKSĒ	5
2. MĀSZINĪBAS TEORIJA UN JĒDZIENI. MĀSAS AUTONOMIJA VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMĀ	8
2.1. Māszinību teorijas aktualitātes veselības aprūpes sistēmā	8
2.2. Māszinību teoriju galvenie jēdzieni, to skaidrojums	11
2.3. Māsas darba autonomijas pamatprincipi.....	12
3. PROFESIONĀLO DARBĪBU REGULĒJOŠIE NORMATĪVIE AKTI, DEONTOLOGIJAS UN KONFIDENCIALITĀTES PRINCIPI	14
3.1. Māsas profesionālo darbību regulējošie normatīvie akti	14
3.2. Deontoloģijas un konfidencialitātes principi	17
4. PACIENTA AUTONOMIJA UN TIESĪBAS, PERSONAS DATU AIZSARDZĪBA VEICOT PROFESIONĀLO DARBĪBU	20
4.1. Droša pacientu aprūpe	20
4.2. Personas datu aizsardzība un to reglamentējošie normatīvi	21
4.3. Pacientu tiesības un pienākumi.....	23
4.4. Autonomijas princips un pacienta autonoma lēmumu pieņemšana.....	24
5. DARBA VIDES ĪPATNĪBAS, AR PROFESIJU SAISTĪTĀS ARODSLIMĪBAS, AR MĀSAS PIENĀKUMU VEIKŠANU SAISTĪTO DARBU DROŠĪBA, DARBA VIDES RISKĀ FAKTORI	26
5.1. Māsas darba vides raksturojums	26
5.2. Droša darba vide un preventīvie pasākumi māsas praksē.....	27
5.3. Arodslimību risku skaidrojums, bioloģiskie un psiholoģiskie riska faktori	30
5.4. Fiziskās, psiholoģiskās un emocionālās veselības uzturēšana.....	33
6. ERGONOMISKAS DARBA VIDES VEIDOŠANA, DARBA TRAUMU NOVĒRŠANAS IESPĒJAS	35
6.1. Ergonomijas principi māsas darbā.....	35
6.2. Ergonomiskas darba vides veidošana	36
6.3. Nelaiemes gadījumu profilakse	37
6.4. Drošas pacientu pārvietošanas metodes.....	40
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS	43

IEVADS

Māsas prakses filozofijas un praktiskās realizācijas jautājumi savu aktualitāti nav zaudējuši no profesijas pirmsākumiem. Neskatoties uz ētikas un bioētikas jautājumu risinājumu meklējumiem jau no Hipokrāta laika, viennozīmīgus risinājumus māsas praksē nav iespējams rast. Metodiskā materiālā iekļauta informācija, kas var palīdzēt rast atbildes problēmas identifikācijai un vispārīgam risinājumam. Materiāla autori apzinās, ka mainīgajā laikmetā (tehnoloģiski, bioloģiski u.c.) nezūdoša vērtība ir cilvēks, kurš saņem vai sniedz veselības aprūpes pakalpojumu. Mijiedarbībā “māsa-pacients” akcentējama māsas, kā atsevišķas profesijas pārstāvja, unikalitāte un profesionālā kompetence. Apzinoties māsas profesijas filozofiskā pamatojuma, t.i., dažādas māszinību teorijas, aprūpes modeļi/pieejas, to praktiskā realizācija un izvērtēšana, progresu pēdējās desmitgadēs, jāsecina, ka māsu prakse ne tikai Eiropā un pasaulē, bet arī Latvijā pilnveidojas pietiekami strauji, kas savukārt, būtiski ietekmē visu sabiedrību kopumā.

Ētikas jautājumi nekad nav bijuši viegli skaidrojami un praktiski realizējami. To risinājumus ietekmē dažādu faktoru un likumsakarību kopums, neizslēdzot cilvēkfaktoru. Neskatoties uz dažādām dzīves situācijām, materiāla autori ikvienam rekomendē par vienu no dzīves vadmotīviem izvēlēties ētikas “zelta likumu”, t.i., “Nedari otram to, ko Tu negribētu, lai darītu Tev”.

Izvērtējot tehnoloģiskā progresa intensitāti, zinātnieki uzsver neaizmirst par pašu cilvēku kā dzīvu būtni, kurai ir jūtas, vajadzības un vēlmes. Materiālā iekļautā informācija par māsas darba vidi, tās drošību un ergonomijas jautājumiem ļaus ikvienam lasītājam pārdomāt par savu darba organizāciju, darbu komandā, tā nozīmīgumu un par veselības saglabāšanu sev un apkārtējiem.

1. ĒTIKA, BIOĒTIKA UN PACIENTCENTRĒTA APRŪPE MĀSAS PRAKSĒ

Ētika

Medicīnas ētika ir bijusi būtiska medicīnas sastāvdaļa jau kopš grieķu ārsta, medicīnas ētikas pamatlicēja Hipokrāta (*Kosas Hipokrāts jeb Hipokrāts (grieķu: Ἱπποκράτης ὁ Κῶος, Hippokrátēs ho Kōos; 460-370 g.p.m.ē.)* laika. Nesenā pagātnē medicīnas ētiku būtiski ietekmēja cilvēktiesību attīstība. Medicīnas ētika ir cieši saistīta ar likumiem. Tomēr ētika un likums nav identiski. Visai bieži ētika prasa augstākus uzvedības standartus nekā likums. Turklāt likumi katrā valstī ir atšķirīgi, kamēr ētika sniedzas pāri valsts robežām. [69]

Tradicionāli ar ētiku saprot filozofisku disciplīnu, kuras centrā ir jēdziena “labais” noskaidrošana. Ētika pēta labā un ļaunā attiecību problēmu un teorijas, kas to interpretē, kā arī tiecas pamatot labas rīcības principus, orientierus un kritērijus. Ētikas pamats ir morālā pārliecība par to, kas ir labais, kāda darbība ir morāli pieļaujama, kāda sadale ir uzskatāma par taisnīgu. Ētikas teorija meklē vispārējus kritērijus labajam, pareizajam un taisnīgajam, kas, no vienas puses, neatceļ morālo pārliecību, no otras puses – dod iespēju orientēties gadījumos, kuros personas morālie priekšstati ir nedroši un pat pretrunīgi. Ētika ir mācība, kuras priekšmets ir faktiskā vai iespējamā morāle; savukārt morāle ir principu, normu un vērtību sistēma, kas nosaka to, kāda rīcība tiek uzskatīta par tikumiski labu noteiktas sabiedrības ietvaros. [42]

Mūsdienu dabaszinātņu teorētisko nostādņu ietekme uz ētiku sākās 20.gs.pēdējās desmitgadēs kā dažādu sociāldarvinisma un eigēnikas virzienu izplatīšanās Rietumvalstu ideoloģijā un politikā. Terminu eigēnika ieviesa F.Galtons (*Francis Galton, 1822-1911*) 1883.gadā, raksturojot to kā zinātni par cilvēka sugas īpašību uzlabošanu, atbrīvojoties no nevēlamām variācijām un pavairojot vēlamās. Zinātnieks apkopoja datus par izciliem politiķiem, militārpersonām, juristiem, zinātniekiem, dzejniekiem, gleznotājiem un mūziķiem, secinot, ka izcili spējīgiem vecākiem ir daudz lielākas iespējas radīt talantīgus pēcnācējus. Viņš balstījās uz premisu, ka “reputācija” ir patiešām iedzimta spēja, kuru talantīgi indivīdi spēj sasniegt neatkarīgi no vides labvēlīgās vai nelabvēlīgās ietekmes. F.Galtons secināja, ka iespējams radīt īpaši apdāvinātu cilvēku “rasi” ar pozitīvās eigēnikas plānveidīgiem pasākumiem, piemēram, veicinot laulības starp augstu reputāciju sasniegušiem vecākiem un finansiāli atbalstot viņu bērnus. Vienlaikus zinātnieks aicināja arī uz negatīvo eigēniku, piemēram, novērst mazvērtīgu indivīdu vairošanos, tos sterilizējot, vai nošķirt īpašās kolonijās. 20.gs. sākumā eigēnikas idejas kļuva samērā populāras Anglijā, Vācijā, Skandināvijā un ASV. Ģenētiķi, psihologi un sociologi kļuva par eigēnikas ekspertiem. Piemēram, angļu matemātiķis K.Pīrsons (*Carl Pearson, 1857-1936*), kurš uzsāka iedzimtības kvantitatīvu izpēti, secināja, ka

nekāda izglītība nevar radīt intelektu, tas ir jāselekcionē. Starpkaru periodā eigēnikas idejas guva ievērību arī Latvijā, kur 1938.-1940.gadā tautas labklājības ministra dibinātā Eigēnikas komiteja ar pacienta vai viņa aizbildņa atļauju veica 648 abortus un 59 sterilizācijas. Eigēnikas pasākumiem tika pakļauti garīgi slimie, kā arī pacienti, kuri cieta no tuberkulozes. [5]

Māsu ētikas kodeksa pirmsākumi ir meklējami 19. gadsimta beigās. Laika gaitā māsas profesija ir attīstījusies, līdz māsa kļuva par veselības aprūpes komandas dalībnieku un pacientu aizstāvi. Pirmais formālais ētikas kodekss, kas deva ieskatu māsas profesijā, tika izstrādāts 20. gadsimta 50. gados. Kodekss māsām palīdz ikdienas praksē un nosaka galvenos profesijas mērķus un vērtības. Laika gaitā kodeksa punkti ir mainījušies un tikuši papildināti, taču tas vienmēr pilda savu funkciju - sniedz īsu pārskatu par māsas profesiju, ētiskajiem pienākumiem, atbildību. Tas nodrošina neapstrīdamus ētikas standartus. [53] Ētikas kodekss ir balstīts uz principiem un standartiem, kas formulēti:

- 1) Konvencijā par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā - Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu/ Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine;
- 2) Starptautiskā Māsu padomes ētikas kodeksā/ The ICN Code of Ethics for Nurses;
- 3) Pasaules Medicīnas asociācijas medicīnas ētikas kodeksā/ WMA International Code of Medical Ethics;
- 4) Pasaules Medicīnas asociācijas Helsinku deklarācijā/ WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.

Bioētika

Būtisks pagrieziens medicīnas ētikā ir saistīts ar bioētikas attīstību, kas ir viens no ētikas atzariem, un šīs ētikas disciplīna savu popularitāti ieguva ap 1985.gadu, kad ASV filozofs T.Boučems (*Tom Lamar Beauchamp, 1939*) un ASV filozofs, teologs Dž.Čildress (*James Franklin Childress, 1940*) definēja četrus ētikas principus: pacienta autonomija, laba darīšana, taisnīgums un nekaitēšana. [14]

Veselības aprūpes speciālista profesijas pamatnoteikums “*Primum non nocere*” (tulkojumā – “vispirms nekaitēt”) atgādina Hipokrāta zvērestu, kas balstīts uz labdarības un nekaitīguma principiem (šie principi bieži tiek minēti bioētikā). Termins “bioētika” radies 1970.gadā ASV pateicoties M.Poteram (*Michael Eugene Porter; 1947*), kurš raizējās par tehnikas radīto postošo ietekmi, kas apdraud dabisko un sociālo vidi. Holandiešu izcelsmes ASV ginekologs A.Hellegers (*André E. Hellegers, 1926-1979*) ieviesa bioētikas terminu augstākās izglītības un medicīnas pasaulē, uzskatīdams, ka medicīnas zinātne var radīt draudus

pašam cilvēkam un viņa identitātei, piem., ģenētiskā iejaukšanās, eigēnika. Bioētika ir cilvēka rīcības apraksts un morāls vērtējums dzīvības un veselības jomai. Mūsdienās tā paplašinājusies līdz sociālām, vides un globālām problēmām veselībā un dabaszinātnēs. Tā skar visas morāles dimensijas, arī sociālo uzvedību un politiskos lēmumus. Galvenais bioētikas mērķis ir racionāli analizēt morālas dabas problēmas biotehnoloģijas jomā un to saistību ar tiesību un humanitārajām zinātnēm. Tiek izšķirta:

- 1) vispārējā bioētika – morālfilozofija,
- 2) specifiskā bioētika – analizē konkrētas problēmas, piem., gēnu inženierija, aborti, eitanāzija, klīniskie eksperimenti u.c.,
- 3) klīniskā vai lēmumu pieņemšanas bioētika – praktiskais pielietojums. [4]

Uz pacientu centrēta aprūpe

Uz pacientu vērsta/centrēta aprūpe ir veiksmīga koncepcija, ko 1969. gadā E.Bālinta (*Edith Balint*) sākotnēji aprakstīja kā "izpratni par pacientu kā unikālu cilvēcisku būtni". [47] Kopš tā laika ir bijuši daudzi citi uz pacientu vērsta/centrēta aprūpes konceptualizējumi, kas ir aprakstīti kā vairākas alternatīvas, tostarp uz pacientu un ģimeni vērsta aprūpe, uz attiecībām vērsta aprūpe, uz personalizētu aprūpi vērsta aprūpe un citas. [70] Dažādas veselības aprūpes organizācijas vienai un tai pašai idejai piemēro dažādus terminus un jēdzienus, piemēram, ASV jēdzienu parasti saista ar "uz pacientu vērsta aprūpes medicīnisko modeli", savukārt Apvienotajā Karalistē to saista ar primāro aprūpi, bet Skotijā uz pacientu vērsta/centrēta aprūpe ir pazīstama kā "savstarpība". [72] Tā ir pieeja, kurai ir iespēja integrēt dažādus viedokļus, lai vērotu personu kā veselumu. Tā ietver personas individuālo izpausmi, vēlmes, uzskatus un kultūras iezīmes. [50; 70]

ASV Medicīnas institūts ir norādījis, cik svarīgi ir ieviest uz pacientu vērsta/centrētu aprūpi ikdienas praksē. [73] Lai sasniegtu šo mērķi, veselības aprūpes sniedzējiem ir jābūt izglītotiem, lai attīstītu personiskās un profesionālās prasmes, kas var radīt uzticamas un uzticības pilnas attiecības starp personu, kurai nepieciešama aprūpe, un veselības aprūpes sniedzējiem. [65; 59] Kad uzticēšanās ir izveidota, uz pacientu vērsta/centrēta aprūpes ieviešana ikdienas aprūpē pozitīvi ietekmēs personas apmierinātību un atjaunos labklājību. Tas palīdzēs personas vajadzību apmierināšanas procesā un paaugstinās personu "apmierinātības" līmeni. [71]

2. MĀSZINĪBAS TEORIJA UN JĒDZIENI. MĀSAS AUTONOMIJA VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMĀ

2.1. Māszinību teorijas aktualitātes veselības aprūpes sistēmā

Jēdzieni “māszinību filozofija” un “māszinību zinātne” dažreiz savstarpēji tiek aizstāti, taču starp tiem pastāv zināmas atšķirības. **Māszinību filozofija** tiek raksturota kā priekšstats par fundamentāliem un universāliem pieņēmumiem, ticējumiem un principiem par zināšanu un domu būtību (epistemioģija) un par metaparadigmas pārstāvēto subjektu būtību, t.i., aprūpes praksi un cilvēka veselības procesiem (ontoloģija). Aprūpes filozofija attiecas uz ticības sistēmu vai profesijas pasaules skatījumu un nodrošina prakses, atbalsta un pētniecības perspektīvas. Līdz šim māsas praksē dominanti nav ieguvusi neviena filozofiskā pieeja. Vairākas māsas-pētnieces un teorētiķes centušās noraidīt vienas dominējošās filozofiskās pieejas esamību māsas praksē. Vairākums atzīst, ka māsas praksē pastāv “multiparadigmu disciplīna”. **Māszinības** Baretts (*Barret*) definējis kā “pamatīgas, ar šo jomu saistītas zināšanas, kas vērstas uz cilvēku -Visumu -veselības procesu, kas formulēts aprūpes sistēmās un teorijās”. Lai attīstītu un izmantotu šīs zināšanas, māszinības atklāj cilvēka reakcijas veselības un slimības gadījumā un pievēršas bioloģiskām, uzvedības, sociālām un kultūras jomām (domēnām). Zinātnes filozofija māszinībās palīdz noteikt zinātnes nozīmi, izprotot un pārbaudot aprūpes koncepcijas, teorijas, likumus un mērķus, kas saistīti ar veselības aprūpes praksi. Tās mērķis ir izprast patiesību, aprakstīt māszinības, izpētīt paredzējumus un cēloņsakarības, kritiski saistīt teorijas, aprūpes modeļus un zinātniskās sistēmas, kā arī izpētīt determinismu (*filozof. a) mācība, ka dabas un sabiedrības parādības ir likumsakarīgi saistītas un cēloniski cita citu nosaka; b) mācība, ka ikviens notikums ir kāda dabas likuma darbības piemērs vai ka jebkuram notikumam ir vismaz viens cēlonis*) un brīvo gribu. [62]

Māsu izglītības un mūsdienu māsu prakses pamatlicēja Florensa Naitingeila (*Florence Nightingale, 1820-1910*) sevi neuzskatītu par zinātnieci, bet tieši viņas aktīvā darbība uzskatāma par mūsdienu māszinību pirmsākumu [63]. Kā ikvienas profesijas apguvei, arī māsu, izdalāmi nozīmīgi vēsturiski periodi (*skat. 2.1.tabulu*), kas palīdz izprast inovatīvo profesijas apguvē, profesionālajā pilnveidē un tālākā attīstībā.

