

LATVIJAS UNIVERSITĀTE  
MEDICĪNAS FAKULTĀTE  
MAGISTRA STUDIJU PROGRAMMA „MĀSZINĪBAS”

**PIRMSOPERĀCIJU PACIENTU KONTROLE  
ANESTĒZIJAS, INTENSĪVĀS UN  
NEATLIEKAMĀS APRŪPES MĀSU DARBĀ**

MAGISTRA DARBS

*Autors: Antra Skorodenoka*

*Stud. apl. Nr.: as 16132*

*Darba vadītājs: Dr. med. Asoc. prof., Igors Ivanovs*

RĪGA 2018

## Anotācija

Pirmsoperācijas sagatavošana ir ļoti svarīga pacientu drošībai un svarīga aprūpes lomai, kopumā. Kvalitatīva pirmsoperāciju pacientu kontrole anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes mūsu darbā, būtiski uzlabo pacienta pieredzi, samazinot trauksmi un veicinot atveseļošanos.

Maģistra darba tēma - Pirmsoperāciju pacientu kontrole anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes mūsu darbā.

Tēmas aktualitāti raksturo nesen ieviesto Ķirurģisko pacientu kontroles lapu izpilde, kuru rezultātā, to daļēja aizpildīšana vai kategoriska izvairīšanās, būtiski ietekmējot ne tikai operācijas gaitas sākumu, bet arī komandas darba kvalitāti un komunikāciju operācijas telpā starp pacientu un medicīnas profesionāļiem.

Darba mērķis ir izpētīt pirmsoperāciju pacientu kontroli vispārējā profila ķirurģijas pacientiem pirms plānveida un neatliekamām operācijām anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes mūsu darbā.

Mērķa sasniegšanai ir analizēti 30 zinātniskās literatūras avoti par māszinību teorijām, anestezioloģijas un intensīvās terapijas zinātnes pirmsākumiem, pirmsoperāciju pacientu kontroli un PVO ķirurģiskās drošības kontroles lapas izstrādi un lietošanu, PVO un ķirurģisko drošību, māsas lomu un pacienta novērtējumu pirms operācijas.

Praktiskajā daļā veikta pacientu dokumentu analīzes protokols un praktizējošo mūsu intervija kādā no Rīgas slimnīcām.

Hipotēze: Pirmsoperāciju kontrole pacientiem ar neatliekamām operācijām sniedz nepilnīgāku informatīvo nozīmi salīdzinājumā ar plānveida pacientiem.

Apkopojot pētījumā iegūtos rezultātus un balstoties uz izvirzīto darba mērķi - izpētīt pirmsoperāciju pacientu kontroli vispārējā profila ķirurģijas pacientiem pirms plānveida un neatliekamām operācijām anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes mūsu darbā, varam secināt, ka kontroles lapas izmantošana ir saistīta ar uzlabotas drošības attieksmes veidošanos operatīvajā vidē, samazinot pēcoperācijas komplikācijas un mirstības rādītājus. Pārsvarā visos pētījumos ir norādīts, ka šī drošības kontroles lapas aizpildīšana var mazināt komplikācijas, tādējādi pierādot, ka tā ir efektīva.

Maģistra darbs sastāv no 79 lpp, 37 tabulām un 2 pielikumiem.  
Atslēgas vārdi: pacientu drošība, māsa, pirmsoperāciju pacientu kontroles lapa, aprūpe.

## **Annotation**

Pre-operative preparation is very important for patient safety and the important role of care as a whole. High-quality pre-operative patient control for anesthesia, intensive care and nursing care work greatly improves patient experience by reducing anxiety and promoting recovery.

Theme of the thesis - Pre-operative patient control in the work of anesthesia, intensive care and emergency care nursing.

The topicality of the topic is characterized by the recent implementation of Surgical Patient Controls, resulting in their partial filling or categorical avoidance, significantly affecting not only the onset of the operation, but also the quality of team work and the communication space between patients and medical professionals.

The aim of the work is to investigate preoperative patient control in general-profile surgical patients prior to scheduled and urgent operations for anesthesia, intensive care and emergency care nursing.

To achieve the goal, 30 sources of scientific literature on nursing theories, the beginnings of anesthesiology and intensive therapy science, preoperative patient control and the development and use of the WHO Surgical Control Sheet, WHO and surgical safety, the role of nurse and patient assessment prior to surgery are analyzed.

In the practical part, a protocol for patient document analysis and an interview with nursing practitioners in one of the Riga hospitals was conducted.

Hypothesis: Pre-operative control in patients with emergency surgery provides a more informative meaning than scheduled patients.

Summarizing the results of the study and based on the objective of the work - to study Preoperative patient control in general-profile surgical patients before scheduled and urgent surgery for anesthesia, intensive care and nursing work, we can conclude that the use of a control sheet is associated with the development of advanced safety attitudes in the operating environment, reducing postoperative complications and mortality rates. In general, all studies have indicated that filling this safety checklist can reduce complications, thus proving that it is effective.

Master's thesis consists of 79 pages, 37 tables and 2 annexes.

Keywords: patient safety, nurse, pre-operative patient control page, care.

Apzīmējumu saraksts.....	5
Ievads.....	6
1. Betijas Numanes ( <i>Neuman, 1995</i> ) veselības aprūpes sistēmas teorija saistībā ar pirmsoperāciju pacientu kontroli.....	9
2. Josefines Patersones ( <i>Josephine Paterson</i> ) humānistiskā māszinību teorija saistībā ar pirmsoperāciju pacientu kontroli.....	12
3. Anestezioloģijas un intensīvās terapijas zinātnes pirmsākumi.....	14
3.1. Kas tas ir – anestēzija.....	15
3.2. Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas kompetences.....	16
4. Pirmsoperāciju pacientu kontrole un PVO ķirurģiskās drošības kontroles lapas izstrāde un lietošana.....	17
5. PVO un ķirurģiskā drošība.....	19
5.1. Kāpēc droša operācija ir svarīga.....	20
5.2. Svarīgākie kontroles lapas jautājumi pirmsoperāciju pacientu sagatavošanā no anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas specifikas.....	21
5.3. Ķirurģisko pacientu kontroles lapas efektivitāte pacientu drošības uzlabošanā.....	22
5.4. Faktori un iemesli, kas ietekmē kontroles lapas aizpildīšanu.....	23
6. Māsas loma un pacienta novērtējums pirms operācijas.....	25
7. Pētījuma metodoloģija.....	26
8. Pētījuma rezultāti un analīze.....	28
8.1. Dokumentu analīzes protokols.....	28
8.2. Intervijas protokols.....	55
Diskusija.....	67
Secinājumi un ieteikumi.....	68
Pateicības.....	70
Izmantotā literatūra un avoti.....	71
PIELIKUMI.....	74
1. pielikums. Dokumenta analīzes protokols.....	75
2. pielikums. Intervijas jautājumi.....	76

## Apzīmējumu saraksts

**Enhanced Recovery After Surgery** - Uzlabota atveseļošanās pēc operācijas

**PVO** – Pasaules Veselības Organizācija

**Mallampati** – klasifikācijas veids pirms anestēzijas, kas tiek izmantots, lai prognozētu endotraheālās intubācijas vieglumu.

**utt.** – un tā tālāk

**u.c.** – un citi

## Ievads

Lielākajai daļai cilvēku ir nepieciešamība pēc medicīniskas procedūras, izmeklējuma vai konkrētas operācijas, kas ir satraucošs notikums. Mūsdienās kvalitatīva pirmsoperāciju pacientu kontrole anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu darbā, būtiski uzlabo pacienta pieredzi, samazinot trauksmi un veicinot atveseļošanu.

Pirmsoperācijas sagatavošana ir ļoti svarīga pacientu drošībai un svarīga aprūpes lomai, kopumā. Tas ietver virkni procedūru, tostarp nodrošinot pacientiem izpratni par operāciju un spēj sniegt informētu piekrišanu, ja vien tas nav iespējams vecuma, garīgās spējas vai smagas traumas dēļ.

Pirmsoperācijas aprūpes uzlabošana ir viens no trim galvenajiem elementiem Enhanced Recovery After Surgery iniciatīvā, lai uzlabotu rezultātus un paātrinātu atgūšanu (1).

Pēc jaunākajiem statistikas rādītājiem, saistībā ar lielu pacientu plūsmu, traumu un saslimšanas gadījumiem, Latvijā, vienā no slimnīcām, Anestezioloģijas klīnikā, vidēji gadā, tiek veiktas ap 12000 anestēziju un Operāciju blokā, gandrīz 29 tūkstoši operāciju (2; 3).

Slimnīcā tika nesen ieviesta Ķirurģiska pacienta kontroles lapa, kurā tiek atzīmēta nepieciešamā informācija par pacientu, taču šī kontroles lapa ne vienmēr tiek aizpildīta laicīgi, aizpildīta kopumā vai vispār netiek aizpildīta, tādējādi ietekmējot ne tikai operāciju gaitas sākumu, bet arī komandas darba kvalitāti un komunikāciju operācijas telpā starp pacientu un medicīnas profesionāļiem.

Šobrīd joprojām var apstiprināt to, ka pirmsoperāciju kontrole pacientiem, kuri nonāk neatliekamā kārtā uz operāciju, tiek sniegta mazāk informatīva datu ieguve un ir nepilnīgāka, salīdzinājumā ar pacientiem, kuri ir plānveida kārtā uz operāciju. To būtiski ietekmē daudz apstākļu, kā, piemēram, medicīnas personāla trūkums, liela pacientu plūsma, pacienta kritiskais stāvoklis - trauma, blakus saslimšanas, identifikācija, ja tāda ir iespējama, vai tiek nodrošināta pilnvērtīga aprūpe uzņemšanas nodaļā, pacienta emocionālais, fiziskais un garīgais stāvoklis, kā arī laika trūkums, pirms pacients nonāk operāciju zāles telpās.

Pēc 2018. gada janvāra pētījuma datiem, tiek secināts, ka joprojām, neskatoties uz pacientu drošības uzlabošanu dažos perioperatīvos apstākļos, dažās kontroles lapas vietās netiek sasniegts potenciāls, un tiek saņemtas sūdzības par "kontroles lapas nogurumu" un tiek strauji noraidītas šīs kontroles lapas. Ziņotās problēmas bieži ir saistītas ar cilvēka faktoriem: slikta konstrukcija, nepietiekama ieviešana un apmācība, dublēšanās ar citām drošības pārbaudēm, slikta integrācija ar esošo darbplūsmu un kultūras barjeras. Katrā medicīniskā stāvoklī, piemēram, operācijas telpā vai

kritiskās aprūpes nodaļā, un dažādām klīniskām vajadzībām, piemēram, pārejas nodošanai vai kritiskai reakcijai uz notikumu, ir nepieciešams atšķirīgs kontroles lapas dizains. Viens izmērs netiks piemērots visiem, un kontroles lapas jāveido ap medicīnas komandu struktūru un to darba plūsmu šajos iestatījumos. Noderīgas norādes var atrast literatūrā; tomēr līdz šim nav izveidota integrēta un visaptveroša sistēma, lai kontroles lapu izstrāde būtu efektīva un saskaņota ar medicīnisko un perioperatīvo uzdevumu plūsmu (4).

Pirmsoperāciju pacientu kontrole jeb drošības pārbaudes anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu darbā ir nepieciešamas komandas darbam un komunikācijai, ar kuru palīdzību uzlabo pacientu iznākumu. Nākotnē ir jācenšas vēl vairāk izskaidrot saikni starp to, kā tiek izmantotas drošības pārbaudes kontroles lapas un komandas prasmes, izmantojot dažādas metodoloģiskās pieejas un apstiprinātus komandas darba pasākumus, lai varētu noteikt paraugprakses vadlīnijas.

Pamatojoties uz pētnieciskā darba mērķi, izpētīt pirmsoperāciju pacientu kontroli vispārējā profila ķirurģijas pacientiem pirms plānveida un neatliekamām operācijām anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu darbā.

Pētījums tiks veikts vienā no X slimnīcām – Anestezioloģijas klīnikā, Operāciju bloks. Tiks pielietota kvantitatīvā darba metode (dokumentu analīzes protokols) un kvalitatīvā darba metode (interviju protokols).

Pētījumā tiks izpētīti un analizēti dokumenti sešdesmit (60) Vispārējās ķirurģijas profila neatliekamās medicīniskās palīdzības pacientiem un sešdesmit (60) Vispārējās ķirurģijas profila plānveida pacientiem, kuru dati tiks izvērtēti anonimizētā veidā, ievērojot konfidencialitāti, pacienti netiks tieši iesaistīti pētījumā.

Pētījumā tiks iesaistītas piecas (5) Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas, kuru rezultātā tiks izvērtēts konkrēto māsu pieredze un viedokļi par pirmsoperāciju pacientu kontroli.

Šis darbs būtu izmantojams anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsām, kā informācijas līdzeklis, lai mazinātu riskus operācijas laikā un pēcoperācijas periodā. Pirmsoperāciju pacientu kontrole ir nepieciešama, lai varētu uzlabot pacientu aprūpes kvalitāti, kas būtu pielāgots ikkatram lietotāju īpašajām vajadzībām un videi, kurā tā tiek izmantota.

**Darba tēma :** Pirmsoperāciju pacientu kontrole anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu darbā

Pre-operative patient control for anaesthesia, intensive care and emergency care nursing

**Pētījuma mērķis :** Izpētīt pirmsoperāciju pacientu kontroli vispārējā profila ķirurģijas pacientiem pirms plānveida un neatliekamām operācijām anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu darbā.

**Darba uzdevumi :**

1. Iepazīties un analizēt zinātnisko literatūru par pētāmo tēmu.
2. Izveidot pētījuma instrumentu – Dokumenta analīzes protokolu un Interviju protokolu.
3. Veikt pētījumu un analizēt iegūtos rezultātus.
4. Izdarīt secinājumus.

**Pētījuma metode :** Kombinēta metodoloģija, kas ietver kvantitatīvo un kvalitatīvo pētniecības metodes.

**Pētījuma instrumenti:** Kvantitatīvajam pētījumam – dokumentu analīzes protokols, kvalitatīvajam pētījumam - daļēji strukturētas intervijas jautājumi.

**Hipotēze :** Pirmsoperāciju kontrole pacientiem ar neatliekamām operācijām sniedz nepilnīgāku informatīvo nozīmi salīdzinājumā ar plānveida pacientiem.

**Pētījuma bāze :** SIA X slimnīca Anestezioloģijas klīnika - Operāciju Bloks.

**Māszinību teorijas :** Betija Numane (Neuman) Veselības aprūpes sistēmas teorija un Josefine Patersona (Josephine Paterson) Humānistiskā Māszinību teorija.

## 1. Betijas Numanes (*Neuman, 1995*) veselības aprūpes sistēmas teorija saistībā ar pirmsoperāciju pacientu kontroli

Betijas Numanes Veselības aprūpes sistēmas modelis nodrošina visaptverošu un uz sistēmām balstītu pieeju māszinībās, kas satur elastības elementu. Teorija koncentrējas galvenokārt uz pacienta sistēmas reakciju uz faktiskajiem vai potenciālajiem vides apdraudētajiem faktoriem, kā arī uz primārās, sekundārās un terciārās aprūpes profilakses intervences izmantošanu pacientu sistēmas labsajūtas saglabāšanai, sasniegšanai un uzturēšanai (13).

Šajā teorijā cilvēks ir kā viena kopēja sistēma, daudzdimensiju būtne, jo katrs cilvēks savā ziņā ir daudzveidīgs, unikāls un individuāls. Un vide, kā iekšējo un ārējo spēku kopums, kas ieskauj cilvēku un tas mijiedarbojas.

Videi ir trīs komponenti: 1. iekšējā, kas pastāv klienta sistēmā; 2.ārējā, kas pastāv ārpus klienta sistēmas; un 3.radītā, kas ir vide, ko klients neapzināti radījis un attīstījis, un ir sistēmas vienotības simbols (13).

”Cilvēku pastāvīgi ietekmē sprieguma faktori. Teorētiski šo vidi redz kā iekšējos un ārējos sprieguma un pretošanās faktoros. Šie stimuli traucē cilvēka līdzsvaru jeb normālo aizsardzības veidu. Normālais aizsardzības veids ir cilvēka ”parastais vienmērīgais stāvoklis”. Šis stāvoklis apzīmē indivīda parasto ikdienišķo slodzi. Sprieguma faktori sastāv no (*Neuman, 1982*):

1. Cilvēka iekšējā sprieguma jeb apstākļiem pašā indivīdā.
2. Sprieguma jeb apstākļiem starp indivīdiem.
3. Sprieguma ārpus indivīda.

Pretestību sprieguma faktoriem sniedz elastīga aizsardzība, kas ir dinamiska jeb spējīga mainīties un ir atkarīga no cilvēka sistēmām, kas reaģē mainīgos apstākļos. Ja elastīgā aizsardzības līnija nespēj cilvēku aizsargāt, normālā aizsardzība beidzas. Tas nozīmē, ka personas līdzsvars ir traucēts. Pretestība cīnīties mazinās vai zūd. Cilvēks var atgūt līdzsvaru, vai seko nāvei. Virziens ir atkarīgs no iekšējās pretestības spējām atjaunot līdzsvaru. Reakciju un prognozi ietekmē sprieguma faktoru daudzums, cik cilvēks ir spējīgs pretoties slodzei, kā arī, cik ilgi šie faktori ietekmējuši cilvēku” (90.lpp.).(29)

Pirmsoperāciju pacientu kontrolē tas ir svarīgs aspekts, jo pacients, kuram ir nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās, nonākot vidē, operāciju zālē, šī vide ir nepazīstama un sveša, kas rada bailes, stresa radītās emocionālās izpausmes par tālāko iznākumu, kas ir saistītas starp dzīvību un nāvi, kā arī vientulības sajūtu, jo pacients šajā telpā ir viens, neaizsargāts un ir atkarīgs no

apkārtējiem cilvēkiem, kas viņam ir blakus esošajā situācijā, tie ir medicīnas profesionāļi: anestēzijas māsas, anesteziologs – reanimatologs, ķirurģijas speciālisti un operāciju māsas, kuri sniedz medicīnisko palīdzību veselības aprūpē.

Apskatot tuvāk šo teoriju, tiek likts uzsvars uz māsu aprūpi, māsas darbu kā unikālu un specifisku profesiju. Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas darbā profesionālās iemaņas un darba specifika pieprasa no sevis pilnu atdevi pacienta sagatavošanā un aprūpē pirmsoperatīvajā un operatīvajā periodā.

Nedrīkst aizmirst arī to, ka papildus mediķa uztverei ir jānovērtē arī māsas uztvere, jo tieši māsas uztvere ir tā, kas ietekmēs pacienta tālāko aprūpes plānu. Sistēmu modelis aplūko māsu lomu, reaģējot uz stresa faktoriem (13).

To var attiecināt kā, piemēram, neatliekamās situācijās, kad nepieciešama ātra un efektīva reakcija un rīcība uz esošo situāciju, lai netiktu pieļautas kļūdas, kas varētu kaitēt pacienta dzīvības funkciju uzturēšanai un tālākajai medicīniskajai aprūpei. Glābt dzīvības un nekaitēt.

Šīs teorijas modelis parāda nozīmīgumu māsas aprūpē, kā māsas darbības, ko pielieto savā darba sfērā, palīdz indivīdiem, ģimenēm un grupām uzturēt maksimālu labsajūtu. Galvenais mērķis šajā procesā ir pacienta-klienta sistēmas stabilitāte, izmantojot pacientu aprūpi, lai mazinātu stresa izraisītājus. Tas attiecināms uz pacientiem, kuriem ir nepieciešama gan plānveida, gan neatliekama operācija.

Pacienta novērtējums, kurā tiek aplūkoti visi faktiskie un potenciālie stresa faktori; enerģijas stāvoklis un izturība; elastīgas un normālas aizsardzības īpašības, pretestības reakcijas, mijiedarbība starp pacientu un viņa vidi; dzīves process un izaicinošie faktori optimālam labsajūtam un uztveres atšķirības starp aprūpes sniedzēju un pacientu.

Māsa veic diagnozi, interpretējot savāktos datus. Nākošais māsu procesa solis ir noteikt mērķus. Galvenais mērķis ir saglabāt klienta sistēmu stabila. No mērķiem tiek izveidots plāns, kas vērsts uz aizsardzības un pretestības stiprināšanu. Māsu process tiek novērtēts, lai noteiktu, vai līdzsvars ir atjaunots, un saglabāt stabila stāvokli (13).

Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas darbā sniedzot pacientam neatliekamo medicīnisko palīdzību gan plānveida, gan neatliekamās, akūtās operācijās, pienākums ir aizpildīt arī visa veida dokumentāciju, tajā skaitā arī pirmsoperāciju pacientu kontroles karti.

Betijas Numanes teorijas modeļa pamatpieņēmumi ir šādi:

Katra pacientu sistēma ir unikāla faktoru un raksturlielumu kombinācija, kuras virknē ir atbildes, kas ietvertas pamatstruktūrā.

Pastāv daudzi pazīstami, nezināmi un universāli stresa faktori. Katrs no tiem atšķiras no potenciāla, kas var sagraut klienta parasto stabilitātes līmeni.

Klients ir dinamiskā kompozīcija mainīgo lielumu savstarpējās attiecībās neatkarīgi no slimības vai labsajūtas stāvokļa. Veselība ir nepārtrauktā pieejamā enerģija, lai sistēmu atbalstītu stabilitātes stāvoklī.

Katram pacientam ir netieši iekšēji rezistences faktori, kas darbojas, lai stabilizētu un pielāgotu pacientu parastajā veselības stāvoklī. Primārā profilakse tiek izmantota pacientu novērtēšanā un intervencē, iespējamo vai faktisko riska faktoru identificēšanā un samazināšanā. Sekundārā profilakse ir saistīta ar simptomatoloģiju pēc reakcijas uz stresa faktoriem, atbilstošu iejaukšanās prioritāšu klasifikāciju un ārstēšanu, lai samazinātu to kaitīgo ietekmi. Terciārā profilakse ir saistīta ar regulējošiem procesiem, kas notiek, jo sāksnās no jauna, un uzturēšanas faktori virza tos atpakaļ ciklā pret primāro profilaksi. Pacientam ir dinamiska, pastāvīga enerģijas apmaiņa ar vidi (13).

Klients kā sistēma ir dinamiska, pastāvīga enerģijas apmaiņa ar vidi (14).

Pielietojot konkrēto teoriju saistībā ar pirmsoperāciju pacientu kontroli, tiek uzsvērti galvenie uzskaites punkti kā: cilvēks, patients - klients, kurš ir individuāla persona, kuram nepieciešama medicīniskā palīdzība, vide, klīnika, konkrēti – telpa, kurā nonāk patients, tā ir operāciju zāle, kurā tiek sniegta šī palīdzība, veselība, lai nodrošinātu dzīvībai svarīgu funkciju uzturēšanai un māsas prakse, aprūpe, kuru sniedz visi medicīnas profesionāļi konkrētajā situācijā. Individuāla pieeja katram pacientam konkrētā situācijā.

## 2. Josefines Patersones (*Josephine Paterson*) humānistiskā māszinību teorija saistībā ar pirmsoperāciju pacientu kontroli

Josefine Patersone māszinību teorijā definē māsu kā "dzīvo pieredzi starp cilvēkiem". Tā ir attīstoša, ietekmējoša un palīdzīga attiecība, kurā pacients un māsa iesaistās dialogā. Uzsverot, ka māasai ir svarīgi apzināties sevi un klientus (pacientus) kā unikālus cilvēkus un izprast katra pacienta individuālo perspektīvu, identitāti, pieredzi, stāvokli un vajadzības. Tāpēc māasai ir jāmaina viņas atbilde, piedāvājot īstu klātbūtni. Patersone to nosauc par "savstarpēju zvanu un atbildi", kas tiek sasniegts, apzinoties māsas paša pasaules uzskatu, vērtībām, izpratni un atbildēm, kā arī reaģējot uz citu atbildēm un zināšanām. Ar izpratni par sevi un otru, māsa var iesaistīties autentiskā, terapeitiskā pieredzes apmaiņā, izpratnē un būtībā (15).

Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas darbā šis zvans un atbilde ir savstarpēji saistīti, lai pacientam tiktu nodrošināta viskvalitatīvākā medicīniskā aprūpe, jo tieši māsa ir ciešāk saistīta ar pacientu. Anesteziologs – reanimatologs pirms operācijas ievāc anamnēzi, konkrēto informāciju par pacienta veselības stāvokli, taču māsa pārjautā vēlreiz, lai varētu apstiprināt esošo, iegūto anamnēzi un datus, lai nepieļautu kļūdas tālākai rīcībai un ārstēšanas aprūpei.

Betijas Numanes teorija un Josefines Patersones teorijas ir vienlīdz saistītas, jo arī šajā teorijā tiek aprakstīts tas, cik ļoti svarīga ir māsu aprūpe, sniedzot palīdzību tam, kam ir nepieciešama šī palīdzība.

Patersone savā teorijā apraksta to, ka māsu rīcībā ir cilvēcība, kas nav atdalāma no māsu lomas. Māsu aprūpe ir "cilvēka darījums" un tādējādi ietver visus pacienta cilvēka ierobežojumus, emocijas un potenciālu kā apmaiņu, kas ietekmē māsu, kas savukārt reaģē caur viņa / viņas perspektīvu un autentisku būtni, kas savukārt ietekmē pacientu. Tādējādi, lai arī katrs dalībnieks var vienreiz izjust situāciju, viņiem būs arī kopīgas mijiedarbības, "starp" un tās ziņas un nozīmes pieredze. Piemēram, māsa var būt pakļauta aprūpei, kad pacients ir aprūpēts. Tomēr abiem viņiem ir pieredze aprūpes procesā un aprūpes saņemšanā, izmantojot viņu darījumu ar otru. Arī visu, ko māsa veic fiziski, izraisa viņas "stāvokļa esamības raksturs". Tādējādi, lai gan māsa varētu domāt, ka viņa ir nodrošinājusi pacientam ar insulīna injekciju, viņa to ir izdarījusi, izmantojot savu unikālo raksturu un veidu, kā būt tajā brīdī. To darot, māsa pašlaik sazināsies ar sevi un atbild uz klientu kā cilvēks tāpat, kā viņa nodrošina insulīnu, atbildot uz klienta glikozes līmeni asinīs. Māsu

aprūpe ir starpnozaru, transacionāls, savstarpēji saistīts dialogs, kas palīdz veidot, kas atzīst un izpauž savu patieso cilvēcīgumu, un reaģē uz pacienta unikālo cilvēku (15).

Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas darbā dialogs starp māsu un pacientu ir nozīmīga pamatfunkcija, jo tieši māsa ir tā, kas pacientu sagaida, iesāk dialogu, kopā ar anesteziologu – reanimatologu ievāc nepieciešamo informāciju par veselības stāvokli, iedrošina nebaidīties no operācijas, paskaidrojot par medikamentiem, kas tiks ievadīts un kā var mainīties pacienta pašsajūta pēc ievadītās premedikācijas, par pēc operācijas posmu, ka pacients pamodīsies operāciju zālē, kurā viņš nebūs viens, bet kura klātbūtni nodrošinās anestēzijas māsa un anesteziologs – reanimatologs. Šis modelis, ko radīja Josefīne Patersone, uzskatīja, ka māsu izglītībai ir jārada pieredze un, ka māsas apmācībā uzmanība jāpievērš māsas spējai sazināties ar pacientiem kā zinātniski un medicīniski (16).

Šāda pieeja teorijai kā apstiprinājumam māsas aprūpei it īpaši jāpievērš uzmanība māsas un pacienta attiecībām, kurās abi cilvēki ietekmē māsu iejaukšanās rezultātus. Visā šajā procesā galvenokārt lielāko lomu izpilda māsa, jo attiecības starp māsu un pacientu ir saistītas gan ar pacienta dziedināšanu, gan ar medicīnas iejaukšanos. Tieši humanitārā aprūpe koncentrējas uz to, kā attiecības starp pacientu un māsu attīstās papildus pacienta fiziskajai un garīgajai veselībai. Humanitārās māsu modelis aplūko pacientu kā indivīdu, unikālu personību un katra situācija ir unikāla, it īpaši, ja pacients ir nonācis neatliekami un nav iespējams uzzināt jebkādu informāciju par viņu, kā personību, jo galvenais šajā mirklī ir glābt dzīvību. Šajā aprūpes pieejā nav nekādas formulas, metodes vai procesa, lai rūpētos par pacientiem. Katru pacientu novērtē un ārstē katrā gadījumā atsevišķi.

### 3. Anestezioloģijas un intensīvās terapijas zinātnes pirmsākumi

Anestezioloģija (grieķu: *an* - noliedzošs priedēklis, *aisthesis* - sajūta, *logos* - mācība) ir medicīnas zinātnes nozare, kas pētī ķirurģiskas operācijas nevēlamo ietekmi uz slimo organismu, kā arī metodes šīs ietekmes (galvenokārt, sāpju) mazināšanai (5).

Anestezioloģija un intensīvā terapija ir diezgan jaunas disciplīnas. Garākā attīstības vēsture ir anestezioloģijai, un tās attīstību veicināja ķirurģija. Viljams Mortons (*William T. G. Morton*) 1846. gada 16. oktobrī Bostonā pirmais pasaulē sekmīgi publiski nodemonstrēja ētera narkozi. Šo datumu arī uzskata par vispārējās anestēzijas (narkozes) ieviešanas laiku. 19. gadsimta četrdesmitie gadi uzskatāmi par "nesāpīgas" ķirurģiskās ēras sākumu medicīnā. Tieši inhalācijas anestēzijas vielu ieviešana klīniskajā praksē atrisināja ķirurģisko sāpju likvidēšanas problēmu, kuru pirms tam nebija izdevies veikt. Latvijā pirmā zoba ekstrakcija ētera narkozē veikta 1847. gadā (*E. Bērenss*). Ētera narkozes lietošana strauji izplatījās Eiropā, veicot dažādas operācijas. Pirmais ārsts, kas 1847. gada 19. janvārī atviegloja dzemdētājas ciešanas ar ēteri, ir Edinburgas ginekologs Džeimss Jangs Simpsons (*James Young Simpson*). Tomēr viņa lielākais ieguldījums ir hloroforma ieviešana dzemdību klīnikā. Tikai pēc tam, kad 1853. gadā Džons Snovs (*John Snow*) hloroformu lietoja karalienes Viktorijas astotā bērna prinča Leopolda dzemdībās, tas tika plaši lietots dzemdību sāpju remdēšanā (7).

Anestezioloģijas pirmsākumi meklējami tālā pagātnē, taču tās strauja attīstība sākās 20. gadsimtā, kad anestezioloģijas praksē blakus agrāk lietotajām narkotiskajām vielām ieviesa vairākas jaunas vielas, kā arī speciālus narkozes aparātus. Apvērsumu anestezioloģijā radīja vielas (miorelaksanti), kas arī vieglas narkozes gadījumā pilnīgi atslābina cilvēka skeleta muskulatūru, līdz ar to atvieglinot operāciju. Uzsākot miorelaksantu ievadīšanu, kļuva iespējams arī mākslīgi vadīt slimnieka elpošanu, lietojot narkozes aparātus. Narkotizēšanu mūsdienās veic speciālisti - ārsti anesteziologi, kuru uzdevums ir ne vien ievadīt narkozi, bet arī kontrolēt visas cilvēka dzīvībai svarīgākās organisma funkcijas operācijas un pēcoperācijas periodā (5).

### 3.1. Kas tas ir – anestēzija

Anestēzija (grieķu val.: anaisthēsia - nejutīgums < an nolieguma priedēklis + aisthēsis - sajūta, jušana - pilnīgs jutīguma zudums, kas iestājas, ja pārtrauc impulsu plūsmu no perifērijas uz galvas smadzeņu centriem).

Anestēziju var izraisīt ar medikamentiem — vietējā un vispārējā anestēzija jeb narkoze, tā var iestāties arī dažādu patoloģisku procesu rezultātā. Maņu orgānu, ādas jušanas samazināšanos sauc par hipestēziju, visu maņu orgānu jušanas izslēgšanos — par totālo anestēziju, dažu jušanas veidu izslēgšanos — par daļējo jeb disociējošo anestēziju. Daļējās anestēzijas dažādiem veidiem ir specifiski apzīmējumi, piemēram, analģija — sāpju sajūtas izzušana, termanestēzija — ķermeņa temperatūras sajūtas izzušana.

Ķirurģiskā anestēzija ir mākslīga sāpju sajūtas novēršana ķirurģiskās operācijās. Tās metodes iedala divās grupās — vietējā un vispārējā anestēzija. Vietējā ķirurģiskā anestēzija, kurā izmanto vietējās anestēzijas līdzekļus vai aukstumu, ir norobežots un daļējs process, apziņa cilvēkam saglabājas. Vietējās anestēzijas izraisīšanai, bloķē atbilstošus perifēriskos vadīšanas ceļus.

Tās veidi (atkarībā no blokādes izdarīšanas vietas) ir virsmas anestēzija (vietējās anestēzijas līdzekļus uzpilina vai ar tiem noziež gļotādu); infiltrācijas anestēzija (vietēji anestezējošo vielu šķīdumus ar injekcijas šļirci ievada zemādā vai citos audos, kur atrodas sāpju receptori); vadu anestēzija (anestezējošo vielu injicē tāpat kā iepriekš tikai nevis jušanas nervu galu, bet gan pašu nervu tuvumā). Vadu anestēzijai savukārt ir vairāki paveidi, kas atšķiras pēc tā, uz kādiem jušanas nerviem, to sakopojumiem iedarbojas anestezējošā viela (kūlīšu anestēzija jeb saknīšu anestēzija u.c.). Jo lielāks jušanas nervu kūlis tiek anestezēts un jo tuvāk šis kūlis atrodas centrālajiem vadīšanas ceļiem, jo plašāks ir vietējās anestēzijas rajons. Vietējo anestēziju ar novokaīnu var izmantot par ārstēšanas metodi (ari novokaīna blokāde).

Vispārējā anestēzijā jeb narkozē tiek kavēta nevis kairinājuma uztveršana vai informācijas pārvade pa nervu ceļiem, bet gan šīs informācijas uztveršana un analīze nervu centros; to panāk, mākslīgi izraisot CNS aizsargkavēšanu, kas slimniekam rada arī bezsamaņu (6).

”Anestezioloģiju un intensīvo terapiju vieno pacients, kurš nonāk situācijā, kad viņa dzīvības funkciju uzturēšanai nepieciešama speciāla aprūpe, speciāls aprīkojums. Visbiežāk tās ir kritiskas situācijas, kurās nepieciešama steidzama un pareiza rīcība, lai glābtu cilvēka dzīvību. Gan anestezioloģiju, gan intensīvo terapiju raksturo komandas darbs. Operāciju zālē māsa strādā

anesteziologa vadībā, taču sarežģītu un steidzamu operāciju gadījumos svarīga katra komandas locekļa situācijas izpratne un mērķtiecīga rīcība” (4.lpp.).(7)

”Anestezioloģija un intensīvā terapija ietver sevī arī reanimatoloģiju; māsām labi jāpārzina reanimācijas pasākumi, palīdzība dzīvībai bīstamās situācijās. Pirmās empīriski atklātās atdzīvināšanas metodes pakāpeniski papildināja zinātniski pētījumi un tika izstrādātas vienotas atdzīvināšanas metodes. Pieaugušo cilvēku atdzīvināšanas vadlīnijas (*Eiropas Atdzīvināšanas padomes 2005. gada vadlīnijas*), kas tika publicētas 2005. gada 28. novembrī starptautiskajā izdevumā ”Atdzīvināšana” un tika apstiprinātas 2005. gadā starptautiskajā konferencē. Atdzīvināšanas vadlīnijas tiek pārskatītas un atjaunotas, jo reanimatoloģija turpina attīstīties, pateicoties jaunu pētījumu rezultātiem un pierādījumiem” (5.lpp.).(7)

### **3.2. Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas kompetences**

Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas kompetencē sadarbībā ar anesteziologu, reanimatologu ir vispārējās, reģionālās un lokālās anestēzijas, vitālo funkciju nodrošināšana ķirurģisko operāciju un dažādu manipulāciju laikā; pacientu pirms un pēc anestēzijas aprūpe; aprūpes nodrošināšana pacientiem intensīvās terapijas un reanimācijas laikā; aprūpes nodrošināšana pacientiem ar akūtām un hroniskām sāpēm; nozīmēto medikamentu saņemšanas nodrošināšana, diagnostisko un ārstniecisko procedūru veikšana pacientiem intensīvās terapijas un reanimācijas laikā; neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana; pacientu aprūpes plānošana, sniegšana un aprūpes rezultātu izvērtēšana anestezioloģijā, reanimatoloģijā, intensīvajā terapijā, prehospitālajā un intrahospitālajā neatliekamajā un katastrofu medicīnā (8).

#### **4. Pirmsoperāciju pacientu kontrole un PVO ķirurģiskās drošības kontroles lapas izstrāde un lietošana**

Operatīvajā vidē pārejas posmu ir daudz, taču viens no svarīgākajiem, riska ziņā ir tieši posms pirms operācijas, pacientam nonākot telpā, kura ir sveša un nezināma. Tā ir pirmā pāreja ķirurģiskā pacienta aprūpē un to var uzskatīt par aprūpes pārejas kritisko dimensiju (9).

Tiek izvērtēti pacienta subjektīvie un objektīvie dati, atkarībā no tā, kādā un cik kritiskā stāvoklī pacients ir nonācis operāciju zālē. Iegūtā nepieciešamā informācija par pacientu tiek iegūta, sadarbojoties ar visu ķirurģisko brigādi: operējošo ķirurgu, operācijas māsu, anesteziologu – reanimatologu un anestēzijas māsu. Pacienta dati tiek ierakstīti un apkopoti konkrētajos dokumentos: ķirurģiska pacienta kontroles lapā; pacienta slimības vēsturē; pacienta narkozes kartē, konkrētajā operāciju zāles žurnālā.

Pirmsoperāciju pacientu kontroles lapa jeb „Ķirurģiska pacienta kontroles lapa” tā ir pacientu dokumentācija, kurā atzīmē galvenos kontroles punktus, lai uzlabotu pacientu drošību un saziņu, kā arī, lai palīdzētu nodrošināt pozitīvu pacientu aprūpes pieredzi, pirms operācijas, operācijas un pēcoperācijas periodā.

Ķirurģijas drošības kontroles lapas ir pacientu drošības saziņas līdzeklis, ko izmanto operācijas telpās speciālistu komanda (anestēzijas māsa, anesteziologs – reanimatologs, operāciju māsa un ķirurgi), lai apspriestu svarīgas ziņas par katru ķirurģisko gadījumu. Daudzos veidos ķirurģiskais kontrolsaraksts ir līdzīgs aviokompānijas pilota kontrolsarakstam, ko lieto tieši pirms pacelšanās. Tā ir galīgā pārbaude pirms operācijas, lai pārliecinātos, ka visi zina svarīgo medicīnisko informāciju, kas viņiem jāzina par pacientu, vai viss aprīkojums ir pieejams un ir darba kārtībā, un visi ir gatavi turpināt (17).

Šobrīd pacientu kontroles lapas jeb kontroles saraksti tiek veiksmīgi izmantoti veselības aprūpes nozarēs, kā, piemēram, intensīvā terapijā, anestezioloģijā un ķirurģijā. 2007. gadā *Pasaules Veselības organizācija* (PVO) izstrādāja operatīvās drošības pārbaudes punktu sarakstu informatīviem pasākumiem operācijas telpā (11).

Sākumā, šo kontroles lapu ieviešana veselības aprūpē radīja zināmu skepticismu un izturējās pret to izmantošanu – negatīvi, uzskatot, ka tas apdraud profesionālo autonomiju, tieši ārstiem (10). 2009. gadā *Pasaules Veselības organizācija* sniedza vispasaules ieteikumus par savu Ķirurģiskās drošības pārbaudes punktu lietošanu visās operatīvajās procedūrās. Pieejamie dati tiek informatīvi

izklāstīti par šī kontroles lapas īstenošanu un tā ietekmi uz pirms operācijas saslimstību un mirstību, kā arī par operāciju telpas drošības kultūru (11).

Kontroles lapa tiek iedalīta trijās sadaļās, nepieciešamā informācija par pacientu tiek izvērtēta tā, lai anestēzijas un operācijas gaita tiktu pārtraukta trīs konkrētos etapos. Tas ir nepieciešams, lai varētu pārbaudīt svarīgāko informāciju un tas tiktu paziņots visiem medicīnas aprūpes komandas locekļiem. Pirmais etaps ir: pirms anestēzijas ievadīšanas, otrs etaps: pirms ādas griešana ("*ķirurģiska iejaukšanās*") un trešais etaps ir: pēc anestēzijas. Pieraksts, ko veic anesteziologs, anestēzijas māsa un pacients, sastāv no pacienta identitātes pārbaudes, veicamās procedūras un konkrētie punkti, kas attiecas uz anestēziju. Šajā laika posmā tiek norādīti visu operācijas zālē komandas locekļu vārdi un lomas, kā arī tiek paziņoti vissvarīgākie aspekti, tostarp paredzamais operācijas ilgums un paredzamais asins zudums. Pēc operācijas, pēc anestēzijas posmā, tiek izvērtēta un apkopota esošā informācija par pacientu un veikto operāciju (11).

PVO kontroles lapu saraksts tika novērtēts pētījumā astoņās slimnīcās dažādās pasaules valstīs, dažas no šīm slimnīcām nodrošināja primāro aprūpi, bet citas - pilnīgu (terciāro) aprūpi. Sākumā tika veikts pētījums, kurā tika izvērtēti 3733 pacienti, pirms tika ieviests PVO kontrolsaraksts un vēlāk 3955 pacienti. Pirms operācijas saslimstības un mirstības gadījumi 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc operācijas tika novērtēti ar standartizētām aptaujas anketām. Tika konstatēts, ka kontrolsaraksta ieviešanai ir sekojoša ietekme neatkarīgi no slimnīcu sociālekonomiskām iezīmēm. Pēc statistikas varēja secināt, ka nozīmīgs relatīvs mirstības samazinājums lielās ķirurģiskās operācijās - par 47%, no 56 3733 gadījumos (1,5%) līdz 32 no 3955 gadījumiem (0,8%) un statistiski nozīmīgs relatīvs galveno saslimstības samazinājums par 36%, no 411 no 3733 gadījumiem (11%) līdz 288 3955 gadījumos (7%).

Pēc statistikas rādītājiem, šī pacientu kontroles lapas ieviešana ir būtiski ietekmējusi svarīgākos aspektus veselības aprūpē, tāpēc PVO ieteica šo kontrolsarakstu izmantot visās operācijās un integrēt ķirurģiskajā apmācībā. Vācijā PVO kontroles saraksts pirmo reizi tika prezentēts un apspriests 2008. gadā *Deutsches Ärzteblatt un Deutsches Ärzteblatt International* publikācijās (11). Pilnīga drošības pārbaudes punktu saraksta ieviešana ķirurģijā ir saistīta ar uzlabotiem rezultātiem un komandas efektivitāti (12).

## 5. PVO un ķirurģiskā drošība

Ķirurģiskas procedūras vai operācijas ir nepieciešamas, lai glābtu dzīvību, taču nedroša un nekvalitatīva ķirurģiska aprūpe var radīt pacientam būtisku kaitējumu. PVO pamatnostādnes par drošu operāciju tika izstrādātas, lai novērstu ķirurģisko drošību. Šīs vadlīnijas ir pārbaudītas un izmēģinātas dažādās vietās visā pasaulē. Ir plaši atzīts, ka katra valsts var uzlabot ķirurģiskās aprūpes drošību un, ka tas ir kritisks sabiedrības veselības jautājums, kas katru gadu ietekmē simtiem miljonu cilvēku visā pasaulē. Izveidojot drošības kultūru, PVO cenšas veicināt prakses standartus, kas samazina ievainojumus un glābj dzīvības (18).

PVO pacientu drošības operācijas mērķis ir ietaupīt dzīvību un izaicinājums uzlabot ķirurģiskās aprūpes drošību visā pasaulē. Galvenais drošības standarta kopums, ko var piemērot visās jomās un katrā valstī. Starptautisko ekspertu darba grupas, kuras bija izveidotas, lai pārskatītu literatūru un ārstu pieredzi, lai varētu panākt vienošanos par drošības praksi 4 (četrās) tēmu jomās: komandas darbs, anestēzija, ķirurģiskas infekcijas vietas novēršana un ķirurģisko pakalpojumu mērīšana. Pirmās konsultācijas, kuras notika 2007. gada janvārī, šie sarežģījumi tika novērsti, jo tika pārskatīta un ievērota pacientu ķirurģiskā drošība. Operācija tika definēta kā "Jebkura procedūra, kas notiek operācijas telpā, kurā ir griezumus, audu izgriešana, manipulācija vai šuvju uzlikšana, kas parasti prasa reģionālo vai vispārējo anestēziju, vai dziļa sedācija, lai kontrolētu sāpes". Tika atzīts, ka operācijas laikā nav neviena risinājuma, ka varētu mainīties pacientu drošība (19).

Ķirurģiskā drošība operācijas laikā prasa drošu un daudzkārtēju izpildi nepieciešamajos aprūpes pasākumos ne tikai ķirurgam, bet arī veselības aprūpes komandai – medicīnas profesionāļiem, kas strādā kopā pacienta labā. Tika atzīts, ka uzticamība ir uzlabota ar to, ka ir jāidentificē aprūpes pamatkomponenti, kas jānodrošina ar standartizētu kārtību ar tādiem rīkiem kā kontroles lapas.