Vēsturiskie posmi māszinību specializētajām zināšanām [45]

Vēsturiskais posms	Galvenais jautājums	Uzsvars	Rezultāti	Jauni mērķi
Mācību programmu periods (<i>Curriculum era</i>) 1900-1940tie	Kas jā māca māszinību programmā?	Studiju kursu iekļaušana māszinību programmā	Standartizētas programmas diploma izsniegšanai	Attīstītas specializētas zināšanas un augstāka izglītība
Pētniecības periods (<i>Research era</i>) 1950-1970tie	Kas ir māszinību pētniecības fokusā (centrā)?	Māsas loma un kas ir jāpēta	Problēmpētījumi un māsu pētījumi	Izolēti pētījumi nesniedz vienotas zināšanas
Izglītības laikmeta periods (<i>Graduate education era</i>) 1950-1970tie	Kādas zināšanas nepieciešamas māsas praksei?	Progresīvas lomas noteikšana un pamats māsas praksei	Māasai ir nozīmīga loma veselības aprūpē	Izglītības uzmanības centrā zināšanu attīstīšana
Teoriju periods (<i>Theory era</i>) 1980-1990tie	Kā ietvarsistēmas virza pētniecību un praksi?	Pastāv daudz veidu kā domāt par māszinībām	Māszinību teorētiskie darbi centrēti uz pacientu	Teorijas vada māsu praksi un pētniecību
Teoriju pielietojuma periods (<i>Theory utilization era</i>) 21. gadsimts	Kādas jaunas teorijas vajadzīgas, lai sniegtu pierādījumus kvalitatīvai aprūpei?	Māszinību teoriju vadlīnijas pētniecībā, praksē, izglītībā un administrēšanā.	Vidēja ranga teorija var būt no kvantitatīvas vai kvalitatīvas pieejas	Māszinību ietvars rada zināšanas (pierādījumus) kvalitatīvai aprūpei

Māsu prakses un izglītības unikalitāti nosaka praktiskā darbība un zinātniski pamatots teorētiskais pamats. Analizējot vairāku autoru darbus, secināts, ka pastāv vairākas māszinību teoriju un/vai teorētisko darbu klasifikācijas un/vai tipi, piemēram, teoriju iedalījums pēc:

- 1) abstrakcijas līmeņa – lielās/grandiozās teorijas, vidēja ranga teorijas un situācijai specifiskās teorijas;
- 2) mērķa orientācijas – aprakstošās teorijas, priekšraksta teorijas. [64]

Izvērtējot dažādo pieeju, piedāvāts viens no teoriju un teorētisko darbu klasificēšanas veidiem (*skat. 2.2.tabulu*), akcentējot plašo māsu-teorētiku pienesumu māsas profesijas teorētiskajā un praktiskajā attīstībā.

Māzinību teoriju iedalījums (veids, teorētisko darbu/teoriju autori, teorijas/teorētiskā darba nosaukums) [45; 61]

Teorētiskā darba veids	Teorētiķis (angļu valodā)	Nosaukums
1.	2.	3.
Māzinību filozofija	Florence Nightingale	Modernās māzinības, Vides piemērošanas teorija
	Jean Watson	Transpersonālās aprūpes filozofija un teorija
	Marilyn Anne Ray	Birokrātiskās aprūpes teorija
	Patricia Benner	Rūpes, klīniskā gudrība un ētika māsas praksē
	Kari Martinsen	Aprūpes filozofija
	Virginia Henderson	Pamataprūpes procesa četrpadsmit sastāvdaļas
	Katie Eriksson	Rūpju teorija
Aprūpes konceptuālie modeļi	Myra Estrin Levine	Enerģijas saglabāšanas modelis
	Martha E. Rogers	Vienotu cilvēku zinātne
	Dorothea E. Orem	Pašaprūpes deficīta teorija
	Imogene M. King	Mijiedarbība starp sistēmām un mērķa sasniegšanas teorija
	Betty Neuman	Sistēmas modelis
	Sister Callista Roy	Adaptācijas modelis
	Dorothy E. Johnson	Uzvedības sistēmas modelis
Māzinību teorijas un grandiozās teorijas (<i>Grand Theories</i>)	Anne Boykin and Savina O.Schoenhofer	Aprūpe kā aprūpes teorija: modelis prakses pārveidošanai
	Heldegard Peplau	Savstarpējo attiecību teorija
	Ida Jean Orlando	Aprūpes procesa teorija
	Afaf Ibrahim Meleis	Pārejas teorija
	Nola J.Pender	Veselības veicināšanas modelis
	Madeleine M.Leininger	Aprūpes kultūras daudzveidības un universāluma teorija
	Margaret A.Newman	Veselība kā apziņas paplašinātājs
	Rosemarie Rizzo Parse	Cilvēka tapšana
	Helen C. Erikson, Evelyn M. Tomlin and Mary Ann P.Swain	Modelēšana un lomju modelēšana
	Gladys J.Husted and James H.Husted	Simfonoloģiskā bioētikas teorija (<i>simfologija balstās uz pieņēmumu, ka pastāv vienošanās starp visām racionālām būtnēm</i>)
Vidēja ranga (<i>Middle-Range</i>) māzinību teorijas	Ramona T.Mercer	Mātes lomas sasniegšana – kļūšana par māti
	Kathryn E.Barnard	Vecāku-bērnu mijiedarbības modelis
	Merle H.Mishel	Nedrošība slimības teorijā
	Pamela G.Reed	Paštranscendences teorija (<i>transcendence – atrašanās aiz izzināmības pieredzamības robežām; Dieva pārpasaulīgā eksistence</i>)
	Carolyn L.Wiener and Marilyn J.Dodd	Slimības trajektorijas teorija
	Georgene Gaskill Eakes, Mary Lermann Burke and Margaret A. Hainsworth	Hronisku bēdu teorija

1.	2.	3.
	Phil Barker	Tidal garīgās veselības atveseļošanas modelis
	Katherine Kolcaba	Komforta teorija
	Cheryl Tatano Beck	Pēcdzemdību depresijas teorija
	Kristen M.Swanson	Aprūpes teorija
	Cornelia M.Ruland and Shirley M.Moore	Mierīgas dzīves beigu teorija
	The American Association of Critical-Care Nurses	Pacientu aprūpes sinerģijas modelis

2.2. Māsinību teoriju galvenie jēdzieni, to skaidrojums

Analizējot māsinību teorijas un/vai teorētiskos darbus, kuri uzskatāmi par mūsdienu teoriju pirmsākumu, tiek akcentēti un analizēti galvenie māsas prakses jēdzieni: aprūpe (aprūpes process), persona (pacients, klients), veselība, vide.

Par vienu no pirmajām māsām, kas lietoja jēdzienu “**aprūpes process**”, tiek uzskatīta Lidija Halla (*Lydia Eloise Hall*). Viņa šo jēdzienu sākusi lietot 1950.-to gadu sākumā. Kopš tā laika termins “aprūpes process” tiek izmantots, lai aprakstītu “pieņemto” metodi/pieeju pacientu aprūpes nodrošināšanā. [49] Aprūpes procesu var uzskatīt kā sinonīmu māsu darba disciplīnai. Tā ir organizēta, sistematizēta māsas pieeja individuālai pacienta vajadzību nodrošināšanai. Tā sastāv no novērtēšanas, aprūpes diagnozes izvirzīšanas, plānošanas un rezultātu identifikācijas, īstenošanas un izvērtēšanas. Praksē aprūpes process ne vienmēr ir lineārs. Tam nepieciešama atgriezeniskā saite no novērtēšanas līdz izvērtēšanai. [56]

Pacients:

- 1) persona, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus vai vēršas pēc tiem (Ārstniecības likums);
- 2) cilvēks, kas gaida aprūpi vai ko medicīniski aprūpē jeb ārstē. Viņš ir dažādu pakalpojumu saņēmējs. Būt pacientam nozīmē paciest sāpes mierīgi un bez žēlabām; [38]
- 3) [no latīņu valodas *patiens* – cietējs], slimnieks, kas ārstējas pie ārsta; cilvēks, kas saņem medicīnisku palīdzību. [1]

Klients:

- 1) cilvēks, kas saņem speciālista konsultācijas vai kāda cita pakalpojumus; [38]
- 2) [no latīņu valodas *cliens* – padotais] –pircējs vai pasūtītājs, persona, kas izmanto advokāta, notāra, kredītiestādes u.tml. pakalpojumus. [1]

Veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, kā dzīves kvalitātes, personīgās un ģimenes labklājības pamats, kā arī slimības neesamība, kad cilvēks jūtas ne tikai fiziski stiprs un vesels, bet arī garīgi tīrs. [74]

Vide - tas, kas atrodas gan iekšpus, gan ārpus cilvēka biopsihosociālajām robežām. Cilvēks, kuram nepieciešama aprūpe bieži ir disharmonijā ar savu vidi. Tā ir vieta un apstākļi, kur cilvēks/persona darbojas. Tā aptver visus faktorus, kas ietekmē pacientu/klientu - fiziskā apkārtnē, iekšējā fizioloģiskā uzbūvē, inteliģence, psiholoģiskās un socioloģiskās īpatnības. [38]

2.3. Māsas darba autonomijas pamatprincipi

Izmantojot un pielāgojot vienu vai otru pieeju pacienta aprūpē, māsziņbu teoriju vai metodi pacienta aprūpes procesa vadīšanā, ir saskatāmas arī māsas profesijas autonomijas iezīmes. Māsas ir jebkuras veselības aprūpes iestādes galvenā sastāvdaļa, nodrošinot izcilu pacientu aprūpi un vajadzības gadījumā palīdzot ārstiem un citiem veselības aprūpes speciālistiem. Māsu autonomija piešķir māsām tiesības noteikt pacienta aprūpes sastāvdaļas. Lai gan māsas sadarbojas ar ārstiem intensīvākās situācijās, autonomija aprūpes jomā dod iespēju optimizēt aprūpi, ļaujot māsām ātri pieņemt lēmumus, negaidot, kamēr cits speciālists apstiprinās vai noliegs noteiktas aprūpes nepieciešamību. Tas ne tikai piešķir māsām lielāku autoritāti un akcentē viņu medicīniskās zināšanas, bet arī pacienti var gūt labumu no ātrāka lēmumu pieņemšanas procesa, kas var sniegt augstāku aprūpes kvalitāti. Māsas (vispārējās aprūpes māsas) profesijas standartā ir noteikta māsas kompetence patstāvīgi jeb autonomi plānot un īstenot pacienta aprūpes procesu un tā nepārtrauktību novērtējot un nosakot aprūpes diagnozes, un autonomi pieņemot klīniskos lēmumus aprūpē. [22]

Ar māsu autonomijas veicināšanu ir saistītas vairākas priekšrocības. Viens no svarīgākajiem aspektiem ir apmierinātība ar darbu. Pētījumi ir parādījuši, ka māsas, kurām tiek piešķirta lielāka autonomija, ir apmierinātākas ar savu darbu. Autonomija stiprina arī attiecības ar citiem veselības aprūpes speciālistiem. Kopumā, jo vairāk māsām atļāva izrādīt iniciatīvu pacientu aprūpē, jo vairāk viņas izbaudīja un novērtēja savu darbu. Ir svarīgi saprast, ka cieņa, lēmumu pieņemšanas spēja un pārliecība par savu darbu var ievērojami palīdzēt klīniskos apstākļos. Blakus ieguvums māsu autonomijā ir tas, kā tas ietekmē pacientu aprūpi. Viens pētījums atklāja, ka, ierobežojot māsu autonomiju saistībā ar māsas un ārsta sadarbību, samazinājās pacientu aprūpes kvalitāte, kā rezultātā samazinājās pacientu apmierinātības rādītāji. [52] Citā pētījumā tika atklāts, ka pētījumā iesaistītās slimnīcas, kas paaugstināja māsu autonomijas rādītājus, samazināja mirstības rādītājus par 19% 30 dienu laikā pēc operācijas. [67] Māsām ir jābūt spējīgām noteikt pacientu aprūpes nepieciešamību un klīniskās vajadzības,

sniedzot atbilstošu aprūpi. Tomēr rodas jautājums – kā uzlabot māsas autonomiju praksē? Tālāk tiks piedāvāti daži risinājumi:

- Jācenšas domāt kā problēmu risinātājam un piedāvāt savā darba vietā iespējas uzlabot aprūpes vidi;
- Parādīt savu spēju strādāt patstāvīgi, pat ja tie ir tikai nelieli uzdevumi;
- Būt organizētam un parādīt vadītājam, ka spējat efektīvi pārvaldīt savu darbu;
- Būt proaktīvam jautājot, kur ir nepieciešama palīdzība ārpus tiešajiem darba pienākumiem;
- Informēt savu vadītāju, ka esat gatavs patstāvīgi veikt jums uzticētos pienākumus, un lūdziet to akceptēt.

Izglītības pilnveidošana ir vēl viens veids, kā var attīstīt un nodrošināt autonomiju māsu praksē, tādā veidā veicinot māsas kļūt pārliecinātākas un drošākas pildot savus uzdevumus.

3. PROFESIONĀLO DARBĪBU REGULĒJOŠIE NORMATĪVIE AKTI, DEONTOLOĢIJAS UN KONFIDENCIALITĀTES PRINCIPI

3.1. Māsas profesionālo darbību regulējošie normatīvie akti

Katras ārstniecības personas profesionālā darbība veselības aprūpes jomā ir saistāma ar noteiktiem pienākumiem, kas viņai ir jāveic. Lai veiktu šos pienākumus, katrai ārstniecības personai ir arī ar normatīvajiem aktiem reglamentētas tiesības. Ārstniecības personas pienākumus, tiesības, pilnvaras un atbildību nosaka gan ārējie normatīvie akti, gan iekšējie iestādes normatīvie akti, kuru lokam ir pieskaitāms darba līgums, koplīgums, iekšējās kārtības noteikumi, ārstniecības iestādes vadītāja rīkojumi, instrukcijas un norādījumi, kas regulē darba un ar to saistītos organizatoriskos jautājumus, kā arī nodrošina kārtību organizācijā. Uz ārstniecības personas profesionālo darbību veselības aprūpes jomā attiecināmais tiesību un pienākumu apjoms ir cieši saistīts ar teorētisko un praktisko zināšanu apjomu, kas katrai ārstniecības personai ir atšķirīgs kompetences ietvaros [2].