## 5.1. Kāpēc droša operācija ir svarīga

Ķirurģiskā aprūpe jau vairāk kā gadsimtu visā pasaulē ir bijusi būtiska veselības aprūpes sastāvdaļa. Tā kā traumatisku traumu, vēža un sirds un asinsvadu saslimšanas gadījumu skaits turpina pieaugt, arī turpmāk pieaugs ķirurģiskās iejaukšanās ietekme uz sabiedrības veselības sistēmām (20).

Operācija bieži ir vienīgā izeja un terapija, kas var mazināt invaliditāti un samazināt nāves risku pacientam. Pēc statistikas datiem, katru gadu daudzi miljoni cilvēku tiek pakļauti ķirurģiskai ārstēšanai, un ķirurģiskās iejaukšanās veido apmēram 13% no pasaules kopējiem invaliditātes koriģētajiem dzīves gadiem. Kaut arī ķirurģiskas procedūras ir domātas, lai glābtu dzīvību, nedroša ķirurģiska aprūpe var radīt būtisku kaitējumu. Ņemot vērā operācijas esamību, tam ir būtiskas sekas: mirstība pēc lielas operācijas ir 0,5-5%; komplikācijas pēc stacionāro operāciju veikšanas notiek līdz pat 25% pacientu; rūpnieciski attīstītajās valstīs, gandrīz puse no nelabvēlīgajiem notikumiem ir tieši saistīti ar ķirurģisko aprūpi; vismaz puse no gadījumiem, kad operācija izraisīja kaitējumu, tiek uzskatīta par novēršamu. Mirstība no vienas vispārējās anestēzijas ir ziņots, ka tā ir tikpat liela kā 150 no dažām Subsahāras Āfrikas daļām (20).

Ķirurģiskas komplikācijas ir ievērojams nāves un invaliditātes cēlonis visā pasaulē. Tas ir risks pacientam, kā arī veselības aprūpes sistēmām kopumā un bieži vien to var novērst, lai gan pacientu profilakse parasti prasa pārmaiņas sistēmās un individuālajā uzvedībā. Ķirurģisko pacientu drošības pamatā ir kontroles lapas, kuru ietekmē ir būtisks samazinājums nāves gadījumos un komplikācijās dažādās iestādēs visā pasaulē. Vispārēji piemērojot šo kontroles lapas programmas ieviešanu un esamību, ir iespējams novērst lielu skaitu nāves gadījumu un atspējošanas komplikācijas, lai gan ir nepieciešams veikt papildu pētījumus, lai precīzi noteiktu mehānismu un iedarbības ilgumu noteiktos apstākļos (21).

## **5.2. Svarīgākie kontroles lapas jautājumi pirmsoperāciju pacientu sagatavošanā no anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas specifikas**

Pacientu sagatavošana pirms operācijas ir vissvarīgākais posms pacientu drošībai, operācijas iznākumam un lomai veselības aprūpes jomā, kopumā. Pacienta rūpīga sagatavošana var samazināt trauksmi un ļauj pārliecināties par to individuālajām vajadzībām, kas nozīmē, uz pozitīvu pieredzi un ātrāku atveseļošanās posmu. Tajā ietilpst virkne procedūru, kas ietver pacienta nodrošināšanu par izpratni, par esošo operāciju un spēj sniegt informētu piekrišanu, ja vien tas nav iespējams vecuma vai garīgās spējas dēļ.

Daudzi faktori veicina trauksmi pacientiem, kuriem jāveic operācija, piemēram, anestēzijas līdzekļi un medikamenti, procedūra un operācijas iespējamie rezultāti. Pacienti var novērtēt detalizētu informāciju un diskusijas iespējas un, ja pacienti vēlas mazināt trauksmi, mātai jāspēj atpazīt tās pazīmes; kas var rasties no fiziskās puses, kā, piemēram, paaugstinātas vitalitātes pazīmes, svīšana, slikta dūša un pastiprinātas sajūtas vai arī psiholoģiskās pazīmes, piemēram, uzvedības maiņa, agresija, pastāvīgas uzmanības pievēršana vai netipiski emocionāla rakstura izpausme (Pritchard, 2009).

Kontroles lapas jautājumu analīze, kurus ir nepieciešams aizpildīt pirms operācijas.

1. Pacienta statuss iestājoties operācijai, kas nozīmē, ka uz plānveida operāciju ir nepieciešama rūpīga un detalizēta informācijas datu iegūšana un rezultātu apkopošana par pacientu. Pacients, kurš iestājas uz operāciju akūtā jeb neatliekamā kārtā, šī informācijas iegūšana tiek ierobežota, atkarībā no traumas smaguma un operācijas sarežģītības pakāpes.
2. Pacienta apstiprinājums par savu vārdu, uzvārdu, tā ir atbilstība par pacienta medicīniskajiem ierakstiem, novēršot kļūdas, ka tas varētu būt neīstais pacients, kuram ir nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās jeb operācija.
3. Pacienta apstiprinājuma paraksts un piekrišana operācijai būtu jāsaņem saskaņā ar Veselības departamenta vadlīnijām (2009) un jāpārbauda tieši pirms operācijas. Tas ietver pacienta izpratni par procedūru un iespējamiem riskiem operācijas laikā un pēcoperatīvajā periodā. Informētās piekrišanas iegūšanu var radīt grūtības, kas ir atkarīgas no vecuma un garīgās spējas dēļ.
4. Pacienta asins grupas, Rh faktora, anti Eritrocitārās antivielas, kā arī informācija par asins transfūzijām/pārliešanām, to atzīmēšana novērš kļūdas operācijas laikā, kas var apdraudēt pacienta dzīvību vai dzīves kvalitāti, ja alternatīvas ārstēšanas metodes nav vai tās ir neefektīvas (22).

5. Pacienta alerģijas atzīmēšana ļauj pievērst uzmanību, saistībā ar medikamentu ievadi, kas ir nepieciešams visā narkozes posmā.
6. Premedikācijas saņemšana pirms operācijas samazina pacientam trauksmi, sāpes, uztraukumu un nedrošības sajūtu, tādējādi izraisot nelielu miegainību un koordinācijas spējas operāciju telpā.
7. Laika posms, kad pacients ir dzēris/ēdis, ja tā nav kritiska un dzīvībai apdraudējama situācija, tad ir jānogaida konkrēts laika posms operācijas veikšanai.
8. Ja ir iespējams, juvelierizstrādājumi ir jānoņem, jānomarkē un jānodod konkrētās nodaļas uzglabāšanas seifā. Tas attiecināms arī uz kontaktlēcām, brillēm un izņemamām zobu protēzēm. Tie ir būtiski drošības pasākumi, novēršot iespējamus riskus pacientam operācijas gaitā.
9. Būtiski apsvērumi par pacientu, tie varētu būt kā, blakussaslimšanas, hroniskas slimības, konkrēto medikamentu ilglaicīga lietošana, operāciju skaits utt.

### **5.3. Ķirurģisko pacientu kontroles lapas efektivitāte pacientu drošības uzlabošanā**

Pēc pētījumu datiem, neraugoties uz to, ka kontroles lapas tika ieviestas ne tikai, lai tiktu ievērota pacientu drošība operācijas telpā, bet arī, lai tiktu novērsta kļūdas medicīnas profesionāļu vidū, joprojām tiek ziņots par šādām kļūdām. Uzsvars tiek likts uz to, vai visas iestādes ievēro šīs vadlīnijas, to uztveri un attieksmi, lai tiktu pilnībā īstenota un efektīvi izmantota šī kontroles lapas izmantošana. Pēc literatūras datiem, šāda protokola ieviešana ir uzlabojusi pacientu drošību un kopumā, personālam, kas strādā operāciju telpā, šie pasākumi ir labvēlīgi. Tomēr šo kontroles lapu nozīme nelabvēlīgu operāciju iznākumu samazināšanā nav pierādīta. Veselības aprūpes profesijas mērķim ir jābūt, lai varētu turpināt uzlabot sasniegumus, kas veikti, īstenojot ķirurģiskas kontroles - pārbaudes lapas un novēršot negatīvus iznākumus. Joprojām tiek nepārtraukti meklēti veidi, kā uzlabot pašreizējos protokolus (23).

Vienā no pētījumiem, ir apliecinājums tam, ka koncentrējoties uz komandas darba dinamikas un komunikācijas uzlabošanu, pakāpeniski palielinājās atbilstība, pildot kontroles lapas. Iespējams, ir grūtības ieviest PVO Ķirurģiskās pacientu kontroles lapas klīniskajā praksē. Kontroles lapas ir paredzētas medicīnas profesionāļiem sniegt vienkāršu un efektīvu prioritāro pārbaudžu kopu, lai uzlabotu efektīvu komandas darbu un saziņu, kā arī veicinātu pacientu drošības aktīvu izskatīšanu katrā veiktajā darbībā. Pārbaudžu sarakstam ir divi mērķi: nodrošināt pacientu drošības konsekvenci un ieviest tādu kultūru, kas atbilst tās sasniegšanai. Pieredze liecina, ka ar izglītības, prakses un

vadīšanas palīdzību var tikt novērsti īstenošanas šķēršļi. Pareiza plānošana un saistības ir viegli izpildāmas, un tās var būtiski atšķirt ķirurģiskās aprūpes drošību. Novērtējot, kā komanda ievēro kontroles lapas, ko mēra ar atbilstību, ir tikpat svarīga kā rezultātu vērtēšana. Pārbaudes saraksta efektivitāte tika saistīta ar pareizu instruktāžas veikšanu. Retrospektīvs pētījums parādīja, ka PVO kontroles lapas izmantošana varētu novērst 14,9% no visām nepareizi radītajām kļūdām (piemēram, nepareizās operācijas vietas/puses marķēšana). Nepareiza ieviešana var veicināt bīstamu nepatiesu drošības sajūtu, tādējādi pārvēršot kontroles lapas pozitīvo efektu pretējā virzienā. Tādēļ īstenošanas process bija laiks, lai piesaistītu vietējos vadītājus, izglītotu darbiniekus par kontroles lapas pieņemšanas priekšrocībām, veic oficiālu apmācību un atkārtoti nostiprinātu kontroles lapas lietošanu sākotnējā posmā. Sākotnēji uzsākot ķirurģiskās drošības kontroles lapas īstenošanu, atbilstība bija zemas lojalitātes, uzticības un apņemšanās trūkuma dēļ, dažos gadījumos pretrunīgu pārbaudes sarakstu izmantošana, komandas datu ievadīšana par pacientu nekad netika veikta, bet rūtiņas vienmēr tika atzīmētas, komandas darbs bija izklaidīgs, noraidošs pārbaudes laikā. Nepareizas izvēles rūtiņas tika atzīmētas, neiegūstot konkrēto informāciju. Procedūras beigās visbiežāk tika aizturētas izvēles rūtiņas par laiku, kas norāda uz informācijas pilnīguma trūkumu (24). Kontroles lapas izmantošana ir saistīta ar uzlabotas drošības attieksmes veidošanos operatīvajā vidē, samazinot pēcooperācijas komplikācijas un mirstības rādītājus. Pētījumā ir norādīts, ka šī drošības kontroles lapas aizpildīšana var mazināt komplikācijas, tādējādi pierādot, ka tā ir efektīva.

#### **5.4. Faktori un iemesli, kas ietekmē kontroles lapas aizpildīšanu**

PVO ķirurģijas drošības kontroles lapas ir paredzētas ikdienas lietošanai operāciju zālēs kā "*standarta darba kārtība*" (26). Šobrīd, kā svarīgākais un noteicošais faktors, ir palielināta darba slodze operāciju telpā, tas ir operāciju skaits, kas tiek veikts ikdienā, tādējādi neaizpildot kontroles lapu pilnībā vai aizpildot tikai daļēji, ietekmējot laiku starp operācijām un to daudzumu. Medicīnas darbiniekiem tas pārtop par rutīnas darbu, kad tiek veikta viena un tā pati darbība.

Daudzos pētījumos ir aprakstīti dati, ka tieši ieviestā kontroles lapa pacientiem, informācijas iegūšana un izpildīšana patērē pārāk daudz laika, tādējādi traucējot operācijas telpā veikto operācijas daudzuma efektivitāti, kā arī liela nozīme ir starp profesijām operāciju telpā: ķirurģijas speciālisti, anesteziologs – reanimatologs, anestēzijas māsa un operāciju māsa, uzskatot, ka

uztveramā nozīme ir cieši saistīta ar nodomu un izpratni par šīs kontroles lapas mērķi. Skepticisms un negatīva pārliecība par kontroles lapas efektivitāti, uzskatot, ka esošie pierādījumi par pacientu nav pilnībā pārliecinoši (25). Tādā veidā kontroles lapas var negatīvi ietekmēt komandas darbu kopumā. Tomēr pētījumu dati pierāda un apliecina to, ka kontroles lapas uzlabo komandas darbu un komunikācijas varbūtējo kvalitāti un samazina novērojamas kļūdas, saistībā ar negatīvām komandas prasmēm. Iespējams, ka tas darbosies, izveidojot atklātu platformu komunikācijai procedūras sākumā: iedrošināt dalīties ar kritiskām, ar informāciju saistītām situācijām, veicināt komandas koordināciju un lēmumu pieņemšanu, novēršot zināšanu trūkumu un uzlabojot komandas kohēziju (26). Kontroles lapas izpilde ir nepieciešama komandas darbam un komunikācijai, un tas var būt viens no mehānismiem, ar kuru palīdzību tiek uzlabots pacienta veselības rezultāta iznākums.

Kontroles lapas izmantošana ķirurģiskās un anestēzijas praksē tika aktivizēta, publicējot PVO ķirurģiskās drošības kontrolosarakstu 2008. gadā. Tika uzskatīts, ka, regulāri pārbaudot kopīgos drošības jautājumus un uzlabojot komandas komunikāciju un dinamiku, var uzlabot perioperatīvo saslimstību un mirstību. Šos sākotnējos rezultātus apstiprina detalizēts darbs, kas parāda, ka ķirurģiskas kontroles lapas, pilnībā izpildot, var būtiski atšķirties pacienta drošība. Tomēr ķirurģisko kontroles lapas ieviešana nav tik vienkārša, kā šķiet, un prasa vadību, elastību un komandas darbu atšķirīgā veidā nekā tas, ko pašlaik praktizē. Nākotnes darbam vajadzētu būt vērstam uz to, lai nodrošinātu efektīvu PVO ķirurģiskās drošības kontroles lapas īstenošanu, kas mūsu pacientiem sniegs labumu globālā mērogā (27).

## **6. Māsas loma un pacienta novērtējums pirms operācijas**

Pirms operācijas anesteziologs – reanimatologs konkrēti norāda anestēzijas māasai rīkojumus, kas precīzi norāda, kādi konkrēti medikamenti tiek nepieciešami, lai tiktu ievadīti pacientam un fiziskā sagatavošana operācijai. Ir svarīgi iemācīt pacientam precīzi saprast pirmsoperācijas rīkojumus, informācijas pasniegšanu par anestēziju un tās gaitu, jo tie ietekmē operācijas panākumus. Neatliekamas operācijas gadījumā pirmsoperācijas periods var būt ļoti īss. Šajos ierobežojumos nedrīkst aizmirst par to, ka ir jānodrošina emocionālais atbalsts visiem pacientiem (28).

Māsu pirmsoperācijas novērtējums palīdz noteikt pacientu neaizsargātību vai riska faktorus negatīviem ķirurģiskiem rezultātiem. Ja pacientu neaizsargātību nevar mazināt, viņiem vismaz jābūt identificētiem, lai tos varētu vadīt perioperatīvās vides sarežģītības dēļ. Pirmsoperācijas novērtējums, ir aprūpes pārejas un koordinācijas kritiskā dimensija perioperatīvajā vidē (9).

## **7. Pētījuma metodoloģija**

### **Pētnieciskā darba posmi:**

- 1. Pētījuma pirmajā posmā** (priekšizpēte un pētījuma plānošana) tiek veikta teorētiskā analīze, lai apzinātu pētījuma laiku, problēmas, izvirzītu darba mērķus un uzdevumus, izstrādātu pētījuma metodoloģiju.
- 2. Pētījuma otrajā posmā** (darba instrumenta izveide) tiek izstrādāts dokumentu analīzes protokols un izstrādāti intervijas jautājumi.
- 3. Pētījuma trešajā posmā** (atļauju iegūšana) tiek iegūta un saņemta nepieciešamā atļauja – atzinums no Ētikas komitejas pētniecības darba realizācijai.
- 4. Pētījuma ceturtajā posmā** (pētījuma veikšana un informācijas ieguve), tiek veikts kvantitatīvais un kvalitatīvais pētījums.
- 5. Pētījuma piektajā posmā** (iegūtās informācijas apkopošana).
- 6. Pētījuma sestajā posmā** (tiek veikta pētījuma analīze un izdarīti secinājumi).

### **Pētnieciskā darba metode:**

Pētnieciskā darba realizācijai tiek izmantota kombinēta metodoloģija, kas ietver kvantitatīvo un kvalitatīvo pētniecības metodi.

### **Darba instruments:**

Pētnieciskā darba realizācijā kvantitatīvajam pētījumam tiek izmantots dokumentu analīzes protokols, kas satur 14 jautājumus, kvalitatīvajam pētījumam tiek izmantota daļēji strukturēta intervija, kas satur 8 jautājumus.

### **Pētījuma bāze:**

Pētījums tika veikts no 12. 03. 2018. līdz 30. 04. 2018. Vienas pilsētas X slimnīcas Anestezioloģijas klīnika, Operāciju bloks.

### **Pētījuma apstākļi:**

Kvantitatīvajam pētījumam dokumentu analīzes protokola datu ievākšana tiek apkopota dažādā diennakts laikā, pārsvarā, pēc darba dienas beigām.

Kvalitatīvajam pētījumam pētījuma dalībnieki tiek intervēti vienā un tajā pat diennakts laikā, respektīvi, pēc darba dienas beigām. Intervija notiek atsevišķā telpā, kur pētījuma dalībnieka uzmanību nenovērš apkārtējās vides trokšņi.

### **Pētījuma dalībnieki:**

Veikts retrospektīvs pētījums, kurā kopā ir 120 pacientu slimības vēstures. Visi pacienti pēc pacienta statusa tika sadalīti 2 (divās) grupās: 1. akūts un 2. plānveida. Kvantitatīvajā pētījumā tika apkopoti un analizēti dokumenti 60 (sešdesmit) Vispārējās ķirurģijas profila neatliekamās medicīniskās palīdzības pacientiem un 60 (sešdesmit) Vispārējās ķirurģijas profila plānveida pacientiem, kuru dati tika izmantoti anonimizētā veidā, ievērojot ētikas normas principus un konfidencialitāti, pacienti netika tieši iesaistīti pētījumā.

Kvalitatīvajā pētījumā, pētniecības darba ietvaros tika intervētas 5 (piecas) Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas, ar darba stāžu profesijā vismaz 10 gadi. Pētniecībā iesaistītajiem dalībniekiem tiek ievēroti pētniecības un ētikas normu principi. Respondentu piedalīšanās pētījumā ir pilnīgi brīvprātīga un ikviens respondents jebkurā laikā var pārtraukt piedalīšanos pētījumā.

### **Iegūtās informācijas apstrāde:**

Pētījuma gaitā kvantitatīvie dati tiks aprakstīti kā skaits (N) un procenti (%); to salīdzināšanai izmantos Pīrsona hī kvadrāta statistisko tesu. Datu apstrādei izmantos IBM SPSS v23. Par būtiskuma līmeni izvēlās 0,05, sekojoši p vērtība mazāka par 0,05 tiks uzskatīta par statistisko ticamību. Pētījuma rezultāti tika apkopoti un apstrādāti statistiskās analīzes programmā SPSS IBM 23.

Pētījuma gaitā interviju jautājumu iegūtā informācija tiks apstrādāta izmantojot teksta satura kontentanalīzes metodi – tā ir pētījuma metode, ar kuras palīdzību secinājumi var tikt iegūti, pamatojoties un jebkāda veida datiem, sistemātiski un objektīvi analizējot to veidojošo elementu nozīmes (30).

## 8. Pētījuma rezultāti un analīze

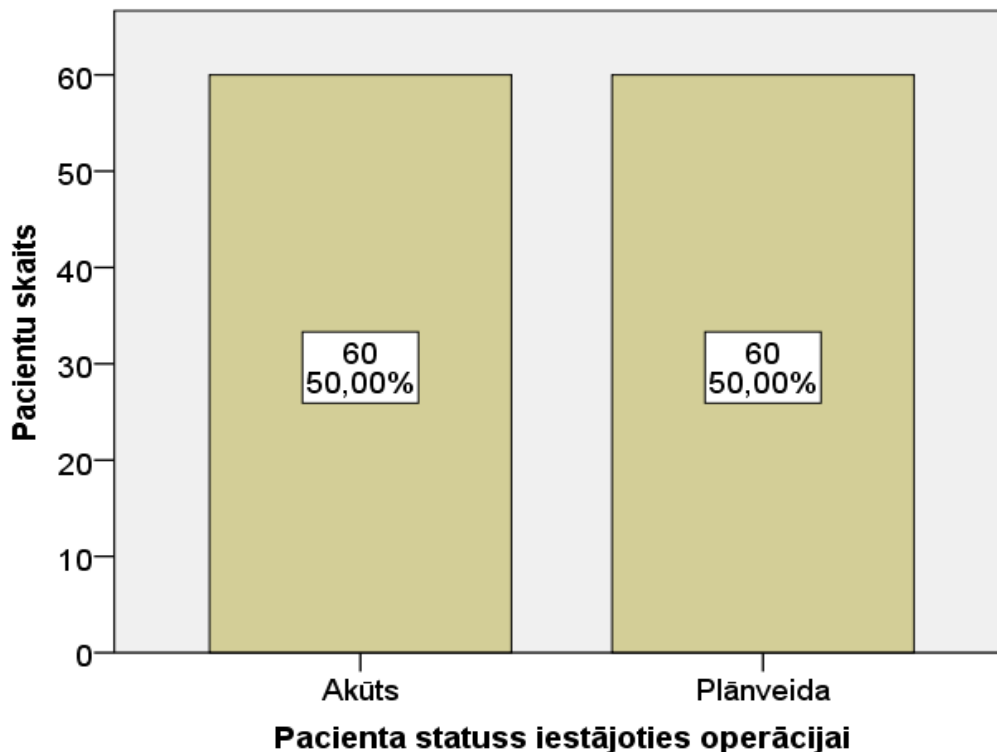
Pētniecības darba ietvaros tika apkopoti un analizēti dokumenti 60 (sešdesmit) Vispārējās ķirurģijas profila neatliekamās medicīniskās palīdzības pacientiem un 60 (sešdesmit) Vispārējās ķirurģijas profila plānveida pacientiem.

Tika iegūtas šādas atbildes un izmantojot statistiskās analīzes programmu SPSS IBM 23, tika apkopoti un apstrādāti pētījuma rezultāti.

Kvalitatīvie dati tiks aprakstīti kā skaits (N) un procenti (%); to salīdzināšanai izmantos Pīrsona hī kvadrāta statistisko tesu. Datu apstrādei izmantos IBM SPSS v23. Par būtiskuma līmeni izvēlās 0,05, sekojoši p vērtība mazāka par 0,05 tiks uzskatīta par statistisko ticamību.

### 8.1. Dokumentu analīzes protokols

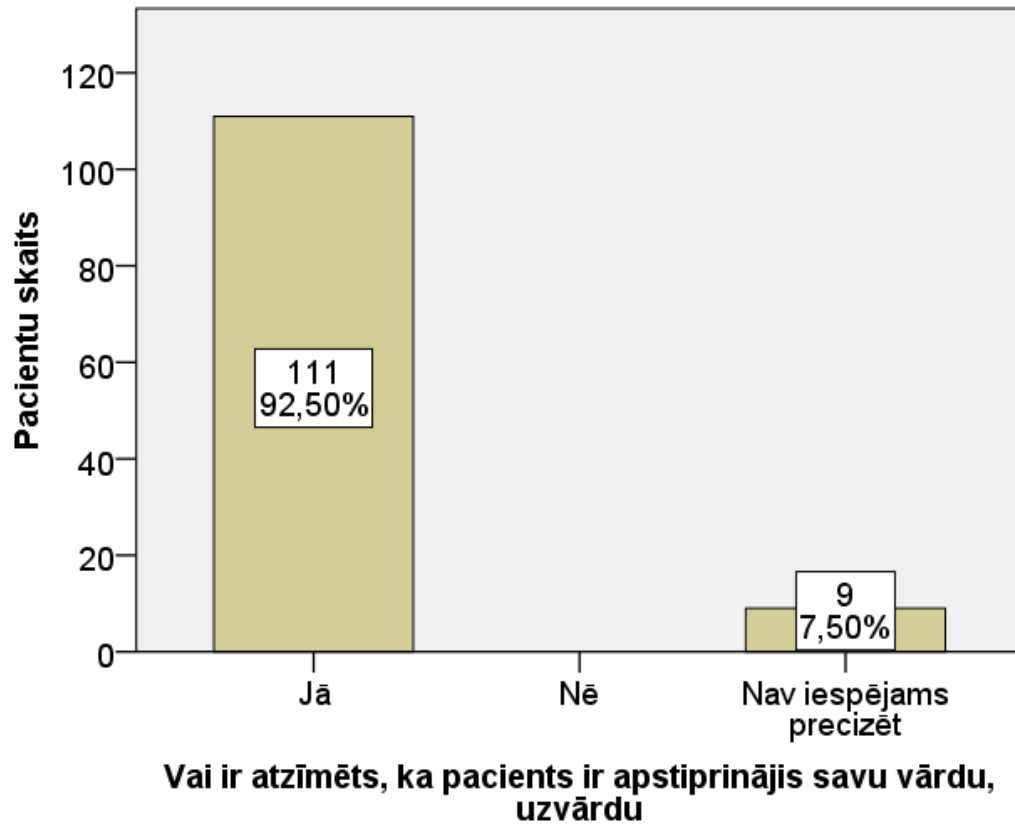
Pacientu iestāšanās statuss uz operāciju no apkopotajiem datiem ir 60 (50,00%) pacienti akūtā kārtā un 60 (50,00%) plānveida kārtā. Skat. Att. 1.



1. att. Kopējais pacientu skaits pēc statusa iestājoties operācijai

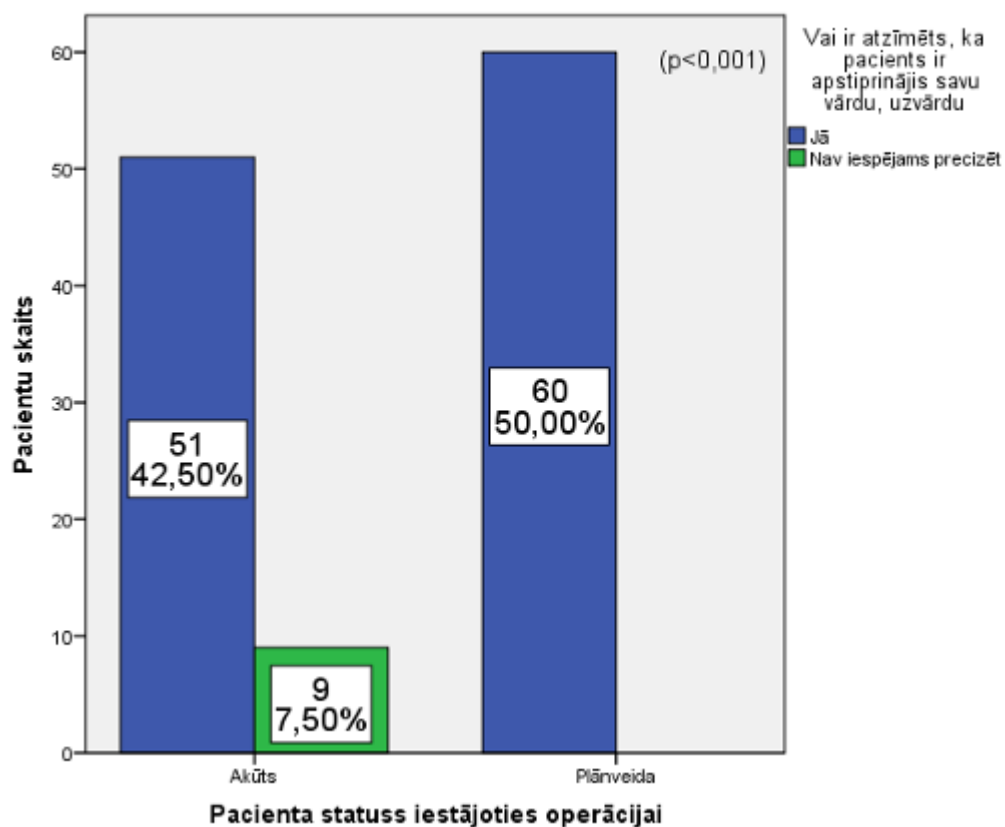
### Pacientu identitātes apstiprināšana

Gandrīz visi pacienti 111 (92,50%) ir apstiprinājuši savu vārdu un uzvārdu, nav neviena pacienta, kas nebūtu apstiprinājuši savu identitāti, tomēr 9 (7,50%) gadījumos nav iespējams precizēt pacienta identitāti. Skat. Att.2.



2.att. Kopējais pacientu skaits, kas apstiprināja savu identitāti

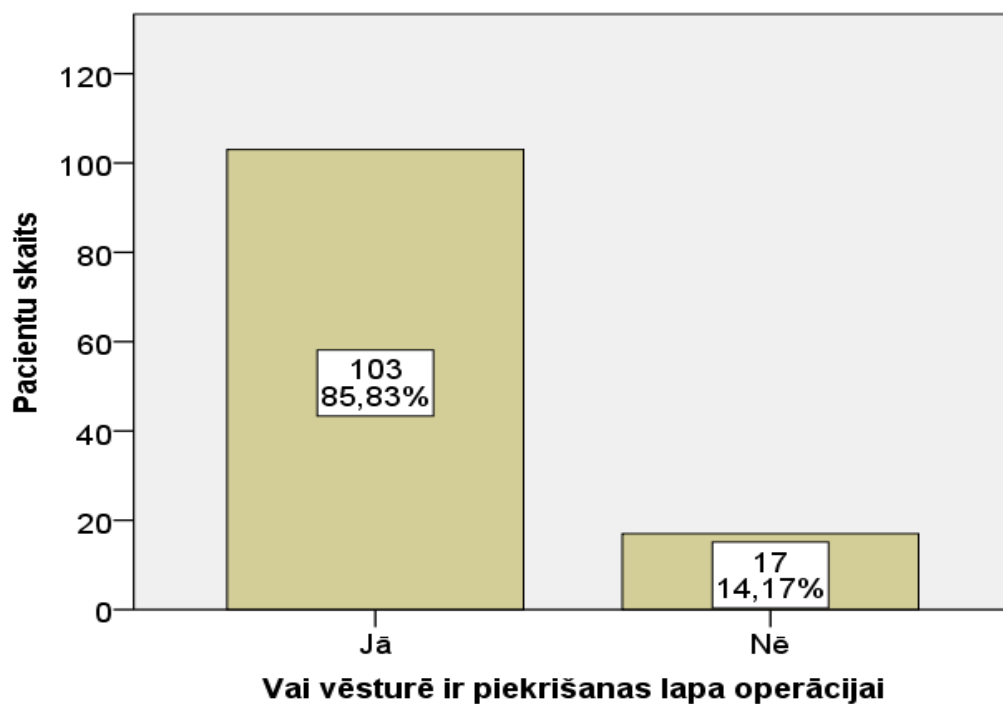
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un identitātes apstiprināšanu vēsturē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams, nav neviena plānveida pacienta, kam nav atzīmēta identitātes esamība, tomēr akūtiem pacientiem, kuriem nav iespējams datus precizēt ir 9 (7,50 %), pie akūtiem pacientiem 51 (42,50%) bija atzīmēta identitātes esamība, skat. Att. 3.



3.att. Pacientu sadalījums pēc statusa, cik ir apstiprinājuši savu identitāti

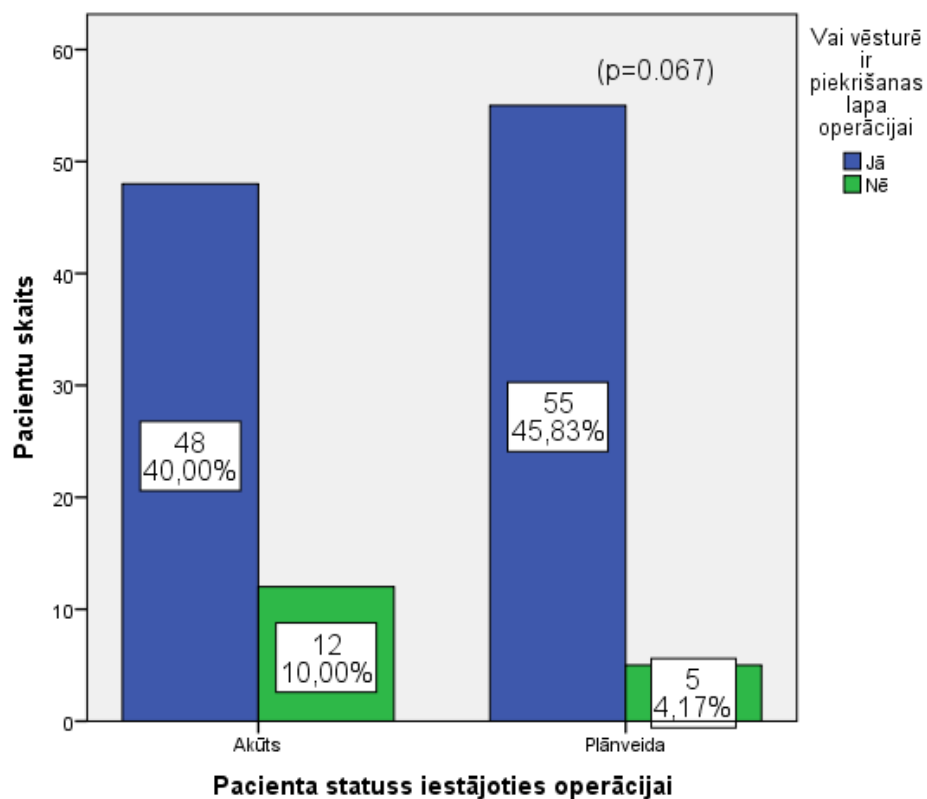
### Piekrišanas lapas esamība vēsturē pirms operācijas

Kā novērojams no Att. 4., 103 (85,83%) gadījumos nav fiksēta piekrišanas lapa operācijai un tikai 17 (14,17%) ir notikusi piekrišanas lapas uzrakstīšana operācijai.



4.att. Kopējais pacientu skaits, vai vēsturē ir piekrišanas lapas esamība operācijai

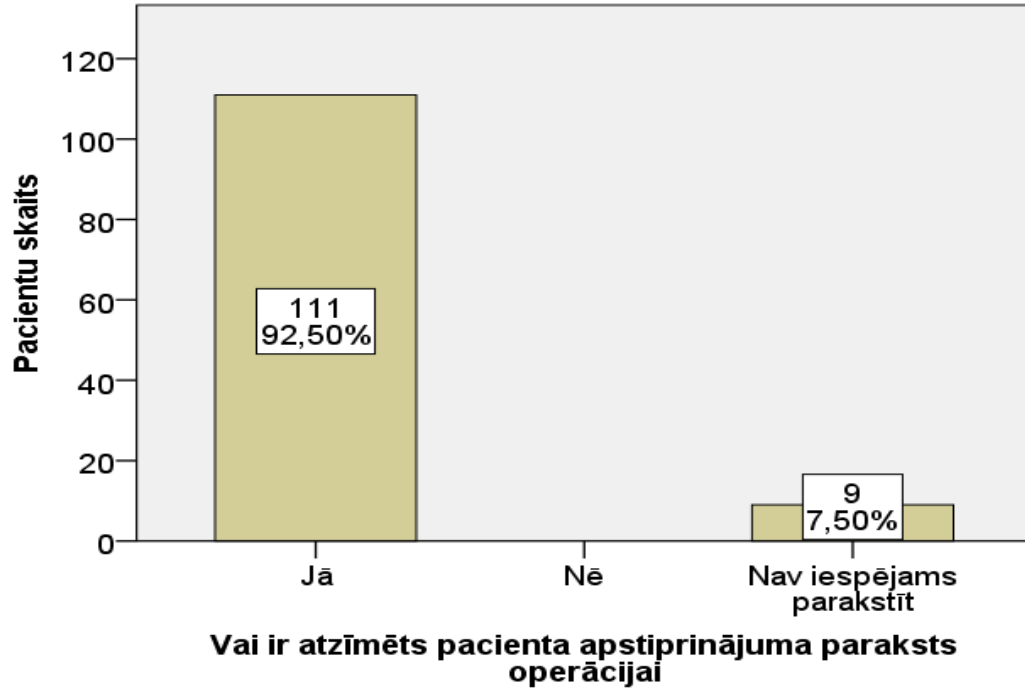
Netika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un sadalījumu pēc piekrišanas lapas vēsturē ( $p=0,067$ ), novērojams, ka tikai 5 (4,17%) plānveida pacientiem netika pievienotas piekrišanas lapas operācijai, tomēr 55 (45,83%) plānveida pacientiem piekrišanas lapa bija pievienota. Akūtiem pacientiem 48 (40,00%) piekrišanas lapa tika pievienota vēsturē, taču 12 (10,00%) piekrišanas lapa netika pievienota. Att. 5.



5.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa, vai vēsturē ir piekrišanas lapas esamība operācijai

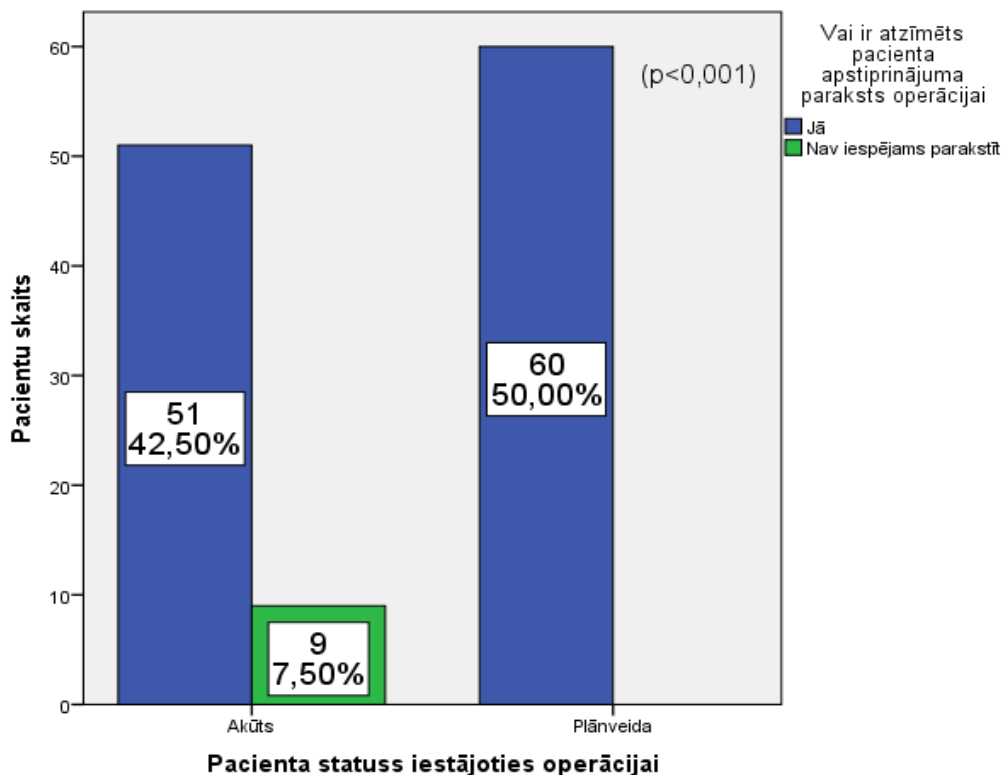
### Pacientu apstiprinājuma paraksta esamība operācijai

Gandrīz visi no pacientiem 111 (92,50%) ir apstiprinājuši, ka piekrīt operācijai, nav neviena, kas nebūtu apstiprinājuši to ar parakstu, ir izņēmums 9 (7,50%) pacientu, kuriem nebija iespējas parakstīt, smagas traumas dēļ. Skat. Att. 6.



6.att. Kopējais pacientu skaits pēc apstiprinājuma paraksta esamības operācijai

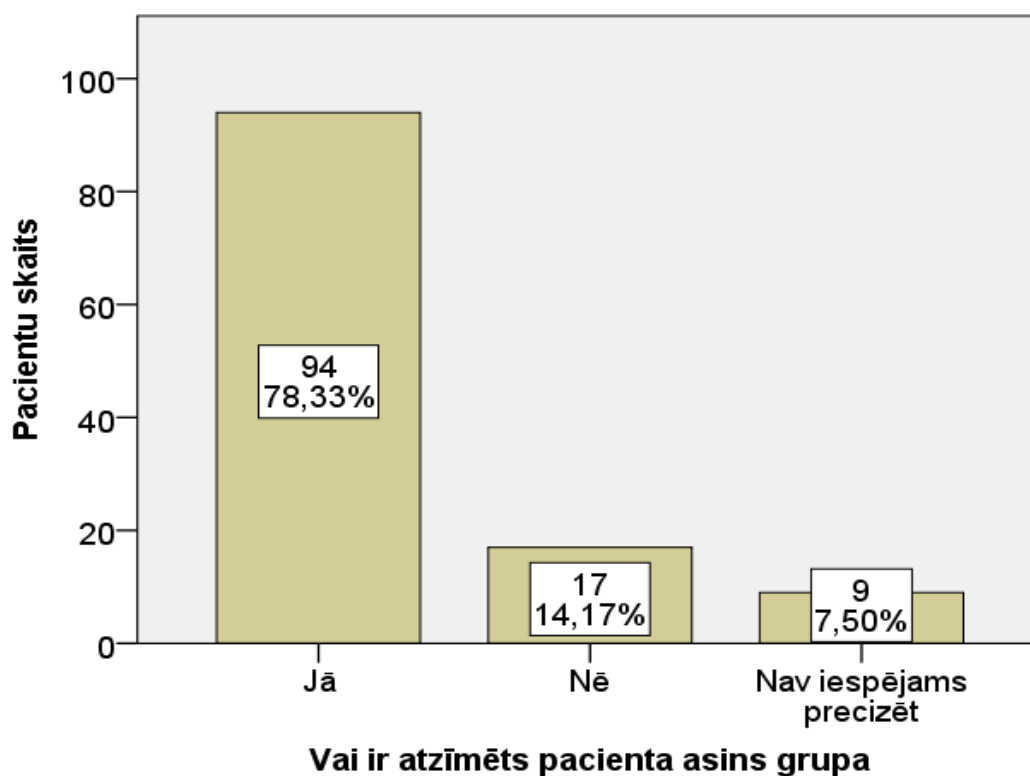
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un pacienta apstiprinājumu operācijai vēsturē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams plānveida pacientiem apstiprinājuma paraksts tika konstatēts 60 (50,00%), akūtiem pacientiem 51 (42,50%) tika atzīmēta informācija par paraksta saņemšanu operācijai, tomēr ir 9 (7,50%) pacientu, kuri nebija spējīgi parakstīt. Att. 7.



7.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un apstiprinājuma paraksta esamības operācijai

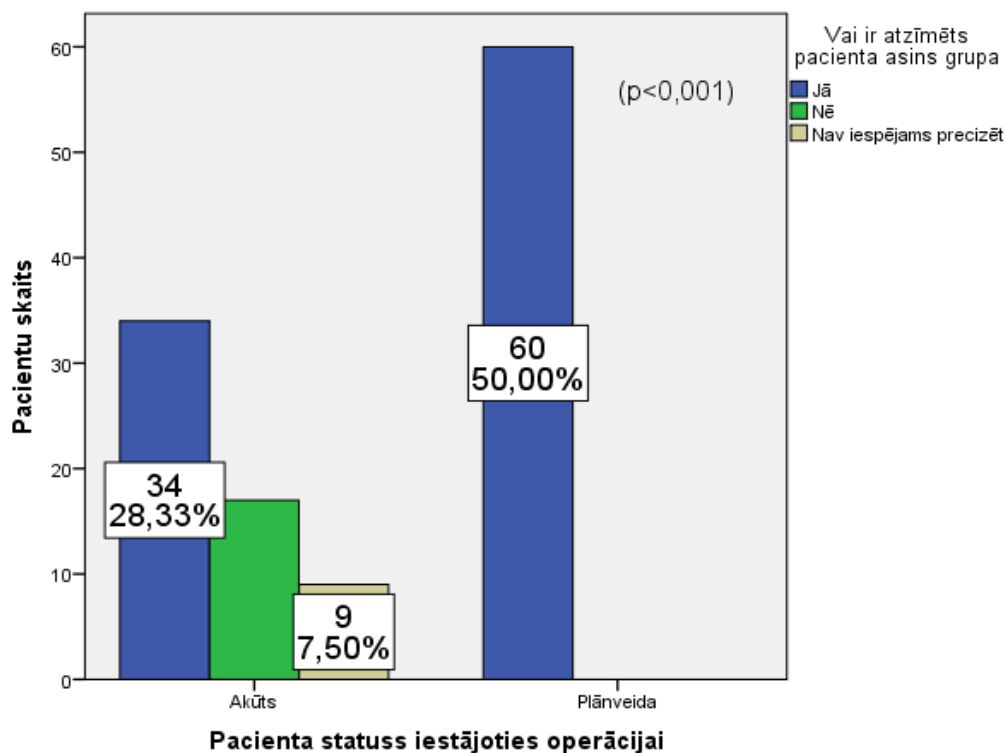
### Pacientu asins grupas esamība operācijai

Lielākā daļa no pacientiem 94 (78,33%) ir zināma un atzīmēta asins grupa, 17 (14,17%) pacientiem šī informācija netika fiksēta un 9 (7,50%) šo informāciju nebija iespējas precizēt. Skat. Att. 8.