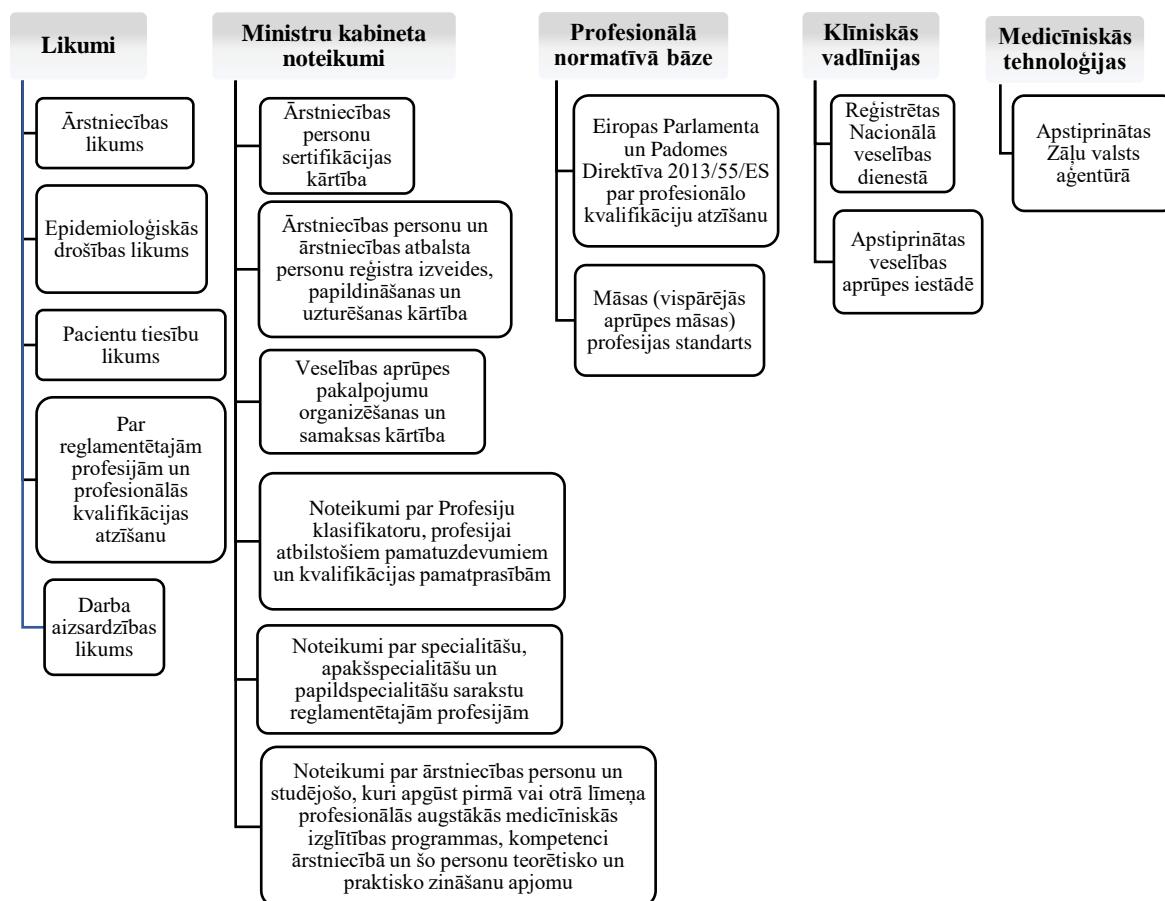
Māsas profesionālo darbību atbilstoši kompetencei, tiesības un pienākumus nosaka Latvijas likumdošana, Ministru kabineta noteikumi un Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas. Māsa ir ārstniecības persona, kura ieguvusi izglītību atbilstoši likumā “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu” noteiktajām prasībām un savas profesionālās darbības ietvaros atbilstoši kompetencei:

- veic pacientu aprūpi;
- piedalās ārstniecībā;
- vada pacientu aprūpes darbu;
- nodarbojas ar pacientu izglītošanu veselības jautājumos;
- veic profesionālās izglītības darbu. [3]

Māsa pēc noteiktā izglītības diploma iegūšanas un reģistrācijas Ārstniecības personu reģistrā, ir tiesīga veikt profesionālo darbību māsas profesijā. [36] Pamatojoties uz izdoto Ministru kabineta 2019. gada 29. oktobrī rīkojumu Nr. 537 “Par konceptuālo ziņojumu “Par māsas profesijas turpmāko attīstību””, kas no 2022. gada paredz reformas māsu izglītībā un arī specializācijas iegūšanas kārtībā, tika izstrādāts jauns Māsas (vispārējās aprūpes māsas) profesijas standarts, aktualizējot un paplašinot māsas profesionālo kompetenci, kas ir pielietojama plašākās veselības aprūpes jomās, tādējādi nodrošinot, ka persona pēc māsas (vispārējās aprūpes māsas) kvalifikācijas iegūšanas ir tiesīga patstāvīgi strādāt ārstniecības iestādes terapeitisko, ķirurģisko un ambulatoro pacientu aprūpē. [26, 22] Aktualizētā māsas

(vispārējās aprūpes māsas) kompetence noteikta Ministru kabineta noteikumos tādējādi nosakot māasai lielāku atbildību un autonomiju [29].

Profesionālo darbību māsa realizē balstoties uz izstrādāto profesijas standartu, vadlīnijām, aprūpes standartiem un pielietojot noteiktās medicīniskās tehnoloģijas. Metodiskajā līdzeklī norādīti autoru izraudzīti būtiskākie māsas profesionālo darbību regulējošie normatīvie akti (skat. 3.1. attēlu).



3.1. attēls. Māsu profesionālo darbību regulējošie normatīvie akti

Lai māsa nodrošinātu sava darba atbilstību veselības aprūpes nozares un profesijas reglamentējošo normatīvo aktu prasībām, tie ir jāpārzina, jālieto vai vismaz tajos jāorientējas. Būtiska loma ir gan līdzdiploma izglītībai, gan kvalitatīvai pēcdiploma tālākizglītībai, darba devēju veiktai darbinieku apmācībai, tomēr tiesību aktu prasību ievērošana ir individuāla katras ārstniecības personas atbildība. [12] Māsas (vispārējās aprūpes māsas) profesijas standarts nepārtrauktu savu zināšanu un prasmju izvērtēšanu, uzturēšanu un pilnveidošanu nosaka kā vienu no pamatuzdevumiem profesionālajā darbībā.

Ārstniecības likums - sniedz ieskatu ārstniecības personu specifiskajās, ar profesiju saistītajās, tiesībās. Likuma mērķis ir regulēt sabiedriskās attiecības ārstniecībā, lai nodrošinātu

slimību vai traumu kvalificētu profilaksi un diagnostiku, kā arī kvalificētu pacienta ārstēšanu un rehabilitāciju. Ārstniecības likumā atrodamas definīcijas, skaidrojumi un darbību reglamentācija šādos pamatjautājumos - ārstniecības uzraudzība valstī, medicīnas ētikas komitejas, ārstniecības personas un to darbība ārstniecībā, ārstniecības personu profesijas, ārstniecības personu pamatpienākumi un tiesības ārstniecībā, kā arī citi būtiski noteikumi veselības aprūpes jomā. [3]

Epidemioloģiskās drošības likums - tā mērķis ir reglamentēt epidemioloģisko drošību un noteikt valsts institūciju, pašvaldību, fizisko un juridisko personu tiesības un pienākumus epidemioloģiskās drošības jomā [11]. Šī likuma pamatā izdoti vairāki Ministru kabineta noteikumi, lai nepieļautu tādu infekcijas slimību izplatīšanos, kuru iemesls ir saistīts ar pacienta veselības aprūpi. Māsai un jebkurai citai ārstniecības personai saistošas higiēnas prasības nosaka ārstniecības iestādes izstrādāts higiēniskā un pretepidēmiskā režīma plāns. Šajā plānā ir iekļautas prasības par:

- telpu un aprīkojuma tīrīšanu;
- medicīnas ierīču tīrīšanu, dezinfekciju, sterilizāciju;
- darbinieku roku apstrādi;
- cimdu un citu aizsarglīdzekļu lietošanu;
- veļas lietošanu un mazgāšanu;
- atkritumu apsaimniekošanu.

Māsas un jebkura darbinieka pienākums ir ievērot šo iestādes plānu. Lai nodrošinātu iestādes plāna ieviešanu, ārstniecības iestādes vadītājs norīko atbildīgo personu par iestādes plāna ieviešanu un iekšējo kontroli vai izveido infekcijas kontroles komisiju. Ārstniecības iestādei jāorganizē darbinieku izglītošana infekciju profilakses jautājumos, stājoties darbā un vismaz reizi trijos gados. [31]

Pacientu tiesību likums - tā mērķis ir veicināt labvēlīgas attiecības starp pacientu un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, sekmējot pacienta aktīvu līdzdalību savas veselības aprūpē, kā arī nodrošināt viņam iespēju īstenot un aizstāvēt savas tiesības un intereses [33]. Minētais likums reglamentē ne tikai pacienta tiesības, kuru mērķis ir nodrošināt pēc iespējas efektīvāku ārstēšanu un aprūpi, bet arī pacienta pienākumus. Māsai jārespektē pacienta autonomija un tiesības, sniedzot veselības aprūpi, kā arī jānodrošina personas datu aizsardzība savas profesionālās darbības veikšanā.

Likums par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu - nosaka reglamentētās profesijas, kā arī pamatprasības, kas jāievēro Latvijas Republikā un ārvalstīs iegūtās kvalifikācijas atzīšanā šajās profesijās. Māsas profesija ir reglamentēta profesija, tādējādi likuma 14. pants nosaka vispārīgās prasības māsas izglītībai, tādējādi

nodrošinot turpmākās māsas profesionālās darbības atbilstību noteiktām kvalitātes prasībām un kritērijiem. [36]

Darba aizsardzības likums - tā mērķis ir garantēt un uzlabot nodarbināto un pašnodarbināto drošību un veselības aizsardzību darbā, nosakot darba devēju, nodarbināto un viņu pārstāvju, pašnodarbināto, kā arī valsts institūciju pienākumus, tiesības un savstarpējās attiecības darba aizsardzībā [7]. Katrā darbavietā ir darba aizsardzības speciālists, kas pirms darbinieka stāšanās darbā nodrošina instruktāžu par iespējamiem riskiem, kā arī norīko darbiniekus uz obligātām veselības pārbaudēm. Minētie pasākumi regulāri tiek atkārtoti arī pēc stāšanās darbā.

Klīnisko vadlīniju pielietošana - veicot pacienta aprūpi saskaņā ar aprūpes vadlīnijām un standartiem, māsa nodrošina aprūpi pēc vienotiem principiem visās ārstniecības iestādēs. Klīniskās vadlīnijas ir sistematizēts konkrētu pacientu grupu ārstniecības procesa apraksts, kas veidots ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus. Vadlīnijās ir noteiktas nepieciešamās darbības, to veikšanas kārtība un pacientu ārstēšanas taktikas izvēlē būtiski kritēriji labāka ārstēšanas rezultāta sasniegšanai. Ministru kabinets nosaka kārtību, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas. [3] Šobrīd Nacionālā veselības dienestā ir reģistrētas 34 vadlīnijas un tās ir saistošas māasai, ja konkrētajā darba vietā tās ir ieviestas [32].

Medicīnisko tehnoloģiju pielietošana - ārstniecības iestādes vadītājs ir atbildīgs, ka iestādē izmanto medicīniskās tehnoloģijas (ārstniecībā izmantojamās metodes un medicīniskās ierīces), kas ir apstiprinātas noteiktā izmantošanas kārtībā. Māsa ir atbildīga par izraudzītās medicīniskās tehnoloģijas lietošanu un tās radītajām sekām. No 2019. gada 1. jūlija ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu un izvērtēšanu un ārstniecībā lietojamo zāļu, medicīnisko ierīču un medicīnisko tehnoloģiju izmaksu efektivitātes novērtēšanu, kā arī medicīnisko tehnoloģiju datu bāzes uzturēšanu veic Zāļu valsts aģentūra. [44]

3.2. Deontoloģijas un konfidencialitātes principi

Māsas Ētikas kodekss ir saistošs, jo tas nosaka māsu profesionālās ētikas pamatprincipus, tiesības, pienākumus un uzvedības normas, kas jāievēro saskarsmē ar pacientu/klientu, veselības aprūpes komandu un sabiedrību. Ētikas kodeksa mērķis ir veicināt ētikas principu ievērošanu māsu profesionālajā darbībā. Veicot darba pienākumus, māsa ar savu profesionalitāti, rīcību, uzvedību, attieksmi un izskatu dara godu savai profesijai un veicina profesijas prestižu. [23]

Medicīnas ētikā dominē četri pamatprincipi: personības autonomijas princips, nekaitēšanas princips, laba darīšanas princips un taisnīguma princips. Tie ir savstarpēji saistīti

papildinoši principi, jo īstenojot laba darīšanu, nevar ignorēt nekaitēšanas, taisnīguma un autonomijas principus. [43] Tie ir nozīmīgi māsas un pacienta attiecību veidošanai un pamats tam, lai pacients uzticētos māasai. Māsas atbildība ietver pilnveidošanos, vispārpieņemto morāles normu ievērošanu, kļūdu un nepilnību atzīšanu un labošanu. Māsa rīkojas, darot labu un nekaitējot pacientam/klientam. [23]

Deontoloģija ir mācība par profesionālo pienākumu, medicīnas personāla rīcības principiem, attieksmi pret pacientu un medicīnas darbinieku savstarpējām attiecībām; tā ir māsas ētikas daļa. [17] Deontoloģija balstās uz vācu filozofa Imanuela Kanta (*Immanuel Kant, 1724-1804*) morāles atziņām – katram jārīkojas ne tikai saskaņā ar pienākumu, bet arī pienākuma veidošanā un sargāšanā neatkarīgi no savām vēlmēm, apstākļiem un sekām. “Rīkojies tā, lai tavas gribas morālās prasības vienmēr vienlaikus varētu noderēt par vispārējas likumdošanas principu.” Prasībai vienmēr ievērot morālās prasības jeb maksimas ir jābūt kā likumam, kuru ievēro ne tikai pats cilvēks, bet arī citi. I. Kanta idejas par cilvēka gribas autonomiju ir teorētiskais pamats personības autonomijas principam – prasībai ievērot indivīda tiesības uz morālo pašnoteikšanos. [43]. Deontoloģijā ir izstrādāti tiesiskai regulācijai līdzīgi noteikumi – morāles likumi un noteikumi, normu kopums, kas jāievēro un jāuzņemas kā pienākums. Deontoloģija ir beznosacījumu ētika, kura nepaļaujas uz dabisku vēlmju vai mērķu motivāciju, bet atzīst racionālas būtnes autonomiju un spēju brīvi lemt atbilstoši racionāliem universāliem principiem. Tā uzsver darbības vārdu vajadzības izteiksmē (jādara, jāvar, vajag) jeb to, ko pieprasa pienākums attiecībā pret sevi un saesību ar citiem. [17]

Māsa, veicot veselības aprūpi, veido pozitīvu veselības aprūpes vidi, kurā tiek ievērotas cilvēktiesības, respektētas pacienta/klienta vērtības un reliģiskie uzskati. Māsa jebkuru kolēģu neētisku rīcību vai situāciju, kas nav savienojama ar ētikas principiem, analizē un novērš veselības aprūpes komandā. Ja problēmu nav iespējams atrisināt šajā līmenī, māsas profesionālais pienākums ir ziņot par kolēģu ētikas normu pārkāpumiem citām institūcijām. [23]

Līdztekus pamatprincipiem medicīnas ētikā būtiski ir konfidencialitātes un privātuma ievērošanas principi. Veselības aprūpes procesa neatņemama sastāvdaļa ir datu par personas veselību iegūšana un izvērtēšana ar mērķi gan profilaktiski novērot personas veselības stāvokli, gan noteikt nepieciešamos pasākumus ārstēšanai veselības stāvokļa pasliktināšanās gadījumā. Turklāt šie dati tiek uzkrāti un izmantoti ne tikai konkrētas ārstniecības epizodes ietvaros, bet arī ilgtermiņā. Jau kopš seniem laikiem ar ārstniecības personas profesiju tiek saistīts jēdziens “konfidencialitāte”. Vārds konfidencialitāte ir cēlies no latīņu vārda “*confidentia*” – uzticība, un nozīmē neizpaužams, slepens. Veselības aprūpes speciālistu profesionālās ētikas prasība ievērot konfidencialitāti pirmo reizi tika ietverta Hipokrāta zvērestā un vēlāk apstiprināta

Pasaules medicīnas asociācijas 1948. gada Ženēvas deklarācijā. Pacients sagaida konfidencialitātes respektēšanu. Veselības aprūpē strādājošie nedrīkst izplatīt, apspriest informāciju par pacientu, tiem rūpīgi jāattiecas pret pacienta medicīniskajiem dokumentiem un elektroniskajām datu bāzēm, ko lieto ārstniecības iestādes [12].

Pienākums nodrošināt veselības datu konfidencialitāti jau ilgstoši ir ticis atzīts par neatņemamu māsas profesionālās ētikas standartu. Šis fundamentālais pacientu tiesību koncepts ir saglabājies līdz pat mūsdienām, lai gan ir mainījies pacienta veselības datu aizsardzības tiesiskais ietvars. Tehnoloģiju progress ir būtiskākais faktors, kas radīja nepieciešamību pēc tiesiskās noteiktības veselības datu apstrādē, kā rezultātā pakāpeniski ir īstenoti pasākumi pacientu veselības datu aizsardzībai.