8.att. Kopējais pacientu skaits pēc asins grupas esamības operācijai

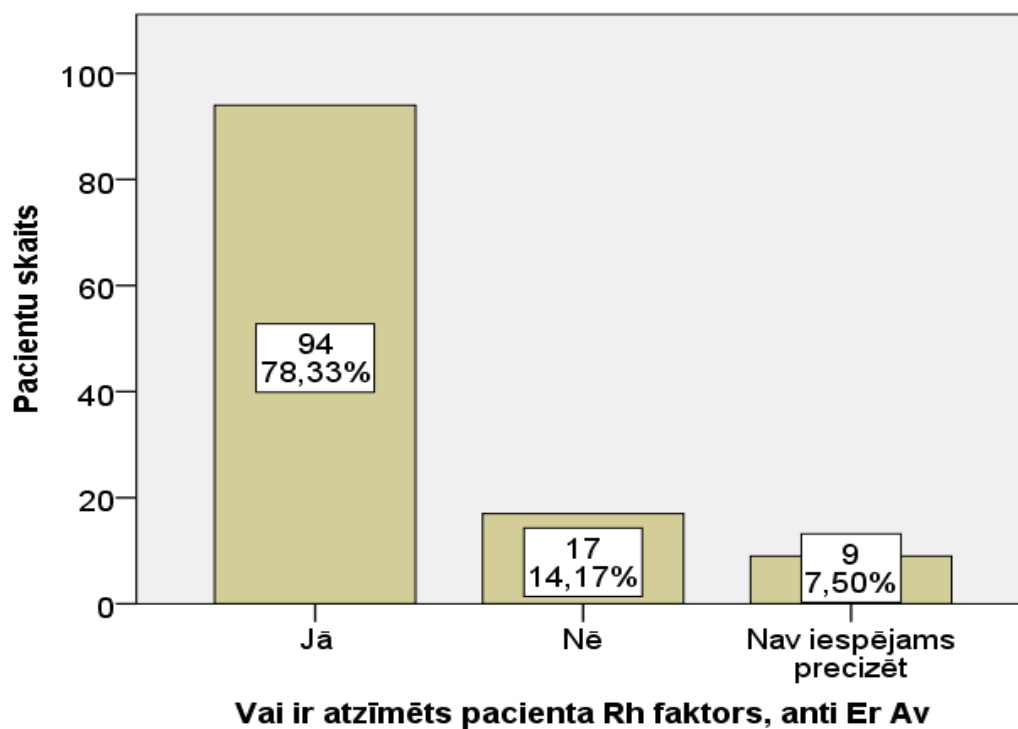
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un asins grupas atzīmēšanu vēsturē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams, visiem plānveida pacientiem 60 (50,00%) ir atzīmēta asins grupas datu informācija, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 34 (28,33%), pie akūtiem pacientiem 9 (7,50%) nebija iespējams atzīmēt informāciju par asins grupu vēsturē. Skat. Att.9.



9.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un asins grupas esamības operācijai

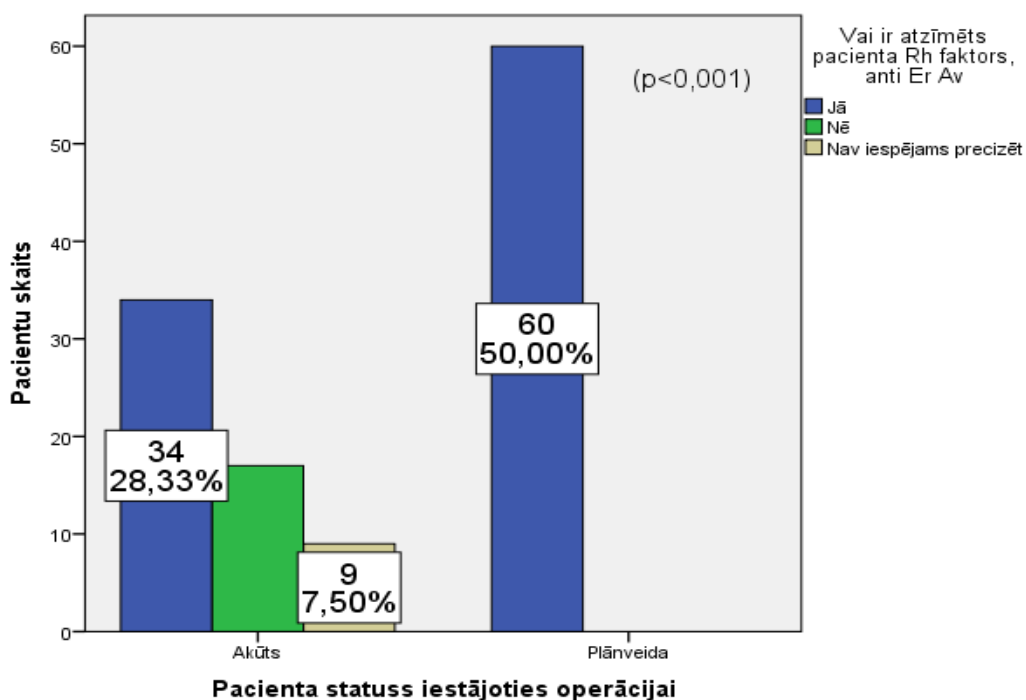
### Pacientu Rh faktora, anti Er Av esamība operācijai

Att. 10. var novērot, ka lielākā daļa no pacientiem 94 (78,33%) ir atzīmēti dati par Rh faktoru, anti Er Av, 17 (14,17%) konkrētā informācija netika atzīmēta vēsturē, un tikai 9 (7,50%) no pacientiem šos datus nebija iespējams iegūt un precizēt.



10.att. Kopējais pacientu skaits pēc Rh faktora, anti Er Av esamības operācijai

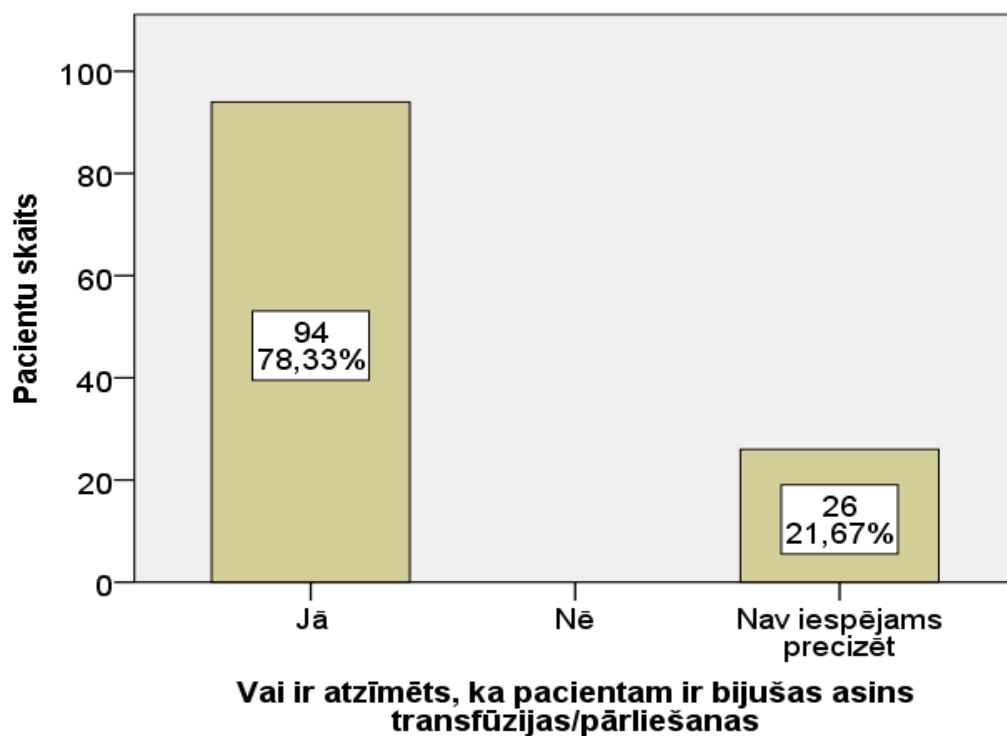
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un pacienta Rh faktora, anti Er Av atzīmēšanu vēsturē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams, visiem plānveida pacientiem 60 (50,00%) ir atzīmēta Rh faktora, anti Er Av datu informācija, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 34 (28,33%), pie akūtiem pacientiem 9 (7,50%) nebija iespējams atzīmēt informāciju par Rh faktoru, anti Er Av vēsturē. Skat. Att.11.



11.att. Kopējais pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un Rh faktora, anti Er Av esamības operācijai

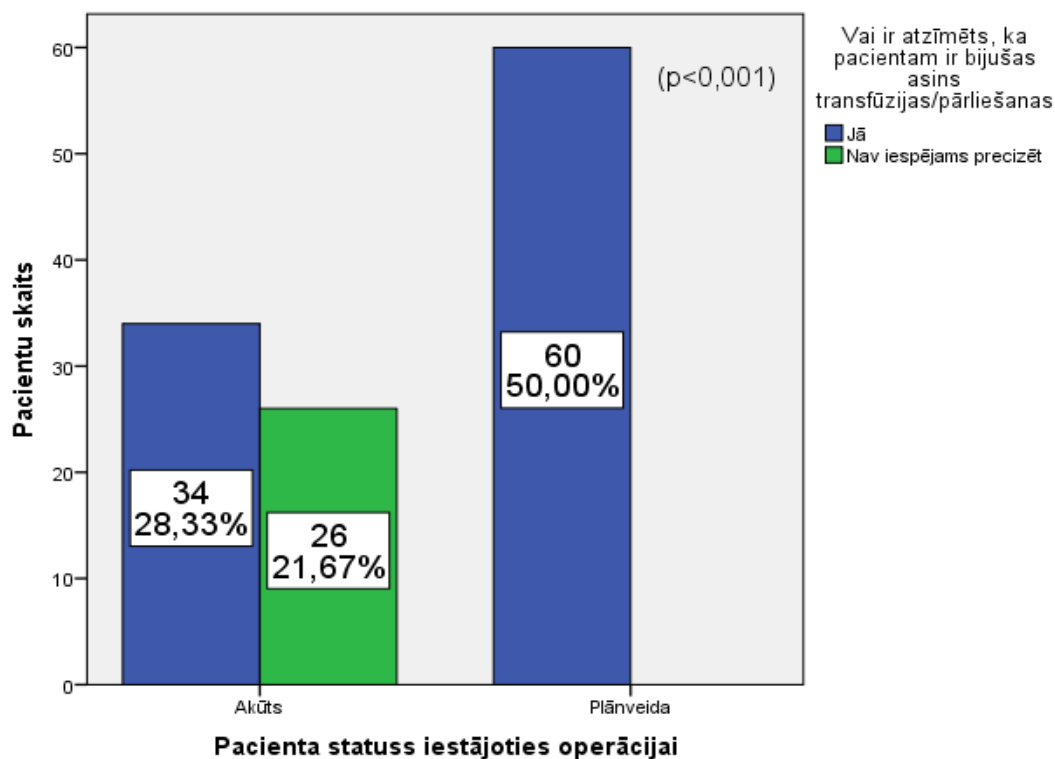
### Pacientu asins transfūzijas/pārliešanas esamība operācijai

Gandrīz vairāk nekā pusei pacientu 94 (78,33%) ir bijušas asins transfūzijas/pārliešanas operācijas laikā, tomēr 26 (21,67%) pacientiem šī procedūra nebija nepieciešama. Skat. Att. 12.



12.att. Kopējais pacientu skaits pēc asins transfūzijas/pārliešanas esamības operācijas laikā

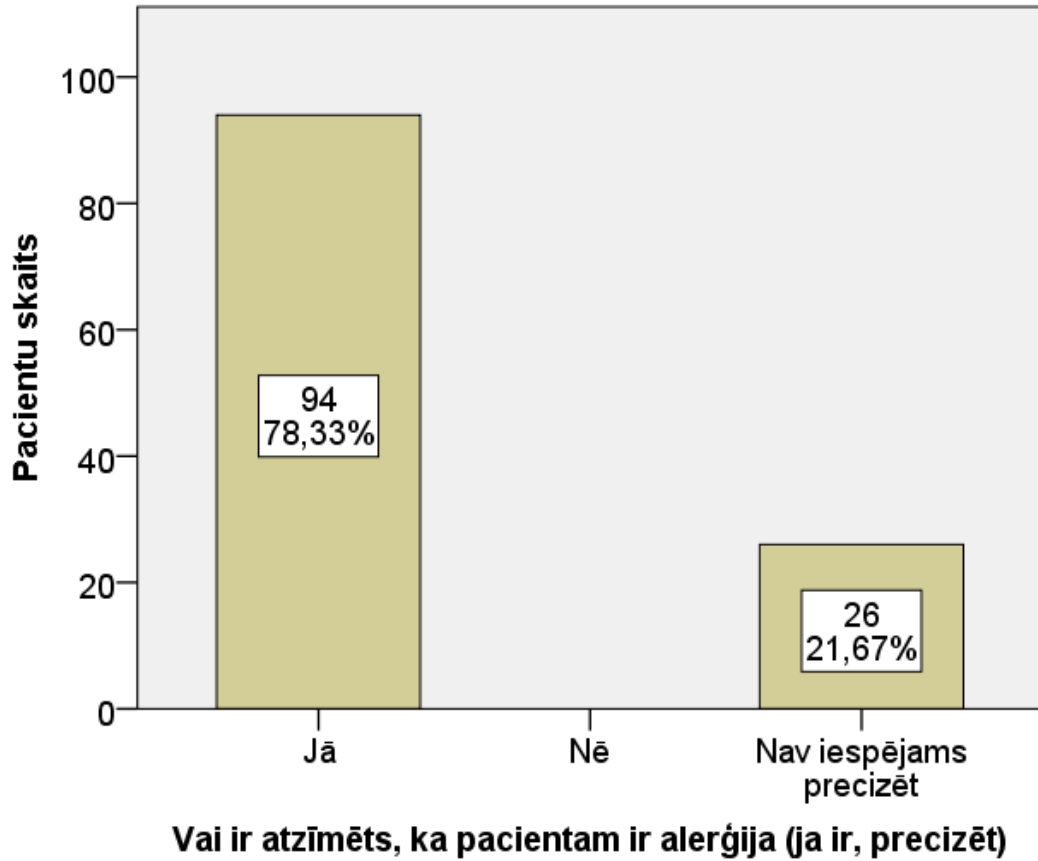
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un asins transfūzijas/pārliešanas atzīmēšanu vēsturē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams, visiem plānveida pacientiem 60 (50,00%) ir atzīmēta asins transfūziju/pārliešanas datu informācija, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 34 (28,33%), pie akūtiem pacientiem 26 (21,67%) nebija iespējams atzīmēt informāciju par asins transfūzijām/pārliešanām vēsturē. Skat. Att.13.



13.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un asins transfūzijas/pārliešanas esamības operācijas laikā

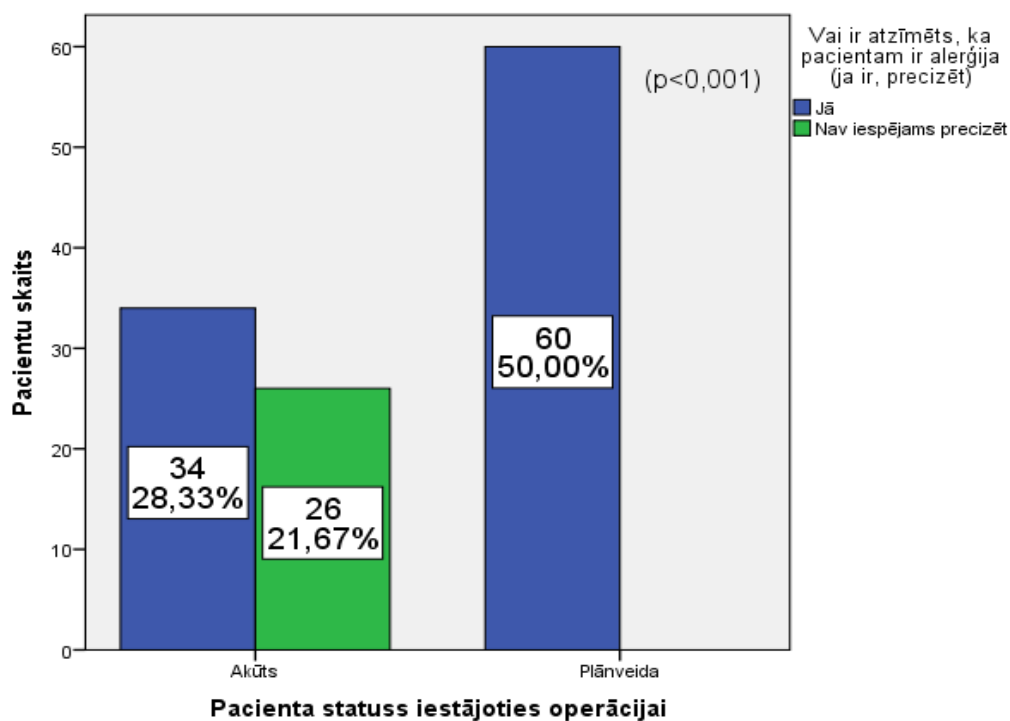
### Pacientu alerģijas esamība operācijai

Lielākā daļa no pacientiem 94 (78,33%) tika atzīmētas alerģijas pazīmes, nav neviena, kuram šī informācija nebūtu atzīmēta, tomēr 26 (21,67%) pacientu nav iespējams datus precizēt. Skat. Att. 14.



14.att. Kopējais pacientu skaits pēc alerģijas esamības vēsturē

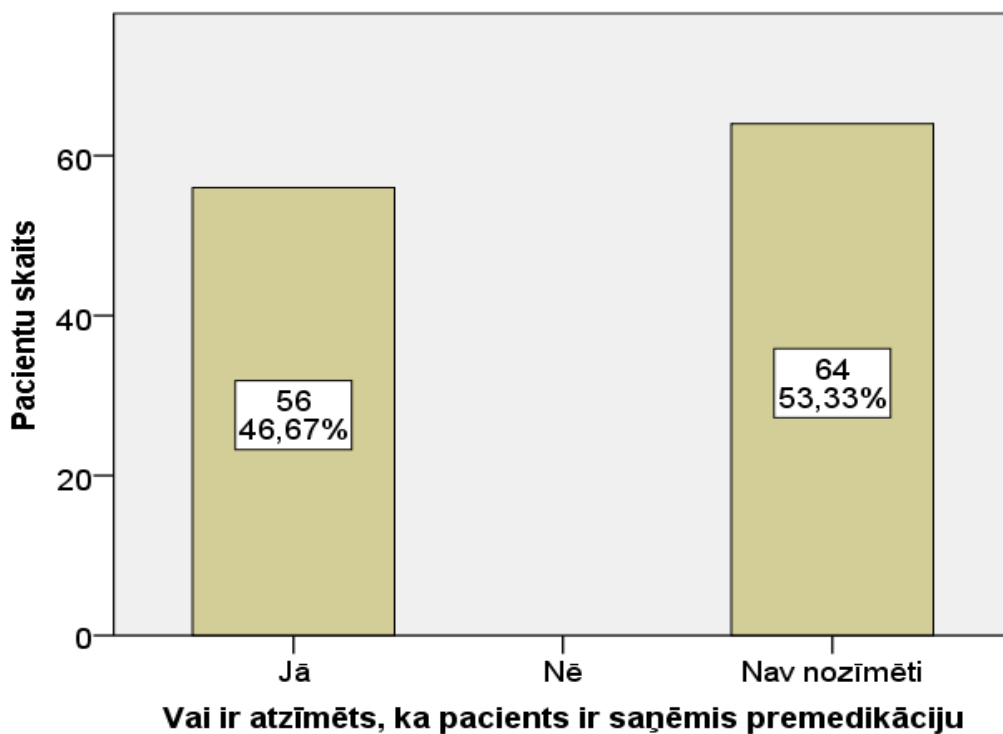
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un alerģijas atzīmēšanu vēsturē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams, nav neviena plānveida pacienta, kam nav atzīmēta alerģijas esamība, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 26 (21,67%), pie akūtiem pacientiem 34 (28,33%) bija atzīmēta alerģijas esamība, skat. Att. 15.



15.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un alerģijas esamības vēsturē

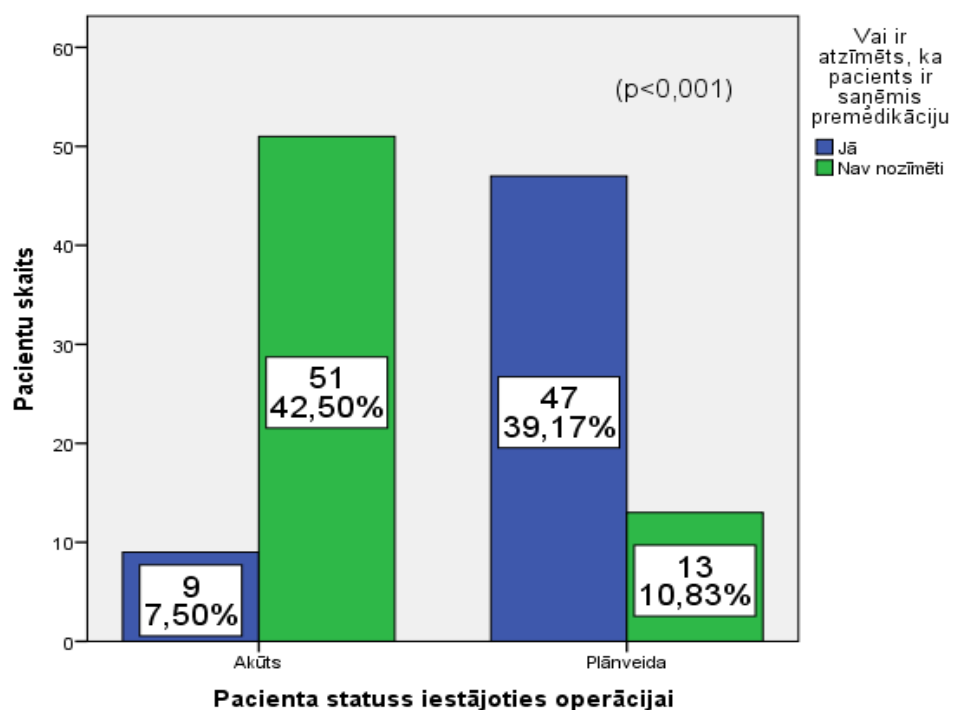
### Pacientu premedikācijas saņemšanas esamība operācijai

Gandrīz vienlīdzīgi 56 (46,67%) pacientu ir saņēmuši premedikāciju pirms operācijas veikšanas, nav neviena pacienta, kam premedikācija būtu nepieciešama, tomēr nedaudz vairāk 64 (53,33%) pacientu premedikācija netika vispār nozīmēta. Skat. Att. 16.