Māsu Ētikas kodeksā ir minēts, ka māsa nodrošina pacienta personas datu konfidencialitāti. Pacienta personas datu izpaušana atļaujama tikai saskaņā ar fizisko personu datu aizsardzību regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajām prasībām. Citiem veselības aprūpes speciālistiem pacienta/klienta konfidenciala rakstura informāciju drīkst izpaust tik daudz, cik katram nepieciešams zināt, lai veiktu savus profesionālos pienākumus. [23]

4. PACIENTA AUTONOMIJA UN TIESĪBAS, PERSONAS DATU AIZSARDZĪBA VEICOT PROFESIONĀLO DARBĪBU

4.1. Droša pacientu aprūpe

Ārstniecības un aprūpes pakalpojumu kvalitātes neatņemama daļa ir pacientu drošības nodrošināšana. Pacientu drošība ir kopīgs mērķis visiem – gan veselības aprūpes profesionāļiem, gan pacientiem, gan sabiedrībai kopumā. Pacientu drošība ir novēršama kaitējuma nepieļaušana pacienta veselības aprūpes procesā un nevajadzīga kaitējuma riska samazināšana, kas saistīts ar veselības aprūpi, līdz pieļaujamam minimumam. Pieļaujama minimums attiecināms uz visu pašreizējo zināšanu priekšstatiem, pieejamajiem resursiem un apstākļiem, kādos aprūpe tika sniegta, salīdzinot ar neārstēšanas vai cita veida ārstēšanas risku. [74]

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas Pasaules Alianses pacientu drošības definīcijai pacientu drošība (*patient safety*) ir nejaušu, negribētu kaitējumu neesamība, un tās vadība saistīta ar rīcību, lai izvairītos no kaitējuma pacientam, tā saistīta ar preventīviem pasākumiem un uzlabojumiem sistēmā, iekļaujot sevī iepriekšēju risku noteikšanu un izvairīšanos no iepriekš paredzamām kļūdām. Progresam medicīnā ir cieša saistība ar pieaugošo kļūdu risku, īpaši tik sarežģītā sistēmā kā slimnīca. Ārstēšana kļuvusi arvien komplicētāka un prasa milzīgu zināšanu apjomu, turklāt pieaug ārstēšanas un aprūpes procesā iesaistīto cilvēku skaits. Arī tehnoloģijas kļūst sarežģītākas, bet cilvēka un tehnoloģiju mijiedarbība jebkurā nozarē tiek vērtēta kā viena no riska jomām attiecībā uz drošību. Ikdienas praksē bieži vien nav nepārprotami skaidrs, vai nevēlamais iznākums radies raksturīgu medicīnisku risku, kļūdas vai nepareizi veiktas procedūras, vai aprūpes dēļ. Arvien lielāka uzmanība jāpievērš sadarbībai un pacienta (t. sk. saistītās informācijas) nodošanu nākamajam aprūpes posmam. Šo visu faktoru komplekss arī nosaka pieaugošo risku medicīnā. Ir ļoti daudz cilvēcisko faktoru, kas var inducēt kļūdu mehānismu, kā, piemēram, zināšanu, pieredzes trūkums, uzmanības novēršana, neveiklums, pārspīlēts ego, darba spriedze, miega trūkums, saspringta atmosfēra, steidzināšana, konfliktsituācijas, arī greizsirdība, sacenšanās un slikta komunikācija. Slimības neprognozējamība un tas, kā pacients reaģē uz terapiju arī spēlē nozīmīgu lomu kļūdu rašanās procesā. [39]

Lielākā daļa kļūdu un neatbilstoša pacientu aprūpe rodas nevis atsevišķa indivīda darbības rezultātā, bet gan starp savstarpēji konfliktējošiem, nepilnīgiem sistēmiskiem aspektiem, sistēmām, kuru daļa ir arī tajā darbojošies indivīdi – veselības aprūpes profesionāļi. Pacientu drošības pētnieki skaidri atpazīnuši nepieciešamību pēc cilvēcisko faktoru problēmu

risināšanas un sistēmiskās pieejas attiecībā uz pacientu drošības pētniecību, analīzi un pilnveidošanu. Cilvēka faktors jeb ergonomika akcentē mijiedarbību starp cilvēku un viņa darbības vidi, kas veicina cilvēka profesionālo sniegumu, drošību, veselību un darba dzīves kvalitāti, kā arī radīto lietu vai sniegto pakalpojumu kvalitāti. Cilvēka faktori medicīnā (*Clinical human factors*) nozīmē klīniskā snieguma paaugstināšanu caur izpratni par rezultātiem, kas rodas komandas darba, uzdevumu, aprīkojuma, darba vietas, kultūras, organizācijas un cilvēka uzvedības un iespēju ietekmē un šo zināšanu piemērošanu klīniskajā praksē. [39]

Pacienta drošība ir visaptverošs pasākumu kopums, kas ietver:

- cilvēcisko, tehnoloģisko, komunikācijas kļūdu samazināšanu;
- riskus mazinošu pasākumu ieviešanu visos ārstniecības posmos - pacienta identifikācija, higiēna, sterilitāte, droša zāļu, šķīdumu, asins preparātu aprīte, negaidītu un nevēlamu notikumu iespējamības samazināšanu;
- ziņojumus un mācīšanās pasākumus, kļūdu analīzi un pasākumus to atkārtošanās novēršanai. [12]

Rūpes par pacientu drošību ir nepārtraukts process, tiecoties proaktīvi identificēt nedrošās situācijas, darbības un to veicinošos faktoros, kā arī organizatoriskos aspektus, kas nav labvēlīgi drošai ārstniecībai, un cenšoties samazināt ar veselības aprūpi saistīta nevajadzīga kaitējuma risku līdz akceptējamam jeb pamatotam minimumam. [34]

4.2. Personas datu aizsardzība un to reglamentējošie normatīvi

Dati par personu, arī dati par personas veselību, veido ievērojamu personas privātās dzīves daļu, tāpēc personas datu aizsardzība ir privātās dzīves neaizskaramības pamatelements. Šajā tehnoloģiju attīstības laikmetā aizsargāt personas datus kļūst aizvien sarežģītāk, jo automatizēti var tikt vienlaicīgi apstrādāti lielāks personas datu un personas datu saturošu nesēju skaits un lielāks informācijas apjoms. Līdz ar to, svarīga kļūst izpratne par to, kas ir aizsardzības objekts un kādi ikdienas aizsardzības pasākumi veicami, lai minimizētu vai izslēgtu neaizskaramības tiesību pārkāpšanas iespēju. [25]

Personas dati ir jebkāda informācija, kas attiecas uz identificētu vai identificējamu fizisko personu (piemēram, vārds, uzvārds, personas kods, cita informācija, kas atļauj atpazīt personu).

Personas datu aizsardzību nosaka Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2016/679 (2016. gada 27. aprīlis) par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar to atceļ Direktīvu 95/46 EK (Vispārīgā datu aizsardzības regula). Fizisko personu datu apstrādes likums pieņemts, lai ieviestu Vispārīgo datu aizsardzības regulu (turpmāk – datu regula). Svarīgi ir norādīt, ka Fizisko personu datu apstrādes likums un datu

regula aizsargā dzīvu personu datus. Likuma mērķis ir radīt tiesiskus priekšnoteikumus fiziskās personas datu aizsardzības sistēmas izveidošanai nacionālajā līmenī, paredzot šim nolūkam nepieciešamās institūcijas, nosakot to kompetenci un darbības pamatprincipus, kā arī reglamentējot datu aizsardzības speciālistu darbību un datu apstrādes un brīvas aprites noteikumus. [13]

Likums regulē:

- Datu valsts inspekcijas tiesības, pienākumus, darba organizāciju,
- datu aizsardzības speciālistu statusu,
- sertifikācijas un rīcības kodeksa pārraudzības institūcijas,
- datu apstrādes noteikumus,
- datu subjekta tiesības un to ierobežojumus [12].

Personas datu aizsardzības mērķis ir aizsargāt personas tiesības uz privātumu. Pacientam ir tiesības uz sava privātuma neaizskaramību ārstniecības procesa gaitā, kā arī tiesības būt drošam, ka dati par slimību un ārstēšanu būs konfidenciāli. Informācijai par pacienta veselības stāvokli, slimību, diagnozi, prognozi un ārstēšanu kā arī visai pārējai privātās dabas informācijai ir jābūt konfidenciālai. Šis noteikums ir spēkā arī pēc pacienta nāves. Tāpēc ir ļoti svarīgi, lai ārstniecības personām būtu zināšanas, izpratne un prasmes ikdienā piemērot datu aizsardzības prasības, neatstājot otrajā, mazāksvarīgā plānā galveno ārstniecības uzdevumu un mērķi – cilvēka atveseļošanu. [12]

Pacienta datu aizsardzību regulē Pacientu tiesību likums:

- Informācija, kas attiecas uz identificētu vai identificējamu pacientu, ir aizsargājama saskaņā ar fizisko personu datu aizsardzību regulējošiem normatīvajiem aktiem;
- Informāciju par pacientu drīkst izpaust tikai ar viņa rakstveida piekrišanu vai gadījumos, kas noteikti šajā likumā. [33]

Ārstniecības iestādes un ārstniecības personu rīcībā nonāk ne tikai datu regulā noteiktā īpašu kategoriju informācija - biometrijas, ģenētiskie un veselības dati, bet arī cita informācija par pacientu, tā privāto dzīvi: dzīvesvietu, bērniem, vecākiem, laulāto, ģimeni, darba vietu, dzīvesvietu, sociālo statusu (trūcīgs, maznodrošināts, vai gluži pretēji – labi situēts (personisko mantu un vērtslietu saraksts, kas nodotas glabāšanā)). Aizsargājama ir jebkura informācija par pacientu, ne tikai īpašu kategoriju personas dati.

Pacienta rakstveida piekrišana informācijas izpaušanai prasa ievērot datu regulā noteiktās prasības. Ārstniecības iestādes izstrādā piekrišanas veidlapas, kurās pacientam tiek sniegts skaidrojums par nepieciešamību apstrādāt viņa personas datus, to apstrādes mērķus, citus datu regulā noteiktus piekrišanā iekļaujamus jautājumus. Piekrišanā pacientam var tikt dota iespēja norādīt konkrētu personu, kurai var tikt sniegta informācija. Pacienta rakstiska piekrišana

informācijas saņemšanai var būt ietverta arī pacienta izdotā pilnvarā, ko uzrāda persona, ierodoties ārstniecības iestādē. [12]

4.3. Pacientu tiesības un pienākumi

Pacientu tiesību likuma mērķis ir veicināt labvēlīgas attiecības starp pacientu un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, sekmējot pacienta aktīvu līdzdalību savas veselības aprūpē, kā arī nodrošināt viņam iespēju īstenot un aizstāvēt savas tiesības un intereses. Pacientu tiesību likumā ir aprakstīta informācija par:

- pacientu tiesībām uz informāciju,
- pacientu tiesībām uz ārstniecību,
- piekrišanu ārstniecībai vai atteikšanos no tās,
- citu personu tiesībām piekrist ārstniecībai vai atteikties no tās,
- tiesībām izvēlēties ārstu un ārstniecības iestādi,
- tiesībām iepazīties ar medicīniskajiem dokumentiem,
- pacienta datu aizsardzību,
- pacienta līdzdalību klīniskajā pētījumā,
- pacienta līdzdalību klīniskās apmācības procesā,
- nepilngadīga pacienta tiesībām,
- bāriņtiesas piekritību,
- pacienta pienākumiem,
- pacientu tiesībām uz atlīdzību,
- ārstniecības riska fondu,
- tiesību un likumisko interešu aizstāvēšanu. [33]

Pacientu tiesību likumā ir noteikti pacienta pienākumi. Pacienta pienākumus var nosacīti dalīt divās daļās:

1. Pienākumi pret savu un citu personu veselību:
 - rūpes par savu veselību - pacientam ir jā rūpējas par savu, tuvinieku un apgādībā esošo personu veselību;
 - nekaitēt savai veselībai: neveicināt slimību, nekavēt atveseļošanos neveikt darbības, kas var radīt traumas, pašsākropļošanas;
 - aktīvi iesaistīties ārstniecībā – līdzestība, ārsta norādījumu un aizliegumu ievērošana: izrakstīto zāļu lietošana, nepieciešamo izmeklējumu veikšana;
 - informācijas sniegšana ārstējošam ārstam savu iespēju un zināšanu robežās: ārstniecības nodrošināšanai (anamnēzes ievākšana, par sava veselības stāvokļa izmaiņām ārstniecības laikā); par iepriekš sniegtajām piekrišanām un atteikumiem

(pacienta reliģiskās pārliecības diktēti aizliegumi ārstniecības metožu pielietošanā), kā arī par savām slimībām, kas var apdraudēt citu personu dzīvību vai veselību (infekcijas slimības).

2. Pienākumi pret ārstniecības iestādi un ārstniecības personām:

- ievērot ārstniecības iestādes iekšējās kārtības noteikumus;
- uzrādīt personu apliecinošu dokumentu;
- samaksāt par saņemtajiem pakalpojumiem;
- cienīt citus pacientus (personas). [12; 33]

4.4. Autonomijas princips un pacienta autonoma lēmumu pieņemšana

Indivīda autonomija ir absolūts un fundamentāls pamatprincips kā morālē, tā tiesību disciplīnā. Pacienta autonomija nozīmē, ka tikai pacients ir tas, kurš pieņem gala lēmumu par jautājumiem, kas tieši skar viņu pašu. Autonomija ietver cilvēka tiesības pašam uz savu ķermeni, organismu, un arī paradoksālā veidā, uz slimību un traumu. Personas autonomija ir saistīta ar ķermeņa fizisko un psihisko integritāti – veselumu un tās neaizskaramību. Pacienta autonomija ir pamatota uz indivīda vērtībām, pamatota uz precīzu informāciju, brīva no piespiedu līdzekļiem un pamatota iemeslos un apdomīgos apsvērumos. Autonomijas princips ietver trīs nesaraucjami saistītus, tomēr atsevišķi izdalāmus elementus - informācija un lēmuma pieņemšana, privātums, konfidencialitāte. [12]

Eiropas Pamattiesību harta medicīnas un bioloģijas jomā jo īpaši akcentē personas apzinātu un brīvu piekrišanu ārstniecībai – informēto piekrišanu. Lai pacients īstenotu tiesības uz savu ķermeni un varētu pieņemt lēmumus par to, kā arī par ārstniecību, kas nepieciešama slimības vai traumas gadījumā, tam nepieciešama informācija. Pienākums pacientam sniegt un izskaidrot šo informāciju ir uzlikts ārstniecības personām. Informācija ir jebkura lēmuma pieņemšanas pamatā. Informācija ir priekšnoteikums piekrišanas sniegšanai, pretējā gadījumā piekrišana, kas sniegta bez iepriekš pēc iespējas savlaicīgi sniegta izsmeļošas un pacientam saprotamas informācijas saņemšanas, uzskatāma par formālu un nesasniedz savu mērķi – pacienta autonomijas respektēšanu. [12]

Informētā piekrišana kā cilvēktiesību sastāvdaļa balstīta uz personas autonomijas jeb pašnoteikšanās principu, saskaņā ar kuru ikvienas personas ķermenis ir neaizskarams un tikai pašai personai ir tiesības noteikt, kas ar to tiek darīts. Vienlaikus pacients bez speciālām zināšanām un medicīniskās izglītības visai aptuveni un neprecīzi var novērtēt savu stāvokli, izvērtēt savu sūdzību cēloņus un jo vairāk izraudzīties nepieciešamo ārstēšanu. Svarīgi atzīmēt, ka pacienta nekompetence un veselības stāvokļa vai citu cēloņu izraisīta nespēja uztvert

informāciju un pieņemt lēmumu par savu ārstniecību nekādā veidā neizmaina pacienta autonomiju. Šādos gadījumos tās aizsardzība tiek īstenota, uzticot pacienta interešu un tiesību pārstāvniecību likumā noteiktām personām vai noteiktos gadījumos - ārstu konsīlijam. [12]

Ārstniecība ir pieļaujama, ja pacients devis tai informēto piekrišanu. Pacienta piekrišana ir informēta (apzināta), ja pacients to devis, pamatojoties uz ārsta iepriekš sniegtu informāciju. Pacients informēto piekrišanu var dot gan rakstveidā, gan mutvārdos, gan arī ar tādām darbībām, kas nepārprotami apliecina piekrišanu. Informētā piekrišana ir noformējama rakstveidā, ja to pieprasa pacients vai ārstējošais ārsts. Ārstniecība bez pacienta informētas piekrišanas ir aizliegta un pielīdzināma miesas bojājumu nodarīšanai, par ko iestājas likumā noteiktā atbildība. Pacientu tiesību likums nepārprotami nosaka, ka veselības aprūpe pret pacienta gribu nav pieļaujama, ja likumā nav noteikts citādi. [33]

Apskatoties no māsas puses, tad:

1. Māsa saprotamā formā sniedz pacientam/klientam pietiekamu informāciju par aprūpes nepieciešamību un savām darbībām atbilstoši māsas kompetencei, ņemot vērā pacienta/klienta vecumu un spēju uztvert informāciju.
2. Māsas profesionālajā darbībā nav pieļaujamas situācijas vai apstākļi, kad pacients/klients tiek apzināti maldināts vai sniegta nepatiesa informācija; jebkura šāda rīcība tiek uzskatīta par neētisku.
3. Māsa ciena rīcībspējīga pacienta/klienta tiesības atteikties no ārstēšanas un veselības aprūpes pat tad, ja šāds atteikums varētu kaitēt viņa veselībai. Māsa informē par šādu gadījumu ārstu. [23]

Privātums un konfidencialitāte ir radniecīgi, taču ne identiski jēdzieni. Privātums ir vara un kontrole pār to, kas, ko un cik daudz uzzinās, redzēs, dzirdēs par indivīdu un visu, kas ir privāts un intīms. Savukārt, konfidencialitāte ietver informācijas apriti un aizsardzību. Ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu rīcībā veselības aprūpes procesā nonāk visai apjomīgs informācijas klāsts par pacientu, sākot ar informāciju par pacienta slimību, fizioloģiju un anatomiju, agrāk pārslimotām slimībām, beidzot ar darbavietu, ģimenes apstākļiem, sociālo un mantisko stāvokli. Pret šiem jautājumiem jāizturas ar nopietnu attieksmi gan darbā, stingri ievērojot dokumentu glabāšanas, datoru piekļuves noteikumus, gan ārpus darba - jāatturas no informācijas izplatīšanas sarunās, sociālajos tīklos, ģimenē un ar draugiem. Pacientu tiesību likumā detalizēti ir noteikti informācijas aizsardzības noteikumi, kā pirmo noteikumu definējot:

- Informācija par pacientu ir aizsargājama;
- To var izpaust tikai ar pacienta rakstisku piekrišanu vai likumā noteiktos gadījumos.