16.att. Kopējais pacientu skaits pēc premedikācijas saņemšanas esamības operācijai

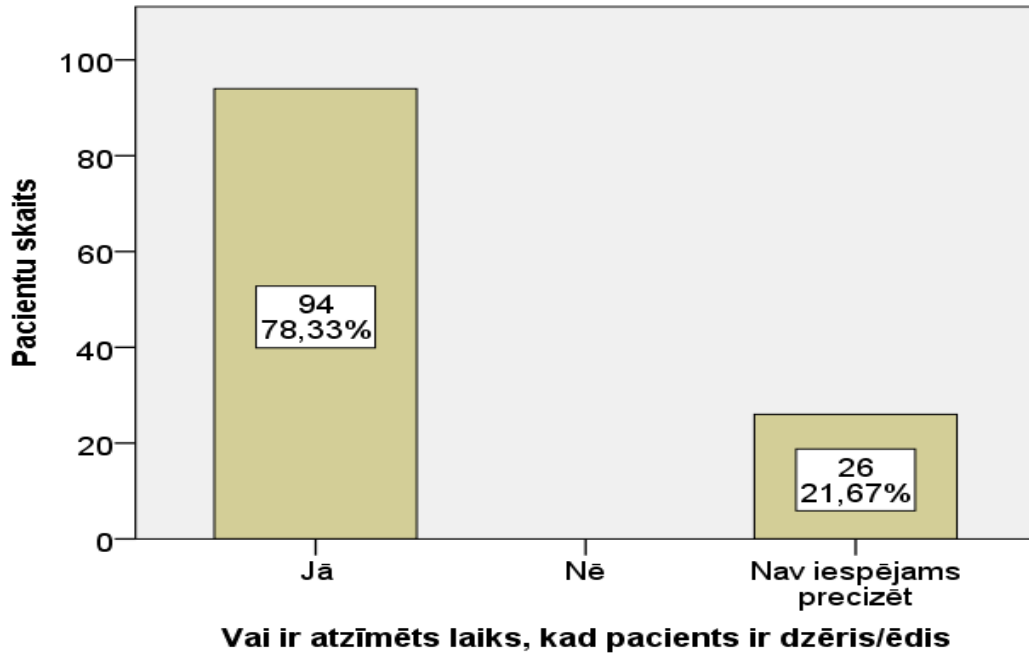
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un premedikācijas saņemšanu un atzīmēšanu vēsturē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams, plānveida pacientiem 47 (39,17%) ir atzīmēta premedikācijas saņemšanas datu informācija, 13 (10,83%) plānveida pacientiem tas nebija nepieciešams nozīmēt, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 9 (7,50%), kuriem bija nepieciešama premedikācijas saņemšana pirms operācijas un pie akūtiem pacientiem 51 (42,50%) nebija nepieciešamības premedikācijas saņemšanai. Att. 17.



17.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un premedikācijas saņemšanas esamības operācijai

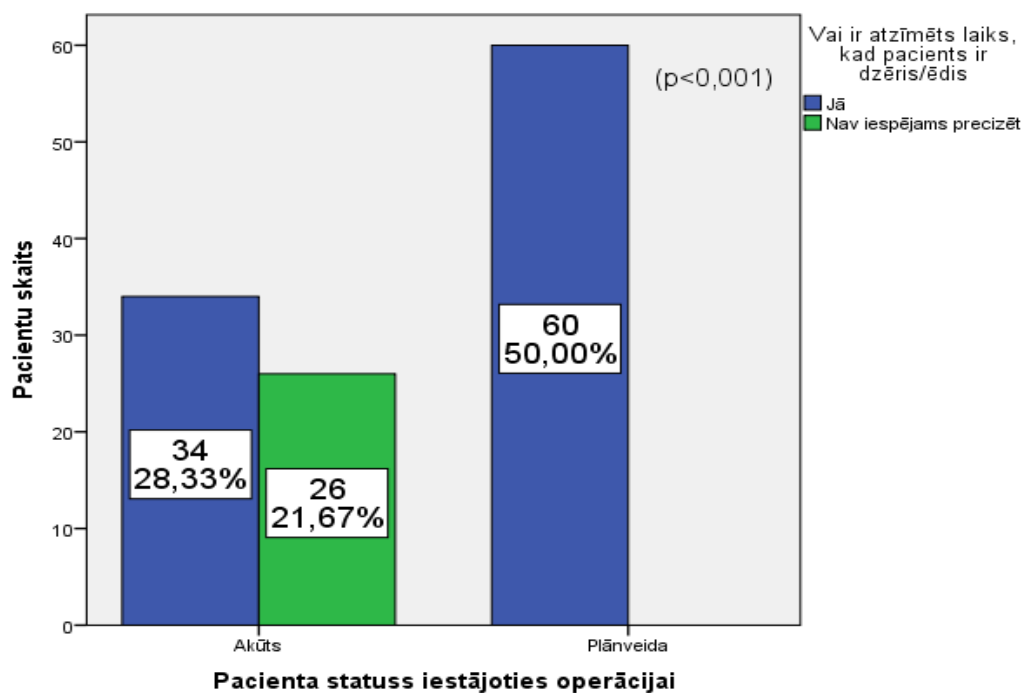
### Pacientu laika posms, kad ir dzēris/ēdis

Vairāk nekā puse pacientiem 94 (78,33%) tika atzīmēta informācija par laiku, kad tika dzēris/ēdis, nav neviena pacienta, kas nebūtu apstiprinājis šos datus, tomēr ir pacienti 26 (21,67%), kurā nebija iespējams šos datus precizēt. Skat. Att. 18.



18.att. Kopējais pacientu skaits pēc laika posma, kad ir dzēris/ēdis

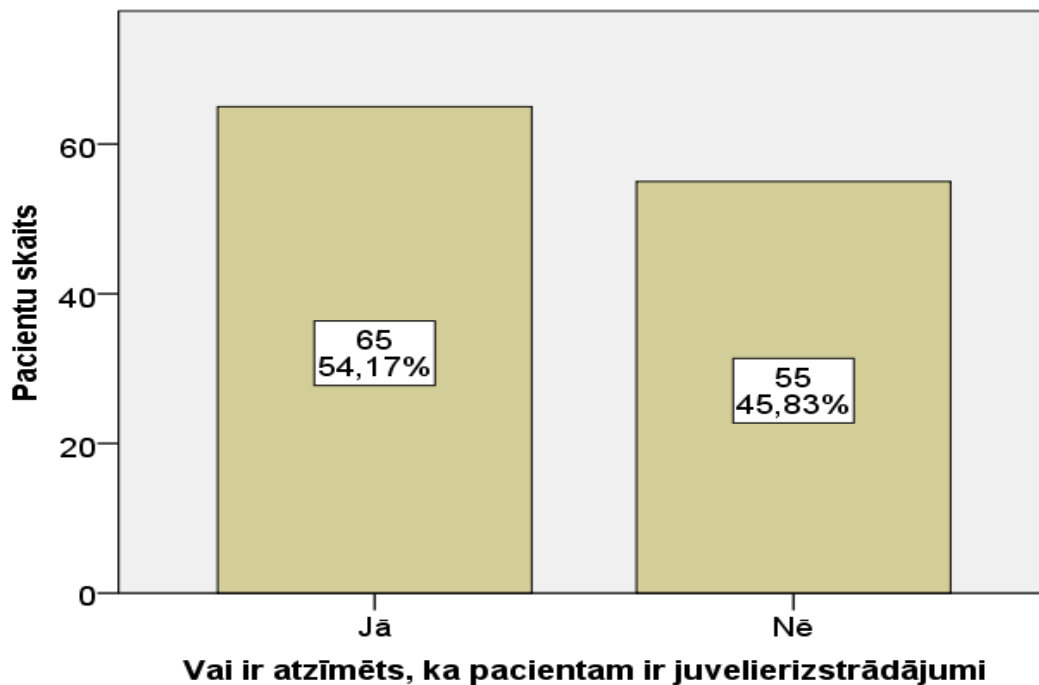
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un laiku, kad pacients ir dzēris/ēdis atzīmēšanu vēsturē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams, visiem plānveida pacientiem 60 (50,00%) ir atzīmēts laiks, kad pacients ir dzēris/ēdis, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 34 (28,33%), pie akūtiem pacientiem 26 (21,67%) nebija iespējams precizēt informāciju par laiku, kad pacients ir dzēris/ēdis vēsturē. Att. 19.



19.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un laika posma, kad ir dzēris/ēdis

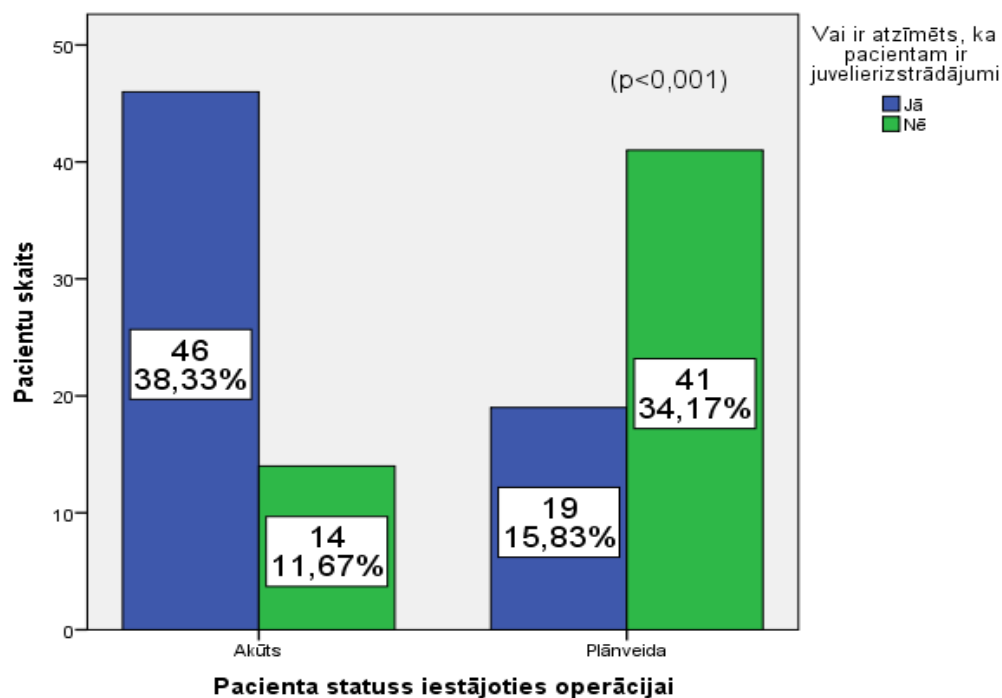
### Pacientu juvelierizstrādājumu esamība operāciju zālē

Gandrīz vienlīdzīgi no pacientiem 65 (54,17%) tika atzīmēta informācija par juvelierizstrādājumu esamību un 55 (45,83%) pacientiem juvelierizstrādājumi netika atzīmēti. Skat. Att. 20.



20.att Kopējais pacientu skaits par juvelierizstrādājumu esamību operāciju zālē

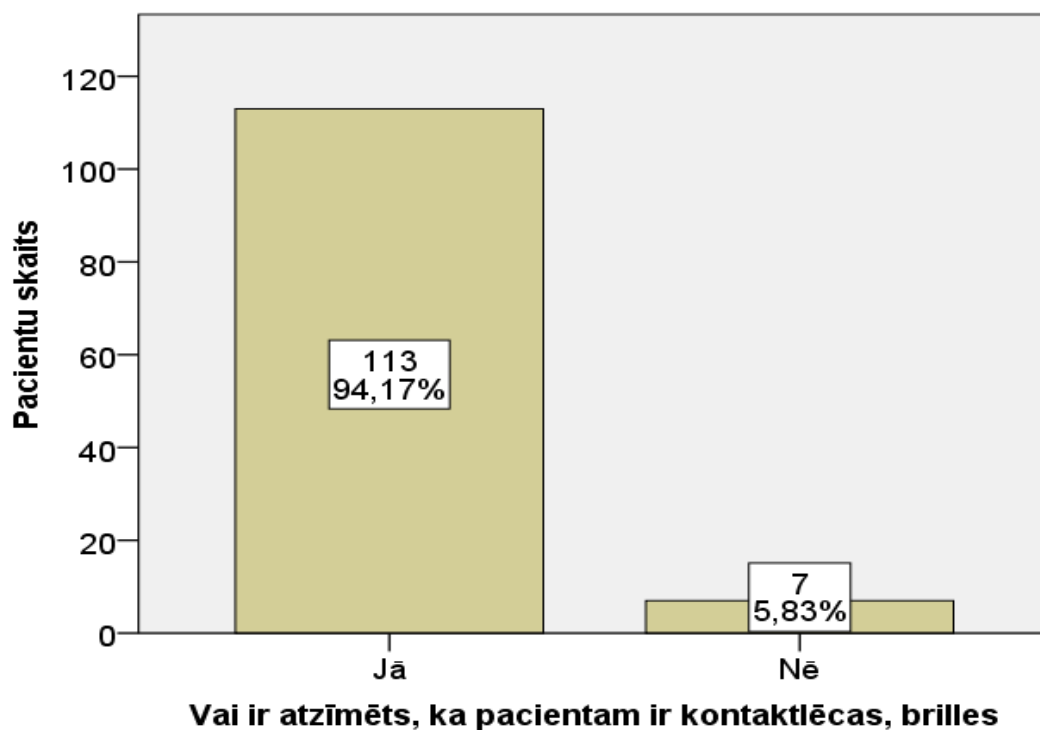
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un juvelierizstrādājumu esamību operāciju zālē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams, plānveida pacientiem 19 (15,83%) ir atzīmēta datu informācija, 41 (34,17%) plānveida pacientiem netika atzīmēta informācija par juvelierizstrādājumiem, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 46 (38,33%), pie akūtiem pacientiem 14 (11,67%) nebija iespējams atzīmēt informāciju par juvelierizstrādājumu datiem vēsturē. Att. 21.



21.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un juvelierizstrādājumu esamības operāciju zālē

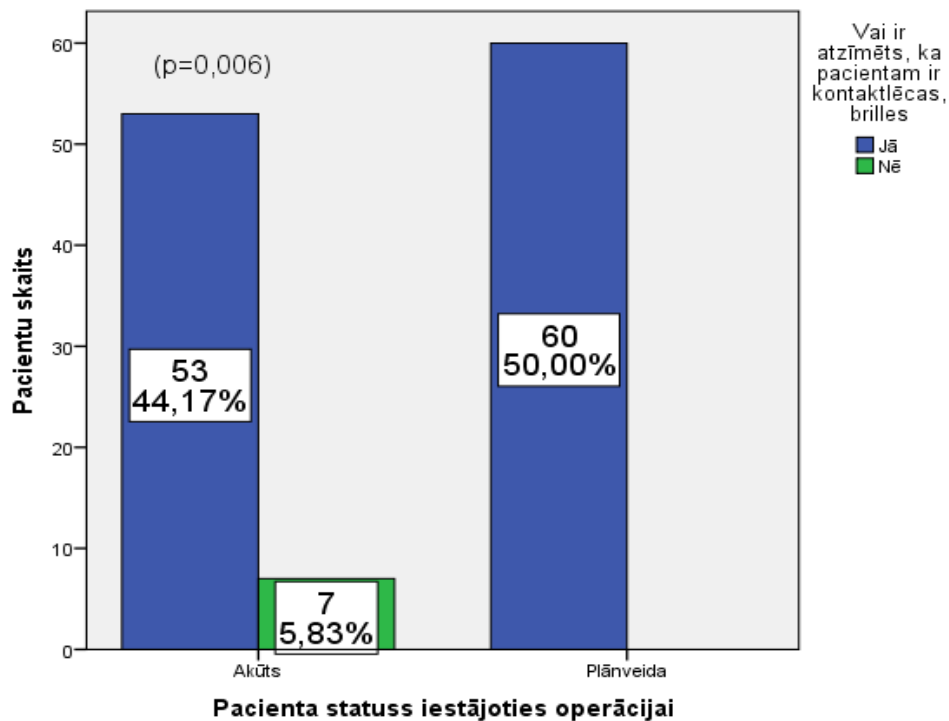
### Pacientu kontaktlēcu/brīļu esamība operāciju zālē

Lielākā daļa no pacientiem 113 (94,17%) tika atzīmēta informācija par kontaktlēcu/brīļu esamību un tikai 7 (5,83%) pacientu šī informācija netika atzīmēta. Skat. Att. 22.



22.att. Kopējais pacientu skaits pēc kontaktlēcu/brīļu esamības operāciju zālē

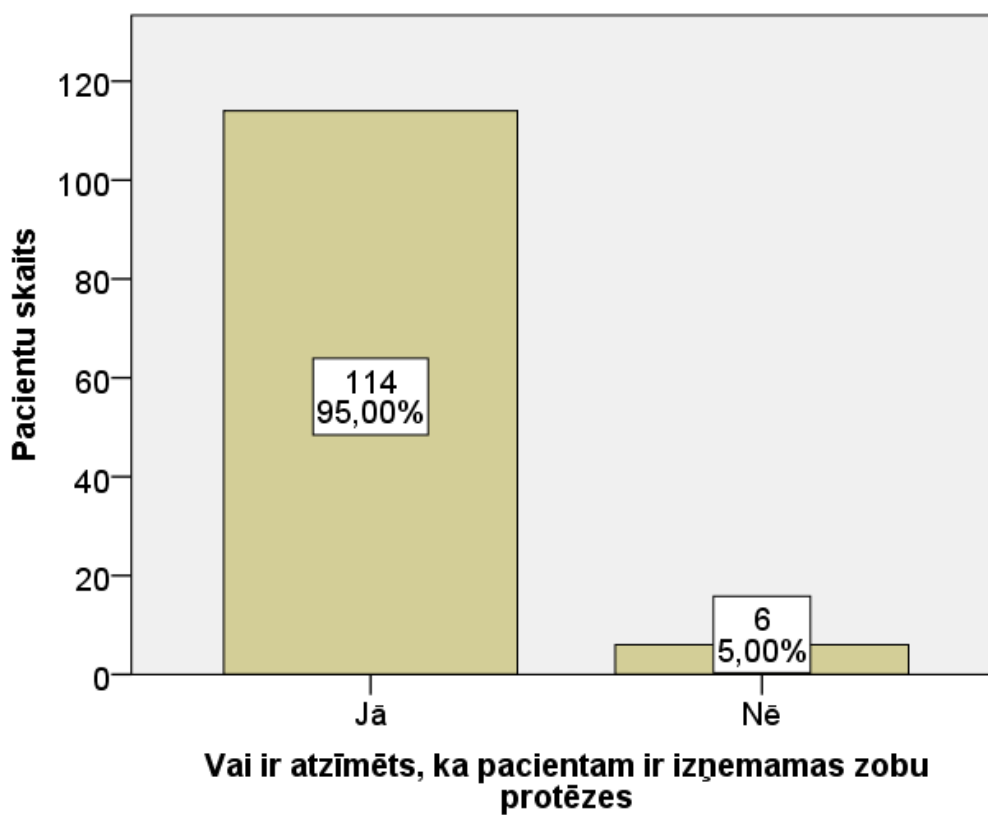
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un kontaktlēcu/briļļu esamību vēsturē ( $p=0,006$ ), kā novērojams, visiem plānveida pacientiem 60 (50,00%) ir atzīmēta šo datu informācija, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 53 (44,17%), pie akūtiem pacientiem 7 (5,83%) nebija atzīmēti dati par kontaktlēcu/briļļu esamību vēsturē. Att. 23.



23.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un kontaktlēcu/briļļu esamības operāciju zālē

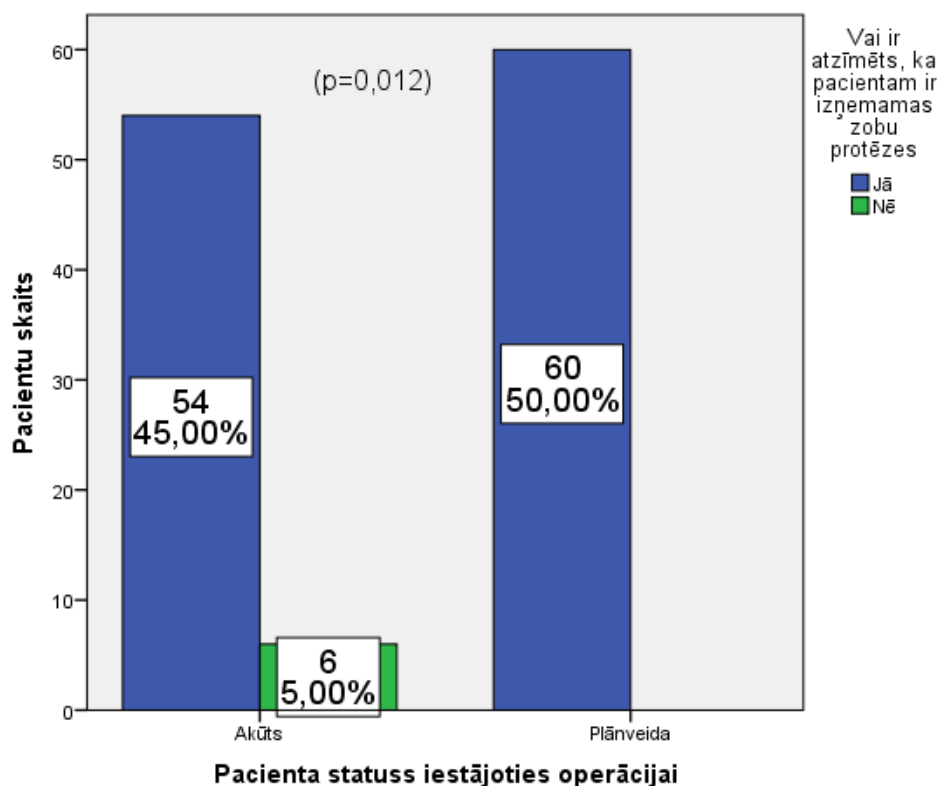
### Pacientu izņemamo zobu protēžu esamība pirms operācijas

Lielākā daļa no pacientiem 114 (95,00%) tika atzīmēta informācija par izņemamām zobu protēzēm un tikai 6 (5,00%) pacientu šī esamība netika atzīmēta. Skat. Att. 24.