[12; 33]

5. DARBA VIDES ĪPATNĪBAS, AR PROFESIJU SAISTĪTĀS ARODSLIMĪBAS, AR MĀSAS PIENĀKUMU VEIKŠANU SAISTĪTO DARBU DROŠĪBA, DARBA VIDES RISKĀ FAKTORI

5.1. Māsas darba vides raksturojums

Māsu darbs prasa lielu atbildības sajūtu, kā arī ir nepieciešamas dažādas prasmes un zināšanas ne tikai teorētiskajās, bet arī praktiskajās darbībās. Māsas, viena no lielākajām veselības aprūpes speciālistu grupām, nodrošinot drošu, kvalitatīvu, efektīvu un kvalificētu veselības aprūpes pakalpojumu, aprūpes procesā palīdz pacientiem pielāgoties iekšējo un ārējo faktoru radītajām izmaiņām. Tomēr katrai profesijai ir sava specifika un darba vidi ietekmējošie riska faktori, kas ietekmē darbu. Faktori, kas galvenokārt ietekmē māsu darbu, ir fizikālie, bioloģiskie, ķīmiskie, psihoemocionālie, fizioloģiskie, ergonomiskie, kā arī nelaimes gadījumu (tajā skaitā mehāniskie un traumatiskie) riska faktori. Darba apstākļiem jābūt optimāliem, lai spētu garantēt cilvēka labsajūtu, veselības aizsardzību un drošību. [18]

Le Blāns (*Le Blan*) un līdzautori izdala sekojošas darba stresoru kategorijas: darba saturs, darba apstākļi, darba apstākļi, sociālās attiecības darbā (*skat. 5.1. tabulu*). Katra no šīm stresoru grupām ietver daudzus faktorus, ar kuriem māsām var nākties sastapties ikdienas darbā. [6]

5.1. tabula

Darba stresoru kategorijas [6]

Kategorija	Stresors
1.	2.
Darba saturs	pārslodze/nepietiekama slodze darbā sarežģīts darbs monotons darbs pārāk liela atbildība bīstams darbs konfliktējošas/pretrunīgas prasības
Darba apstākļi	toksiskas vielas neapmierinoši apstākļi (troksnis, vibrācija, apgaismojums, radiācija, temperatūra) poza darbā fiziski smags darbs bīstamas situācijas nepietiekama higiēna nepietiekami aizsarglīdzekļi darbs maiņās zems atalgojums sliktas karjeras izredzes darbs bez garantijām

1.	2.
Sociālās attiecības darbā	neapmierinoša līderība nepietiekams sociālais atbalsts nav iespēju piedalīties lēmumu pieņemšanā patstāvības ierobežojumi diskriminācija

5.2. Droša darba vide un preventīvie pasākumi māsas praksē

Darba devēju konfederācija vēsta, ka darba vidi nav iespējams uzturēt pilnīgi bez riska faktoru ietekmes, tāpēc to samazināšana un kontrole ir katra darba devēja pienākums, bet preventīvo pasākumu izvēle un to veikšana izvērtējama, ņemot vērā darba vides riska lielumu, uzņēmuma finansiālās iespējas un attiecīgo pasākumu piemērotību uzņēmuma/ iestādes darbības specifikai. Pilnvērtīga kontrole un riska faktoru samazināšana līdz pieļaujamiem līmeņiem ir iespējama tikai tad, ja darba devēji, viņu nozīmētās atbildīgās personas, kā arī nodarbinātie ir informēti par darba vides riska faktoru raksturu un spēj prognozēt to iespējamās sekas. [8]

Darba vides sakārtošana

Sakārtota apkārtējā darba vide mazina traumatisma iespēju un paaugstina darba efektivitāti. Darba vides sakārtošana ietver sevī gan kārtības uzturēšanu darba vietā, gan tās pielāgošanu katram un visiem darbiniekiem vienlaicīgi. Sakārtojot darba vidi, rūpīgi pārdomājot un izplānojot tās iekārtojumu, ir iespējams samazināt un izvairīties no nelaimes gadījumiem darba vietā. Īpaši svarīgi ir uzturēt kārtību darba vidi, ja strādā liels skaits cilvēku. [24]

Psihoemocionālo riska faktoru mazināšana

Psihoemocionālie riska faktori ir vieni no izplatītākajiem riskiem veselības un sociālās aprūpes nozarē nodarbinātajiem. Jebkurā veselības un sociālās aprūpes jomā ir raksturīga virkne apstākļu, kas var radīt paaugstinātu psihoemocionālo risku jeb stresu. Ņemot vērā to, ka psihoemocionālo riska faktoru iedarbība ir atšķirīga katram nodarbinātajam, diemžēl, nav iespējami arī vienādi preventīvie pasākumi. Vairums speciālistu uzskata, ka preventīvie pasākumi ir vēršami uz pašu nodarbināto informētību par šiem riskiem, kā arī uz tradicionālo psihoemocionālo risku novēršanu (piemēram, darba maiņu labāku plānošanu, komunikācijas uzlabošanu u. c.) ; apzinātas iestādes politikas veidošanu, kuras mērķis ir potenciālo stresa faktoru identificēšana un rīcība to mazināšanai; darba laika un atpūtas plānošanu un pielāgošanu nodarbināto vajadzībām, piemēram, atvaļinājumu plānošana atbilstoši darbinieka ģimenes stāvoklim, plānojot atvaļinājumu skolēnu brīvdienās u.c.; pārdomātas profesionālās izaugsmes programmas, piemēram, katram darbiniekam individuāli izstrādāts un izrunāts plāns par

iespējamo izaugsmi darba vietas ietvaros; dažādu atbalsta programmu ieviešanu, piemēram, sporta aktivitāšu atbalstīšana, veselīga dzīvesveida popularizēšana u.c.; speciālu programmu izveidošanu psihoemocionālās vardarbības apzināšanai un novēršanai, piemēram, pārrunas ar šādās situācijās iesaistītajiem darbiniekiem, organizāciju psihologu pieaicināšana u.c. [40]

Ergonomiskas darba vides nodrošināšana

Smagumu celšana un pārvietošana, darbs piespiedu pozā, vienveidīgas kustības ir biežākie ergonomiskie riska faktori, ar kuriem savā darbā nākas sastapties māsai. Lai mazinātu veselības problēmas un arodsaslimšanu attīstību, jāievēro šādi preventīvie pasākumi:

- darba vietu pārdomāta iekārtošana, nodrošinot ergonomiski optimālu iekārtojumu, piemēram, pareizu darba virsmu augstumu, regulējamus krēslus un apgaismojumu u.c.;
- pārdomāta pacientu plūsmas un aprūpes plānošana, samazinot liekās kustības vai iespējamo atrašanos piespiedu pozās;
- nodarbināto informēšana un apmācība par smagumu pārvietošanas pamatprincipiem, kā arī par iespējamiem atslodzes vingrinājumiem;
- nepieciešamo smagumu pārvietošanai nodrošināt palīglīdzekļus un tos lietot, apmācīt nodarbinātos un informēt par palīglīdzekļu pareizas lietošanas svarīgumu;
- regulāru atpūtas paužu ievērošana un vingrinājumu izmantošana atslodzei;
- nepieciešamo individuālās aizsardzības līdzekļu (piemēram, ilgstošam darbam paredzētu piemērotu apavu vai slodzi samazinošu paklāju u. tml.) nodrošināšana;
- nodarbināto nosūtīšana uz obligātajām veselības pārbaudēm (ne retāk kā reizi trijos gados). [40]

Ķīmisko riska faktoru mazināšana

Ķīmiskās vielas ir sastopamas gandrīz jebkurā veselības un sociālās aprūpes nozares darba vietā, tāpēc ir svarīga to ietekmes maksimāla mazināšana uz māsas organismu. To iespējams panākt pareizi izvēloties individuālās aizsardzības līdzekļus (cimdus, respiratorus u.c.); informējot nodarbinātos par ķīmiskajiem darba vides riska faktoriem, kā arī regulāri šo informāciju atkārtot; nodrošinot pareizu ķīmisko vielu apriti (glabāšana piemērotos un marķētos traukos, medikamentu iegāde piemērotās devās, drošības datu lapu pieejamība u. c.); nosūtot nodarbinātos uz obligātajām veselības pārbaudēm (ne retāk kā reizi trijos gados vai biežāk atbilstoši ekspozīcijas līmenim). [40]

Bioloģisko riska faktoru mazināšana

Bioloģiskie riska faktori ir vieni no būtiskākajiem riska faktoriem veselības un sociālās aprūpes nozarē nodarbinātajiem. Tipiskākie bioloģiskie aģenti, kas var pakļaut riskam veselības un sociālās aprūpes nozares strādājošos ir B un C vīrushepatīta izraisītāji, HIV/AIDS,

tuberkuloze, masaliņu vīruss, citomegalovīrusi, Covid-19, kā arī daudzi citi potenciāli bīstami vīrusi un mikroorganismi. Svarīgākie preventīvie pasākumi:

- nodarbināto informēšana par iespējamiem bioloģiskiem riskiem konkrētajā nozarē un veselības traucējumiem inficēšanās gadījumā;
- nodarbināto informēšana par pareizu un drošu darba paņēmieni lietošanu (piemēram, saskaroties ar asiem priekšmetiem), kā arī par nepieciešamo individuālās aizsardzības līdzekļu (piemēram, cimdu, sejas masku u. c.) lietošanu;
- drošas medicīnisko atkritumu savākšanas sistēmas noteikšana un ieviešana (piemēram, sagādājot drošus konteinerus aso priekšmetu savākšanai, necaurlaidīgus maisus inficētas veļas savākšanai u. c.);
- stingra dezinfekcijas režīma un personīgās higiēnas ievērošana (telpu mazgāšana un dezinficēšana, regulāra roku mazgāšana u. c.). [40]

Fizikālo riska faktoru mazināšana

Veselības un sociālās aprūpes institūcijās nodarbinātie savā ikdienas darbā var tikt pakļauti dažādiem darba vides fizikālajiem faktoriem, tomēr parasti to līmenis nav pārāk augsts vai noteiktajām prasībām neatbilstošs. Biežākie fizikālie faktori, kas ietekmē tieši mūsu darbu, ir troksnis, mikroklimats un apgaismojums.

Troksni šīs nozares darba vietās visbiežāk rada dažādas lietotās iekārtas, ventilācijas un kondicionēšanas sistēmas, kā arī, atsevišķos gadījumos, pacienti. Troksnis var darboties arī kā psihoemocionāls riska faktors. Svarīgākie preventīvie pasākumi ir saistīti galvenokārt ar to, lai nodrošinātu tikai pārbaudītu un darba kārtībā esošo iekārtu lietošanu. [40]

Veselības un sociālās aprūpes nozarē jāreķinās ar to, ka darba vietu mikroklimata prasības nosaka nevis nodarbināto komforta zona, bet pacientu vai dažādu specifisku izmeklēšanas iekārtu noteiktās prasības, piemēram, intensīvās terapijas nodaļās pacientu dzīvības un labsajūtas nodrošināšanai gaisa temperatūra būs nedaudz augstāka. Nelabvēlīgs mikroklimats, kombinācijā ar nepiemērotu darba apģērbu, pastiprina citu darba vides riska faktoru iedarbību, piemēram, nelabvēlīgs mikroklimats rada paaugstinātu no darba atkarīgo un ar darbu saistīto slimību skaitu, kā arī hronisku slimību paasinājumus tajā skaitā augšējo elpošanas ceļu saslimšanu, saaukstēšanos. Svarīgākie preventīvie pasākumi ir efektīvas ventilācijas un nepieciešamības gadījumā arī gaisa kondicionēšanas ierīkošana un uzturēšana kārtībā (regulāra filtru nomaiņas un tīrīšanas nodrošināšana u. c.), kā arī piemērota darba apģērba izvēle. [40]

Veselības un sociālās aprūpes darba vietas ir īpašas ar to, ka daudzu specifisku darbu veikšanai ir nepieciešams ļoti labs apgaismojums, piemēram, veicot dažādas pārbaudes vai izmeklējumus, tāpēc darba vietās jānodrošina veicamajiem uzdevumiem pietiekams un

atbilstošs apgaismojuma līmenis, nepieciešamības gadījumā papildus lietojot vietējo apgaismojumu, kā arī jāveic regulāra gaismas ķermeņu tīrīšana un spuldžu savlaicīga nomaiņa

Nelaiemes gadījumu (mehāniskie un traumatisma) novēršana

Salīdzinājumā ar citām nozarēm, veselības un sociālās aprūpes nozarē tiek reģistrēts ievērojami lielāks skaits nelaiemes gadījumu. Svarīgākie nelaiemes gadījumu veidi šajā nozarē ir saistīti ar pakļupšanu un pakrišanu, kā arī saduršanos ar asiem priekšmetiem. Preventīvo pasākumu apkopojums šiem nelaiemes gadījumiem izraisošajiem apstākļiem atrodams šī metodiskā materiāla 6.3. apakšnodaļā.

Atsevišķos gadījumos pacienti, kā arī to tuvinieki vai citas personas, var būt vardarbīgi un apdraudēt nozarē nodarbinātos, īpaši izteikta šī problēma ir psihiatriskajās nodaļās, traumatoloģijas un uzņemšanas nodaļās, kur visbiežāk cieš māsas, kā arī neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā, kur izsaukumu laikā cieš šoferi un medicīniskais personāls. Biežākās pacientu grupas, kas rada uzbrukuma draudus personālam, ir pacienti narkotiku vai alkoholisko vielu reibumā vai psihiski slimi pacienti. Vardarbības gadījumā vienmēr jāatceras, ka personāla drošība ir pirmajā vietā, turklāt, lai pasargātos no vardarbības riska, būtu iespēju robežās jānodrošina apsardzes darbība, videonovērošanas sistēmas, kā arī katrai nodaļai būtu jābūt pieejamai “trauksmes pogai”, kuru nospiežot pēc iespējas ātrāk ierodas palīdzība, tādā veidā māsas un pārējais personāls justos drošāk pret vardarbību gan no pacientu, gan arī to tuvinieku un svešu cilvēku puses. Kā papildus preventīvajiem pasākumiem, varētu minēt tādas lietas, kā pietiekama personāla nodrošinājuma plānošana (piemēram, nodrošinot to, ka māsas nestrādā vienatnē, vai arī nodaļā ir fiziski spēcīgāki darbinieki). Nodaļās, kuras ir pakļautas vardarbības riskam, būtu jāiziet speciāla apmācība par darbu ar vardarbīgi noskaņotām personām. [40]

5.3. Arodslimību risku skaidrojums, bioloģiskie un psiholoģiskie riska faktori

Ar nodarbināto veselības un darba drošības jautājumiem nodarbojas īpaša nozare- darba veselība jeb arodveselība. [9] Arodveselība nosaka preventatīvos pasākumus katrā risku grupā, tas ir, rīcība vai pasākumi, ko uzņēmumā veic vai plāno visos darba posmos, lai novērstu vai mazinātu darba vides risku. [7]

Saskaņā ar likumu “Par obligāto sociālo apdrošināšanu pret nelaiemes gadījumiem darbā un arodslimībām” Latvijā arodslimības definē kā atsevišķām nodarbināto kategorijām raksturīgas slimības, kuru cēlonis ir darba vides fizikālie, ķīmiskie, higiēniskie, bioloģiskie un psiholoģiskie faktori [35]. Ministru kabineta noteikumos Nr. 908 “Arodslimību izmeklēšanas un uzskaites kārtība” ir uzskaitītas slimības, kuru cēlonis ir darba vides dažādi riska faktoru izraisītas slimības [28]. Lai gan arodslimības var būt arī akūtas, tomēr Latvijā arodslimības

biežāk pastāv kā lēna un pakāpeniska nodarbinātā veselības pasliktināšanās, ko izraisījusi ilgstoša pakļautība kaitīgiem apstākļiem, piemēram, mugurkaula bojājums no smagumu pārvietošanas, vai arī neatbilstoša darba organizācijas forma [18; 20].

Ikdienā mēs esam pakļauti riska faktoru iedarbībai gan dabiskajā vidē, gan uzbūvētajā vidē. Vides ietekmes stiprums uz veselību ir atkarīgs no iedarbības apjoma un konkrēta faktora daudzuma vai lieluma. Cilvēki uz vides faktoriem reaģē dažādi: vieni ir jutīgāki, citi – mazāk jutīgi. Darba vide ir vispārējās vides sastāvdaļa. Pasliktinoties darba vides apstākļiem, pasliktinās nodarbināto veselība, attīstās arodslimības un iespējami nelaimes gadījumi darbā. Šādos gadījumos šī sabiedrības daļa – nodarbinātie – uzskatāmi par cietušajiem neveselīgajā darba vidē. Ir būtiski izprast faktoros, kas nosaka arodslimību veidošanos:

- **Kaitīgā riska faktora koncentrācija darba vidē** - daudziem darba vidē sastopamajiem fizikālajiem, ķīmiskajiem un bioloģiskajiem riska faktoriem ir noteiktas “pieļaujamās vērtības”. Pieņemts, ka riska faktors, kura vērtība ir zemāka par noteikto, optimālos apstākļos nodarbinātajam nenodara veselības kaitējumu;
- **Ekspozīcijas ilgums** - līdzās noteiktajām ekspozīcijas robežvērtībām parasti pastāv atsauce uz noteiktu, ar normālu darba dienu un vidējo aktīvās darba dzīves periodu saistītu ekspozīcijas laiku. Tā, piemēram, aroda ekspozīcijas robežvērtība ir tāda ķīmisko vielu un ķīmisko produktu koncentrācija darba vides gaisā, kas visā nodarbinātā dzīves laikā neizraisa saslimšanu un veselības traucējumus, kuri konstatējami ar mūsdienīgu izmeklēšanas metodēm, ja attiecīgās ķīmiskās vielas un ķīmiskie produkti iedarbojas uz nodarbināto ne ilgāk par astoņām stundām darba dienā vai ne ilgāk par 40 stundām nedēļā;
- **Personu individuālās īpašības** - aroda ekspozīcijas robežvērtība un ekspozīcijas laiks tiek attiecināts uz “vidējo nodarbināto”, tāpēc katrā gadījumā rūpīgi jāizvērtē indivīdu dzīves un sociālie apstākļi, kā arī fiziskās un garīgās spējas;
- **Veselības jēdziena relativitāte** - veselības definīcijai jābūt saskaņā ar darba dzīvi. Darbs ir fenomens, kas atrodas pastāvīgā attīstībā. Darba metodes un izmantotie produkti kļūst aizvien dažādāki un aizvien biežāk mainās. Tāpat mainās arī sabiedrībā valdošā koncepcija par veselību un slimību. Cilvēki nevar būt veseli, ja nepastāv priekšnoteikumi, kas viņiem rada iespēju īstenot centienus, apmierināt vajadzības un mainīt vidi vai uzveikt tās ietekmi. Savlaicīgi jādomā par strādājošo darba apstākļiem un darba vidi, lai maksimāli attālinātu arodslimības un nelaimes gadījumus darbā;
- **Vairāku kaitīgo faktoru vienlaicīga klātbūtne** - jebkura kaitīga faktora iedarbība samazina organisma aizsardzības spējas, tādēļ situācijās, kad darba vietā nodarbinātie

tiek pakļauti vairāku riska faktoru iedarbībai, noteiktās robežvērtības ir jāpārskata.

[20]

Kā biežāk minētie un tipiskie arodslimības izraisošie riska faktori zināmi smaga fiziskā slodze, troksnis, vibrācija un putekļu iedarbība, ķīmiskās vielas, jonizējošais un nejonizējošais starojums, bioloģiskie riska faktori, taču tipiskajām problēmām talkā nākušas arī jaunas, ar arodslimību rašanos saistītas problēmas, piemēram, stress darbā, garas darba stundas, darbs pie datora, ergonomiskās problēmas un informācijas pārpilnība. Nenoliedzami, ka minētās problēmas ir būtiskas gan no darba devēja, gan no darbinieka skatupunkta, jo ilgstošā laika posmā minētās problēmas un to kombinācija var radīt nopietnu kaitējumu gan darbinieka veselībai, gan veiktā darba kvalitātei. [45]

Kā arodslimību cēloņus vai vismaz ietekmējošus faktoros teju visos literatūras avotos nereti piemin jēdzienus, kas ir saistīti ar ergonomikas principiem. Piemēram, tiek uzsvērts, ka veselības traucējumus darbā rada ilgstošs darbs ar lielu piepūli, vienveidīgs darbs, piemērošanās piespiedu pozām, noteiktu kustību atkārtošana un reti atpūtas brīži. [18] Metodiskā materiāla 6. nodaļā tiek apskatīti ergonomiskas darba vides veidošanas aspekti.

Māsas profesija ir atbildīga un stresa pilna profesija [54]. Māsas strādā sarežģītā vidē, mainīgā darba grafikā un garās maiņās, un ir pakļautas dažādiem profesionāliem riskiem un nelaimes gadījumiem [60; 66; 46]. Empīriskie pētījumi ir parādījuši, ka māsas cieš no fiziskām slimībām, garīgiem traucējumiem un emocionāla izsīkuma vairāk nekā citi veselības aprūpes speciālisti vispārējā populācijā [58; 48]. Tieši balsta un kustību aparāta slimības ir būtiskas arodveselības problēmas māsu vidū, ņemot vērā darba apstākļus un uzdevumus, kas saistīti ar fizisku piepūli un atkārtotām kustībām [55; 68]. Pētījumi no vairākām valstīm, tostarp Brazīlijas un Itālijas, Igaunijas, Ugandas, Nigērijas un Amerikas Savienotajām Valstīm, ir ziņojuši par ikgadēju ar darbu saistītu balsta un kustību aparāta traucējumu izplatību māsu starpā. Citi atkārtoti veselības apstākļi šai profesijai ir ādas slimības, tostarp ekzēma, alerģija un sēnīšu infekcijas, dažādu ķīmisku vielu (piemēram, formaldehīda un etilēna oksīda), bioloģisku (piemēram, sēnīšu, vīrusu un baktēriju) iedarbības dēļ un fiziska bīstamība (piemēram, radiācija un gaisa kondicionēšana). [51] Citi pētījumi norāda, ka māsām ir palielināts sirds un asinsvadu slimību risks darba maiņu un stresa radītu darba apstākļu dēļ [57]. Pētījumā, kas veikts Kanādas slimnīcās, Rīds (*Reed*) un līdzautori atklāja, ka māsu vidū ir liela dažādu sirds un asinsvadu slimību riska faktoru izplatība, tostarp objektīvi tika izmērīta aptaukošanās/liekais svars, hipertensija un augsts holesterīna līmenis, kā arī pašas māsas ziņoja par sliktu garīgo veselību, smēķēšanu un diabētu [68]. Citas bieži ziņotās veselības problēmas šajā populācijā ir garīgās veselības problēmas, tostarp trauksme, stress, depresija, miega traucējumi un emocionāls izsīkums [51].

5.4. Fiziskās, psiholoģiskās un emocionālās veselības uzturēšana

Ar jēdzienu “darba slodze” saprot fizisko un psihisko prasību kopumu, kas tiek pieprasīts no cilvēka darba dienas laikā. Darba slodzi ir būtiski ņemt vērā, jo jēdziens iet roku rokā ar nogurumu, kas savukārt ir pārlietu lielas darba slodzes vai nepieciešamās atpūtas trūkuma rezultāts. Kā pārlietu lielas darba slodzes izraisīta noguruma sekas ir nelaimes gadījumu vai kļūdu riska pieaugums, kā arī darba spēju un veicamā darba kvalitātes zudums. Ja darba uzdevuma izpildīšana paredz palielinātu fizisko slodzi, tad būtu nepieciešams pievērst uzmanību attiecīgiem aspektiem – katra nodarbinātā fiziskajām spējām atkarībā no vecuma, dzimuma, veselības stāvokļa un citiem rādītājiem, kā arī darbā nodarbinātām jābūt atbilstošām muskuļu grupām, cenšoties nenoslogot tikai vienu atsevišķu muskuli vai vājāko muskuļu grupu, kā piemēru var minēt smagumu celšanu kā darba uzdevumu, kura izpildē nepieciešams atbalsts kāju un muguras muskuļos. [18] Iepriekš minētais ļauj secināt, ka biežākās arodpatoloģijas ir saistītas ar balsta un kustību sistēmas traucējumiem. Māsu darbā īpaši būtu jāseko līdzi balsta-kustību aparāta pareizai noslodzei, piemēram, kā tiek celts un pārvietots pacients. Biežāk māsas saskaras ar tādām veselības problēmām kā artrozes, disku trūces. [37]

Izplatītākie darba uzdevumi, kas uzskatāmi par riska faktoru saistībā ar darba slodzi, ir sekojoši – fiziskā piepūle, smagumu pārvietošana, ķermeņa stāvoklis darba veikšanas laikā, nepieciešamais uzmanības līmenis. Minētie riska faktori atstāj iespaidu ne tikai uz fizisko darba slodzi, bet arī uz garīgo slodzi, par kuru nereti tiek aizmirsts. Garīgā slodze ir definējama kā garīgā piepūle, kas jāizmanto konkrēta rezultāta sasniegšanai. Būtiski uzsvērt, ka jebkurš darbs balstās uz procesu, kas sastāv no 3 posmiem – informācijas uztveres, informācijas apstrādes un lēmuma pieņemšanas. No iepriekš minētā izriet, ka būtībā jebkura fiziska darba uzdevuma izpildīšanā tiek veikta arī garīgā piepūle, lai kvalitatīvi spētu apstrādāt saņemto informāciju, kas ļautu pildīt darbā veicamo uzdevumu. Arī garīgās slodzes novērtēšanai ir vērā ņemami faktori, piemēram, apstrādājamās informācijas apjoms un tās sarežģītības pakāpe, kā arī laika faktors. No minētajiem faktoriem īpaši būtu jāizceļ tieši laiks, jo tam ir divējāda nozīme. Piemēram, jāizvērtē gan laika daudzums, kas vajadzīgs reaģēšanai, gan laika daudzums, kurā nepieciešams koncentrēt uzmanību. [18] Atgriežoties pie iepriekš minētā par darba slodzi un pārsلودzi, būtiski uzsvērt, ka pārsلودze darbā var būt riska faktors nervu, elpošanas, asinsrites, endokrīnās un gremošanas slimību attīstībai, var mazināt imūnsistēmas aktivitāti, izraisīt dažādu arodslimību attīstību. [9] Riska faktori ne vienmēr ir tikai mehāniskie, ķīmiskie vai fizikālie, kas ir vieglāk nosakāmi, bet arī psiholoģiskie un emocionālie (nakts darbs, stress, saspringts darba grafiks, saspringtas attiecības ar kolēģiem, ar tiešajiem vadītājiem), un arī šie

faktori jāņem vērā, jo tie tikpat ietekmē veselību un darba procesu. Šeit ir jāmin termins “izdegšanas sindroms”. Termins “*burn out*” (latviski “pārdegt”, “izdegt”) apzīmē stāvokli, kas ir ļoti līdzīgs stresam, ko piedzīvo nodarbinātie, šajā gadījumā veselības aprūpes personāls, kas strādā saskarsmē ar citiem cilvēkiem. Izšķir trīs izdegšanas sindroma stadijas: emocionāls izsīkums - galvenā profesionālās izdegšanas sastāvdaļa, kuru raksturo emocionāla pārslodze, tukšuma izjūta, personīgo emocionālo resursu izsīkums, to raksturo nogurums, novājināšanās un enerģijas zudums, parādās pirmie depresijas simptomi; depersonalizācija, kas raksturojas ar bezjūtīgu, vēsu, cinisku attieksmi pret citiem cilvēkiem (pacientiem, kolēģiem, vadību), nepieļaujot kompromisus savā darbā, kontaktēšanās kļūst bezpersoniska un formāla; reducēti personīgie panākumi - parādās kā darba kompetences izjūtas pazemināšanās, neapmierinātība ar sevi, negatīva sevis uztveršana no profesionālā viedokļa. Izdegšanas sindroma veidošanos veicina šādi faktori: faktori, kuri saistīti ar cilvēka personību (zema pašcieņa un pašvērtējums, darbaholisms, autoritārisms un neelastība, iekšēja sacensības nepieciešamība, izteikta agresivitāte, nepacietība, uzmanības trūkums pret paša vajadzībām un vēlmēm, tieksme kontrolēt) un faktori, kuri saistīti ar darba apstākļiem (problēmas saskarsmē ar kolēģiem, kolēģu atbalsta trūkums ikdienas darbā, problēmas saskarsmē ar tiešo vadītāju un darba devēju, darbs maiņās, laika trūkums). Darba devējam ir laikus jāpamana psihoemocionālā pārslodze un jāpalīdz darbiniekiem risināt šādas situācijas. [27] No izdegšanas sindroma ir iespējams izvairīties un sevi pasargāt, tādēļ svarīgi ir apzināties iespējamus draudus un iemācīties parūpēties par sevi, būt elastīgākam un it visā censties meklēt līdzsvaru. Nepieciešamie pasākumi stresa un izdegšanas sindroma draudu mazināšanai:

- darba uzdevumu samērošana ar darbinieka spējām;
- optimāla darba un atpūtas laika plānošana;
- piemērotu darba un atpūtas telpu iekārtošana;
- skaidru darba uzdevumu formulēšana darbiniekam;
- vadības dialogs ar darbiniekiem;
- darbinieku apmācība. [21]

6. ERGONOMISKAS DARBA VIDES VEIDOŠANA, DARBA TRAUMU NOVĒRŠANAS IESPĒJAS

6.1. Ergonomijas principi māsas darbā

Ergonomika ir multidisciplināra zinātnes nozare, kas pētī ikvienu ar cilvēku saistītu aktivitāti, tā ir būtisks elements arodmedicīnā ar mērķi veicināt veselību, kāpināt darba ražīgumu un nodrošināt labklājību ikvienam darbiniekam. Ergonomika balstās uz cilvēka anatomiju, fizioloģiju un psiholoģiju, un vērtē cilvēka attiecības ar darbu. [16]

Vārda “ergonomika” izcelsme no grieķu valodas ir šāda: *ergon* – (cilvēka) darbs un spēks, *nomos* – likums vai noteikumi. Ergonomikas zinātne ietver filozofisku pieeju cilvēkam darbā, izvērtējot cilvēka un darba attiecības, attiecības ar tehnoloģijām, darba vidi, darba kvalitāti. [15] Ergonomikas uzdevums ir darba procesa un darba vides piemērošana cilvēka psihiskajām un fiziskajām iespējām, lai nodrošinātu efektīvu darbu, kas neizraisa draudus cilvēka veselībai un kuru var viegli izpildīt.

Tradicionāli ergonomika tiek iedalīta 3 daļās – slodzes, kognitīvā un organizatoriskā ergonomika. Slodzes ergonomika koncentrējas uz fiziskās slodzes ietekmi uz sirds un asinsvadu sistēmu, muskuļu, skeleta un saistaudu, kā arī redzes un balss saišu noslodzi. Savukārt kognitīvā ergonomika savā būtībā vairāk koncentrējas uz psihiskām jeb mentālām emocionālām norisēm organismā, veicot darba pienākumus, strādājot ar iekārtām un vadot darba procesus. Organizatoriskā ergonomika ir balstīta uz jaunu tehnoloģiju ieviešanu un esošo uzlabošanu, kā arī darba dizainu un darba organizēšanu. Organizatoriskai ergonomikai ir papildu veidi – mikroergonomika un makroergonomika. Mikroergonomikas līmenī tiek analizēta mijiedarbība cilvēks - mašīna, cilvēks - tehnoloģija, cilvēks - darbarīks, taču makroergonomika balstās uz atbilstošas darba vides radīšanu, lai motivētu cilvēkus līdzdalībai un labākai uzņēmumu resursu izmantošanai, kas tādējādi celtu kopējās sistēmas efektivitāti, uzticamību un pieejamību. [15]

No ergonomikas definīcijām var secināt, ka efektīvs darbs nozīmē arī darbu bez kļūdām. Cilvēka faktoru zinātne izmanto zināšanas no daudzām disciplīnām, piemēram, anatomijas, fizioloģijas, fizikas un biomehānikas, lai izprastu cilvēka sniegumu jeb darba izpildījumu dažādos apstākļos, situācijās, vidē, pārvēršot šīs zināšanas rīkos, produktos vai sistēmās, kas veicina cilvēka uzdevuma izpildi un aizsargā cilvēka veselību un drošību. [34]

Cilvēka faktoru eksperti izmanto uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas un principus, lai dizainētu veidus (procesus), kā droši un efektīvi, piemēram, ordinēt zāles, pārvest pacientu (tostarp nododot informāciju) uz citu struktūrvienību vai ārstniecības posmu, no operāciju zāles uz intensīvo terapiju, kā radīt drošas elektroniskās zāļu ordinēšanas programmas, kā dizainēt medicīniskās ierīces – infūzijas pumpjus, ķirurģiskos instrumentus, pacientu gultas, darba

vietas (piemēram, operāciju zāles) iekārtojumu, domājot arī par pareizu apgaismojumu u. c. fiziskiem parametriem, u. tml. Jo vienkāršākas un cilvēkam draudzīgākas tiks izveidotas šīs sistēmas, produkti un procesi, jo mazāka būs iespēja kļūdīties un lielāka drošība. [34]

6.2. Ergonomiskas darba vides veidošana

Ergonomika ir zinātne, kas nodarbojas ar tādu darba, darba vietas un personisko īpašību pielāgošanu, kurās rezultātā darbinieks var efektīvi un droši pildīt savus pienākumus. Tā ņem vērā arī darbinieka spējas attiecībā uz darba fiziskām prasībām (piemēram, spriedze, izturība, veiklība, elastīgums, spēja ilglaicīgi nemainīt pozas un pozīcijas, redzes un dzirdes asums) un kā darbinieks kontrolē garīgo un emocionālo stāvokli attiecībā uz darba noteikumiem un darba laika organizāciju (piemēram, darba grafiki, darba slodzes, maiņas, ar darbu saistīts stress). Ideālā gadījumā pielāgošanās videi, iekārtām, darbarīkiem, ko izmanto darbinieks, padara darbinieku par spējīgu veikt darbu bez riska sev pašam, saviem kolēģiem un apkārtējiem cilvēkiem. Dažreiz ir nepieciešams paaugstināt darbinieku pielāgošanos darbam, piemēram, izmantojot speciālās apmācības un individuālos aizsarglīdzekļus. [19]

Labu darba vietu var raksturot kā drošu, veselīgu, pielāgojamu katram nodarbinātajam individuāli, piemērotu dažāda rakstura darbu veikšanai un ar iespēju veidot labus darba ieradumus, savukārt ergonomiski pareizu darba vietu raksturo iespēja veikt konstruktīvas pārmaiņas, nepaaugstināts nelaiemes gadījumu risks un citi rādītāji, piemēram, darba vietas plānojums, kas ļauj darbiniekam brīvi kustēties atbilstoši darba raksturam [9].