24.att. Kopējais pacientu skaits pēc izņemamo zobu protēžu esamības pirms operācijas

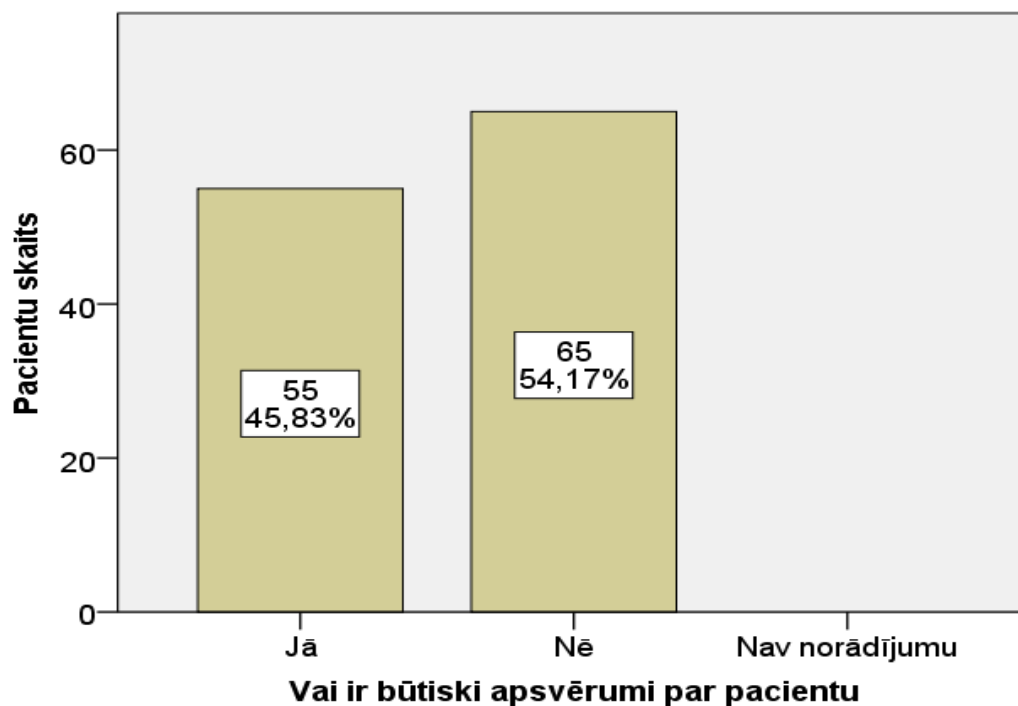
Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un izņemamajām zobu protēzēm, to esamību vēsturē ( $p=0,012$ ), kā novērojams, visiem plānveida pacientiem 60 (50,00%) ir atzīmēta datu informācija par izņemamajām zobu protēzēm, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 54 (45%), pie akūtiem pacientiem 6 (5,00%) netika atzīmēta informācija par esamību par izņemamajām zobu protēzēm vēsturē. Att. 25.



25.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un izņemamo zobu protēžu esamības pirms operācijas

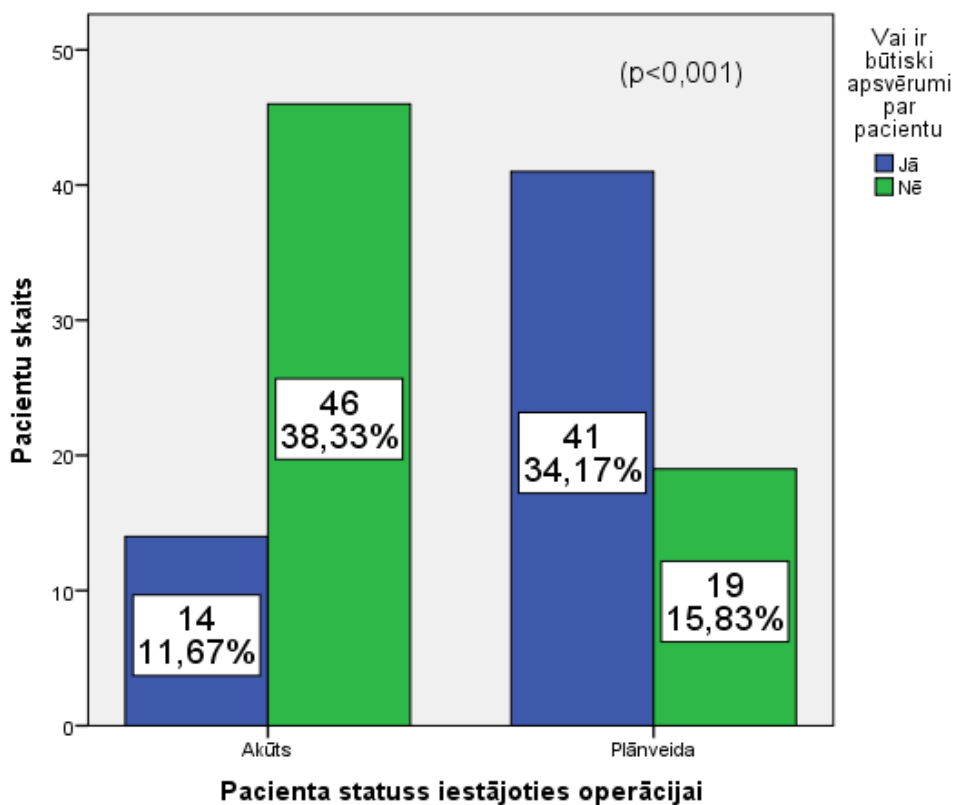
### Būtiskāko apsvērumu esamība par pacientu pirms operācijas

Gandrīz vienlīdzīgi tika atzīmēti dati par būtiskākajiem apsvērumiem par pacientu, 55 (45,83%) nepieciešamie dati tika iegūti un apstiprināti un tikai nedaudz vairāk, 65 (54,17%) par pacientu netika iegūta papildus informācija. Skat. Att. 26.



26.att. Kopējais pacientu skaits pēc būtiskāko apsvērumu esamības pirms operācijas

Tika konstatēta statistiski ticama asociācija starp pacienta statusu un būtiskākajiem apsvērumiem, to atzīmēšanu vēsturē ( $p < 0,001$ ), kā novērojams, plānveida pacientiem 41 (34,17%) ir atzīmēta datu informācija, 19 (15,83%) plānveida pacientiem šī informācija netika atzīmēta, tomēr akūtiem pacientiem tādu ir 14 (11,67%), pie akūtiem pacientiem 46 (38,33%) netika atzīmēta datu esamība par būtiskākajiem apsvērumiem par pacientu. Att. 27.



27.att. Pacientu sadalījums pēc pacienta statusa un būtiskāko apsvērumu esamības pirms operācijas

## 8.2. Intervijas protokols

Aicinājumam atbildēt uz jautājumiem, tika iegūtas šādas atbildes un izmantojot teksta kontentanalīzes metodi, teksts tika sadalīts citātos, no kuriem, savukārt, tika izdalītas tēmas un apakštēmas.

Rezultātā tika izvērtēta konkrēto māsu pieredze un viedokļi par pirmsoperāciju pacientu kontroli.

*8.2.1. tabula*

### Respondentu raksturojums

Kods	Darba stāžs	Specialitāte	Vecums	Intervijas ilgums
M1	39 gadi	Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsa	55 gadi	1 stunda
M2	34 gadi	Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsa	50 gadi	30 minūtes
M3	7 gadi	Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsa	31 gads	35 minūtes
M4	10 gadi	Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsa	36 gadi	45 minūtes
M5	10 gadi	Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsa	40 gadi	1 stunda 10 minūtes

**Pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas raksturojums**

Tēmas	Apakštēmas	Citāti
Šķēršļi	Laika trūkums	Neatliekamam, akūtu operāciju gaitā nav laika aizpildīt pirmsoperācijas pacientu kontroles lapu. Neatliekamā situācijā tas ir papildus papīru darbs. Kas atņem laiku, ko varētu pievērsties pacientam. Steigā daudz ko var aizmirst.
	Nesakārtota darba organizācija	Pacientu kontroles lapa nepilda nepieciešamo funkciju, nav efektīva, to automātiski aizpilda anesteziologs un ķirurgs, bet nekādas būtiskas pozitīvas vērtības šai lapai nav, tas ir vēl viens dokuments, kas jāaizpilda vēl bez esošajiem. Neatliekamā situācijā tas ir papildus papīru darbs. Tieši neatliekamās medicīnas pacientiem šīs kontroles lapas netiek aizpildītas vispār.
	Operāciju apjoms	Uzskatu, ka vissvarīgākais ir precizitāte, pārlicība, vai tas ir īstais pacients. Jāpievērš īpaša uzmanība, ka tas būs īstais pacients, kuru ir jāizoperē.
	Pacientu plūsma	Neatliekamās medicīniskās palīdzības pacientiem pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas ne vienmēr ir pacienta vēsturē.
	Pacientu kritiskais stāvoklis	Galvenais pacienta dzīvības glābšana. Nodaļās gadās kļūdities, ka var atvest uz operāciju zāli nepareizo pacientu. Kritiskās situācijās šī, tā saucamā pirmsoperācijas lapa tiek aizpildīta pēc operācijas.

	Pacientu identifikācijas grūtības	<p>Manuprāt, svarīgākais pirmsoperācijas pacientu kontrolē ir ātra un efektīva pacienta identificēšana (piemēram, aprocēs ar vārdu uzvārdu un personas kodu).</p> <p>Ar gados vecākiem pacientiem ir jāpārprasa iegūtā informācija par veselības stāvokli, jāuztur ciešāks kontakts, lai iegūtu adekvātas atbildes. Nodaļās gadās kļūdīties, ka var atvest uz operāciju zāli nepareizo pacientu.</p> <p>Jāpievērš īpaša uzmanība, ka tas būs īstais pacients, kuru ir jāizoperē.</p>
Pieredze	Atbildības sajūta	<p>Pacienta drošības nodrošināšana ar iespēju pārliecināties, vai aizpildīta dokumentācija.</p> <p>Galvenais pacienta dzīvības glābšana, tad dokumentācija.</p> <p>Kas atņem laiku, ko varētu pievērsties pacientam.</p> <p>Uzskatu, ka vissvarīgākais ir precizitāte, pārliecība, vai tas ir īstais pacients.</p> <p>Nodaļas personāla atbildība par pacienta sagatavošanu uz operāciju zāli.</p> <p>Pacients izjūt nepieciešamību arī satikt savu operējošo ķirurgu, pirms anestēzijas.</p> <p>Ir nepieciešama pacienta vitālo funkciju uzturēšana un dzīvības glābšana.</p>
	Pielāgošanās spējas	<p>Tad mēdz aizpildīt tūlīt pēc operācijas.</p> <p>Pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas ne vienmēr ir pacienta vēsturē, tās anestēzijas māsa tad parasti pievieno.</p>
	Profesionālais nogurums	<p>Tas ir vēl viens dokuments, kas jāaizpilda vēl bez esošajiem.</p> <p>Arī anesteziologs var aizmirst vēlreiz pārjautāt šo informāciju.</p> <p>Neatliekamā situācijā tas ir papildus papīru darbs.</p>
	Uz mērķi orientēta personība	<p>Pacients teorētiski var justies drošs, ka viņam tiek nodrošināta profesionāla aprūpe.</p>

		<p>Citādāk rodas neprofesionāls iespaids par operācijām, narkozes gaitu un anestēzijas māsas pieredzi.</p> <p>Uzskatu, ka vissvarīgākais ir precizitāte, pārlicība, vai tas ir īstais pacients.</p> <p>Nodaļas personāla atbildība par pacienta sagatavošanu uz operāciju zāli.</p> <p>Ir nepieciešama pacienta vitālo funkciju uzturēšana un dzīvības glābšana.</p>
Izpratne	Izpratnes trūkums	<p>Anestezioloģijas brigādei aizpildāmie jautājumi ir nepārdomāti.</p> <p>Būtu nenopietni, ja operācijas veiktu bez visiem nepieciešamajiem priekšnosacījumiem.</p>
	Saliedētas komandas darba trūkums	<p>Kontroles lapai ir tikai jēga, ja visa brigāde atrodas kopā, ieskaitot ķirurgu, operācijas māsu.</p> <p>Iespējams, ka tas būtu ideālais variants, bet varbūt ne tik viegli izpildāms.</p>

**Intervijas protokols**

1. jaut. *Cik ilgs Jums ir darba stāžs Anestezioloģija – Reanimatoloģija.*

Kods	Respondenta atbilde
M1	Mans darba stāžs anestezioloģijā-reanimatoloģijā ir 39 gadi.
M2	Mans darba stāžs anestezioloģijā-reanimatoloģijā ir 34 gadi.
M3	Mans darba stāžs anestezioloģijā-reanimatoloģijā ir 7 gadi.
M4	Mans darba stāžs anestezioloģijā-reanimatoloģijā ir 10 gadi.
M5	Mans darba stāžs anestezioloģijā-reanimatoloģijā ir 10 gadi.

2. jaut. *Kas, Jūsaprāt, ir svarīgākais pirmsoperāciju pacientu kontrolē no anestēzijas māsas skatījuma.*

Kods	Respondenta atbilde
M1	<p>Uzskatu, ka vissvarīgākais ir precizitāte, pārlicība, vai tas ir īstais pacients, kurš nonācis operāciju zālē. Kā arī, vai pacientam ir kādas alerģijas, izņemamas zobu protēzes, bieži vien, plānveida kārtā, no nodaļas atved pacientu, kuram nav pārjautāts un nav precīzi pasniegta informācija, ka pirms operācijas zobu protēzes ir jāizņem. Nodaļas personāla atbildība par pacienta sagatavošanu uz operāciju zāli. Vai pacients ir saņēmis premedikāciju, ar gados vecākiem pacientiem ir jāpārprasa iegūtā informācija par veselības stāvokli, jāuztur ciešāks kontakts, lai iegūtu adekvātas atbildes. Atkārtoti jājautā par pacienta vārdu, uzvārdu, ja iespējams, arī par personas kodu, jo nodaļās gadās kļūdīties, ka var atvest uz operāciju zāli nepareizo pacientu, tikai tāpēc, ka, piemēram, palātā pacienti ir samainījušies ar gultas vietām. Gadās arī pacienti ar vienādu uzvārdu, kam jāpievērš īpaša uzmanība, ka tas būs īstais pacients, kuru ir jāizoperē. Pacients izjūt nepieciešamību arī satikt savu operējošo ķirurgu, pirms anestēzijas, narkozes uzsākšanas.</p>
M2	<p>Identificēt pacientu noteikti, un otrkārt mēs pārbaudām Checklistes jeb kontroles lapas, kas ir ieviestas aptuveni pirms pusgada, tas, kā sacīt, atvieglo mūsu darbu.</p>
M3	<p>Pārlicināties, kad pacients pēdējo reizi ēdis, dzēris, alerģijas uz medikamentiem, operācijas vieta/puse.</p>
M4	<p>Tātad, vissvarīgākais būtu pacienta identifikācija, vai ir atvests pareizais pacients, tātad, noskaidrot vārdu, uzvārdu, pēdējā ēdienreize, vai ir veiktas nepieciešamās analīzes primārās, tas ir asins grupa, tas būtu svarīgi. Vai pacientam ir alerģijas, vai nav personiskās mantas līdzi, nauda, telefons nebūs, zobu protēzes, vai pacients nav savās drēbēs, tas būtu viss. Varbūt, vai ir intravenozais kateters, vai ir kaut kādas drenas, urīnkateters, tas varētu būt viss apmēram.</p>
M5	<p>Manuprāt, svarīgākais pirmsoperācijas pacientu kontrolē ir ātra un efektīva pacienta identificēšana (piemēram, aprocēs ar vārdu uzvārdu un personas</p>

	<p>kodu), pacienta drošības nodrošināšana ar iespēju pārliedzināties, vai aizpildīta dokumentācija, kur atzīmētas alerģijas, analīzes, izmeklējumi, būtiski anesteziologu norādījumi par Mallampati, vēlamo anestēzijas veidu, iespējamiem sarežģījumiem narkozes gaitā. Pacients teorētiski var justies drošs, ka viņam tiek nodrošināta profesionāla aprūpe.</p>
--	--

3. jaut. *Kā Jums šķiet, vai pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas aizpildīšana ir uzlabojusi pacienta pirmsoperatīvo un operatīvo aprūpi anestēzijas māsas darbā? Nosauciet, kādi tieši būtiski apsvērumi ir radušies.*

Kods	Respondenta atbilde
M1	<p>Viennozīmīgi, uzskatu, ka jā, ir uzlabojusi, tiek saplānots korekti operāciju skaits dienā, saīsinās laiks starp operācijām, jo iegūtā informācija tiek vēlreiz pārbaudīta un apstiprināta ar visu brigādi.</p>
M2	<p>Jā, ir uzlabojusies pacienta drošība.</p>
M3	<p>Papildus kontrole par pacienta pēdējo ēdienreizi, šķidruma uzņemšanu un alerģijām - arī anesteziologs – reanimatologs var aizmirst vēlreiz pārjautāt šo informāciju.</p>
M4	<p>Jā, es domāju, ka šī lapa ir devusi uzlabojumus, jo iepriekš minētajā jautājumā visi šie jautājumi tiek noskaidroti, pirms pacients tiek ievests operāciju zālē. Tātad, ja ir kādi, piemēram, personiskās mantas tās tiek atdotas un aiznestas uz nodaļu, nevis ienestas operāciju zālē. Ja pacients ir ēdis, tad mēs atceļam šo operāciju, apmēram tā. Pacienta identifikācija, vai pacients ir sagatavots operācijai. Ir uzlabojumi.</p>
M5	<p>Manuprāt, pirmsanestēzijas pacientu kontroles lapas aizpildīšana nav uzlabojusi pacienta pirmsoperatīvo un operatīvo aprūpi anestēzijas māsas darbā. Pacientu kontroles lapa nepilda nepieciešamo funkciju, nav efektīva, to automātiski aizpilda anesteziologs un ķirurgs, bet nekādas būtiskas pozitīvas vērtības šai lapai nav, tas ir vēl viens dokuments, kas jāaizpilda vēl bez esošajiem. Daudz labākas būtu aprocēs, kuras uzliktu nodaļā vai uzņemšanā pirms transportēšanas uz operāciju zāli, jo kontroles lapas pamatideja ir</p>

	pacienta identificēšana, kā arī ziņas par gatavību operācijai un narkozei. Savukārt, ja nav kārtībā aparatūra, ja nav viss vajadzīgais nodrošinājums narkozei, tas gluži dabiski operācija nevar notikt, tas ir pats par sevi saprotams, to atzīmēt ir vienkārši neprofesionāli.
--	--

4. jaut. *Kurš no aizpildāmajiem pirmsoperāciju pacientu kontroles jautājumiem kontroles lapā Jums rada vislielākās neskaidrības un kāpēc.*

Kods	Respondenta atbilde
M1	Neskaidrības varētu būt, ka pacienti bieži vien nesaprot, kādas varētu būt sekas operācijas laikā, ja ir paēdis vai padzēris, bet operāciju ir nepieciešams veikt neatliekami.
M2	No šiem kontroles jautājumiem, grūtības neradīja neviens punkts, konkrēti un tieši.
M3	Visi kontroles jautājumi atbilst jautājumiem, kurus būtu jāuzdod pacientam pirms operācijas un iegūtā informācija apstiprina esošo, kas ir ierakstīta dokumentācijā, piemēram, pacienta vēsturē.
M4	Tur ir tāds jautājums, kas šķiet skan, citi būtiski apsvērumi par pacientu. Nevaru iedomāties, kādi vēl citi būtiski apsvērumi. Kaut arī, ja tā padomā, tad varētu būt, vai viņš nav Jehovas liecinieks un viņš atsakās no asins komponentu transfūzijām, tie ir atsevišķi tādi gadījumi, kā arī cita reliģija pacientam, kas varētu ietekmēt.
M5	Anestezioloģijas brigādei aizpildāmie jautājumi ir nepārdomāti, piemēram, vai ir kārtībā aprīkojums vitālo funkciju monitorēšanai, vai narkoze var tikt īstenota, vai operācijai ir kādi šķēršļi, jebkurā lielā universitātes klīnikā ir viss nepieciešamais narkozes nodrošināšanai, to nevajag katreiz aizpildīt pie katra pacienta, būtu nenopietni, ja operācijas veiktu bez visiem nepieciešamajiem priekšnosacījumiem.

5. jaut. *Kā Jums šķiet, vai būtu pareizāk, ja visa ķirurģiskā brigāde esot kopā, vienlaicīgi varētu aizpildīt šīs pirmsoperācijas pacientu kontroles lapas? (Piem.: Asins grupa, Rhfakt., instrumenti utt.)*

Kods	Respondenta atbilde
M1	Manuprāt, tam būtu jābūt kā obligātam pasākumam, visās klīnikās, jo tādā veidā tiek samazināti riska faktori operācijas laikā un tiek pasargāts pacients, ievērota drošība no visiem aspektiem.
M2	Piekrītu, ka obligāti vajadzētu tā darīt.
M3	Kontroles lapai ir tikai jēga, ja visa brigāde atrodas kopā, ieskaitot ķirurgu, operācijas māsu. Visā pasaulē ķirurģiskās drošības protokols tiek aizpildīts pirms anestēzijas uzsākšanas esot kopā anesteziologam - reanimatologam, anestēzijas māšai, ķirurgam un operāciju māšai.
M4	Iespējams, ka tas būtu ideālais variants, bet varbūt ne tik viegli izpildāms. Ķirurgs grib nākt uz zāli jau tad, kad pacients jau guļ, jau ir nointubēts. Ja nav zināma pacienta asins grupa, tad operāciju zālē, anestēzijas māsa nosaka, lai nepieļautu masīvu un strauju asiņošanu operācijas laikā.
M5	No ķirurģiskā viedokļa manuprāt nav nekādas vajadzības aizpildīt datus, kas attiecas uz narkozi, aprīkojumu, analīzēm, sarežģījumiem un citiem anestezioloģijas apsvērumiem. Ķirurgs un operāciju māsa pirms operācijas tāpat zina, kādi ķirurģiskie instrumenti ir nepieciešami, bez kuriem operāciju nevar veikt, un tos risināt laikā, kad operāciju zālē ir ievests pacients ar pirmsoperācijas pacientu kontroles lapu nav nopietni.

6. jaut. *Pēc Jūsu domām, vai pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas ieviešana un aizpildīšana ir radījusi kādas zināmas kļūdas un riskus – neatliekamās medicīniskās palīdzības pacientiem? Ja varat, lūdzu nosauciet, kādus tieši.*

Kods	Respondenta atbilde
M1	Ir gadījušās tādas situācijas, ka tieši neatliekamās medicīnas pacientiem šīs kontroles lapas netiek aizpildītas vispār.
M2	Joprojām akūtiem pacientiem šīs lapas nav aizpildītas, pildam uz vietas un operāciju zālē, var teikt tā.
M3	Pati neesmu saskārusies ar riskiem. Kļūdas, domāju ir, jo lapu aizpilda katrs atsevišķi, nevis visi kopā.
M4	Kļūdas un riskus nevaru iedomāties un nosaukt. Tas iespējams ir nācis tikai par labu. Sliktu es neko uz šo brīdi nevaru iedomāties.
M5	Neatliekamās medicīniskās palīdzības pacientiem pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas ne vienmēr ir pacienta vēsturē, tās anestēzijas māsa tad parasti pievieno, bet manā praksē nav bijuši gadījumi, kad šī kontroles lapa radītu kādus šķēršļus vai pārpratumus.