Ergonomikas prasību ievērošana attiecībā uz nodarbināmo drošības un veselības aizsardzību tiek noteikta ar mērķi samērot slodzi un kustības, kas nepieciešamas darba veikšanai, no kā izriet, ka darbs ir paveicams ar mazāku kustību skaitu, kas līdz ar to samazina iespēju attīstīties nogurumam un panāk augstāku ražīgumu pēc iespējas īsākā laika posmā. Principā par ērtu darba vietu var uzskatīt darba vietu, kurā nodarbinātais var veikt darbu, neatrodies piespiedu pozā, un var aizsniegt visus nepieciešamos materiālus un instrumentus bez darba pamatpozas mainīšanas. Nenoliedzami nozīmīgs ir fiziskais telpas iekārtojums, kas sevī ietver mēbeļu izvietojumu, darba aprīkojumu un visu, kas ietekmē nodarbinātā darba pozu un instrumentu izvietojuma ērtumu. Darba vietas iekārtojumu ietekmē pāris nozīmīgi faktori, kam būtu jāpievērš uzmanība. Viens no faktoriem ir darba uzdevuma precizitāte, kas paredz, ka, jo precīzāks darbs, jo vairāk piemērotai darba vietai jābūt konkrētam darbiniekam un viņa antropometriskajiem rādītājiem, kā papildus faktoros darba vietas iekārtošanā var minēt darba veikšanas ilgumu un citus darba vides parametrus, piemēram, troksnis, apgaismojums un mikroklimate. [9]

Māsas, veicot savus darba pienākumus, ilgstoši ir spiestas atrasties piespiedu darba pozās: sēdus, stāvus, noliecoties, ilgstošs redzes sasprindzinājums. Plānojot un iekārtojot darba vietas, nepieciešams maksimāli ņemt vērā katra darbinieka individuālās vajadzības. Īpaši svarīgi to ņemt vērā iekārtojot operāciju zāles, izmeklējumu kabinetus, laboratorijas, intensīvās palātas. Liela loma ergonomisko risku samazināšanā ir darba organizācijai. Darbiniekiem, kas ilgstoši atrodas piespiedu darba pozās ik pēc 2 stundām nepieciešamas atpūtas pauzes. Vēlama būtu darba veida maiņa, piemēram, no sēdoša uz stāvošu vai dinamisku. Nepieciešams izstrādāt atbilstošus atslodzes vingrojumus un izskaidrot darbiniekiem to nepieciešamību.

6.3. Nelaiemes gadījumu profilakse

Nelaiemes gadījums darbā ir darba vietā vienas darba dienas vai maiņas laikā noticis ārkārtējs notikums, pēc kura personai radušies veselības traucējumi vai pastāv veselības traucējumu iestāšanās varbūtība (inficēšanās risks), vai iestājusies iesaistītās personas nāve. Saslimšana ar infekcijas slimību uzskatāma par nelaimes gadījumu darbā tikai tad, ja šāda saslimšana ir saistīta ar konkrēti identificējamu ārkārtēju notikumu darba veikšanas laikā un šis notikums ir tiešā cēloņsakarībā ar nodarbinātā saslimšanu. [30] Lai novērstu nelaimes gadījumus darbā, aktivitātes ir jāveic katram darbiniekam – no uzņēmuma vadītāja līdz katram nodarbinātajam. Atšķirīgi ir veicamie darbi – par drošu darba vietu izveidošanu ir atbildīgs darba devējs, par darbinieku apmācību – viņu tiešie vadītāji, bet noteikto darba aizsardzības prasību, tīrības un kārtības ievērošanu darba vietās – paši nodarbinātie. [41]

Nelaiemes gadījumu cēloņus var iedalīt divās grupās – tiešie jeb izraisošie cēloņi un netiešie jeb veicinošie cēloņi (faktori). Pie tiešajiem cēloņiem tiek pieskaitīta bīstama rīcība un darba apstākļi. Bīstama rīcība ir individuālo aizsardzības līdzekļu nelietošana (sejas maskas, vienreizējie cimdi, priekšauti, aizsargbrilles), riskantas darba veikšanas metodes (sagatavojot dezinfekcijas šķīdumu, koncentrāciju noteikt “uz aci”), darbs ar nepiemērotiem, bojātiem darba rīkiem (bojāts ratiņkrēsls, medicīniskais statīvs), riskanta pārvietošanās (skriešana, kāpšana, rāpšanās pāri šķēršļiem). Bīstami darba apstākļi ir neatbilstošas drošības ierīces, drošības ierīču demontēšana, nekārtība telpā, netīrība darba vietā (izmantojami dezinfekcijas līdzekļi un veidi atbilstoši dezinficējamai virsmai), aprīkojuma, darbarīku vai iekārtu defekti, nepiemērots darba apģērbs un individuālie aizsardzības līdzekļi (neērta darba apģērbs, nav nodrošināti konkrētam darbam nepieciešami aizsardzības līdzekļi, piemēram, citostatisko medikamentu šķaidīšanai cimdi, kas pasargā no šo līdzekļu ietekmes), nepietiekams apgaismojums (pacientu palātās ir jābūt griestu apgaismojumam), darba aizsardzības instrukciju trūkumi, iekšējās kārtības un darba aizsardzības instrukciju neievērošana, darba aizsardzības sistēmas neplānošana, pastāvošo darba vides risku nenovērošana, drošības ierīču nenodrošināšana, apziņas trūkums

par darba aizsardzību, darbu koordinācijas trūkums, palēnināts reakcijas ātrums, neuzmanība, darbinieka psiholoģiskais stāvoklis (darbs 24 stundu garumā). Pie nelaimes gadījumu un traumatismu veicinošajiem jeb netiešajiem faktoriem tiek minēta nepietiekama darba vides iekšējā uzraudzība, kā arī darbinieka attieksme pret darba aizsardzības jautājumiem un veselības stāvoklis. [41]

Salīdzinājumā ar citām nozarēm, veselības un sociālās aprūpes nozarē tiek reģistrēts ievērojami lielāks skaits nelaimes gadījumu. Kā biežākais risks nelaimes gadījumam māsas darba vidē ir savainošanās ar asiem priekšmetiem. Augsts risks ir saduršanās ar inficētiem asiem priekšmetiem un ierīcēm. Biežākie ir gadījumi, kuros ir iespēja inficēties ar hepatīta B un C vīrusu, HIV/AIDS. Lai mazinātu šos riska faktorus, tiek rekomendēts darbā izmantot adatas, skalpeļus, šļirces, perifēro vēnu katetrus ar drošības mehānismu un bezadatu savienojumus intravenozajās sistēmās, lai fiziski nebūtu iespējama savainošanās, sevišķi pēc šo priekšmetu izmantošanas un saskares ar potenciāli inficētu pacientu bioloģisko materiālu. Rekomendējama ir drošu darba paņēmieni ieviešana (piemēram, adatu savākšanas konteineru nodrošināšana tiešā procedūru veikšanas tuvumā, lai tie būtu ērti pieejami), kā arī aizliegums uzlikt adatām aizsargvāciņus. Tālāk ir aprakstīta ieteicamā rīcība pēc nelaimes gadījuma darbā, kur konstatēts inficēšanās risks (saduroties):

1. Veikt pirmreizējo brūces apstrādi savā struktūrvienībā;
2. Informēt tiešo vadītāju par notikušo nelaimes gadījumu darbā;
3. Noņemt analīzes pacientam – 2 stobriņus bez antikoagulanta, ar kura materiālu notikusi saskare (ja zināms un iespējams);
4. Aizpildīt paskaidrojumu 2 eksemplāros;
5. Vienu paskaidrojuma eksemplāru iesniegt tiešajam vadītājam, otru – ņemt līdzi uz Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas klīniku (NMPUK) un/vai Latvijas Infektoloģijas centru (LIC);
6. Vērsties NMPUK/savā struktūrvienībā pie dežurējošā ārsta pēc veidlapas Nr. 027/u;
7. 24 stundu laikā pēc nelaimes gadījuma darbā pieteikt vizīti LIC vai ārpus darba laika NMPUK;
8. Doties uz LIC (9.00-16.00)/ ārpus darba laika uz NMPUK nodot analīzes, līdzi ņemot 1 paskaidrojuma eksemplāru, 2 stobriņus ar pacienta asinīm un veidlapu Nr. 027/u;
9. Saņemt darba aizsardzības daļā vienu akta par nelaimes gadījumu darbā eksemplāru;
10. Iesniegt aktu par nelaimes gadījumu Valsts sociālajā apdrošināšanas aģentūrā.

Vēl viens risks nelaimes gadījumam un traumas gūšanai māsas darba vidē ir iespējama slīdēšana, pakļupšana un pakrišana. Parasti tas saistīts ar slapjām vai mitrām un bojātām grīdām vai kāpnēm un nevietā novietotiem priekšmetiem, kā arī tas ir saistīts ar pacientu transportēšanu

un nepietiekamu apgaismojumu. Vedot pacientus ārpus slimnīcas, nelaimes gadījumi biežāk saistīti ar paslīdēšanu uz slidenām ietvēm. Bieži slīdēšanas un pakļupšanas risku paaugstina darbam nepiemērotu apavu nēsāšana, piemēram, apavi ar vaļēju un/vai nestabilu papēdi utt. Vēl par iemeslu var būt nevietā novietoti un nesakārtoti kabeļi un vadi (iekārtu elektrības vadi, diagnostikas iekārtu kabeļi, iekārtu monitoru, printeru un telefonu vadi u. c.). Lai izvairītos no nelaimes gadījumiem nepieciešams:

- pareiza grīdas segumu izvēle un kopšana, brīdinājuma zīmju izvietošana pēc uzkopšanas veikšanas, kamēr grīdas virsma ir mitra,
- dažādu bīstamo vietu apzīmēšana ar signālkrašojumu (dzeltenī melnām vai sarkani baltām svītrām),
- pakļupšanas risku var radīt nevietā atstāti priekšmeti: pacientu ratiņi, gultas vai citas iekārtas,
- kārtības uzturēšana apkārtējā vidē t.sk. vadu un kabeļu pārdomāta novietošana, iekārtu, pacientu pārvadāšanas ratiņu u. tml. priekšmetu novietošana tam speciāli paredzētās un apzīmētās vietās,
- darba devējam būtu jānodrošina apavi visām darba situācijām, kurās ir noteikts īpašs risks, piemēram, veicot transportēšanas darbības, operāciju zālē vai tīrīšanas jomā.

[40]

Parasti māsu valkātos apavus neuzskata par individuālajiem aizsardzības līdzekļiem, tomēr tāpat kā visiem individuālās aizsardzības/aizsargājošiem/profesionālā pielietojuma apaviem tiem jāatbilst noteiktām prasībām, lai izvairītos no slīdēšanas, klupšanas vai krišanas radītiem nelaimes gadījumiem un nodrošinātu drošu un mugurai nekaitīgu strādāšanu. Tālāk aprakstīti kritēriji, kas mazina ar apavu nēsāšanu saistīto nelaimes gadījumu risku:

- Izturībai pret slīdēšanu ir svarīgs gan zoles protektora raksts, gan zoles materiāls;
- Parasti mīkstāka zole un smalks protektora raksts ir labi piemērots piesārņojumam ar šķidrumiem un iekštelpām. Rupjāks raksts ir labāk piemērots ārpus telpām;
- Izturības pret slīdēšanu īpašības valkājot var mainīties, dažas zoles var pasliktināties līdz ar nodilumu jo īpaši, ja nodilst rievojums;
- Kurpe ar slēgtu purngalu aizsargā pēdas priekšējo daļu no traumām;
- Kurpe ar slēgtu papēdi un stingru papēža kapi nodrošina augstu stabilitāti. Papēža kape aizsargā gan papēdi, gan cīpslas, saites un locītavas. Stingrās papēža turēšanas dēļ tā sniedz pēdai laterālu atbalstu. Polsterējums novērš visu pēdas apdraudēto daļu, tādu kā Ahileja cīpslas, savainošanu;
- Kurpes platumam jābūt pielāgojamam pēdai. Tomēr kurpei cieši jāpieguļ pēdai, lai pēda tajā būtu stabila;

- Anatomiski izveidota iekšzole atbalsta pēdas velvi un tādējādi absorbē triecienus/sitienus;
- Triecienus absorbējoša sistēma samazina sitienu iedarbību, atvieglojot locītavu un mugurkaula slodzi;
- Kurpēm būtu jābūt ar zemu papēdi: papēdis, kura augstums nepārsniedz 2 cm, pozitīvi ietekmē ķermeņa statiku (stāju un līdzsvaru);
- Kurpju kontaktvirsmām jābūt pēc iespējas lielākām;
- Kurpju materiālam būtu jābūt ūdensnecaurlaidīgam, izturīgam un viegli tīrāmam. Elpojoši materiāli, āda vai citi materiāli, uzsūc pēdas mitrumu un to izvada ārā. No elpojoša auduma izgatavotu zeķu (piemēram, mikrošķiedras vai vilnas) valkāšanai ir mitruma izvadīšanu pastiprinoša iedarbība. [10]

Pēc būtības visi darbā notikušie nelaimes gadījumi ir jāizmeklē, lai:

- noskaidrotu un turpmāk novērstu nelaimes gadījuma cēloņus;
- būtu iespējams mācīties no pieļautajām kļūdām, jo daļa nelaimes gadījumu notiek nepareizi pieņemtu lēmumu dēļ;
- noskaidrotu nelaimes gadījuma apstākļus;
- dokumentāli noformētu notikušo nelaimes gadījumu un nodrošinātu nodarbinātajiem vai nodarbinātā nāves gadījumā — viņa apgādībā esošajām personām un mantiniekiem iespējas saņemt sociālās garantijas. [41]

6.4. Drošas pacientu pārvietošanas metodes

Dažādu smagumu pārvietošana ietilpst māsas darba specifikā. Māsas darbā ietilpst arī pacientu pārvietošana veicot, piemēram, pacelšanu, pārcelšanu un pozas maiņu. Pacientu pārvietošana var izsaukt balsta un kustību aparāta arodslimības, kas ir nopietna problēma aprūpes veicējiem, īpaši māsām un to palīgiem. Visbiežākie traucējumi ir muguras traumas un plecu sastiepumi. Pierādīts, ka māsas profesija ir viena no tām, kam ir vislielākais darba izraisītu muguras lejasdaļas sāpju risks. Īpaši nozīmīgs šis riska faktors ir māsām, kuras ikdienā veic gulošu pacientu un pacientu ar kustību ierobežojumiem aprūpi. Piemēram, nodaļā, kurā lielākā daļa ir šādi pacienti, fiziskā pārslodze iespējama praktiski visiem darbiniekiem. Tas nozīmē, ka nekavējoties nepieciešami konstruktīvi risinājumi un organizatoriski riska samazināšanas pasākumi, kas pilnveido darba aprikojumu. Ne visas veselības aprūpes iestādes ir pilnībā nodrošinātas ar nepieciešamajiem palīglīdzekļiem, kas atvieglotu pacientu celšanu un pārvietošanu. Daudzviet esošie ir novecojuši. Darba devēji to visbiežāk izskaidro ar līdzekļu trūkumu. Taču netiek izmantotas arī vienkāršas un efektīvas palīgierīces, kas neprasa lielus līdzekļus, bet ievērojami atvieglotu darbu. Daļa vainas jāuzņemas arī pašiem darbiniekiem, kas

ne vienmēr izmanto viņu rīcībā esošos palīglīdzekļus, piemēram, slīdpalagus, funkcionālo gultu piedāvātās iespējas.