7. jaut. *Kādas grūtības Jums ir radušās neatliekamā situācijā, aizpildot pirmsoperāciju pacientu kontroles lapu, ir radušās grūtības (Piem.: laika ziņā).*

Kods	Respondenta atbilde
M1	Akūtā situācijā, kad ir nepieciešama pacienta vitālo funkciju uzturēšana un dzīvības glābšana, trūkst laika ne tikai, lai aizpildītu šo kontroles lapu, bet obligāto dokumentāciju, kurā ir jāieraksta visa nepieciešamā informācija, jo steigā daudz ko var aizmirst.
M2	Pirmizšķirīgi identificējam pacientu un tad sniedz neatliekamo palīdzību, tikai tad pildam dokumentāciju. Tāda secība.
M3	Neatliekamā situācijā tas ir papildus papīru darbs, kas atņem laiku, ko varētu pievērsties pacientam.
M4	Kritiskās situācijās šī, tā saucamā pirmsoperācijas lapa tiek aizpildīta pēc operācijas. Protams, tā fiziski aizpildīta, bet vienalga, pacientu identificē,

	galvenos rādītājus, tas gan tiek noskaidrots pirms tam. Jautājumi tiek noskaidroti, bet atzīmēti ir pēc tam.
M5	Ir bijuši gadījumi, kad neatliekamam, akūtu operāciju gaitā nav laika aizpildīt pirmsoperācijas pacientu kontroles lapu, tad mēdz aizpildīt tūlīt pēc operācijas, pirms pacienta transportēšanas uz reanimācijas un intensīvās terapijas nodaļu vai nodaļu. Bet tādos gadījumos pazūd tā pati pirmsoperācijas pacientu kontroles lapas ideja, par pacientu identificēšanu un pacienta drošības nodrošināšanu, galvenais pacienta dzīvības glābšana, tad dokumentācija.

8. jaut. *Kā Jums šķiet, vai aizpildot pirmsoperāciju pacientu kontroles lapu, vajadzētu papildināt ar kādiem konkrētiem kontroles jautājumiem? (Ja varat, nosauciet piemēru).*

Kods	Respondenta atbilde
M1	Būtu jābūt atsevišķai informācijas lapai konkrētā nodaļā, kurā pacients varētu uzdot visus sev ieinteresējušos jautājumus ārstējošajam ķirurgam.
M2	No anestēzijas māsas viedokļa papildinājumus nevajag, ja nu vienīgi pacients tiek pēc operācijas aizvests uz Recovery – pēc operācijas atmodinātavas telpu, tad vajadzētu papildināt ar pēcpamošanās palātas novērojumiem, kas pēdējā mēneša laikā mūsu klīnikā tika arī ieviests, kas ir būtiski pacientam un personāla drošībai, es tā uzskatu.
M3	Par to, vai un kad saņēmis antibakteriālo profilaksi.
M4	Nevaru iedomāties šobrīd, kādus jautājumus vajadzētu vēl papildināt. Tas varbūt laika gaitā noskaidrosies.
M5	Manuprāt pirmsoperācijas pacientu kontroles lapu būtu jāaizstāj ar aproci, tas būtu vienkāršāk un manuprāt efektīvāk, citādāk rodas neprofesionāls iespaids par operācijām, narkozes gaitu un anestēzijas māsas pieredzi.

Aptaujājot anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas par to, vai pirmsoperāciju kontrole pacientiem ar neatliekamām operācijām sniedz nepilnīgāku informatīvo nozīmi salīdzinājumā ar plānveida pacientiem, tad pārsvarā visas no māsām atzina, ka tā tiešām ir, jo, lai varētu aizpildīt pirmsoperācijas pacienta kontroles lapas, tiešā ziņā pietrūkst laika. Neatliekamās situācijās grūtības sagādā cita veida dokumentāciju aizpildīšana, kas ir obligāta, pēc visiem anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas standartiem un protokoliem. Tāpēc ļoti bieži šī kontroles lapa netiek aizpildīta, aizpildīta tiek daļēji vai arī visi kontroles jautājumi ir aizpildīti pēc anestēzijas posma, pēc operācijas, kas ietekmē pacienta anamnēzes ievākšanu un kļūdām, riskiem, kas var rasties operācijas laikā un pēcoperācijas, atveseļošanās periodā. Otrs no iemesliem, tā ir liela pacientu plūsma un operāciju daudzums, kas būtiski ietekmē visa veida dokumentācijas un svarīgākās informācijas izpildi. Neizpaliek arī fakts par pacientu identifikācijas grūtībām, kas joprojām nav sakārtots un ir sarežģīts jautājums sabiedrībai kopumā. Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās māsas darbā svarīgs un būtisks noteikums ir komandas darbs, ne tikai esot operāciju zālē, bet arī aizpildot pirmsoperācijas pacientu kontroles lapu, jābūt klāt visai brigādei: operējošajam ķirurgam, operāciju māsai, anesteziologam – reanimatologam un anestēzijas māsai, lai pasargātu katra pacienta drošību un, lai neradītu dažāda veida komplikācijas un riskus.

## Diskusija

Apkopojot pētījuma rezultātus, tika apstrādāti un iegūti dati par pirmsoperāciju pacientu kontroli vispārējās ķirurģijas profila plānveida pacientiem un vispārējās ķirurģijas profila neatliekamās medicīniskās palīdzības pacientiem.

Pētījums pēc manām domām ir izdevies veiksmīgi, visa nepieciešamā informācija tika iegūta, lai sekmīgi spētu analizēt izvirzīto darba mērķi un hipotēzi, kā arī, manuprāt iegūtie dati atspoguļo esošo situāciju Latvijā, medicīnas sfērā, konkrēti - spēju iegūt kvalitatīvu anamnēzi par katru pacientu, lai nodrošinātos pret iespējamajiem riska faktoriem un kļūdu rašanos iespējamību.

Pētījuma ierobežojumi pētījuma veikšanā radīja sarežģījumus apstrādājot un analizējot intervijas, kā arī sagādāja nelielas grūtības datu apstrādē, pielietojot jaunu un nezināmu statistiskās analīzes programmas metodes. Laika ierobežojums, saistībā ar zinātniskās literatūras un avotu tulkošanu, kas ļoti ietekmēja pētniecības gaitu. Kā arī maģistra darba nolikumā noteiktais maģistra darba apjoms.

## Secinājumi un ieteikumi

1. Pētījuma hipotēze, ka pirmsoperāciju kontrole pacientiem ar neatliekamām operācijām sniedz nepilnīgāku informatīvo nozīmi salīdzinājumā ar plānveida pacientiem, ir apstiprinājusies.
2. No kopējā pacientu skaita premedikācijas saņemšana pirms operācijas netika nozīmēta 53,33% no kuriem 42,50% ir akūtie pacienti un tikai 10,83% no tiem ir plānveida pacienti.
3. Apkopojot iegūtos rezultātus no kopējā pacientu skaita 45,83% nav atzīmēta juvelierizstrādājumu esamība, no kuriem akūtie pacienti ir 11,67% un lielākā daļa no tiem bija plānveida pacienti 34,17%.
4. Visā pētījuma gaitā iegūtie rezultāti apstiprināja, ka kontroles lapas aizpildīšana akūtiem pacientiem sniedz nepilnīgu informatīvo nozīmi salīdzinot ar plānveida pacientiem, līdz ar to var secināt, ka akūtie pacienti atrodas apdraudējumu riska grupā.
5. Visprecīzākie dati ir konstatējami par izņemamo zobu protēžu un kontaktlēcu/briļļu esamības atzīmēšanu, no visiem pacientiem 94,17% tika atzīmēta šī informācija, no kuriem 50,00% bija plānveida pacienti, 44,17% akūti pacienti un tikai 5,83% nebija atzīmēti datu esamība vēsturē.
6. Pēc aptaujāto māsu viedokļa, svarīgākais, kas traucē aizpildīt kontroles lapu ir: laika trūkums; liela pacientu plūsma un operāciju skaits, taču viens no galvenajiem iemesliem ir neapstrīdami laika trūkums.
7. Visas aptaujātās māsas uzskata, ka pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas ir jāaizpilda visai ķirurģiskajai brigādei esot kopā.

## Ieteikumi

1. Ar laika ierobežojuma trūkumu, operāciju zālē ir jāpiesaista visa ķirurģiskā brigāde, lai varētu kopīgi aizpildīt dokumentāro jeb pacientu kontroles lapu, tādā veidā tiks iegūta visa nepieciešamā informācija par pacientu un tiks novērstas kļūdas un riska faktori, saistībā par pacientu.
2. Ir nepieciešams biežāk nozīmēt premedikāciju akūtiem pacientiem jau uzņemšanas nodaļā, kas atvieglotu anestēzijas, operācijas gaitu.
3. Rūpīgi jāpārbauda un jāatzīmē informācijas dati par juvelierizstrādājumu esamību, it īpaši plānveida pacientiem. Ir jāievieš speciāla lapa ar pacienta parakstu par juvelierizstrādājumu esamību.
4. Izveidot un izstrādāt skaidrāk izprotamāku pirmsoperācijas pacientu kontroles lapu, kā arī kontroles lapu neatliekamās medicīniskās palīdzības pacientiem.

## **Pateicības**

Vēlos izteikt pateicību docentam Renāram Ertam par profesionālu un personisku atbalstu maģistra darba tapšanā, sniedzot konsultācijas visā maģistra darba izstrādē, neatsakot palīdzību un piedāvājot idejas, atrisinot jebkuras problēmsituācijas, lai darbs būtu kvalitatīvs un atbilstošs darba uzstādītajiem mērķiem un prasībām. Īpašs paldies par statistiskās analīzes metodes izskaidrošanu un pielietošanu darba izstrādē.

Vēlos izteikt pateicību Dr.sc.soc., Asoc. profesorei Signei Mežinskai par metodiskajiem ieteikumiem darba izstrādes tapšanas gaitā, par morālo atbalstu, par palīdzību visas nepieciešamās dokumentācijas noformēšanā.

## Izmantotā literatūra un avoti

1. Liddle C. Preparing patients to undergo surgery [Internets]. 06.12.2012. [Skatīts 12.02.2018.]. Pieejams: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/critical-care/preparing-patients-to-undergo-surgery/5052645.article>
2. Anestezioloģijas klīnika [Internets]. 05.04.2016. [Skatīts 12.02.2018.]. Pieejams: <https://www.aslimnica.lv/lv/content/anesteziologijas-klinika>
3. Operāciju bloks [Internets]. 25.02.2016. [Skatīts 12.02.2018.]. Pieejams: <https://www.aslimnica.lv/lv/content/operaciju-bloks>
4. Burian, Barbara, K.; Clebone, Anna; Dismukes, Key\*; Ruskin, Keith, J. More Than a Tick Box: Medical Checklist Development, Design, and Use [Internets]. 01.2018. [Skatīts 12.02.2018.]. Pieejams: [https://journals.lww.com/anesthesia-analgia/Citation/2018/01000/More\\_Than\\_a\\_Tick\\_Box\\_\\_\\_Medical\\_Checklist.36.aspx](https://journals.lww.com/anesthesia-analgia/Citation/2018/01000/More_Than_a_Tick_Box___Medical_Checklist.36.aspx)
5. Anestezioloģija [Internets]. [Skatīts 12.02.2018.]. Pieejams: <https://lv.wikipedia.org/wiki/Anesteziolo%C4%A3ija>
6. Anestēzija: Populārā medicīnas enciklopēdija [Internets]. 1984. [Skatīts 14.02.2018.]. Pieejams: <http://www.neslimo.lv/pme/?name=anestezija>
7. Mācību materiāli, Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas pamatspecialitāte. Rīgas Stradiņa universitāte: Nacionālais Apgāds: 2009. 4; 5. lpp.
8. Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas pamatspecialitāte [Internets]. [Skatīts 15.02.2018.]. Pieejams: <https://talakizglitiba.lv/programmas/masas-pamatspecialitates-un-papildspecialitates-iegusana/anestezijas-intensivas-un-neatli>
9. Malley A., Kenner C., Kim T., Blakeney B. The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions [Internets]. 24.08.2015. [Skatīts 17.02.2018.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4547842/>
10. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009 [Internets]. 2009. [Skatīts 17.02.2018.]. Pieejams: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Fudickar A., Hörle K., Wiltfang J., Bein B., The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication [Internets]. 10.2012. [Skatīts 20.02.2018.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489074/>

12. Russ S., Rout S., Caris J., Mansell J., Davies R., Mayer E., Moorthy K., Darzi A., Vincent C., Sevdalis N. Measuring variation in use of the WHO surgical safety checklist in the operating room: a multicenter prospective cross-sectional study [Internets]. 01.2015. [Skatīts 24.02.2018.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25456785>
  
13. Petiprin A. Systems theory [Internets]. 2016. [Skatīts 24.02.2018.]. Pieejams: <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/neuman-systems-model.php>
  
14. Gonzalo A. Theoretical Foundations of Nursing [Internets]. 2011. [Skatīts 26.02.2018.]. Pieejams: <http://nursingtheories.weebly.com/betty-neuman.html>
  
15. Paterson & Zderad Humanistic Nursing [Internets]. [Skatīts 24.02.2018.]. Pieejams: <https://humanisticnursing.weebly.com/nursing.html>
  
16. Petiprin A. Humanistic Model [Internets]. 2016. [Skatīts 27.02.2018.]. Pieejams: <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/humanistic-model.php>
  
17. Queensway Carleton Hospital Surgical Safety Checklist [Internets]. 2016. [Skatīts 27.02.2018.]. Pieejams: <https://www.qch.on.ca/ssc>
  
18. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives [Internets]. 2009. [Skatīts 01.03.2018.]. Pieejams: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/9789241598552/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/)
  
- 19.. World Health Organization. Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009 [Internets]. 2009. [Skatīts 02.03.2018.]. Pieejams: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
20. World Health Organization. Why safe surgery is important [Internets]. 2018. [Skatīts 01.03.2018.]. Pieejams: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
  
21. Haynes A.B., Weiser T.G., Berry W.R., Lipsitz S.R., Breizat A-H.S., Dellinger E.P. A. "et al." Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population [Internets]. 14.01.2009. [Skatīts 03.03.2018.]. Pieejams: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>
  
22. Nemceva G., Sisene I., Šteinerte A. Praktiskā transfuzioloģija [Internets]. [Skatīts 03.03.2018.]. Pieejams: [https://www.vadc.lv/data/specialistiem\\_metodiskie\\_noradijumi/praktiska-transfuziologija.pdf](https://www.vadc.lv/data/specialistiem_metodiskie_noradijumi/praktiska-transfuziologija.pdf)
  
23. Ragusa P.S., Bitterman A., Auerbach B., Healy III W.A. Effectiveness of Surgical Safety Checklists in Improving Patient Safety [Internets] 31.03.2016. [Skatīts 08.03.2018.]. Pieejams: <https://www.healio.com/orthopedics/journals/ortho/2016-3-39-2/%7Bf02fc9d5-e71e-4d38-86c0-1760ed75d62e%7D/effectiveness-of-surgical-safety-checklists-in-improving-patient-safety>

24. Anwer M., Manzoor S., Muneer N., Qureshi S. Compliance and Effectiveness of WHO Surgical Safety Check list: A JPMC Audit [Internets] 07.-08.2016. [Skatīts 10.03.2018.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5017086/>
25. Bergs J., Lambrecht F., Simons P., Vlayen A., Marneffe W., Hellings J. "et al." Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence [Internets] 22.07.2015. [Skatīts 10.03.2018.]. Pieejams: <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/BMJ%20Qual%20Saf%202015%20Bergs.pdf>
26. Russ S., Rout S., Sevdalis N., Moorthy K., Darzi A., Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review [Internets] 12.2013. [Skatīts 13.03.2018.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24169160>
27. Walker I.A., Reshamwall S., Wilson I.H. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? [Internets] 30.05.2012. [Skatīts 15.03.2018.]. Pieejams: <https://academic.oup.com/bja/article/109/1/47/237109>
28. what-when-how. Preoperative and Postoperative Care (Client Care) (Nursing) Part 2 [Internets] [Skatīts 15.03.2018.]. Pieejams: <http://what-when-how.com/nursing/preoperative-and-postoperative-care-client-care-nursing-part-2/>
29. Kalniņa P. Z., Māsas Prakse, Pamatota Teorijā. Milwaukee Wisconsin: Cardinal Stritch University, 1998. 139. lpp.
30. Kroplis, A., Raševska, M. Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs. Rīga: RaKa, 2010.190 lpp.

# PIELIKUMI

**Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsām**

**NORĀDĪJUMI :** Norādiet, ka kontroles lapa ir pabeigta, atzīmējot konkrēto atbildi apvelkot vai precizējot nepieciešamo informāciju. Parakstīt kontroles lapu, norādot ar savu parakstu un operācijas procedūras datumu lapas beigās

	Punktu skaits		
	Akūts (1)	Plānveida (2)	
<b>Pacienta statuss iestājoties operācijai</b>			
<b>Vai ir atzīmēts, ka pacients ir apstiprinājis savu vārdu, uzvārdu</b>	<b>Jā (1)</b>	<b>Nē (0)</b>	<b>Nav iespējams precizēt (1)</b>
<b>Vai vēsturē ir piekrišanas lapa operācijai</b>	<b>Jā (2)</b>	<b>Nē (1)</b>	
<b>Vai ir atzīmēts pacienta apstiprinājuma paraksts operācijai</b>	<b>Jā (3)</b>	<b>Nē (0)</b>	<b>Nav iespējams parakstīt (5)</b>
<b>Vai ir atzīmēts pacienta asins grupa</b>	<b>Jā (3)</b>	<b>Nē (2)</b>	<b>Nav iespējams precizēt (3)</b>
<b>Vai ir atzīmēts pacienta Rh faktors, anti Er Av</b>	<b>Jā (3)</b>	<b>Nē (2)</b>	<b>Nav iespējams precizēt (3)</b>
<b>Vai ir atzīmēts, ka pacientam ir bijušas asins transfūzijas/pārliešanas</b>	<b>Jā (3)</b>	<b>Nē (0)</b>	<b>Nav iespējams precizēt (3)</b>
<b>Vai ir atzīmēts, ka pacientam ir alerģija (ja ir, precizēt)</b>	<b>Jā (3)</b>	<b>Nē (0)</b>	<b>Nav iespējams precizēt (3)</b>
<b>Vai ir atzīmēts, ka pacients ir saņēmis premedikāciju</b>	<b>Jā (3)</b>	<b>Nē (0)</b>	<b>Nav nozīmēti (3)</b>
<b>Vai ir atzīmēts laiks, kad pacients ir dzēris/ ēdis</b>	<b>Jā (1)</b>	<b>Nē (0)</b>	<b>Nav iespējams precizēt (1)</b>
<b>Vai ir atzīmēts, ka pacientam ir juvelierizstrādājumi</b>	<b>Jā (3)</b>	<b>Nē (2)</b>	
<b>Vai ir atzīmēts, ka pacientam ir kontaktlēcas, brilles</b>	<b>Jā (3)</b>	<b>Nē (2)</b>	
<b>Vai ir atzīmēts, ka pacientam ir izņemamas zobu protēzes</b>	<b>Jā (3)</b>	<b>Nē (2)</b>	
<b>Vai ir atzīmēti būtiski apsvērumi par pacientu</b>	<b>Jā (1)</b>	<b>Nē (1)</b>	<b>Nav norādījumu (0)</b>

ANESTĒZIJAS, INTENSĪVĀS UN NEATLIEKAMĀS APRŪPES MĀSAS PARAKSTS

DATUMS:

## 2. pielikums

Esmu Latvijas Universitātes Māszinību maģistra programmas studente Antra Skorodenoka, strādāju Anestezioloģijas klīnikā Operāciju blokā par anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu.

Aicinu Jūs piedalīties pētījumā, kura tēma skan sekojoši : Pirmsoperāciju pacientu kontrole anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu darbā.

Pētījuma mērķis ir: Izpētīt pirmsoperāciju pacientu kontroli vispārējā profila ķirurģijas pacientiem pirms plānveida un neatliekamām operācijām anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu darbā. Pētījuma ietvaros lūdzu Jūs piedalīties pētījuma intervijā, atbildot uz intervijas jautājumiem. Intervija Jums aizņems aptuveni 15 minūtes.

Vai Jūs piekrītat intervijai, kura tiks ierakstīta? Ja Jūs piekrītat, tad ierakstā būs mutisks apliecinājums/piekrišana intervijai. Pirms intervijas Jums ir tiesības uzdot jautājumus par pētījumu un saņemt uz tiem atbildes. Piedalīšanās pētījuma intervijā ir brīvprātīga. Jūs varat atteikties sniegt interviju vai pārtraukt to jebkurā brīdī, un Jūsu atteikšanās neradīs nekādu nevēlamu ietekmi uz Jums sniegtās veselības aprūpes kvalitāti.

Intervijā iegūtie dati tiks izmantoti maģistra darbā tikai apkopotā veidā, tie tiks anonimizēti, piešķirot Jums noteiktu kodu, personu vārdi netiks izpausti. Publicējot pētījuma rezultātus maģistra darbā, Jūsu identitāte netiks atklāta.

Paldies par Jūsu veltīto laiku!

## INTERVIJAS JAUTĀJUMI

1. Cik ilgs Jums ir darba stāžs Anestezioloģija – Reanimatoloģija?
2. Kas, Jūsaprāt, ir svarīgākais pirmsoperāciju pacientu kontrolē no anestēzijas māsas skatījuma?
3. Kā Jums šķiet, vai pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas aizpildīšana ir uzlabojusi pacienta pirmsoperatīvo un operatīvo aprūpi anestēzijas māsas darbā? Nosauciet, kādi tieši būtiski apsvērumi ir radušies.
4. Kurš no aizpildāmajiem pirmsoperāciju pacientu kontroles jautājumiem kontroles lapā Jums rada vislielākās neskaidrības un kāpēc?
5. Kā Jums šķiet, vai būtu pareizāk, ja visa ķirurģiskā brigāde esot kopā, vienlaicīgi varētu aizpildīt šīs pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas? (Piem.: Asins grupa, Rhfakt., instrumenti utt.)
6. Pēc Jūsu domām, vai pirmsoperāciju pacientu kontroles lapas ieviešana un aizpildīšana ir radījusi kādas zināmas kļūdas un riskus – neatliekamās medicīniskās palīdzības pacientiem? Ja varat, lūdzu nosauciet, kādus tieši.
7. Kādas grūtības Jums ir radušās neatliekamā situācijā, aizpildot pirmsoperāciju pacientu kontroles lapu, ir radušās grūtības (Piem.: laika ziņā)?
8. Kā Jums šķiet, vai aizpildot pirmsoperāciju pacientu kontroles lapu, vajadzētu papildināt ar kādiem konkrētiem kontroles jautājumiem? (Ja varat, nosauciet piemēru).