Pirms pārvietošanas jāizvērtē pacienta spēja sadarboties, apziņas stāvoklis, pacienta garums un svars, kā arī pieejamie resursi, kas var palīdzēt konkrētajā situācijā. Pārvietojot pacientu no vienas virsmas uz otru, vispirms jāizvērtē iespējas strādāt komandā vai kādu pasaukt palīgā. Virsmām, no kuras un uz kuru pārvieto, jābūt vienā augstumā un nofiksētām. Ja nepieciešams, pacientu vispirms pārvieto uz virsmas malu un pēc tam uz vidusdaļu. Pārvietošanas procesā aprūpes personālam mugura jātur taisni, noliekšanos veic nevis saliecot muguru, bet gūžas locītavas. Pirms jebkāda veida pārvietošanas veikšanas aprūpētājam pašam jānovietojas pēc iespējas tuvāk pacientam. [24]

Ja tiek veikta pacienta pārvietošana uz sēdriem, tad gultas un sēdratu augstumiem jābūt pēc iespējas vienādā augstumā. Jānoskaidro, vai paciets pats spēs iesaistīties pārvietošanas procesā. Jāvienojas ar pacientu, ka pēc signāla pacients tiks piecelts un vienlaikus notiks rotējoša kustība ar kājām. Ja pacients grib turēties, tad to drīkst darīt pie elkoņa, nevis ap aprūpes personāla kaklu. Aprūpes personālam kustības jāveic, izmantojot saliektus ceļus. Celšana ir jāveic ar kāju spēku, bet muguru turot taisni. Ja ir iespējams, tad ir jāizmanto mehāniskie palīglīdzekļi – pacientu pacēlājs, stienī iekārts trīsstūris, roku balsti, slīddēlis. [24]

Sekmīgai risku pārvaldīšanai, tie vispirms ir jāatpazīst. Literatūrā tiek aprakstīti šādi pacientu pārvietošanas riski:

- pacients nav ērts celšanai, var būt liels svars, dezorientēts un nespējīgs sadarboties vai pat pretojas pārvietošanai. Pacientam var būt brūces, drenas vai lielas sāpes un viņš var veikt nekontrolētas kustības celšanas brīdī;
- augsts risks ir smagumu celšana izstieptās rokās. Tas rodas situācijās, kurās nav iespējams pacientam nostāties blakus vai tā tuvumā. Riska mazināšana/novēršana ir pēc iespējas blakus nostāties pacientam pirms celšanas;
- papildu slodzi rada, ja pacients ir jāpārvieto saliecoties vai griežoties;
- nepiemēroti pārvietošanas attālumi vai virsmas – virsmas, pa kurām tiek pārvietots pacients, nav vienā līmenī;
- jāstrādā ātrā darba tempā, situācijā, kad pacienta dzīvība ir kritiskā stāvoklī, darbinieki izjūt lielu emocionālo stresu;
- aprūpes personālam nav piemērots apģērbs vai apavi smagumu celšanai, pārvietošanai;
- aprūpes personāls nav pietiekami apmācīts par pacientu pārvietošanu.

Darbā, atpazīstot un atceroties pārvietošanas riskus, iemācoties pareizi veikt pacientu pārvietošanu, iespējams izvairīties no balsta un kustību orgānu sistēmas bojājumiem, sāpēm un slimības. [24]

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

1. Andersone I. u.c. (2005). *Ilustrētā svešvārdu vārdnīca*. Rīga: Izdevniecība Avots, 892 lpp.
2. Ašņevica-Slokenberga, S., Gusarova, A., ... Tauriņa, L. (2015). *Medicīnas tiesības*. Rīga: Tiesu namu aģentūra
3. *Ārstniecības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 1.07.1997.
4. Borguā E. (2011). *Bioētika visiem*. Rīga: “Nepaliec viens”, 319 lpp.
5. Brāzma G. (2010). *Bioētika: Cilvēka dzīvības radīšana un pārtraukšana*. Jelgava: LLU, 128 lpp.
6. Circenis, K. (2013). *Praktizējošu māsu profesionālās dzīves kvalitātes psihosociālie aspekti un tos ietekmējošie faktori*. (Promocijas darbs, Rīgas Stradiņa universitāte, Rīga, Latvija). Pieejams: https://www.rsu.lv/sites/default/files/dissertations/KCircenis_Disertacija.pdf
7. *Darba aizsardzības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 105, 06.07.2001.
8. Darba devēju konfederācija (2013). *Darba apstākļi un riski Latvijā 2012-2013*. Pieejams: <http://osha.lv/lv/research/docs/att00069.pdf>
9. Eglīte, M. (2012). *Darba medicīna. – 2., pārstrādāts un papildināts, izdevums*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte
10. Eiropas Komisija. Nodarbinātības, sociālo lietu un iekļautības ģenerāldirektorāts. (2013). *Arodveselības un darba drošības riski veselības aprūpes sektorā*. Pieejams: <https://publications.europa.eu/lv/publicationdetail/-/publication/b29abb0a-f41e-4cb4-b787-4538ac5f0238>
11. *Epidemioloģiskās drošības likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 342/345, 30.12.1997
12. Ersts, P. (2019). *Aktualitātes pacientu, tostarp bērnu, tiesību ievērošanā veselības un sociālās aprūpes jomā*. Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”. Metodiskais līdzeklis. Rīga. Pieejams: https://talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/64_Juridiskie%20aspekti_21.10.2019.pdf
13. *Fizisko personu datu apstrādes likums*. LR likums. Latvijas Vēstnesis: 4.07.2018.
14. Igrems D.B., Pārksa Dž. (2011). *Ceļvedis ētikā*. Rīga: SIA „Dienas grāmata”
15. Kaļķis H. (2014). *Biznesa ergonomikas vadība*. Rīga: SIA “Gutenbergs Druka”
16. Kaļķis V., Roja Ž., Kaļķis H. (2015). *Arodveselība un riski darbā*. Rīga: Medicīnas apgāds
17. Lasmane S. *Ētika*. Nacionālā enciklopēdija. Pieejams: <https://enciklopedija.lv/skirklis/66472-ētika>

18. Latvijas Brīvo arodbiedrību savienība, Labklājības ministrija (2010). *Darba apstākļi un veselība darbā*. Izdots Eiropas Savienības Struktūrfondu programmas "Cilvēkresursi un nodarbinātība" apakšaktivitātes "Darba attiecību un darba drošības normatīvo aktu praktiska piemērošana nozarēs un uzņēmumos" (Nr. IDP/1.3.1.3.2./08/IPIA/NVA/001) ietvaros. Pieejams: <https://arodbiedribas.lv/wp-content/uploads/2019/11/darbaapstakliunveselibadarba.pdf>
19. Latvijas Brīvo arodbiedrību savienība, Labklājības ministrija (2010). *Ergonomika darbā*. Izdots Eiropas Savienības Struktūrfondu programmas "Cilvēkresursi un nodarbinātība" apakšaktivitātes "Darba attiecību un darba drošības normatīvo aktu praktiska piemērošana nozarēs un uzņēmumos" (Nr. IDP/1.3.1.3.2./08/IPIA/NVA/001) ietvaros. Pieejams: <http://stradavesels.lv/Uploads/2014/02/12/Ergonomika.pdf>
20. Latvijas Brīvo arodbiedrību savienība, Labklājības ministrija (2010). *Darba higiēna*. Izdots Eiropas Savienības Struktūrfondu programmas "Cilvēkresursi un nodarbinātība" apakšaktivitātes "Darba attiecību un darba drošības normatīvo aktu praktiska piemērošana nozarēs un uzņēmumos" (Nr. IDP/1.3.1.3.2./08/IPIA/NVA/001) ietvaros. Pieejams: http://stradavesels.lv/Uploads/2014/02/12/Darba_higiiena.pdf
21. Latvijas Brīvo arodbiedrību savienība, Labklājības ministrija (2010). *Psihosociālā darba vide*. Izdots Eiropas Savienības Struktūrfondu programmas "Cilvēkresursi un nodarbinātība" apakšaktivitātes "Darba attiecību un darba drošības normatīvo aktu praktiska piemērošana nozarēs un uzņēmumos" (Nr. IDP/1.3.1.3.2./08/IPIA/NVA/001) ietvaros. Pieejams: <http://stradavesels.lv/Uploads/2014/02/12/psihosocialadarbavide.pdf>
22. Latvijas Māsu asociācija (03.09.2020). *Māsas (vispārējās aprūpes māsas) profesijas standarts*. Pieejams: <https://registri.visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/2017/PS-144.pdf>
23. Latvijas Māsu asociācija. (b.g.). *Māsu Ētikas kodekss*. Pieejams: <http://www.masuasociacija.lv/par-mums/etikas-kodekss/>
24. Laže I., Āmara G., Kurklete A. (2019). *Ergonomijas principi onkoloģijas pacientu aprūpē*. Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001 "Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana". Metodiskais materiāls. Latvijas Universitātes Paula Stradiņa medicīnas koledža, Jūrmala. Pieejams: https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-01/161_Ergonomijas%20principi%20onkolo%20pacientu%20apr%C5%ABp%C4%93.pdf
25. Mācību centrs LAIPA (2021). *Pacientu datu aizsardzības aktuālie jautājumi*. Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001 "Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla

- kvalifikācijas uzlabošana”. Metodiskais materiāls. Rīga. Pieejams: https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2021-05/Metodiskais_materials_PPP_Pacientu_datu_aizsardzibas_aktualie_jautajumi.pdf
26. Ministru kabineta 01.11.2019. rīkojums Nr. 537 *Par konceptuālo ziņojumu "Par māsas profesijas turpmāko attīstību"*
 27. Ministru kabineta 05.09.2018. noteikumi Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība.*
 28. Ministru kabineta 06.11.2006. noteikumi Nr.908 *Arodslimību izmeklēšanas un uzskaites kārtība*
 29. Ministru kabineta 15.12.2020. noteikumi Nr. 737 *Grozījumi Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumos 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"*
 30. Ministru kabineta 25.08.2009. noteikumi Nr.950 *Nelaiemes gadījumu darbā izmeklēšanas un uzskaites kārtība*
 31. Nacionālais veselības dienests (20.22.2020.). *Veselības aprūpes kvalitāte un drošība.* Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-kvalitate-un-drosiba-0>
 32. Nacionālais veselības dienests (21.11.2020.). *Klīnisko vadlīniju datubāze.* Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/klinisko-vadliniju-datu-baze>
 33. *Pacientu tiesību likums.* LR likums. Latvijas Vēstnesis: 30.12.2009.
 34. Palčeja, E., Ābola, Z., ... Zundāne, A. (2017). *Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana.* ESF līdzfinansētā projekta Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”. Mācību materiāls. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4111/download>
 35. *Par obligāto sociālo apdrošināšanu pret nelaiemes gadījumiem darbā un arodslimībām.* LR likums. Latvijas Vēstnesis: 17.11.1995.
 36. *Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu.* LR likums. Latvijas Vēstnesis: 06.07.2001.
 37. Pastore, K., Skrebele, G. (2016). *Cik smaga profesionālā nasta? Mediķu arodslimības.* *Doctus*, 18.05.2016. Pieejams: <https://www.doctus.lv/2016/5/cik-smaga-profesionala-nasta-mediku-arodslimibas>
 38. Priede Kalniņa Z. (1998). *Māsas prakse pamatota teorijā.*—Heritage Printing/Graphic Milwaukee, WI USA, 210 lpp.

39. Rīgas Stradiņa universitāte (2012). *Pacientu un personāla drošība*. 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” projekta “Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai”. Mācību materiāls. Rīgas Stradiņa universitāte, Rīga. Pieejams: http://arhivs.talakisglitiba.lv/sites/default/userfiles/1_2_Pacientu_un_personala_droshiba_27%2007%202012_AL.pdf
40. Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts. (2012). *Darba aizsardzības prasības veselības un sociālās aprūpes iestādēs*. Pieejams: http://stradavesels.lv/Uploads/2014/07/16/110_2012_Brosura_Veselibas_aprupe.pdf
41. Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts. (2011). *Nelaiemes gadījumu risku samazināšana darba vietās jeb kāpēc darba vietās notiek nelaimes gadījumi?* Pieejams: http://stradavesels.lv/Uploads/2014/07/02/74_2011_Info_Nelaiemes_gadijumu_samazinas_hana.pdf
42. Rubenis A. (2005) *Ētika: Rietumu baznīctēvu antropoloģija un ētika*: Augustīns. Boēcījs. Mūku garīgums. Rīga: Zvaigzne ABC, 191 lpp.
43. Sīle V. *Medicīnas ētika*. Nacionālā enciklopēdija. <https://enciklopedija.lv/skirklis/61167-medicinas-etika> (skatīts 12.02.2022).
44. Zāļu valsts aģentūra. *Medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšana*. Pieejams: <https://www.zva.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-specialistiem-un-iestadem/medicinisko-tehnologiju-apstiprinasana>
45. Zeme, D., Eglīte, M. (2014). Aroda medicīnas aktuālās problēmas pasaulē. *Doctus*, 25.04.2014. Pieejams: <https://www.doctus.lv/2014/4/aroda-medicinas-aktualas-problemas-pasaule>
- Alligood M.R. (2018). *Nursing Theorists and Their Work. 9th edition*. – St.Louis: Elsevier Inc., 601 pp.
46. Azizoğlu, F., Köse, A., Gül, H. (2019). Self-reported environmental health risks of nurses working in hospital surgical units. *Int Nurs Rev.*, 66(1), 87–93.
47. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17:269-276. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/>
48. Cheung, T., Yip, P. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.*, 12(9), 11072–100.

49. Cox H., Hinz M., Lubno M., Newfield S. (2002). *Clinical applications of nursing diagnosis: Adult, child, women's, psychiatric, gerontic, and home health considerations* - Philadelphia: FA Davis. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 768 p.
50. Ekman I, Swedberg K, Taft C, et al. (2011). Person-centered care-ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 10; 248-251.
51. Elbejjani, M., Abed Al Ahad, M., Simon, M. et al. (2020). Work environment-related factors and nurses' health outcomes: a cross-sectional study in Lebanese hospitals. *BMC Nurs* 19, 95. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00485-z>
52. Elizabeth D.E. Papathanassoglou, Maria N. K. Karanikola, Maria Kalafati, Margarita Giannakopoulou, Chrysoula Lemonidou, John W. Albarran; Professional Autonomy, Collaboration With Physicians, and Moral Distress Among European Intensive Care Nurses. *Am J Crit Care*, 1 March 2012; 21 (2): e41–e52.
53. Haddad L. M.; Geiger R. A. (2020). Nursing Ethical Considerations. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>
54. Hart, P.L., Brannan, J.D., De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: an integrative review. *J Nurs Manag.*, 22(6), 720–34.
55. Yang, S., Lu, J., Zeng, J., Wang, L., Li, Y. (2019). Prevalence and risk factors of work-related musculoskeletal disorders among intensive care unit nurses in China. *Workplace Health Saf.*, 67(6), 275–87.
56. Yidrim B, Özkahraman Ş. (2011). Critical Thinking in Nursing Process and Education. *Int J Humanit Soc Sci.* 1(13 [Special Issue – September 2011]):257–262.
57. Jahromi, M.K., Hojat, M., Koshkaki, S.R., Nazari, F., Ragibnejad, M. (2017). Risk factors of heart disease in nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 22(4), 332–7.
58. Jamali, J., Roustaei, N., Ayatollahi, S.M., Sadeghi, E. (2015). Factors Affecting Minor Psychiatric Disorder in Southern Iranian Nurses: A Latent Class Regression Analysis. *Nurs Midwifery Stud.*, 4(2), e28017. Retrived from: <https://doi.org/10.17795/nmsjournal28017>.
59. Khuan, L. (2017). Nurses' Opinions of Patient Involvement in Relation to Patientcentered Care During Bedside Handovers. *Asian Nursing Research*, 11(3), pp. 216-222.
60. Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Chontawan, R., et al. (2015). Nurses' extended work hours: patient, nurse and organizational outcomes. *Int Nurs Rev.*, 62(3), 386–93.
61. Masters K. (2015). *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice. 2nd edition.* – Burlington: Jones &Barlett Learning, 406 pp.

62. McEwen M. (2014). *Theoretical basis for nursing. 4th edition*. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, 574 pp.
63. McKenna H. (2005). *Nursing Theories and Models*. Taylor & Francis e-Library, 276 pp.
64. Meleis A.I (2012). *Theoretical nursing: development and progress . 5th edition*. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, 672 pp.
65. Millenson, M. (2014). New Roles and Rules for Patient-Centered Care. *Journal of General Internal Medicine*, 29(7), pp. 979-980.
66. Ndejjo, R., Musinguzi, G., Yu, X., Buregyeya, E., Musoke, et al. (2015). Occupational health hazards among healthcare workers in Kampala, Uganda. *Journal of Environmental and Public Health*, 2015, 913741. Retrieved from: <https://doi.org/10.1155/2015/913741>.
67. Rao, A. D., Kumar, A., & McHugh, M. (2017). Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 49(1), 73–79. <https://doi.org/10.1111/jnu.12267>
68. Reed, J.L., Prince, S.A., Pipe, A.L., Attallah, S., Adamo, K.B., et al. (2018). Influence of the workplace on physical activity and cardiometabolic health: results of the multi-Centre cross-sectional Champlain nurses' study. *Int J Nurs Stud.*, 81, 49–60.
69. Rhodes R., Francis L., Silvers A. (2007). *Medical Ethics*, Blackwell Publishing
70. Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429-440.
71. Sidani, S. (2015). A Description of Nurse Practitioners' Self-Report Implementation of Patientcentered Care. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(1), p. 11.
72. Simces, Z. (2003). ARCHIVED-Exploring the Link between Public Involvement/Citizen Engagement and Quality Health Care: A Review and Analysis of the Current Literature. Health Canada. Retrieved from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/quality-care/exploring-link-between-public-involvement-citizen-engagement-quality-health-care.html>
73. The Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (2011). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press
74. World Health Organization. (2019). Patient safety. Retrieved from: <https://www.who.int/patientsafety/en/>